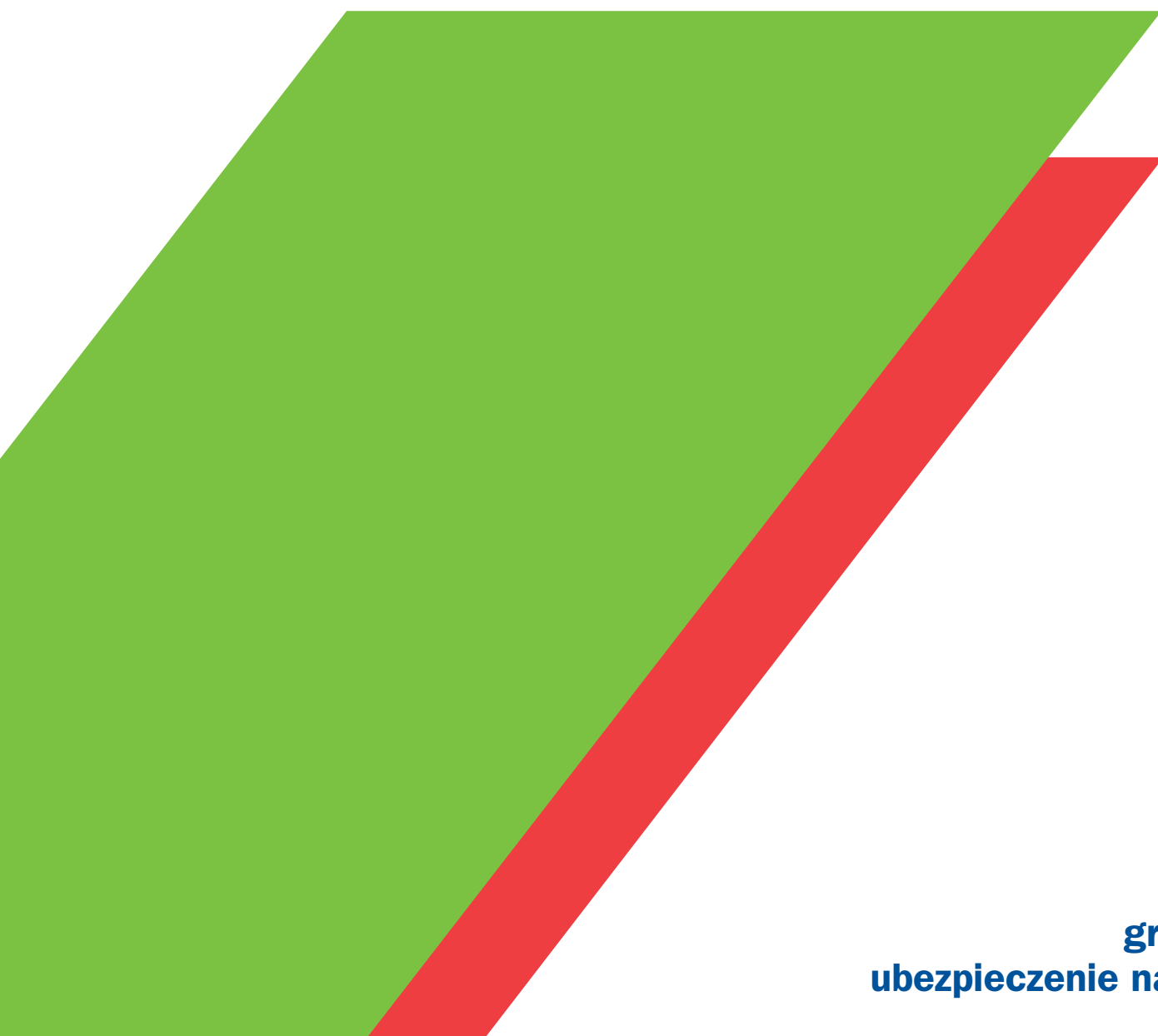


ubezpieczenia

Optymalny Wybór AXA /



**grupowe
ubezpieczenie na życie**

więcej / niż standard



Spis treści

1) Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA – indeks GOW/07/11/01	3
2) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego – indeks GOD/07/11/01	11
3) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – indeks GWU/07/11/01	13
4) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego – indeks GWK/07/11/01	15
5) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy – indeks GPŚ/07/11/01	17
6) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu – indeks GZU/07/11/01	19
7) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – indeks GUU/07/11/01	21
8) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy – indeks GPU/07/11/01	23
9) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu – indeks GUZ/07/11/01	25
10) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku Typ A – indeks GAU/07/11/01	28
11) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku Typ B – indeks GBU/07/11/01	30
12) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy zarobkowej – indeks GNU/07/11/01	33
13) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy zarobkowej w następstwie nieszczęśliwego wypadku – indeks GWN/07/11/01	35
14) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy – indeks GCN/07/11/01	37
15) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu – indeks GCP/07/11/01	39
16) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku – indeks GWP/07/11/01	42
17) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego – indeks GCU/07/11/01	44
18) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej Ubezpieczonego – indeks GOM/07/11/01	49
19) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia doraźnej opieki medycznej – indeks GDOM/07/11/01	55
20) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia doraźnej informacji medycznej – indeks GDIM/07/11/01	59
21) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia doraźnej opieki na wypadek utraty pracy przez Ubezpieczonego – indeks GDOUP/07/11/01	61
22) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego – indeks GSWP/07/11/01	63
23) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – indeks GSWPW/07/11/01	65
24) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu – indeks GSWPZ/07/11/01	67
25) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – indeks GUWP/07/11/01	69
26) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu – indeks GUWPZ/07/11/01	71
27) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku Typ A – indeks GAUWP/07/11/01	74
28) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku Typ B – indeks GBUWP/07/11/01	76

29) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu – indeks GPWW/07/11/01	79
30) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku – indeks GPWP/07/11/01	82
31) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego – indeks GCWP/07/11/01	85
32) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej współmałżonka Ubezpieczonego – indeks GOMW/07/11/01	90
33) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka Ubezpieczonego – indeks GUD/07/11/01	95
34) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka wymagającego leczenia – indeks GUDL/07/11/01	97
35) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się martwego noworodka – indeks GSB/07/11/01	104
36) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka Ubezpieczonego – indeks GSD/07/11/01	106
37) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – indeks GWD/07/11/01	108
38) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu – indeks GPWD/07/11/01	110
39) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego – indeks GCD/07/11/01	112
40) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców Ubezpieczonego – indeks GSR/07/11/01	114
41) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – indeks GWSR/07/11/01	116
42) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców współmałżonka Ubezpieczonego – indeks GST/07/11/01	118
43) Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – indeks GWST/07/11/01	120

Ogólne warunki

grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA

INDEKS GOW/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

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

§ 2

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

- 1) **data nabycia praw do ubezpieczenia** – późniejsza z dat: data nawiązania przez Ubezpieczonego stosunku prawnego z Ubezpieczającym, określonego w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, albo data, od której Ubezpieczony spełnia dodatkowe warunki przystąpienia do ubezpieczenia, jeżeli warunki takie zostały ustalone przez Ubezpieczającego, określone w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia;
- 2) **deklaracja uczestnictwa** – dokument deklaracji uczestnictwa lub zmian w grupowym ubezpieczeniu na życie Optymalny Wybór AXA, składany przez Ubezpieczonych przystępujących do ubezpieczenia;
- 3) **dzień wymagalności składki** – określona w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia data, w której należna jest Towarzystwu składka łączna;
- 4) **karencja** – okres, w którym ochrona ubezpieczeniowa ograniczona jest do zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia spowodowanych wyłącznie nieszczęśliwym wypadkiem;
- 5) **klauzula dodatkowa** – umowa rozszerzająca zakres umowy podstawowej o ubezpieczenie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym;
- 6) **limit automatycznej akceptacji** – kwota określona w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, stanowiąca maksymalną sumę ubezpieczenia, do wysokości której Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej bez uprzedniej medycznej oceny stanu zdrowia Ubezpieczonego, zgodnie z postanowieniami OWU;
- 7) **miesiąc polisy** – miesiąc rozpoczynający się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej, określonym w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu – w ostatnim dniu tego miesiąca;
- 8) **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego oraz odpowiednio – w zależności od przedmiotu ubezpieczenia wskazanego w umowie dodatkowej – współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego, dziecka Ubezpieczonego, rodzica Ubezpieczonego, rodzica współmałżonka Ubezpieczonego; zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet występujących nagłe, nie uważa się za nieszczęśliwy wypadek;
- 9) **okres rozliczeniowy** – okres pomiędzy dwoma kolejnymi dniami wymagalności składki, rozpoczynający się w dniu wymagalności składki i kończący się w dniu poprzedzającym kolejny dzień wymagalności składki;
- 10) **podgrupa** – grupa Ubezpieczonych wyodrębniona ze względu na zaakceptowane przez Towarzystwo kryterium, w szczególności zakres ubezpieczenia lub sposób zdefiniowania sumy ubezpieczenia;
- 11) **polisa** – dokument wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 12) **rocznica polisy** – dzień w każdym roku kalendarzowym obowiązywania umowy ubezpieczenia, odpowiadający dacie rozpoczęcia ochrony, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym roku – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada data rozpoczęcia ochrony;
- 13) **rok polisy** – okres rozpoczynający się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej oraz w każdą rocznicę polisy, a kończący się w dniu bezpośrednio poprzedzającym rocznicę polisy;
- 14) **składka podstawowa** – kwota stanowiąca sumę składek podstawowych indywidualnych;
- 15) **składka podstawowa indywidualna** – kwota określona w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, należna Towarzystwu z tytułu udzielania danemu Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy podstawowej;
- 16) **składka dodatkowa** – kwota stanowiąca sumę składek dodatkowych indywidualnych;
- 17) **składka dodatkowa indywidualna** – kwota określona w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, należna Towarzystwu z tytułu udzielania danemu Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy dodatkowej;
- 18) **składka ochronna** – kwota stanowiąca sumę składki podstawowej i składek dodatkowych;
- 19) **składka ochronna indywidualna** – kwota określona w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, stanowiąca sumę składki podstawowej indywidualnej i składek dodatkowych indywidualnych;
- 20) **składka inwestycyjna** – kwota stanowiąca sumę składek inwestycyjnych indywidualnych;
- 21) **składka inwestycyjna indywidualna** – składka zdefiniowana w klauzuli dodatkowej, której kwota określona jest w świadectwie uczestnictwa;
- 22) **składka łączna** – kwota stanowiąca sumę składek łącznych indywidualnych;
- 23) **składka łączna indywidualna** – kwota określona w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, stanowiąca sumę składki ochronnej indywidualnej i składki inwestycyjnej indywidualnej, jeżeli umowa podstawowa została rozszerzona o klauzulę dodatkową;
- 24) **suma ubezpieczenia** – kwota określona w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia;
- 25) **świadectwo uczestnictwa** – dokument potwierdzający objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową;
- 26) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, zawierająca umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacania składek;

- 27) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia, związana z Ubezpieczającym stosunkiem prawnym określonym w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia;
- 28) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego;
- 29) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia, jako rozszerzenie umowy podstawowej;
- 30) **umowa podstawowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWU;
- 31) **umowa ubezpieczenia** – umowa podstawowa, a w przypadku gdy została ona rozszerzona o umowy dodatkowe lub klauzulę dodatkową, wówczas obejmuje również te umowy dodatkowe oraz klauzulę dodatkową;
- 32) **wiek emerytalny** – wiek Ubezpieczonego, po osiągnięciu którego nabywa on uprawnienia emerytalne, z zastrzeżeniem że dla Ubezpieczonych, którzy nabyli uprawnienia emerytalne przed datą objęcia ich ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy podstawowej, wiek emerytalny wynosi odpowiednio – 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
3. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony poprzez zawarcie umów dodatkowych lub klauzuli dodatkowej, co potwierdzone jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Dopuszcza się utworzenie podgrup, w odniesieniu do których zróżnicowany jest zakres ubezpieczenia lub inne warunki ubezpieczenia. W takim przypadku wymagana jest akceptacja Towarzystwa, dotycząca kryterium podziału na podgrupy.
5. W tym samym czasie Ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA wyłącznie w ramach jednej podgrupy.

Zawarcie umowy ubezpieczenia

§ 4

1. Treść umowy ubezpieczenia może zostać zawarta w następujących dokumentach: wniosku ubezpieczeniowym, OWU, polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, świadectwie uczestnictwa, deklaracji uczestnictwa lub każdym innym dokumencie złożonym Towarzystwu przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, zaakceptowanym przez Towarzystwo jako część umowy ubezpieczenia.
2. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na warunkach określonych w OWU, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 niniejszego paragrafu.
3. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na warunkach odmiennych od określonych w OWU. W takim przypadku Towarzystwo jest zobowiązane przed zawarciem umowy ubezpieczenia do przedstawienia Ubezpieczającemu na piśmie różnic między postanowieniami OWU a umową ubezpieczenia, chyba że umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji.
4. Umowa ubezpieczenia zawierana jest w jednym z dwóch trybów:
 - 1) złożenia przez Ubezpieczającego oferty i jej przyjęcia przez Towarzystwo,
 - 2) negocjacji.
5. Umowa ubezpieczenia zawierana jest po przyjęciu oferty lub uzgodnieniu wszystkich jej warunków oraz opłaceniu przez Ubezpieczającego pierwszej składki łącznej w wymaganej wysokości. Datą zawarcia umowy ubezpieczenia jest data początku ochrony ubez-

pieczeniowej określona w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

6. Towarzystwo zastrzega sobie prawo odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia, jeżeli liczba osób przystępujących do ubezpieczenia jest mniejsza od minimalnej liczby określonej przez Towarzystwo.

Tryb złożenia oferty

§ 5

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest w trybie złożenia przez Ubezpieczającego oferty oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo.
2. Oferta składana jest na formularzu Towarzystwa wypełnionym i podpisanym przez Ubezpieczającego. Ubezpieczający zobowiązany jest do prawidłowego i kompletnego wypełnienia wniosku ubezpieczeniowego.
3. Do wniosku, o którym mowa w ust. 2, Ubezpieczający jest zobowiązany załączyć:
 - 1) deklarację uczestnictwa Ubezpieczonych przystępujących do umowy ubezpieczenia,
 - 2) listę osób przystępujących do umowy ubezpieczenia, z podziałem na podgrupy, jeżeli podział taki zostaje wprowadzony,
 - 3) inne określone przez Towarzystwo dokumenty niezbędne do zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową osób przystępujących do niej.
4. Jeżeli wniosek ubezpieczeniowy został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, Ubezpieczający jest zobowiązany do uzupełnienia wniosku bądź sporządzenia nowego wniosku w terminie określonym przez Towarzystwo.
5. Towarzystwo może nie zaakceptować wniosku ubezpieczeniowego i odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia.
6. Jeżeli polisa lub dokument umowy ubezpieczenia zawiera postanowienia odbiegające na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie, przy doręczaniu odpowiednio polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia, wyznaczając mu 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu.
7. Jeżeli w sytuacji, o której mowa w ust. 6, Ubezpieczający nie zgłosi sprzeciwu w wyznaczonym terminie, umowa ubezpieczenia dochodzi do skutku zgodnie z treścią polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia, z wpływem powyższego 7-dniowego terminu.

Tryb negocjacji

§ 6

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta również w trybie negocjacji.
2. Towarzystwo przedstawia Ubezpieczającemu propozycję warunków, na jakich może zostać zawarta umowa ubezpieczenia.
3. Towarzystwo i Ubezpieczający uzgadniają szczegółowe warunki umowy ubezpieczenia i zakres dokumentów oraz informacji niezbędnych do złożenia i zaakceptowania oferty.
4. Zawarcie umowy ubezpieczenia w trybie negocjacji następuje, gdy strony dojdą do porozumienia co do wszystkich postanowień, które były przedmiotem negocjacji, oraz Ubezpieczający złoży wymagane dokumenty, w tym – o ile strony tak uzgodnią – wniosek ubezpieczeniowy, i dokona wpłaty pierwszej składki łącznej.

§ 7

1. Umowa podstawowa zawierana jest na okres 1 roku, licząc od daty początku ochrony ubezpieczeniowej określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Umowa podstawowa ulega przedłużeniu na kolejny roczny okres na tych samych warunkach, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia, o którym mowa w ust. 3 niniejszego paragrafu.

3. Ubezpieczający i Towarzystwo mają prawo na 2 miesiące przed rocznicą polisy złożyć oświadczenie o nieprzedłużaniu umowy podstawowej. W przypadku skorzystania z tego prawa przez którąkolwiek ze stron umowa podstawowa rozwiązuje się w ostatnim dniu roku polisy.

§ 8

1. Postanowienia § 5–7 stosuje się odpowiednio w przypadku zawarcia umów dodatkowych lub klauzuli dodatkowej.
2. Umowy dodatkowe i klauzula dodatkowa mogą być zawierane łącznie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy.

Przystępowanie do ubezpieczenia

§ 9

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 2, do ubezpieczenia może przystąpić osoba, która ukończyła 15. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia, związana z Ubezpieczającym zaakceptowanym przez Towarzystwo stosunkiem prawnym, określonym w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umów dodatkowych, które przewidują wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej przed osiągnięciem przez Ubezpieczonego 69. roku życia, nie jest udzielana osobom, których wiek w dniu przystąpienia do ubezpieczenia przekracza przewidziany w tych umowach dodatkowych maksymalny wiek Ubezpieczonego skutkujący wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej.
3. Dodatkowe warunki przystąpienia do ubezpieczenia, jeżeli zostały ustalone przez Ubezpieczającego, określone są w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową osoby, która objęta jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu innej umowy grupowego ubezpieczenia na życie lub umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z Towarzystwem.
5. Towarzystwo potwierdza objęcie ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego poprzez wystawienie świadectwa uczestnictwa, które doręcza każdemu Ubezpieczonemu za pośrednictwem Ubezpieczającego.
6. Towarzystwu przysługuje prawo odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową w bieżącym okresie rozliczeniowym osoby zgłoszonej przez Ubezpieczającego niezgodnie z postanowieniami umowy ubezpieczenia.
7. Ubezpieczeni mogą zostać podzieleni na podgrupy. Kryterium podziału na podgrupy wymaga akceptacji Towarzystwa.
8. W przypadku podziału Ubezpieczonych na podgrupy Ubezpieczony może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową wyłącznie w ramach jednej podgrupy.

§ 10

1. Osoba, która w dacie podpisania deklaracji uczestnictwa przebywa na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 14-dniowe, może podlegać ocenie ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zmiany zakresu ubezpieczenia lub odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, jeżeli ocena ryzyka ubezpieczeniowego wykazała, że odbiega ono od standardowego. W przypadku odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową tego Ubezpieczonego, Towarzystwo dokona zwrotu składki łącznej indywidualnej, o ile została zapłacona za daną osobę.
3. W odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy przystąpili do ubezpieczenia poprzez złożenie Towarzystwu deklaracji uczestnictwa po upływie 3 miesięcy liczonych od daty:
 - 1) początku ochrony ubezpieczeniowej określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, jeżeli w tej dacie związana

była z Ubezpieczającym stosunkiem prawnym określonym w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia,

- 2) w której nawiązany został z Ubezpieczającym stosunek prawny, określony w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, jeżeli nastąpiło to po dacie początku ochrony ubezpieczeniowej określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia,
- 3) nabycia praw do ubezpieczenia, jeżeli jest to data późniejsza od daty początku ochrony ubezpieczeniowej określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia,

stosuje się 6-miesięczną karencję. Karencja liczona jest od daty początku ochrony ubezpieczeniowej określonej w świadectwie uczestnictwa i dotyczy całego zakresu umowy ubezpieczenia.

4. Do czasu zakończenia zwolnienia lekarskiego, w stosunku do osoby, o której mowa w ust. 1, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy podstawowej i umów dodatkowych ograniczona jest do zdarzeń objętych zakresem tych ubezpieczeń, które spowodowane zostały wyłącznie nieszczęśliwym wypadkiem.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 11

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy podstawowej rozpoczyna się od daty wskazanej w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy podstawowej wygasa:
 - 1) w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych:
 - a) w dniu rozwiązania umowy podstawowej,
 - b) z upływem 1 miesiąca od dnia wymagalności składki łącznej, jeżeli w tym okresie składka ta nie została zapłacona,
 - c) w dniu odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy podstawowej,
 - d) w dniu poprzedzającym dzień przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe, jeżeli umowa podstawowa została rozszerzona o klauzulę dodatkową, zgodnie z postanowieniami w niej zawartymi,
 - 2) w stosunku do danego Ubezpieczonego:
 - a) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
 - b) z upływem ostatniego dnia miesiąca polisy, w którym rozwiązany został lub wygał stosunek prawny, łączący Ubezpieczonego z Ubezpieczającym, określony w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia,
 - c) z upływem ostatniego dnia miesiąca polisy, w którym Ubezpieczony złożył Ubezpieczającemu oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia,
 - d) z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony osiągnął wiek emerytalny, z zastrzeżeniem postanowień lit. e),
 - e) z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 69. rok życia, jeżeli wcześniej nie korzystał z uprawnień emerytalnych,
 - f) z upływem ostatniego dnia roku polisy, jeżeli Ubezpieczony nie wyraził zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia,
 - g) w dniu wypłaty świadczenia z tytułu całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej, na podstawie odpowiedniej umowy dodatkowej.
3. Od dnia zawieszenia opłacania składki łącznej zawieszona zostaje ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy podstawowej i wszystkich umów dodatkowych, w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych.
4. Od dnia zawieszenia opłacania składki łącznej indywidualnej zawieszona zostaje ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy podstawowej i wszystkich umów dodatkowych, w stosunku do Ubezpieczonego, za którego zawieszono opłacanie tej składki.

5. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego, w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia, wpłacona składka łączna indywidualna za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej nie podlega zwrotowi.
6. W każdym przypadku wygaśnięcia lub zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich umów dodatkowych odpowiednio wygasa lub zostaje zawieszona w tym samym terminie.

§ 12

1. W sytuacji gdy ochrona ubezpieczeniowa wygasa na podstawie postanowień § 11 ust. 2 pkt 1) lit. b) Towarzystwo przywróci ochronę ubezpieczeniową pod warunkiem, że Ubezpieczający w terminie nie późniejszym niż 4 miesiące od dnia wymagalności składki łącznej opłaci, wraz ze składką łączną należną za miesiąc polisy, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej, także składkę łączną należną Towarzystwu z tytułu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej od pierwszego dnia miesiąca polisy, w którym przywracana jest ochrona ubezpieczeniowa, do końca okresu rozliczeniowego, w wysokości proporcjonalnej do okresu, za który jest należna.
2. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 3, w przypadku gdy ochrona ubezpieczeniowa została zawieszona na podstawie postanowień § 11 ust. 3 lub ust. 4, Towarzystwo przywróci ochronę ubezpieczeniową po upływie ustalonego okresu zawieszenia opłacania składki łącznej lub składki łącznej indywidualnej od najbliższego dnia wymagalności składki, po opłaceniu odpowiednio składki łącznej lub składki łącznej indywidualnej, której opłacanie było zawieszone.
3. W przypadku gdy w najbliższym dniu wymagalności składki, przypadającym po zakończeniu ustalonego okresu zawieszenia jej opłacania, odpowiednio składka łączna lub składka łączna indywidualna za Ubezpieczonego, w odniesieniu do którego jej opłacanie było zawieszone, nie została zapłacona – ochrona ubezpieczeniowa nie zostanie przywrócona.

§ 13

1. W przypadku nieopłacenia składki łącznej w najbliższym dniu wymagalności składki po upływie ustalonego okresu zawieszenia opłacania składki łącznej ochrona ubezpieczeniowa nie zostanie przywrócona, a umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu zgodnie z postanowieniami § 28 ust. 1 pkt 3).
2. W przypadku nieopłacenia składki łącznej indywidualnej w najbliższym dniu wymagalności składki po upływie ustalonego okresu zawieszenia opłacania składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego uznaje się, że zrezygnował on z ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej i wszystkich umów dodatkowych z najbliższym dniem wymagalności składki po upływie ustalonego okresu zawieszenia opłacania składki.

Suma ubezpieczenia

§ 14

1. Suma ubezpieczenia oraz limit automatycznej akceptacji określone są w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Suma ubezpieczenia w odniesieniu do danego Ubezpieczonego określona jest w świadectwie uczestnictwa.
3. Jeżeli w odniesieniu do danego Ubezpieczonego wnioskowana suma ubezpieczenia jest wyższa niż limit automatycznej akceptacji, wówczas Towarzystwo zastrzega sobie prawo do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym żądania: udzielenia informacji o stanie zdrowia tego Ubezpieczonego w zakresie zawartym w ankiecie medycznej, dostarczenia dodatkowych dokumentów dotyczących jego stanu zdrowia, a także prawo kierowania Ubezpieczonego na badania lekarskie, z wyłączeniem badań genetycznych.
4. Koszty badań lekarskich, o których mowa w ust. 3, pokrywane są przez Towarzystwo.

5. W okresie, w którym Towarzystwo dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego w stosunku do danego Ubezpieczonego, obowiązuje suma ubezpieczenia w wysokości:

- 1) limitu automatycznej akceptacji – w przypadku umowy podstawowej i umów dodatkowych z tytułu których wnioskowana suma ubezpieczenia jest wyższa od limitu automatycznej akceptacji,
- 2) iloczynu limitu automatycznej akceptacji oraz stosunku sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej do sumy ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej – w przypadku umów dodatkowych z tytułu których wnioskowana suma ubezpieczenia jest niższa lub równa limitowi automatycznej akceptacji.

6. Po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zaproponowania podwyższenia składki ochronnej indywidualnej za danego Ubezpieczonego, obniżenia sumy ubezpieczenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia w odniesieniu do danego Ubezpieczonego, jeżeli na podstawie informacji uzyskanych w związku z oceną ryzyka ubezpieczeniowego uzna, że ryzyko to odbiega od standardowego.

Składka

§ 15

1. Wysokość składki ochronnej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Wysokość składki ochronnej indywidualnej ustala się według taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i uzależniona jest od wysokości sumy ubezpieczenia, zakresu ubezpieczenia, struktury zawodowej, charakteru działalności prowadzonej przez Ubezpieczającego, wieku i płci Ubezpieczonych, informacji o ryzyku ubezpieczeniowym, zawartych w deklaracjach uczestnictwa.
3. W taryfie składek nie stosuje się stopy technicznej.

§ 16

1. Ubezpieczający może opłacać składkę łączną z częstotliwością roczną, półroczną, kwartalną lub miesięczną.
2. Ubezpieczający wpłaca składkę łączną na wskazany przez Towarzystwo rachunek bankowy najpóźniej w dniu wymagalności składki.
3. Składkę łączną uważa się za opłaconą w dniu uznania rachunku bankowego Towarzystwa, wskazanego jako właściwy do jej opłacania, kwotą wymagalnej składki, nie wcześniej jednak niż w dniu wymagalności składki łącznej.
4. W przypadku powstania zaległości w opłacaniu składki łącznej wpłacone składki zalicza się w pierwszej kolejności na poczet niezapłaconej składki łącznej najwcześniej wymagalnej, z zastrzeżeniem postanowień § 12.
5. Zmiana wysokości składki łącznej, wynikająca ze zmiany liczby Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową w danym okresie rozliczeniowym, następuje pod warunkiem zawiadomienia Towarzystwa o zmianach, jakie zaszły w grupie Ubezpieczonych. O ile nie umówiono się inaczej, zmiana ta jest skuteczna od kolejnego okresu rozliczeniowego.

Zawieszenie opłacania składki

§ 17

1. W uzasadnionych przypadkach Ubezpieczający na swój pisemny wniosek i za uprzednią zgodą Towarzystwa może zawiesić opłacanie składki łącznej lub składki łącznej indywidualnej za wskazanego Ubezpieczonego, na uzgodniony z Towarzystwem okres.
2. Jeżeli umowa ubezpieczenia rozszerzona została o klauzulę dodatkową, w okresie zawieszenia opłacania składki łącznej lub składki łącznej indywidualnej Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej wyłącznie w zakresie wynikającym z klauzuli dodatkowej.

Zmiany umowy ubezpieczenia

§ 18

1. Przed każdą rocznicą polisy Towarzystwo dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie aktualnych danych o Ubezpieczonych, a w szczególności: struktury zawodowej, charakteru działalności prowadzonej przez Ubezpieczającego, wieku i płci Ubezpieczonych, wysokości sum ubezpieczenia, a także zakresu ubezpieczenia.
2. Na podstawie uzyskanych informacji, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo ustala wysokość składki łącznej indywidualnej, obowiązującej od najbliższej rocznicy polisy, informując o niej Ubezpieczającego najpóźniej w terminie 50 dni poprzedzających rocznicę polisy.
3. Ubezpieczający ma prawo, w terminie 14 dni od dnia otrzymania informacji, o której mowa w ust. 2, złożyć Towarzysztwu oświadczenie, że nie wyraża zgody na zaproponowaną zmianę wysokości składki łącznej indywidualnej. W takim przypadku Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu obniżenie sumy ubezpieczenia, adekwatne do wzrostu kosztu ochrony ubezpieczeniowej, przy uwzględnieniu niezmiennionej wysokości składki łącznej indywidualnej.

§ 19

Ubezpieczający może wystąpić z wnioskiem o zmianę wysokości sumy ubezpieczenia, wysokości i częstotliwości opłacania składki łącznej oraz zakresu ubezpieczenia. Wniosek w tej sprawie należy złożyć Towarzysztwu najpóźniej w terminie 2 miesięcy poprzedzających rocznicę polisy, od której zmiany mają obowiązywać.

§ 20

1. Niezależnie od postanowień § 18 i 19, każda ze stron umowy ubezpieczenia może zwrócić się do drugiej strony o zmianę innych postanowień umowy ubezpieczenia. W takim przypadku stosuje się odpowiednio postanowienia niniejszych OWU, dotyczące zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Jeżeli Towarzystwo i Ubezpieczający uzgodnią zmianę warunków umowy ubezpieczenia, umowa ubezpieczenia przedłuża się na kolejny okres roczny, ze skutkiem od najbliższej rocznicy polisy.
3. W przypadku gdy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa do dokonania zmiany umowy ubezpieczenia wymagana jest zgoda Ubezpieczonych, złożenie przez Ubezpieczającego oświadczenia dotyczącego zmiany warunków umowy ubezpieczenia jest równoznaczne ze złożeniem oświadczenia o wyrażeniu zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia w imieniu Ubezpieczonych, którzy upoważnili Ubezpieczającego do jej wyrażenia. Dodatkowo w takim przypadku, wraz z oświadczeniem dotyczącym zmiany warunków umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest doręczyć Towarzysztwu oświadczenia Ubezpieczonych, o wyrażeniu zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia, którzy nie upoważnili Ubezpieczającego do dokonania tej czynności lub odwołali takie upoważnienie.

Podstawowe obowiązki stron umowy ubezpieczenia

§ 21

1. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, na warunkach określonych w umowie ubezpieczenia.
2. Towarzystwo zobowiązane jest do przekazywania Ubezpieczającemu:
 - 1) przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia lub zmianę prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia – informacji w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia,

- 2) nie rzadziej niż raz w roku – informacji o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia, w tym o wartości rachunku podstawowego oraz rachunku dodatkowego, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia, a także o każdej zmianie w zakresie sumy ubezpieczenia.

§ 22

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki łącznej w wysokości i terminach określonych w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Ubezpieczonemu, w sposób przyjęty u Ubezpieczającego, informacji o:
 - 1) warunkach zawartej umowy ubezpieczenia,
 - 2) zmianie warunków umowy ubezpieczenia lub zmianie prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia – przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia,
 - 3) wysokości świadczeń przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia, w tym o wartości rachunku podstawowego oraz rachunku dodatkowego, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia, a także o każdej zmianie w zakresie sumy ubezpieczenia – niezwłocznie po przekazaniu tych informacji Ubezpieczającemu przez Towarzystwo.
3. W przypadku nieprzekazania przez Ubezpieczającego Ubezpieczonemu informacji, zgodnie z postanowieniami ust. 2 niniejszego paragrafu, Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczonych odpowiedzialność na zasadach ogólnych.
4. W sytuacji o której mowa w ust. 2 pkt 2) niniejszego paragrafu Ubezpieczający obowiązany jest także poinformować Ubezpieczonych o skutkach niewyrażenia zgody na zmianę umowy ubezpieczenia określonych w OWU.
5. Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Towarzysztwu wszystkich danych niezbędnych do należytego wykonywania postanowień umowy ubezpieczenia, w szczególności do przekazywania list osób przystępujących do ubezpieczenia wraz z deklaracjami uczestnictwa tych osób, list osób występujących z ubezpieczenia i innych wniosków Ubezpieczonych – w terminach określonych w umowie ubezpieczenia oraz w formie uzgodnionej z Towarzysztwem.

§ 23

Obowiązki określone w postanowieniach § 21 i 22 nie wyczerpują obowiązków stron umowy ubezpieczenia, które zostały określone w pozostałych postanowieniach umowy ubezpieczenia.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 24

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie umowy podstawowej oraz umów dodatkowych, spowodowane zostało bezpośrednio lub pośrednio wskutek:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - 2) popełnionego przez Ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności, w okresie jednego roku od daty początku ochrony ubezpieczeniowej, określonej w świadectwie uczestnictwa.

2. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 4, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia na podstawie umów dodatkowych jest następstwem:

- 1) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³; niezaleconego przez lekarza zażycia leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych; poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych,
 - 2) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - 3) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności takich jak: wszelkie sporty lotnicze, wspinaczka, speleologia, skoki na linie, nurkowanie z użyciem specjalistycznego sprzętu, sporty motorowe i motorowodne oraz udział Ubezpieczonego we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem,
 - 4) pełnienia przez Ubezpieczonego zasadniczej służby wojskowej,
 - 5) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego,
 - 6) nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego przepisów z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów przeciwpożarowych lub regulaminu pracy, w przypadku gdy zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenia określone jako spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy.
3. W przypadku gdy przedmiotem ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej jest życie lub zdrowie innych osób niż Ubezpieczonego, postanowienia ust. 1 i 2 niniejszego paragrafu stosuje się odpowiednio do: współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego, rodziców Ubezpieczonego, rodziców współmałżonka Ubezpieczonego, dziecka Ubezpieczonego.
4. Wyłączenia odpowiedzialności, o których mowa w ust. 2, stosuje się również w odniesieniu do umowy podstawowej oraz wszystkich umów dodatkowych, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczenia z tytułu umowy ubezpieczenia spowodowane zostało nieszczęśliwym wypadkiem i nastąpiło w okresie karencji.
5. W przypadku gdy zdarzenie ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie umowy podstawowej lub umów dodatkowych spowodowane zostało nieszczęśliwym wypadkiem, świadczenie z tytułu umowy ubezpieczenia zostanie wypłacone pod warunkiem, że zdarzenie to wystąpiło przed upływem 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

§ 25

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

Odstąpienie od umowy podstawowej

§ 26

Ubezpieczający może odstąpić od umowy podstawowej w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni, licząc od daty doręczenia dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia. Odstąpienie od umowy podstawowej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki łącznej za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Wypowiedzenie umowy podstawowej

§ 27

Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę podstawową w każdym czasie, z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia, złożonego ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca polisy.

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

§ 28

1. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:
 - 1) na skutek wypowiedzenia jej przez Ubezpieczającego – z ostatnim dniem okresu wypowiedzenia,
 - 2) z upływem okresu, na jaki została zawarta:
 - a) jeżeli strony nie przedłużyły okresu jej obowiązywania,
 - b) jeżeli strony nie uzgodniły warunków zmiany umowy ubezpieczenia do rocznicy polisy,
 - c) jeżeli liczba Ubezpieczonych, którzy wyrazili zgodę na zmianę warunków umowy ubezpieczenia zaproponowaną przez Towarzystwo lub Ubezpieczającego, jest niższa od minimalnej liczby Ubezpieczonych określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, chyba że Towarzystwo i Ubezpieczający w drodze negocjacji ustalą inaczej,
 - 3) z upływem 4 miesięcy, licząc od dnia wymagalności pierwszej nieopłaconej składki łącznej, jeżeli nie została ona zapłacona w tym terminie, mimo uprzedniego wezwania przez Towarzystwo do jej zapłaty w terminie nie krótszym niż 7 dni, o ile umowa podstawowa nie została rozszerzona o klauzulę dodatkową,
 - 4) wskutek zaprzestania prowadzenia działalności przez Ubezpieczającego – z dniem wykreślenia Ubezpieczającego z właściwego rejestru bądź ewidencji.

§ 29

1. Rozwiązanie umowy podstawowej powoduje rozwiązanie z tą samą datą wszystkich umów dodatkowych.
2. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta, wpłacona składka łączna za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej nie podlega zwrotowi.

Uposażony

§ 30

1. Ubezpieczony może wskazać jedną lub więcej osób jako Uposażonych. Prawo zmiany Uposażonych przysługuje Ubezpieczonemu w każdym czasie.
2. W przypadku wskazania więcej niż jednego Uposażonego Ubezpieczony określa procentowy udział każdej z tych osób w świadczeniu. Jeżeli jednak Ubezpieczony nie określi lub błędnie wskazał procentowy udział poszczególnych Uposażonych w świadczeniu, wówczas przyjmuje się, że udziały poszczególnych Uposażonych w świadczeniu są równe.
3. Świadczenie w związku ze śmiercią Ubezpieczonego nie zostanie wypłacone osobie, która swoim umyślnym działaniem spowodowała lub przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego.

4. Jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo utracił prawo do świadczenia w myśl postanowień ust. 3, jego prawo do świadczenia przysługuje pozostałym Uposażonym proporcjonalnie do przypadających im procentowych udziałów w tym świadczeniu.
5. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uposażonych albo wszyscy utracili prawo do świadczenia w myśl postanowień ust. 3, prawo do świadczenia przysługuje spadkobiercom Ubezpieczonego.
6. Za osobę zmarłą przed śmiercią Ubezpieczonego uważa się również osobę, która zmarła jednocześnie z Ubezpieczonym.

Wypłata świadczenia

§ 31

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie z tytułu umowy podstawowej w wysokości sumy ubezpieczenia.
2. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo poinformuje Uposażonego pisemnie lub drogą elektroniczną, jakie dokumenty niezbędne są do ustalenia prawa do świadczenia oraz jego wysokości, w związku z zajściem tego zdarzenia.
3. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 21 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.
4. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie, o którym mowa w ust. 3, Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
5. Bezsprorną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie, o którym mowa w ust. 3.
6. Jeżeli wypłata świadczenia nie jest możliwa w terminach określonych w powyższych ustępach niniejszego paragrafu, Towarzystwo zawiadomi o tym pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o wypłatę świadczenia, podając przyczyny późniejszego terminu spełnienia świadczenia.

§ 32

1. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu wszystkich umów dodatkowych zawartych w ramach tej samej umowy ubezpieczenia, wynikających z objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, wypłacanych w związku ze zdarzeniami powstałymi w następstwie tego samego nieszczęśliwego wypadku, ograniczona jest do wysokości niższej z wymienionych kwot:
 - 1) 300% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej,
 - 2) maksymalnej kwoty określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Ograniczenia maksymalnej sumy świadczeń, o której mowa w ust. 1 pkt 1), nie stosuje się do świadczeń z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku – wypłacanych na podstawie umów dodatkowych, a także z tytułu innych umów dodatkowych, w których przedmiotem ubezpieczenia nie jest życie ani zdrowie Ubezpieczonego.
3. Ograniczenia maksymalnej sumy świadczeń, o której mowa w ust. 1 pkt 2), nie stosuje się do świadczeń z tytułu osierocenia dziecka, pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku, pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku przy pracy – wypłacanych na podstawie umów dodatkowych, a także z tytułu innych umów dodatkowych, w których przedmiotem ubezpieczenia nie jest życie ani zdrowie Ubezpieczonego.

§ 33

Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo poinformuje o tym osobę zgłaszającą roszczenie, wskazując okoliczności i podstawę prawną, uzasadniającą odmowę wypłaty świadczenia lub wypłacenie go w innej wysokości niż wynikająca ze zgłoszonego roszczenia.

Indywidualna kontynuacja ubezpieczenia

§ 34

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 2, Ubezpieczony ma prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia w przypadku:
 - 1) ustania określonego w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia stosunku prawnego, łączącego go z Ubezpieczającym,
 - 2) zaprzestania prowadzenia działalności przez Ubezpieczającego,
 - 3) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego.
2. O ile spełnione są wszystkie poniższe warunki, prawo Ubezpieczonego do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia realizowane jest w formie indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie, zawartej z Towarzystwem na uzgodnionych warunkach:
 - 1) Ubezpieczony objęty był ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy poprzedzających datę wystąpienia któregośkolwiek ze zdarzeń wymienionych w ust. 1,
 - 2) Ubezpieczony złoży wniosek o indywidualną kontynuację ubezpieczenia w terminie 3 miesięcy od daty wystąpienia któregośkolwiek ze zdarzeń wymienionych w ust. 1,
 - 3) Ubezpieczony nie osiągnął wieku emerytalnego,
 - 4) Ubezpieczony nie nabył uprawnień emerytalnych przed osiągnięciem wieku emerytalnego,
 - 5) Ubezpieczony nie jest całkowicie ani częściowo niezdolny do pracy,
 - 6) Ubezpieczony w dniu sporządzenia wniosku o zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczenia nie przebywa na zwolnieniu lekarskim i/lub nie korzysta z prawa do zasiłku rehabilitacyjnego.

Skargi i zażalenia

§ 35

1. W każdym przypadku osoba zainteresowana może wnosić skargi i zażalenia do Zarządu Towarzystwa.
2. Skargi i zażalenia mogą być składane w siedzibie Towarzystwa bezpośrednio lub przesyłane w formie pisemnej pod adresem Towarzystwa. Powinny one określać dane umożliwiające identyfikację osoby zgłaszającej skargę lub zażalenie oraz przedmiot tej skargi lub zażalenia.
3. Skargi i zażalenia rozpatrywane są niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania przez Towarzystwo. W przypadku gdy rozpatrzenie skargi lub zażalenia jest niemożliwe w powyższym 30-dniowym terminie, Towarzystwo poinformuje o tym wnoszącego skargę lub zażalenie oraz rozpatrzy skargę lub zażalenie najpóźniej w terminie 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, rozpatrzenie takie stało się możliwe.
4. O sposobie rozpatrzenia skargi lub zażalenia zawiadamia się osobę, która zgłosiła skargę lub zażalenie, niezwłocznie po jej rozpatrzeniu, w formie pisemnej lub innej formie uzgodnionej z wnoszącą skargę lub zażalenie.
5. Niezależnie od powyższego trybu organem uprawnionym do rozpatrywania skarg na działalność Towarzystwa jest Rzecznik Ubezpieczonych.

Właściwość sądowa

§ 36

Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć przed sądem powszechnym właściwym dla siedziby Towarzystwa, Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego.

Postanowienia końcowe

§ 37

1. O ile umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej, odwołanie oświadczenia, w tym wniosku lub dyspozycji, jest skuteczne, jeżeli zostało doręczone Towarzystwu nie później niż wraz z tym wnioskiem lub dyspozycją.
2. Towarzystwo odmówi realizacji dyspozycji, jeżeli wniosek lub dokument dyspozycji został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny.
3. W przypadku niepowiadomienia Towarzystwa o zmianie adresu Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego pisma przesłane do tych osób na ostatni adres wskazany Towarzystwu wywierają skutki nimi przewidziane po upływie 30 dni od daty ich nadania w placówce pocztowej.
4. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 5, wszelkie oświadczenia i zawiadomienia dotyczące umowy ubezpieczenia składane są na piśmie. Oświadczenia i zawiadomienia składane Towarzystwu przesyłane są pod adresem Towarzystwa bądź składane osobiście w jego siedzibie.
5. O ile umowa ubezpieczenia nie wymaga zachowania formy pisemnej, strony mogą ustalić, że oświadczenia i zawiadomienia dotyczące umowy ubezpieczenia będą składane z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość.

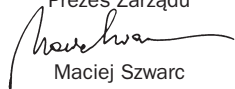
6. Zasady opodatkowania podatkiem dochodowym kwot otrzymanych przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie określa ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jednolity: Dz.U. z 2000 r., nr 14, poz. 176 z późniejszymi zmianami).
7. Kwoty otrzymane przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie są wolne od podatku, z wyjątkiem dochodu z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia, w przypadku ubezpieczeń związanych z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi.
8. Kwoty otrzymane przez osoby prawne z tytułu ubezpieczeń na życie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób prawnych zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (tekst jednolity: Dz.U. z 2000 r., nr 54, poz. 654 z późniejszymi zmianami).

§ 38

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

§ 39

1. Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r.
2. Niniejsze OWU wchodzi w życie z dniem 01.11.2007 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 01.11.2007.

Prezes Zarządu

Maciej Szwarz

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Ogólne warunki

dotaddkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek osierocenia dziecka przez Ubezpiezonego

INDEKS GOD/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

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

§ 2

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

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpiezonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawieszona się z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 6

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 7

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

- 1) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,
- 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 8

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.
3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku osierocenia dziecka w następstwie śmierci Ubezpiezonego Towarzystwo wypłaci każdemu dziecku Ubezpiezonego świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. W przypadku gdy w następstwie tego samego nieszczęśliwego wypadku śmierć poniósł Ubezpieczony i druga osoba, której w chwili śmierci przysługiwała władza rodzicielska lub której władza rodzicielska przysługiwała w momencie osiągnięcia przez dziecko pełnoletności, Towarzystwo wypłaci każdemu dziecku, nad którym oboje sprawowali władzę rodzicielską, dodatkowe świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
3. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy śmierć Ubezpiezonego powodująca osierocenie dziecka jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 OWU umowy podstawowej.
4. W przypadku śmierci Ubezpiezonego powodującej osierocenie dziecka, która nastąpiła w okresie karencji, świadczenie nie zo-

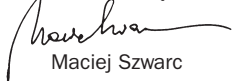
stanie wypłacone, gdy nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną śmierci Ubezpieczonego jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 2 OWU umowy podstawowej.

Postanowienia końcowe

§ 10

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
2. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Prezes Zarządu



Maciej Szwarc

Członek Zarządu



Janusz Arczewski

Ogólne warunki

dotaddkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpiezonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

INDEKS GWU/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

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

§ 2

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

umowa dodatkowa – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpiezonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawieszona się z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 6

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 7

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

- 1) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,
- 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 8

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.
3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

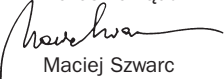
1. W przypadku śmierci Ubezpiezonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy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

Postanowienia końcowe

§ 10

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

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

Prezes Zarządu

Maciej Szwarc

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Ogólne warunki

dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego

INDEKS GWK/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

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

§ 2

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

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego.

2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawieszona z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

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

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 6

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 7

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

- 1) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,
- 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 8

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.
3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

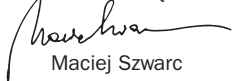
1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek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

Postanowienia końcowe

§ 10

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
2. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Prezes Zarządu



Maciej Szwarc

Członek Zarządu



Janusz Arczewski

Ogólne warunki

dotaddkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci
w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy

INDEKS GPŚ/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

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

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **nieszczęśliwy wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił w związku z pracą:
 - a) podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych oraz w trakcie trwania podróży służbowej, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań,
 - b) podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności w interesie zakładu pracy, nawet bez polecenia,
 - c) w czasie pozostawiania Ubezpieczonego w dyspozycji zakładu pracy w drodze między siedzibą zakładu pracy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,
 - d) w związku z odbywaniem służby w zakładowych i resortowych formacjach samoobrony albo w związku z przynależnością do obowiązkowej lub ochotniczej straży pożarnej działającej w zakładzie pracy,
 - e) przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające w zakładzie pracy organizacje zawodowe lub uczestniczeniu w organizowanych przez nie czynach społecznych.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawieszona się z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 6

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 7

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

- 1) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,
- 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 8

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.
3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

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

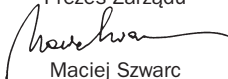
przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy i śmiercią Ubezpieczonego.

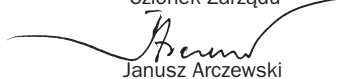
3. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy nieszczęśliwy wypadek przy pracy będący przyczyną śmierci Ubezpieczonego jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 OWU umowy podstawowej.
4. Do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu umowy dodatkowej niezbędne jest dostarczenie Towarzystwu protokołu powypadkowego sporządzonego zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa oraz innych dokumentów wskazanych przez Towarzystwo.

Postanowienia końcowe

§ 10

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optimalny Wybór AXA.
2. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Prezes Zarządu

Maciej Szwarc

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Ogólne warunki

dotaddkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpiezonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu

INDEKS GZU/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

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

§ 2

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

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpiezonego.

2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawiesz się z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

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

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 6

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 7

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

- 1) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,
- 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 8

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.
3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa.

Świadczenie ubezpieczeniowe

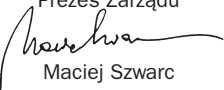
§ 9

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

Postanowienia końcowe

§ 10

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
2. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Prezes Zarządu

Maciej Szwarc

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Ogólne warunki

dotaddkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

INDEKS GUU/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

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

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **uszczerbek** – trwale naruszenie sprawności organizmu, powodujące upośledzenie czynności organizmu.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawiesz się z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej,

- 3) w odniesieniu do poszczęólnych Ubezpieczonych – z dniem wypłaty świadczenia, którego kwota wraz z sumą świadczeń wypłaconych z tytułu umowy dodatkowej łącznie odpowiada 100% uszczerbku na zdrowiu.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 6

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 7

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

- 1) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,
- 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 8

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.
3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej, za każdy 1 procent uszczerbku na zdrowiu, zgodnie z wybranym wariantem ochrony ubezpieczeniowej, określonym w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu umowy dodatkowej, wynikających z objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, w związku z jednym nieszczęśliwym wypadkiem nie może przekroczyć kwoty świadczenia odpowiadającej 100% uszczerbku na zdrowiu.
3. Kolejne świadczenie wypłacane z tytułu umowy dodatkowej nie może być wyższe niż kwota świadczenia wynikająca z różnicy po-

między wysokością świadczenia należnego w przypadku 100% uszczerbku, a sumą świadczeń wypłaconych dotychczas Ubezpieczonemu na podstawie umowy dodatkowej.

- Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy nieszczęśliwy wypadek powodujący uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 OWU umowy podstawowej.

§ 10

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

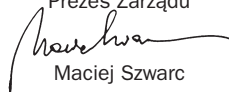
Warianty ochrony ubezpieczeniowej

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

Postanowienia końcowe

§ 11

- Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy dodatkowej wyklucza możliwość objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie innych umów dodatkowych, których zakres ubezpieczenia obejmuje uszczerbek na zdrowiu lub inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
- Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Prezes Zarządu

Maciej Szwarz

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Ogólne warunki

dotaddkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek
uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie
nieszczęśliwego wypadku przy pracy

INDEKS GPU/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

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

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **uszczerbek** – trwałe naruszenie sprawności organizmu, powodujące upośledzenie czynności organizmu;
- 3) **nieszczęśliwy wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił w związku z pracą:
 - a) podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych oraz w trakcie trwania podróży służbowej, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań,
 - b) podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności w interesie zakładu pracy, nawet bez polecenia,
 - c) w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji zakładu pracy w drodze między siedzibą zakładu pracy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,
 - d) w związku z odbywaniem służby w zakładowych i resortowych formacjach samoobrony albo w związku z przynależnością do obowiązkowej lub ochotniczej straży pożarnej działającej w zakładzie pracy,
 - e) przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające w zakładzie pracy organizacje zawodowe lub uczestniczeniu w organizowanych przez nie czynach społecznych.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawiesz się z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej,
 - 3) w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych – z dniem wypłaty świadczenia, którego kwota wraz z sumą świadczeń wypłaconych z tytułu umowy dodatkowej łącznie odpowiada 100% uszczerbku na zdrowiu.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 6

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 7

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

- 1) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,
- 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 8

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.

3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej, za każdy 1 procent uszczerbku na zdrowiu, zgodnie z wybranym wariantem ochrony ubezpieczeniowej, określonym w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu umowy dodatkowej, wynikających z objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, w związku z jednym nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy nie może przekroczyć kwoty świadczenia odpowiadającej 100% uszczerbku na zdrowiu.
3. Kolejne świadczenie wypłacane z tytułu umowy dodatkowej nie może być wyższe niż kwota świadczenia wynikająca z różnicy pomiędzy wysokością świadczenia należnego w przypadku 100% uszczerbku, a sumą świadczeń wypłaconych dotychczas Ubezpieczonemu na podstawie umowy dodatkowej.
4. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy nieszczęśliwy wypadek przy pracy powodujący uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 OWU umowy podstawowej.

§ 10

1. Procent uszczerbku na zdrowiu ustalany jest zgodnie z Tabelą uszczerbków, mającą zastosowanie w umowie dodatkowej, obowiązującą w Towarzystwie. Tabela uszczerbków dostępna jest do wglądu w siedzibie Towarzystwa.
2. Procent uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji na podstawie dokumentacji medycznej. W wątpliwych przypadkach procent uszczerbku na zdrowiu ustalany jest na podstawie badań medycznych przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo, wykonanych na zlecenie Towarzystwa. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.

3. W przypadku powstania uszczerbku na zdrowiu w obrębie narządu, którego czynności były upośledzone przed nieszczęśliwym wypadkiem, ustalony procent uszczerbku na zdrowiu pomniejszany jest o procent uszczerbku na zdrowiu, wynikający z wcześniejszego upośledzenia czynności tego narządu.
4. Przy ustalaniu procentu uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju wykonywanej pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
5. Do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu umowy dodatkowej niezbędne jest dostarczenie Towarzystwu protokołu powypadkowego sporządzonego zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa oraz innych dokumentów wskazanych przez Towarzystwo.

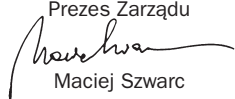
Warianty ochrony ubezpieczeniowej

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

Postanowienia końcowe

§ 11

1. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy dodatkowej wyklucza możliwość objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie innych umów dodatkowych, których zakres ubezpieczenia obejmuje uszczerbek na zdrowiu lub inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
3. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Prezes Zarządu

 Maciej Szwarc

Członek Zarządu

 Janusz Arczewski

Ogólne warunki

dotaddkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek
uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie
zawału serca lub udaru mózgu

INDEKS GUZ/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

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

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **uszczerbek** – trwałe naruszenie sprawności organizmu, powodujące upośledzenie czynności organizmu;
- 3) **udar mózgu** – nagle, w efekcie trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzonych badaniem lekarskim. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (OUN), udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji OUN. Rozpoznanie trwałego uszkodzenia OUN winno być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej jednak niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów;
- 4) **zawał serca** – pierwszorazowe wystąpienie martwicy ograniczonego obszaru mięśnia sercowego jako skutek ostrego niedokrwienia, rozpoznane na podstawie wystąpienia typowego dla zawału serca bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie EKG potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych we krwi; z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris).

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawiesz się z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej,
 - 3) w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych:
 - a) z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia.
 - b) z dniem wypłaty świadczenia, którego kwota wraz z sumą świadczeń wypłaconych z tytułu umowy dodatkowej łącznie odpowiada 100% uszczerbku na zdrowiu.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 6

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 7

Umowa dodatkowa rozwiązuje się w przypadkach i terminach rozwiązania umowy podstawowej, określonych w umowie podstawowej, a także:

- 1) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,
- 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 8

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.
3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego powstałego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej, za każdy 1 procent uszczerbku na zdrowiu, zgodnie z wybranym wariantem ochrony ubezpieczeniowej, określonym w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone pod warunkiem, że uszczerbek nastąpił przed upływem 6 miesięcy od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
3. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu umowy dodatkowej, wynikających z objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, w związku z jednym zawałem serca lub udarem mózgu nie może przekroczyć kwoty świadczenia odpowiadającej 100% uszczerbku na zdrowiu.
4. Kolejne świadczenie wypłacane z tytułu umowy dodatkowej nie może być wyższe niż kwota świadczenia wynikająca z różnicy pomiędzy wysokością świadczenia należnego w przypadku 100% uszczerbku a sumą świadczeń wypłaconych dotychczas Ubezpieczonemu na podstawie umowy dodatkowej.
5. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy zawał serca lub udar mózgu powodujący uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 OWU umowy podstawowej.

§ 10

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

§ 11

1. Jeżeli Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, a w okresie 6 miesięcy od dnia wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu nastąpi śmierć Ubezpieczonego będąca następstwem tego samego

zawału serca lub tego samego udaru mózgu, wówczas wypłacone świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego zostanie pomniejszone o kwotę świadczenia wypłaconego z tytułu uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu.

2. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu wszystkich umów dodatkowych zawartych w ramach tej samej umowy ubezpieczenia, wynikających z objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, wypłacanych w związku ze zdarzeniami powstałymi w następstwie tego samego zawału serca lub udaru mózgu, nie może przekroczyć maksymalnej kwoty określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
3. Ograniczenia maksymalnej sumy świadczeń, o której mowa w ust. 2, nie stosuje się do świadczeń z tytułu osierocenia dziecka, pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku, pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku przy pracy, wypłacanych na podstawie odpowiednich umów dodatkowych, a także z tytułu innych umów dodatkowych, w których przedmiotem ubezpieczenia nie jest życie ani zdrowie Ubezpieczonego.
4. Suma świadczeń wypłacanych w związku z uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu i poważnym zachorowaniem Ubezpieczonego z tytułu umów dodatkowych zawartych w ramach tej samej umowy ubezpieczenia, wynikających z objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, wypłacanych w związku ze zdarzeniami powstałymi w następstwie tego samego zawału serca lub udaru mózgu, nie może przekroczyć maksymalnej kwoty określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

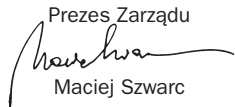
Warianty ochrony ubezpieczeniowej

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

Postanowienia końcowe

§ 12

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
2. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Prezes Zarządu

 Maciej Szwarz

Członek Zarządu

 Janusz Arczewski

Tabela uszczerbków

Zawał serca	Procent uszczerbku*
Udokumentowany przebyty zawał mięśnia sercowego bez zmian w zapisie EKG, bez zaburzeń rytmu i cech niewydolności krążenia	10%
Cechy przebitego zawału mięśnia sercowego w zapisie EKG, bez zaburzeń rytmu i cech niewydolności krążenia	15%
Cechy niewydolności krążenia I lub II stopnia według NYHA, jako późne następstwo przebitego zawału mięśnia sercowego	25–50%
Cechy niewydolności krążenia III lub IV stopnia według NYHA, jako późne następstwo przebitego zawału mięśnia sercowego	50–100%
Udar mózgu	
W stosunku do następstw udaru mózgu, jako kryterium określenia wysokości procentowego trwałego uszczerbku na zdrowiu, stosuje się zdolność chorego do samodzielnej egzystencji w zależności od obecności i nasilenia objawów i ubytków neurologicznych	10–100%

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

Ogólne warunki

dotaddkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa Ubezpiezonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku Typ A

INDEKS GAU/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa Ubezpiezonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku Typ A, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a Ubezpieczającymi, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **inwalidztwo** – upośledzenie funkcji organizmu, określone w Tabeli inwalidztwa;
- 3) **amputacja** – całkowita anatomiczna strata (usunięcie) narządu;
- 4) **niedowład** – całkowita i trwała utrata funkcji nerwu;
- 5) **utrata** – amputacja lub całkowita i trwała utrata funkcji danego organu.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpiezonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje inwalidztwo Ubezpiezonego, powstałe bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazany w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpiezonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawieszona z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

niowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

- 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
- 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej,
- 3) w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych – z dniem wypłaty świadczenia, którego kwota wraz z sumą świadczeń wypłaconych z tytułu umowy dodatkowej łącznie odpowiada 100% inwalidztwa.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 6

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 7

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

- 1) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,
- 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 8

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.
3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku inwalidztwa Ubezpiezonego powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości iloczynu procentu inwalidztwa ustalonego zgodnie z Tabelą inwalidztwa i sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Suma świadczeń wypłacanych na podstawie umowy dodatkowej, wynikających z objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpiezonego, w związku z jednym nieszczęśliwym wypadkiem, nie może przekroczyć kwoty 100% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.

3. Kolejne świadczenie wypłacane z tytułu umowy dodatkowej nie może być wyższe niż kwota świadczenia wynikająca z różnicy pomiędzy wysokością świadczenia należnego w przypadku 100% inwalidztwa a sumą świadczeń wypłaconych dotychczas Ubezpieczonemu na podstawie umowy dodatkowej.
4. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy nieszczęśliwy wypadek powodujący inwalidztwo Ubezpieczonego jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 OWU umowy podstawowej.

§ 10

1. Data wystąpienia, rodzaj i procent inwalidztwa ustalane są po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji na podstawie dokumentacji medycznej. W wątpliwych przypadkach – na podstawie badań medycznych przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo, wykonanych na zlecenie Towarzystwa. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.
2. W przypadku powstania inwalidztwa w obrębie narządu, którego czynności były upośledzone przed nieszczęśliwym wypadkiem, ustalony procent inwalidztwa pomniejszany jest o procent inwalidztwa wynikający z wcześniejszego upośledzenia czynności tego narządu.
3. Przy ustalaniu procentu inwalidztwa nie bierze się pod uwagę rodzaju wykonywanej pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.

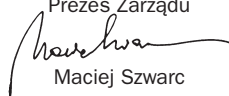
Tabela inwalidztwa

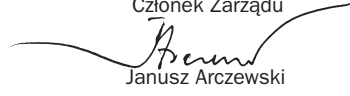
Rodzaj inwalidztwa	Procent inwalidztwa
Utrata wzroku w obu oczach	100%
Całkowita utrata słuchu	100%
Niedowład czterokończynowy	100%
Utrata mowy	100%
Utrata obu kończyn dolnych lub obu podudzi	100%
Utrata obu kończyn górnych lub obu przedramion	100%
Utrata ramienia	75%
Utrata przedramienia	70%
Utrata kończyny dolnej powyżej kolana	70%
Utrata kończyny dolnej poniżej kolana	60%
Utrata wzroku w jednym oku	50%
Utrata dłoni	50%
Utrata stopy	50%
Utrata słuchu w jednym uchu	30%
Utrata kciuka	15%
Utrata dużego palca u stopy	10%
Utrata każdego z palców dłoni oprócz kciuka	5%
Utrata każdego z palców u stopy oprócz palucha	4%

Postanowienia końcowe

§ 11

1. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy dodatkowej wyklucza możliwość objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie innych umów dodatkowych, których zakres ubezpieczenia obejmuje uszczerbek na zdrowiu lub inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
3. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Prezes Zarządu

 Maciej Szwarz

Członek Zarządu

 Janusz Arczewski

Ogólne warunki

dotatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa
Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku Typ B

INDEKS GBU/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

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

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **inwalidztwo** – upośledzenie funkcji organizmu, określone w Tabeli inwalidztwa;
- 3) **amputacja** – całkowita anatomiczna strata (usunięcie) narządu;
- 4) **utrata** – amputacja lub całkowita i trwała utrata funkcji danego organu;
- 5) **niedowład** – całkowita i trwała utrata funkcji nerwu;
- 6) **zesztywnienie** – całkowite zniesienie ruchomości w stawie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawieszona z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpiecze-

niowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

- 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
- 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej,
- 3) w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych – z dniem wypłaty świadczenia, którego kwota wraz z sumą świadczeń wypłaconych z tytułu umowy dodatkowej łącznie odpowiada 100% inwalidztwa.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 6

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 7

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

- 1) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,
- 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 8

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.
3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku inwalidztwa Ubezpieczonego powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości iloczynu procentu inwalidztwa ustalonego zgodnie z Tabelą inwalidztwa i sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu umowy dodatkowej, wynikających z objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, w związku z jednym nieszczęśliwym wypadkiem nie może przekroczyć kwoty świadczenia odpowiadającej 100% inwalidztwa.

3. Kolejne świadczenie wypłacane z tytułu umowy dodatkowej nie może być wyższe niż kwota świadczenia wynikająca z różnicy pomiędzy wysokością świadczenia należnego w przypadku 100% inwalidztwa a sumą świadczeń wypłaconych dotychczas Ubezpieczonemu na podstawie umowy dodatkowej.
4. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy nieszczęśliwy wypadek powodujący inwalidztwo Ubezpieczonego jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 OWU umowy podstawowej.

§ 10

1. Data wystąpienia, rodzaj i procent inwalidztwa ustalane są po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji na podstawie dokumentacji medycznej. W wątpliwych przypadkach – na podstawie badań medycznych przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo, wykonanych na zlecenie Towarzystwa. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.
2. W przypadku powstania inwalidztwa w obrębie narządu, którego czynności były upośledzone przed nieszczęśliwym wypadkiem, ustalony procent inwalidztwa pomniejszany jest o procent inwalidztwa wynikający z wcześniejszego upośledzenia czynności tego narządu.
3. Przy ustalaniu procentu inwalidztwa nie bierze się pod uwagę rodzaju wykonywanej pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.

Tabela inwalidztwa

Rodzaj inwalidztwa	Procent inwalidztwa
Narządy zmysłów	
Utrata wzroku w obu oczach	100%
Całkowita utrata słuchu	100%
Utrata mowy	100%
Utrata słuchu w jednym uchu	30%
Utrata wzroku w jednym oku	50%
Głowa	
Trwały niedowład w zakresie nerwu twarzowego	30%
Utrata szczęki dolnej	50%
Utrata szczęki górnej	40%
Trwałe blizny na twarzy o powierzchni powyżej 5 cm kwadratowych lub długości powyżej 15 cm	15%
Oskaldowanie u mężczyzn	20%
Oskaldowanie u kobiet	30%
Utrata jednej małżowiny usznej	10%
Utrata obu małżowin usznych	20%
Narząd ruchu	
Utrata obu dłoni lub obu stóp	100%
Utrata obu kończyn górnych lub obu przedramion	100%
Utrata jednej kończyny górnej i jednego podudzia	100%
Utrata jednej dłoni i jednej stopy	100%
Niedowład czterokończynowy	100%
Uszkodzenie kręgosłupa z całkowitym i trwałym niedowładem kończyn dolnych i zwieraczy	80%
Całkowity niedowład kończyn dolnych	70%
Całkowity niedowład kończyny górnej	60%
Trwałe uszkodzenie miednicy upośledzające chodzenie	30%
Zesztywnienie sztywnego odcinka kręgosłupa dotyczące minimum 3 kręgów szyjnych	25%

Kończyna górna

Całkowity niedowład w zakresie splotu barkowego	60%
Zesztywnienie barku	35%
Całkowity niedowład nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia	25%
Całkowity niedowład nerwu promieniowego w zakresie przedramienia	15%
Całkowity niedowład nerwu łokciowego	25%
Amputacja jednego ramienia	60%
Amputacja jednego przedramienia	50%
Amputacja jednej dłoni	50%
Amputacja kciuka	15%
Amputacja każdego z palców dłoni oprócz kciuka	5%
Zesztywnienie w zakresie stawu łokciowego	30%
Zesztywnienie w zakresie stawu nadgarstkowego	25%
Zesztywnienie kciuka uniemożliwiające chwyt	15%

Kończyna dolna

Całkowity niedowład w zakresie całej kończyny dolnej	60%
Całkowity niedowład w zakresie nerwu udowego	40%
Całkowity niedowład w zakresie nerwu kulszowego	40%
Całkowity niedowład w zakresie nerwu strzałkowego	15%
Utrata kończyny dolnej powyżej kolana	70%
Utrata kończyny dolnej poniżej kolana	60%
Utrata stopy	50%
Utrata dużego palca u stopy	10%
Utrata każdego z palców u stopy oprócz palucha	4%
Zesztywnienie w zakresie stawu biodrowego w ustawieniu czynnościowo korzystnym	25%
Zesztywnienie w zakresie stawu biodrowego w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40%
Zesztywnienie w zakresie stawu kolanowego	20%
Zesztywnienie w zakresie stawu skokowego	25%

Klatka piersiowa i jama brzuszna

Uszkodzenie szkieletu kostnego klatki piersiowej skutkujące trwałą niewydolnością oddechową potwierdzoną spirometrycznie i gazometrycznie	50%
Uszkodzenie płuc i opłucnej skutkujące trwałą niewydolnością oddechową potwierdzoną spirometrycznie i gazometrycznie	50%
Uszkodzenie nerwu przeponowego skutkujące zaburzeniem ruchomości przepony	10%
Uszkodzenie struktur serca wymagające interwencji kardiologicznej	40%
Uszkodzenie przełyku powodujące konieczność trwałego odżywiania się płynami	30%
Amputacja gruczołu piersiowego u kobiety jako efekt leczenia urazu	30%
Amputacja jelita cienkiego jako efekt leczenia urazu obejmująca co najmniej 50% długości narządu i powodująca trwałe upośledzenie trawienia i stanu odżywiania	25%
Amputacja jelita grubego jako efekt leczenia urazu obejmująca co najmniej 50% długości narządu powodująca trwałe zaburzenie perystaltyki i formowania stolca	15%
Urazowe uszkodzenie zwieraczy odbytu powodujące stałe nietrzymanie gazów i stolca	60%
Uszkodzenie wątroby skutkujące trwałą niewydolnością narządu	40%
Uszkodzenie trzustki skutkujące trwałą niewydolnością narządu	40%

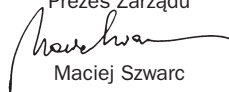
Amputacja nerki bez cech niewydolności drugiej nerki jako efekt leczenia urazu	20%
Amputacja nerki z cechami trwałej niewydolności drugiej nerki jako efekt leczenia urazu	75%
Uszkodzenie pęcherza moczowego lub cewki moczowej skutkujące trwałym nietrzymaniem moczu	25%
Amputacja obu jąder	30%
Amputacja obu jajników	30%
Amputacja jednego jądra lub jednego jajnika u Ubezpieczonego do 45. roku życia	15%
Amputacja macicy u kobiety do 45. roku życia	30%
Amputacja macicy u kobiety po 45. roku życia	20%
Amputacja prącia	30%
Trwale blizny na skórze poza twarzą o powierzchni większej niż 30% powierzchni ciała	20%

Postanowienia końcowe

§ 11

1. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy dodatkowej wyklucza możliwość objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie innych umów dodatkowych, których zakres ubezpieczenia obejmuje uszczerbek na zdrowiu lub inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
3. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Prezes Zarządu


Maciej Szwarc

Członek Zarządu


Janusz Arczewski

Ogólne warunki

dotaddkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy zarobkowej

INDEKS GNU/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

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

§ 2

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

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawieszona się z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej,

- 3) w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych:

- a) z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 64. rok życia,
- b) z dniem wypłaty świadczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.

3. Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego, wskutek wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu umowy dodatkowej, powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do tego Ubezpieczonego z tytułu umowy podstawowej i wszystkich umów dodatkowych.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 6

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w przypadkach i terminach rozwiązania umowy podstawowej, określonych w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,
 - 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 8

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.
3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Jeżeli umowa ubezpieczenia została rozszerzona o klauzulę dodatkową, wraz ze świadczeniem z tytułu umowy dodatkowej Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu sumę wartości rachunku

podstawowego i rachunku dodatkowego, ustalone zgodnie z postanowieniami klauzuli dodatkowej.

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

§ 10

1. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu niniejszej umowy dodatkowej oraz z tytułu umowy dodatkowej na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego, wypłacanych w związku z tą samą chorobą Ubezpieczonego, nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej.

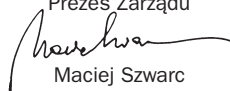
2. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, umowy dodatkowej na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego oraz umowy dodatkowej na wypadek operacji medycznej Ubezpieczonego, wypłacanych w związku z tą samą chorobą Ubezpieczonego, nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 200%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

Postanowienia końcowe

§ 11

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
2. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Prezes Zarządu


Maciej Szwarz

Członek Zarządu


Janusz Arczewski

Ogólne warunki

dotaddkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy zarobkowej w następstwie nieszczęśliwego wypadku

INDEKS GWN/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

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

§ 2

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

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej, powstałą bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawieszona z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,

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

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 6

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,
 - 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 8

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.
3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej, powstałej bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Jeżeli umowa ubezpieczenia została rozszerzona o klauzulę dodatkową, wraz ze świadczeniem z tytułu umowy dodatkowej Towarzystwo

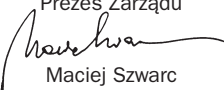
wypłaci Ubezpieczonemu sumę wartości rachunku podstawowego i rachunku dodatkowego, ustalone zgodnie z postanowieniami klauzuli dodatkowej.

3. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może wypłacić świadczenie po upływie 6 miesięcy nieprzerwanego trwania niezdolności do pracy zarobkowej.
4. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną niezdolności Ubezpieczonego do wykonywania pracy zarobkowej jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 OWU umowy podstawowej.

Postanowienia końcowe

§ 10

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optimalny Wybór AXA.
2. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Prezes Zarządu

Maciej Szwarc

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Ogólne warunki

dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy

INDEKS GCN/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

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

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **czasowa niezdolność do pracy** – czasowa niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania pracy zarobkowej, trwająca nieprzerwanie co najmniej 30 dni, potwierdzona zwolnieniem lekarskim;
- 3) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych. Za szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala, oddziału i ośrodka rehabilitacji.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 3, zakres ubezpieczenia obejmuje czasową niezdolność Ubezpieczonego do pracy, spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem lub związaną z pobytem Ubezpieczonego w szpitalu, trwającym nieprzerwanie co najmniej 7 dni, która rozpoczęła się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
3. Od daty ukończenia przez Ubezpieczonego 60. roku życia, zakres ubezpieczenia obejmuje wyłącznie czasową niezdolność Ubezpieczonego do pracy spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem.

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawieszona z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej,
 - 3) w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych – z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 6

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 7

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

- 1) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,
- 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 8

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.
3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 1%

sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za 25. i każdy następny dzień niezdolności do pracy, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.

2. Suma świadczeń wypłacanych na podstawie umowy dodatkowej w danym roku polisy, wynikających z objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, nie może przekroczyć kwoty świadczenia należnego Ubezpieczonemu za okres 90 dni czasowej niezdolności do pracy.
3. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej w związku z czasową niezdolnością do pracy zostanie wypłacone pod warunkiem, że w przypadku czasowej niezdolności do pracy:
 - 1) spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem – nieszczęśliwy wypadek miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej oraz z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem i czasową niezdolnością Ubezpieczonego do pracy,
 - 2) związanej z pobytem Ubezpieczonego w szpitalu – okres pobytu w szpitalu przypada w okresie czasowej niezdolności do pracy.
4. W przypadku gdy w okresie nieprzerwanej czasowej niezdolności do pracy wystąpiły kolejne przyczyny czasowej niezdolności do pracy, tj. nieszczęśliwy wypadek lub pobyt w szpitalu, do ustalenia wysokości świadczenia każdy dzień czasowej niezdolności do pracy liczony jest pojedynczo.

§ 10

1. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy nieszczęśliwy wypadek powodujący czasową niezdolność do pracy lub pobyt Ubezpieczonego w szpitalu związany z czasową niezdolnością do pracy są następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 OWU umowy podstawowej, a także jeżeli czasowa niezdolność do pracy jest następstwem samookaleczenia lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od jego stanu poczytalności.

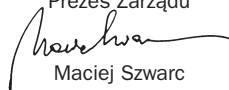
2. W przypadku gdy czasowa niezdolność do pracy związana jest z pobytem Ubezpieczonego w szpitalu, świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli celem pobytu w szpitalu jest:

- 1) leczenie lub poddanie się przez Ubezpieczonego zabiegowi pozostającemu w związku z ciążą, porodem lub pójściem,
- 2) poddanie się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,
- 3) wykonanie Ubezpieczonemu rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie jest choroba lub obrażenia ciała Ubezpieczonego,
- 4) wykonanie Ubezpieczonemu zabiegów rehabilitacyjnych,
- 5) leczenie chorób umysłowych i zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego,
- 6) leczenie choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV Ubezpieczonego,
- 7) leczenie wad wrodzonych Ubezpieczonego.

Postanowienia końcowe

§ 11

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
2. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Prezes Zarządu

Maciej Szwarz

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Ogólne warunki

dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu

INDEKS GCP/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

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

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **pobyt w szpitalu** – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu trwający nieprzerwanie co najmniej:
 - a) 24 godziny w przypadku pobytu w szpitalu wyłącznie w celu leczenia doznanych obrażeń ciała,
 - b) 4 dni w przypadku pobytu w szpitalu w celu leczenia choroby,
 - c) 10 dni od dnia porodu w przypadku pobytu związanego z porodem i mającego na celu leczenie choroby Ubezpieczonego, będącej skutkiem powikłań poporodowych.W rozumieniu niniejszych OWUD okres pobytu w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala, a kończy w dniu wypisania Ubezpieczonego ze szpitala;
- 3) **choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu Ubezpieczonego na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju Ubezpieczonego;
- 4) **obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów Ubezpieczonego powstałe bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 5) **nieszczęśliwy wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił w związku z pracą:
 - a) podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych oraz w trakcie trwania podróży służbowej, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań,
 - b) podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności w interesie zakładu pracy, nawet bez polecenia,
 - c) w czasie pozostawiania Ubezpieczonego w dyspozycji zakładu pracy w drodze między siedzibą zakładu pracy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,
 - d) w związku z odbywaniem służby w zakładowych i resortowych formacjach samoobrony albo w związku z przynależnością do obowiązkowej lub ochotniczej straży pożarnej działającej w zakładzie pracy,

e) przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające w zakładzie pracy organizacje zawodowe lub uczestniczeniu w organizowanych przez nie czynach społecznych.

- 6) **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej/Oddział Intensywnej Terapii (OIOM/OIT)** – znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wydzielony, specjalistyczny oddział szpitalny przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru. W rozumieniu niniejszych OWUD za OIOM/OIT uznaje się również Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK) oraz Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK);
- 7) **Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK), Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK)** – wydzielony, specjalistyczny pododdział szpitalny funkcjonujący w obrębie oddziału, kliniki kardiologicznej lub oddziału internistycznego o profilu kardiologicznym, przeznaczony do leczenia chorych wymagających stałego nadzoru i ciągłego monitorowania czynności życiowych wyłącznie z nagłych wskazań kardiologicznych. W rozumieniu niniejszych OWUD, za OIOK uznaje się również samodzielną jednostkę organizacyjną (oddział), jeżeli funkcjonuje w obrębie monoprofilowanych kardiologicznych jednostek opieki zdrowotnej o najwyższym stopniu referencyjności (instytuty). Pobyt na OIOK/OINK powinien być udokumentowany w karcie wypisu ze szpitala lub poświadczony przez właściwego kierownika kliniki lub oddziału szpitalnego. W rozumieniu niniejszych OWUD za OIOK/OINK nie uważa się: sali „R”, oddziału rehabilitacji kardiologicznej oraz sal nadzoru pooperacyjnego, znajdujących się w obrębie oddziałów klinik kardiologicznych;
- 8) **rekonwalescencja** – okres następujący bezpośrednio po zakończeniu okresu pobytu w szpitalu, służący powrotowi Ubezpieczonego do zdrowia;
- 9) **sanatorium** – znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, zakład lecznictwa zorganizowany w miejscowości uzdrowiskowej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania u rekonwalescentów nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłań i zaostreniom;
- 10) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, kraju na terytorium którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych. Za szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala, oddziału i ośrodka rehabilitacji.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

- 2) pobyt Ubezpieczonego na OIOM/OIT,
 - 3) rekonwalescencję Ubezpieczonego,
 - 4) pobyt Ubezpieczonego w sanatorium
- w celu leczenia choroby lub obrażeń ciała, zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawieszona z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej,
 - 3) w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych – z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia.

§ 6

1. Niezależnie od postanowień § 10 ust. 3 OWU umowy podstawowej, w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych stosuje się 1-miesięczną karencję, liczoną od daty początku ochrony ubezpieczeniowej, określonej w świadectwie uczestnictwa.
2. Karencji, o której mowa w ust. 1, nie stosuje się w odniesieniu do Ubezpieczonego, który spełnia łącznie następujące warunki:
 - 1) w okresie co najmniej 3 miesięcy bezpośrednio poprzedzających objęcie go ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej objęty był ochroną ubezpieczeniową przez innego Ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego w zakresie określonym umową dodatkową,
 - 2) złożył Towarzystwu deklarację uczestnictwa przed upływem 2 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. W okresie 1 miesiąca od dnia objęcia Ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 2, ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, o ile jest należne, ograniczone jest do wysokości niższego z następujących świadczeń:
 - 1) świadczenia należnego z tytułu umowy dodatkowej albo
 - 2) świadczenia należnego na podstawie umowy ubezpieczenia grupowego, którą poprzednio w tym zakresie objęty był Ubezpieczony, zgodnie z postanowieniami ust. 2.
4. Postanowienia ust. 2 i 3 mają zastosowanie pod warunkiem dostarczenia Towarzystwu przez Ubezpieczającego, wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia, następujących dokumentów:
 - 1) kopii polisy potwierdzającej zawarcie umowy, o której mowa w ust. 2 pkt 1), zawierającej informacje o okresie ubezpieczenia, zakresie ubezpieczenia oraz sumach ubezpieczenia, wraz z oświadczeniem Ubezpieczającego o rozwiązaniu tej umowy i opłaceniu ostatniej składki należnej z jej tytułu; jeżeli w polisie brakuje informacji o okresie ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do zamieszczenia jej na liście osób, określonej w pkt. 2),

- 2) listy osób objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy, o której mowa w ust. 2 pkt 1), zawierającej następujące dane Ubezpieczonych: imię, nazwisko, numer PESEL, podgrupę lub wariant ubezpieczenia.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 7

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 8

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,
 - 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 9

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.
3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 10

1. W związku z pobytem Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie równe:
 - 1) w przypadku pobytu w szpitalu:
 - a) w celu leczenia choroby lub w związku z porodem:
 - 0,6% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu,
 - 0,5% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za 15. i każdy kolejny dzień pobytu w szpitalu,
 - b) w celu leczenia obrażeń ciała powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku:
 - 1% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu,
 - 0,5% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za 15. i każdy kolejny dzień pobytu w szpitalu,
 - c) w celu leczenia obrażeń ciała powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy:
 - 1,5% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu,
 - 1% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za 15. i każdy kolejny dzień pobytu w szpitalu;
 - 2) w przypadku pobytu na OIOM/OIT – jednorazowe świadczenie w wysokości określonej w Tabeli świadczeń,
 - 3) w przypadku rekonwalescencji – jednorazowe świadczenie w wysokości określonej w Tabeli świadczeń,
 - 4) w przypadku pobytu w sanatorium – jednorazowe świadczenie w wysokości określonej w Tabeli świadczeń.

2. Wypłata świadczenia określonego w ust. 1 pkt 1) lit. c) wyklucza wypłatę świadczenia określonego w ust. 1 pkt 1) lit. b).
3. W przypadkach określonych w ust. 1 pkt 2)–4), Towarzystwo wypłaci określone tam świadczenia, jeżeli odpowiednio spełnione są następujące warunki:
 - 1) pobyt na OIOM/OIT związany jest z pobytem w szpitalu, w związku z którym należne jest świadczenie z tytułu umowy dodatkowej,
 - 2) rekonwalescencja pozostaje w bezpośrednim związku z pobytem w szpitalu, w związku z którym należne jest świadczenie z tytułu umowy dodatkowej, o ile pobyt w szpitalu trwał nieprzerwanie co najmniej 15 dni,
 - 3) pobyt w sanatorium pozostaje w bezpośrednim związku z pobytem w szpitalu, w związku z którym należne jest świadczenie z tytułu umowy dodatkowej, o ile pobyt Ubezpieczonego w sanatorium potwierdzony został dokumentacją medyczną.

Tabela świadczeń

Rodzaj świadczenia	Wysokość świadczenia
Pobyt na OIOM/OIT	500 zł
Rekonwalescencja	250 zł
Pobyt w sanatorium	500 zł

§ 11

1. W przypadku gdy ten sam pobyt Ubezpieczonego w szpitalu związany jest zarówno z leczeniem choroby lub porodem oraz z leczeniem obrażeń ciała, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie w wysokości określonej w § 10 ust. 1 pkt 1) lit. b), a w przypadku gdy obrażenia ciała powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy, w wysokości określonej w § 10 ust. 1 pkt 1) lit. c).
2. Towarzystwo wypłaci łączne świadczenia za okres nieprzekraczający 180 dni pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w danym roku polisy, w związku z objęciem ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego.
3. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w sanatorium, nie więcej niż za jeden pobyt Ubezpieczonego w sanatorium w okresie pomiędzy rocznicami polisy.
4. Niezależnie od liczby pobyków Ubezpieczonego w sanatorium, jeżeli pobyty te były spowodowane tą samą przyczyną, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu tylko jedno świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w sanatorium.

§ 12

1. Świadczenie wypłacane jest po zakończeniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. W przypadku pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 1 miesiąc, na wniosek Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci część świadczenia przed zakończeniem tego pobytu.
2. W celu ustalenia prawa do świadczenia – w uzasadnionych przypadkach – Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania Ubezpieczonego na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.

3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego po nabyciu prawa do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej, świadczenie to zostanie wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego.

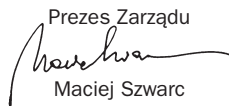
§ 13

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

Postanowienia końcowe

§ 14

1. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy dodatkowej wyklucza możliwość objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie innych umów dodatkowych, których zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
3. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Prezes Zarządu

 Maciej Szwarz

Członek Zarządu

 Janusz Arczewski

Ogólne warunki

dotatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu
Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku

INDEKS GWP/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

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

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **pobyt w szpitalu** – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu, trwający nieprzerwanie co najmniej 24 godziny w celu leczenia doznanych obrażeń ciała; w rozumieniu niniejszych OWUD okres pobytu w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala, a kończy w dniu wypisania Ubezpieczonego ze szpitala;
- 3) **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej/Oddział Intensywnej Terapii (OIOM/OIT)** – znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wydzielony, specjalistyczny oddział szpitalny przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru. W rozumieniu niniejszych OWUD za OIOM/OIT uznaje się również Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK) oraz Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK);
- 4) **Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK), Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK)** – wydzielony, specjalistyczny pododdział szpitalny funkcjonujący w obrębie oddziału, kliniki kardiologicznej lub oddziału internistycznego o profilu kardiologicznym, przeznaczony do leczenia chorych wymagających stałego nadzoru i ciągłego monitorowania czynności życiowych wyłącznie z nagłych wskazań kardiologicznych. W rozumieniu niniejszych OWUD, za OIOK uznaje się również samodzielną jednostkę organizacyjną (oddział), jeżeli funkcjonuje w obrębie monoprofilowanych kardiologicznych jednostek opieki zdrowotnej o najwyższym stopniu referencyjności (instytutu). Pobyt na OIOK/OINK powinien być udokumentowany w karcie wypisu ze szpitala lub poświadczony przez właściwego kierownika kliniki lub oddziału szpitalnego. W rozumieniu niniejszych OWUD za OIOK/OINK nie uważa się: sali „R”, oddziału rehabilitacji kardiologicznej oraz sal nadzoru pooperacyjnego, znajdujących się w obrębie oddziałów klinik kardiochirurgicznych;
- 5) **rekonwalescencja** – okres następujący bezpośrednio po zakończeniu okresu pobytu w szpitalu, służący powrotowi Ubezpieczonego do zdrowia;
- 6) **sanatorium** – znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, zakład leczenia zorganizowany w miejscowości uzdrowiskowej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania u rekon-

walescentów nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i za-
ostrzeniom;

- 7) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, kraju na terytorium którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych. Za szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala, oddziału i ośrodka rehabilitacji.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdej rocznicy polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawieszona z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej,
 - 3) w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych – z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 6

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 7

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

- 1) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,
- 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 8

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.
3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W związku z pobytem Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie równe:
 - 1) w przypadku pobytu w szpitalu:
 - a) 1% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu,
 - b) 0,5% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za 15. i każdy kolejny dzień pobytu w szpitalu,
 - 2) w przypadku pobytu na OIOM/OIT – jednorazowe świadczenie w wysokości określonej w Tabeli świadczeń,
 - 3) w przypadku rekonwalescencji – jednorazowe świadczenie w wysokości określonej w Tabeli świadczeń,
 - 4) w przypadku pobytu w sanatorium – jednorazowe świadczenie w wysokości określonej w Tabeli świadczeń.
2. W przypadkach określonych w ust. 1 pkt 2)–4), Towarzystwo wypłaci określone tam świadczenia, jeżeli odpowiednio spełnione są następujące warunki:
 - 1) pobyt na OIOM/OIT związany jest z pobytem w szpitalu, w związku z którym należne jest świadczenie z tytułu umowy dodatkowej,
 - 2) rekonwalescencja pozostaje w bezpośrednim związku z pobytem w szpitalu, w związku z którym należne jest świadczenie z tytułu umowy dodatkowej, o ile pobyt w szpitalu trwał nieprzerwanie co najmniej 15 dni,
 - 3) pobyt w sanatorium pozostaje w bezpośrednim związku z pobytem w szpitalu, w związku z którym należne jest świadczenie z tytułu umowy dodatkowej, o ile pobyt Ubezpieczonego w sanatorium potwierdzony został dokumentacją medyczną.

Tabela świadczeń

Rodzaj świadczenia	Wysokość świadczenia
Pobyt na OIOM/OIT	500 zł
Rekonwalescencja	250 zł
Pobyt w sanatorium	500 zł

§ 10

1. Towarzystwo wypłaci łączne świadczenia za okres nieprzekraczający 180 dni pobytu Ubezpieczonego szpitalu w danym roku polisy, w związku z objęciem ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w sanatorium nie więcej niż za jeden pobyt Ubezpieczonego w sanatorium w okresie pomiędzy rocznicami polisy.
3. Niezależnie od liczby pobytów Ubezpieczonego w sanatorium, jeżeli pobyty te były spowodowane tą samą przyczyną, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu tylko jedno świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w sanatorium.

§ 11

1. Świadczenie wypłacane jest po zakończeniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. W przypadku pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 1 miesiąc, na wniosek Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci część świadczenia przed zakończeniem tego pobytu.
2. W celu ustalenia prawa do świadczenia – w uzasadnionych przypadkach – Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania Ubezpieczonego na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego po nabyciu prawa do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej, świadczenie to zostanie wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego.

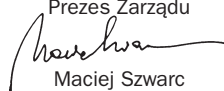
§ 12

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

Postanowienia końcowe

§ 13

1. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy dodatkowej wyklucza możliwość objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie innych umów dodatkowych, których zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
3. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Prezes Zarządu

Maciej Szwarz

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Ogólne warunki

dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego

INDEKS GCU/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

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

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **poważne zachorowanie** – jedna z niżej wymienionych chorób Ubezpieczonego:
 - a) **zawał serca** – pierwszorazowe wystąpienie martwicy ograniczonego obszaru mięśnia sercowego jako skutek ostrego niedokrwienia, rozpoznane na podstawie wystąpienia typowego dla zawału serca bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie EKG potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych we krwi. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris);
 - b) **udar mózgu** – nagle, w efekcie trwale uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzonych badaniem lekarskim. Wykluczeniu podlegają: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (OUN), udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji OUN. Rozpoznanie trwałego uszkodzenia OUN musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej i/lub rezonansu magnetycznego, nie wcześniej niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów;
 - c) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - I. rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy, rak szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne,
 - II. wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji),

III. czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) (≤ 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 r.,

IV. nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), rak podstawonokomórkowy skóry i rak kolczystokomórkowy skóry,

V. wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;

d) **niewydolność nerek** – przewlekłe, trwałe i całkowite uszkodzenie obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu. Diagnoza musi być jednoznacznie potwierdzona dokumentacją medyczną;

e) **łagodny guz mózgu** – wszystkie guzy mózgu, które nie są klasyfikowane jako złośliwe, potwierdzone przez specjalistę neurologa lub neurochirurga, wymagające usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji powodujące trwały ubytek neurologiczny. Wykluczeniu podlegają: krwaki, ziarniaki, cysty, guzy szyszynki lub przysadki mózgowej oraz malformacje naczyń mózgowych;

f) **przeszczep narządów** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:

I. serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub

II. szpiku kostnego z zastosowaniem komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.

Przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;

g) **pomostowanie (bypass) naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;

h) **angioplastyka wieńcowa** – pierwszorazowe leczenie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych z zastosowaniem angioplastyki balonowej, przezskórnej angioplastyki wieńcowej lub innych podobnych metod. Przeprowadzenie takiej angioplastyki musi być uzasadnione medycznie na podstawie zalecenia specjalisty kardiologa oraz musi istnieć angiograficzne potwierdzenie istotnego zwężenia tętnicy wieńcowej;

i) **operacja aorty** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty. Aorta definiowana jest jako jej odcinek piersiowy i brzuszny bez jej odgałęzień. Ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;

j) **anemia aplastyczna** – wystąpienie przewlekłej nieodwracalnej niewydolności szpiku, której rezultatem jest łączne wystąpienie niedokrwistości, trombocytopenii oraz granulocytopenii, wyma-

gającej regularnego leczenia przynajmniej jednym z następujących sposobów:

- I. przetaczanie krwi i preparatów krwiopodobnych,
 - II. leczenie lekami immunosupresyjnymi,
 - III. leczenie czynnikami stymulującymi szpik,
 - IV. przeszczepianie szpiku kostnego.
- Rozpoznanie anemii aplastycznej musi być potwierdzone przez specjalistę hematologa;
- k) utrata wzroku w następstwie choroby** – całkowita, nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach spowodowana chorobą. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę z ośrodka prowadzącego leczenie;
- l) oparzenia** – głębokie termicznie i/lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych obejmujące:
- I. nie mniej niż 60% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia I stopnia,
 - II. nie mniej niż 40% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia II stopnia,
 - III. nie mniej niż 20% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia III stopnia.
- Przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek” lub tabelę Lunda i Browdera. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych;
- m) utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia w następstwie choroby, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby fałdów głosowych. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje jakichkolwiek przypadków utraty zdolności mówienia spowodowanych schorzeniami psychicznymi oraz utraty zdolności mówienia, która może być skorygowana z zastosowaniem jakichkolwiek procedur terapeutycznych;
- n) schyłkowa niewydolność wątroby (w tym schyłkowa niewydolność wątroby spowodowana wirusowym zapaleniem wątroby)** – schyłkowa postać choroby (marskości) wątroby, powodująca co najmniej jeden z poniższych objawów:
- I. wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
 - II. trwała żółtaczka,
 - III. żylaki przełyku,
 - IV. encefalopatia wrotna.
- Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków chorób wątroby powstałych skutkiem nadużywania alkoholu, leków itp. środków;
- o) śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin. Dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu i innych substancji odurzających;
- p) stwardnienie rozsiane** – zespół mnogich ubytków neurologicznych wywołanych demielinizacją mózgu lub rdzenia kręgowego, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy. Rozpoznanie musi być ostateczne i postawione przez specjalistę neurologa oraz poprzedzone więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia;
- q) utrata kończyn** – amputacja lub całkowita i nieodwracalna utrata funkcji co najmniej dwóch kończyn z powodu choroby. W przypadku amputacji zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje:
- I. w zakresie kończyn dolnych – amputację na poziomie stawów skokowych lub proksymalnie od nich,

II. w zakresie kończyn górnych – amputację na wysokości nadgarstków lub proksymalnie od nich,

- r) utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata słuchu spowodowana zachorowaniem. Rozpoznanie musi nastąpić na podstawie badań audiometrycznych i być potwierdzone przez laryngologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;
- s) choroba Parkinsona** – samoistna postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zaniku komórek produkujących dopaminę, charakteryzująca się występowaniem: drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, sztywności mięśniowej i niestabilności postawy, i skutkująca niemożnością wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego (poruszanie się w domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych, mycie i toaleta, ubieranie się, jedzenie). Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa;
- t) choroba Creutzfeldta-Jakoba** – choroba Creutzfeldta i Jakoba (CJD), choroba ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzująca się postępującym ośłupieniem i występowaniem drgawek mioklonicznych, klinicznie rozpoznana za życia Ubezpieczonego przez specjalistę neurologa i skutkująca niemożnością wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego (poruszanie się w domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych, mycie i toaleta, ubieranie się, jedzenie). Warunkiem uznania roszczenia przez Towarzystwo jest stwierdzenie przez specjalistę neurologa pełnoobjawowej choroby Creutzfeldta i Jakoba przy jednoczesnej niepełnosprawności w ww. czynnościach życia codziennego;
- u) zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji** – zakażenie wirusem HIV lub rozpoznanie AIDS jako zakażenia, w przypadku którego można udowodnić, że zostało spowodowane w okresie ubezpieczenia przetoczeniem zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych, pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa), pod warunkiem że serokonwersja nastąpiła w ciągu 6 tygodni od daty przetoczenia krwi lub produktów krwiopochodnych;
- v) choroba Alzheimera** – upośledzenie lub utrata zdolności intelektualnej spowodowana nieodwracalnym zaburzeniem czynności mózgu, potwierdzona testami klinicznymi i kwestionariuszami odpowiednimi do diagnostyki choroby Alzheimera lub demencji, polegające na znaczącym upośledzeniu funkcji poznawczych. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje demencji spowodowanej chorobą AIDS, nadużywaniem alkoholu lub substancji odurzających;
- w) zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych** – zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, mózdzku) lub opon mózgowo-rdzeniowych o ciężkim przebiegu, powodujące powstanie znacznego i trwałego ubytku neurologicznego, potwierdzonego przez specjalistę neurologa, a w przypadku zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawieszona z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej.

§ 6

1. Niezależnie od postanowień § 10 ust. 3 OWU umowy podstawowej, prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie przyznane w związku z wystąpieniem poważnego zachorowania:
 - 1) które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed upływem 3 miesięcy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej, określonej w świadectwie uczestnictwa,
 - 2) którego objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed upływem 3 miesięcy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej, określonej w świadectwie uczestnictwa,
 - 3) które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed upływem 3 miesięcy od daty przywrócenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,
 - 4) którego objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed upływem 3 miesięcy od daty przywrócenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
2. Postanowień ust. 1 pkt 1)–2) nie stosuje się w odniesieniu do Ubezpieczonego, który spełnia łącznie następujące warunki:
 - 1) w okresie co najmniej 3 miesięcy bezpośrednio poprzedzających objęcie go ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej objęty był ochroną ubezpieczeniową przez innego Ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego w zakresie określonym umową dodatkową,
 - 2) złożył Towarzystwu deklarację uczestnictwa przed upływem 2 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. W okresie 3 miesięcy od dnia objęcia Ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 2, ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej, świadczenie z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego, o ile jest należne, ograniczone jest do wysokości niższego z następujących świadczeń:
 - 1) świadczenia należnego z tytułu umowy dodatkowej albo
 - 2) świadczenia należnego na podstawie umowy ubezpieczenia grupowego, którą poprzednio w tym zakresie objęty był Ubezpieczony, zgodnie z postanowieniami ust. 2.
4. Postanowienia ust. 2 i 3 niniejszego paragrafu mają zastosowanie pod warunkiem dostarczenia Towarzystwu przez Ubezpieczającego, wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia, następujących dokumentów:
 - 1) kopii polisy potwierdzającej zawarcie umowy, o której mowa w ust. 2 pkt 1) niniejszego paragrafu, zawierającej informacje o okresie ubezpieczenia, zakresie ubezpieczenia oraz sumach

ubezpieczenia, wraz z oświadczeniem Ubezpieczającego o rozwiązaniu tej umowy i dopełnieniu obowiązku opłacenia ostatniej składki należnej z jej tytułu; jeżeli w polisie brakuje informacji o okresie ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do zamieszczenia jej na liście osób, określonej w pkt 2);

- 2) listy osób objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy, o której mowa w ust. 2 pkt 1) zawierającej następujące dane Ubezpieczonych: imię, nazwisko, numer PESEL, podgrupę lub wariant ubezpieczenia.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 7

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 8

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w przypadkach i terminach rozwiązania umowy podstawowej, określonych w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,
 - 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 9

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.
3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 10

1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy poważne zachorowanie jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 OWU umowy podstawowej, a także jeżeli jest następstwem samookaleczenia lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od jego stanu poczytalności, choroby AIDS lub zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV, chyba że zakażenie nastąpiło w okolicznościach, o których mowa w § 2 pkt 2) lit. u).
3. Prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej zostanie przyznane pod warunkiem, że Ubezpieczony pozostał przy życiu przez okres co najmniej 1 miesiąca od daty:
 - 1) rozpoznania poważnego zachorowania, o którym mowa w § 2 pkt 2) lit. a)–e) i j)–w),
 - 2) wykonania zabiegu, o którym mowa w § 2 pkt 2) lit. f)–i).
4. Rodzaj i data wystąpienia poważnego zachorowania ustalane są na podstawie dokumentacji medycznej. W uzasadnionych przypad-

kach – na podstawie badań medycznych przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo, wykonanych na zlecenie Towarzystwa. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.

5. Ubezpieczony lub Ubezpieczający zobowiązani są do zawiadomienia Towarzystwa o wystąpieniu poważnego zachorowania przed upływem 3 miesięcy od daty rozpoznania choroby lub wykonania zabiegu.

§ 11

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

Tabela poważnych zachorowań

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

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

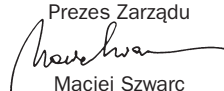
§ 12

1. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu niniejszej umowy dodatkowej oraz z tytułu umowy dodatkowej na wypadek niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej, należnych zgodnie z postanowieniami odpowiedniej umowy dodatkowej, wynikających z objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, wypłacanych w związku z tą samą chorobą Ubezpieczonego, nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej.
2. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, umowy dodatkowej na wypadek niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej oraz z tytułu umowy dodatkowej na wypadek operacji medycznej Ubezpieczonego, należnych zgodnie z postanowieniami odpowiednich umów dodatkowych, wynikających z objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, wypłacanych w związku z tą samą chorobą Ubezpieczonego, nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 200% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej.

Postanowienia końcowe

§ 13

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
2. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Prezes Zarządu

 Maciej Szwarz

Członek Zarządu

 Janusz Arczewski

Ogólne warunki

dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej Ubezpieczonego

INDEKS GOM/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

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

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **operacja medyczna** – zabieg medyczny połączony z przecięciem tkanek, przeprowadzony przez lekarza w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym w trakcie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, wymieniony w Tabeli operacji medycznych, stanowiącej załącznik do niniejszych OWUD;
- 3) **obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów Ubezpieczonego, powstałe bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 4) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub jakiegokolwiek kraju Unii Europejskiej zakład opieki leczenia zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych. Za szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala, oddziału i ośrodka rehabilitacji.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

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

2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawieszona się z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej,
 - 3) w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych – z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia.

§ 6

1. Niezależnie od postanowień § 10 ust. 3 OWU umowy podstawowej, w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych stosuje się 3-miesięczną karencję, liczoną od daty początku ochrony ubezpieczeniowej, określonej w świadectwie uczestnictwa.
2. Karencji, o której mowa w ust. 1, nie stosuje się w odniesieniu do Ubezpieczonego, który spełnia łącznie następujące warunki:
 - 1) w okresie co najmniej 3 miesięcy bezpośrednio poprzedzających objęcie go ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej objęty był ochroną ubezpieczeniową przez innego Ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego w zakresie określonym umową dodatkową,
 - 2) złożył Towarzystwu deklarację uczestnictwa przed upływem 2 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. W okresie 3 miesięcy od dnia objęcia Ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 2, ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej, świadczenie z tytułu operacji medycznej Ubezpieczonego, o ile jest należne, ograniczone jest do wysokości niższego z następujących świadczeń:
 - 1) świadczenia należnego z tytułu umowy dodatkowej albo
 - 2) świadczenia należnego na podstawie umowy ubezpieczenia grupowego, którą poprzednio w tym zakresie objęty był Ubezpieczony, zgodnie z postanowieniami ust. 2.
4. Postanowienia ust. 2 i 3 mają zastosowanie pod warunkiem dostarczenia Towarzystwu przez Ubezpieczającego, wraz z wnioskiem o zawarcie umowy, następujących dokumentów:
 - 1) kopii polisy potwierdzającej zawarcie umowy, o której mowa w ust. 2 pkt 1), zawierającej informacje o okresie ubezpieczenia, zakresie ubezpieczenia oraz sumach ubezpieczenia, wraz z oświadczeniem Ubezpieczającego o rozwiązaniu tej umowy i opłaceniu ostatniej składki należnej z jej tytułu; jeżeli w polisie brakuje informacji o okresie ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do zamieszczenia jej na liście osób, określonej w pkt. 2),

- 2) listy osób objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy, o której mowa w ust. 2 pkt 1), zawierającej następujące dane: imię, nazwisko, numer PESEL, podgrupę lub wariant ubezpieczenia.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 7

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 8

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

- 1) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,
- 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 9

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.
3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 10

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

mu przysługuje tylko jedno najwyższe świadczenie z tytułu operacji medycznych Ubezpieczonego, ustalone zgodnie z Tabelą operacji medycznych.

4. Suma świadczeń wypłacanych na podstawie umowy dodatkowej w danym roku polisy, wynikających z objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, nie może przekroczyć kwoty świadczenia odpowiadającej 200% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.

§ 11

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

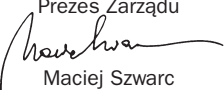
§ 12

1. W celu ustalenia prawa do świadczenia – w uzasadnionych przypadkach – Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania Ubezpieczonego na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.
2. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy choroba lub obrażenia ciała będące przyczyną operacji medycznej są następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 OWU umowy podstawowej, a także jeżeli operacja medyczna Ubezpieczonego jest następstwem samookaleczenia lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od jego stanu poczytalności.
3. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli operacja medyczna związana jest z:
 - 1) chorobami lub obrażeniami ciała istniejącymi przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej w stosunku do danego Ubezpieczonego,
 - 2) zabiegami diagnostycznymi,
 - 3) leczeniem wad wrodzonych oraz chorób dziedzicznych Ubezpieczonego,
 - 4) pobraniem organów i tkanek od Ubezpieczonego jako dawcy,
 - 5) poddaniem się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony w okresie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,
 - 6) korektą ostrości wzroku Ubezpieczonego,
 - 7) poddaniem się przez Ubezpieczonego zabiegowi w związku z ciążą, porodem, położeniem, powikłaniami ciąży, poronieniem samoistnym lub sztucznym,
 - 8) chirurgiczną zmianą płci Ubezpieczonego,
 - 9) leczeniem niepłodności Ubezpieczonego,
 - 10) sterylizacją, podwiązaniem i przecięciem jajowodów oraz antykoncepcją operacyjną,
 - 11) chirurgią szczękową, włączając wszczepienie zębów, i innymi zabiegami stomatologicznymi,
 - 12) chirurgią zwiadowczą i eksperymentalną,
 - 13) poddaniem się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu,
 - 14) leczeniem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV Ubezpieczonego.

Postanowienia końcowe

§ 13

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
2. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Prezes Zarządu

Maciej Szwarc

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Tabela operacji medycznych

Rodzaj operacji	Klasa operacji
A UKŁAD NERWOWY	
Centralny układ nerwowy	
A01 Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	I
A02 Wycięcie zmiany w tkance mózgowej	I
A03 Drenaż zmiany w tkance mózgowej	II
A04 Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii)	III
A05 Wycięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	I
Rdzeń kręgowy	
A06 Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	I
A07 Operacje na korzeniach nerwów rdzeniowych	I
Nerwy obwodowe	
A08 Wycięcie nerwu obwodowego	IV
A09 Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	IV
B UKŁAD WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO. SUTEK	
Przysadka i szyszynka	
B01 Wycięcie przysadki całkowite lub częściowe	I
B02 Operacje szyszynki	I
Inne gruczoły wydzielania wewnętrznego	
B03 Wycięcie tarczycy	III
B04 Wycięcie grasicy	III
B05 Operacje dotyczące nieprawidłowej tkanki nadnerczy	III
Sutek	
B06 Całkowita amputacja sutka	II
B07 Kwadrantektomia	IV
C OKO	
Oczodół	
C01 Usunięcie oka (gałki ocznej) – enukleacja	III
C02 Wszczepienie protezy oka	IV
Siatkówka	
C03 Odklejenie siatkówki – leczenie fotokoagulacją	II
C04 Zniszczenie zmiany siatkówki	III
Mięśnie oka	
C05 Połączone operacje mięśni oka	III
C06 Wycięcie mięśnia oka	IV
C07 Cofnięcie mięśnia oka	IV
Rogówka	
C08 Zeszycie rogówki oka	V
C09 Usunięcie ciała obcego z rogówki	V
Twardówka i tęczówka	
C10 Wycięcie zmiany w obrębie twardówki	IV
C11 Operacje odklejającej się siatkówki z klamrowaniem	III
C12 Wycięcie tęczówki	IV
Komora przednia gałki ocznej i soczewka	
C13 Wycięcie ciała rzęskowego	IV
C14 Zewnątrz- lub wewnątrztorbkowe wycięcie soczewki	IV

D UCHO

Wrostek sutkowaty i ucho środkowe		
D01	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	II
D02	Wypatroszenie komórek powietrznych wyrostka sutkowatego	III
D03	Operacje naprawcze błony bębenkowej	III

E UKŁAD ODDECHOWY

Nos		
E01	Amputacja (resekcja) nosa	III
Zatoki przynosowe		
E02	Operacje zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	IV
E03	Operacje zatoki czołowej	IV
E04	Operacje zatoki klinowej	IV
Krtani		
E05	Wycięcie krtani	II
E06	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie krtani	III
Tchawica i drzewo oskrzelowe		
E07	Częściowe wycięcie tchawicy	I
E08	Wyłonienie tchawicy (tracheostomia)	IV
E09	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w obrębie dolnych dróg oddechowych	IV
Płuca		
E10	Przeszczep płuca	I
E11	Wycięcie płuca lub jego części	I

F JAMA USTNA

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

G GÓRNY ODCINEK PRZEWODU POKARMOWEGO

Przełyk		
G01	Otwarte operacje żylaków przełyku	III
Żołądek		
G02	Całkowite wycięcie żołądka	II
G03	Częściowe wycięcie żołądka	III
G04	Operacje wrzodu żołądka	III
G05	Zespolenie żołądkowo-jelitowe	III
Dwunastnica		
G06	Wycięcie dwunastnicy	III
G07	Operacje wrzodu dwunastnicy	III
Jelito czcze		
G08	Wycięcie jelita czczego	III
G09	Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomii)	III
G10	Zespolenie omijające jelito czcze	III
Jelito kręte		
G11	Wycięcie jelita krętego	III

G12	Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomii)	III
G13	Zespolenie omijające jelito kręte	III

H DOLNY ODCINEK PRZEWODU POKARMOWEGO

Wrostek robaczkowy		
H01	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	IV
Okrężnica		
H02	Całkowite lub częściowe wycięcie okrężnicy	I
Odbytńca		
H03	Wycięcie odbytnicy	I

I INNE NARZĄDY JAMY BRZUSZNEJ – GŁÓWNIIE UKŁADU POKARMOWEGO

Wątroba		
I01	Przeszczep wątroby	I
I02	Częściowe wycięcie wątroby	I
Pęcherzyk żółciowy		
I03	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	IV
Trzustka		
I04	Przeszczep trzustki	I
I05	Całkowite lub częściowe wycięcie trzustki	III

J SERCE

J01	Operacje na otwartym sercu	I
J02	Pomostowanie aortalno-wieńcowe	I
J03	Przeżskórna angioplastyka wieńcowa	II
J04	Wszczepienie stymulatora	II
J05	Przeżyłne wprowadzenie systemu rozrusznika serca	III
J06	Drenaż osierdzia	II
Aorta		
J07	Operacja tętniakowatego odcinka aorty ze wskazań nagłych	I
J08	Zabiegi operacyjne aorty wykonywane od strony światła aorty	II

Tętnice mózgowe		
J09	Operacje tętniaka tętnicy mózgowej	I
Odgałęzienia aorty brzusznej		
J10	Zabiegi operacyjne tętnicy nerkowej	I
Tętnica biodrowa i tętnica udowa		
J11	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej ze wskazań nagłych	I
J12	Zabiegi operacyjne tętnicy biodrowej wykonywane ze światła tętnicy biodrowej	II
J13	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej ze wskazań nagłych	I
J14	Zabiegi operacyjne tętnicy udowej wykonywane ze światła tętnicy udowej	III

K UKŁAD MOCZOWY

Nerki		
K01	Przeszczep nerki	II
K02	Całkowite wycięcie nerki	II

K03	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące kamieni nerkowych	III
K04	Otwarta naprawcza operacja nerki	III
Moczowód		
K05	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą ureteroskopii	IV
K06	Wycięcie moczowodu	III
K07	Odprowadzenie moczu przez przetokę	II
K08	Operacja naprawcza moczowodu	III
K09	Operacja ujścia moczowodu	IV
Pęcherz moczowy		
K10	Wycięcie zmiany w obrębie pęcherza moczowego metodą endoskopową	III
K11	Całkowite lub częściowe wycięcie pęcherza moczowego	II
Gruzoł krokowy (prostate)		
K12	Otwarte wycięcie gruczołu krokowego	III
Operacje dotyczące odpływu z pęcherza moczowego		
K13	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego z dostępu brzuszego i/lub przezpochwowego u kobiet	III
K14	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne ujścia pęcherza moczowego u kobiet	IV
K15	Endoskopowa resekcja ujścia pęcherza moczowego u mężczyzn	III
Cewka moczowa		
K16	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące cewki moczowej	IV
K17	Operacje ujścia cewki moczowej	V
L MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE		
Jądra		
L01	Obustronne wycięcie jąder	IV
L02	Obustronna implantacja jąder do moszny	III
L03	Proteza jądra	IV
Powróżek nasienny		
L04	Operacje najądrza	IV
L05	Wycięcia nasieniowodu	V
L06	Operacja żyłaków powrózka nasiennego	IV
Prącie		
L07	Amputacja prącia	IV
L08	Wycięcie zmiany w obrębie prącia	V
L09	Proteza prącia	IV
L10	Operacja plastyczna prącia	IV
Ł ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE		
Pochwa		
Ł01	Wycięcie pochwy	V
Ł02	Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy	IV
Macica		
Ł04	Amputacja szyjki macicy	IV
Ł05	Wycięcie macicy z dostępu brzuszego lub przezpochwowego	III

Jajowód		
Ł06	Obustronne wycięcie przydatków macicy	III
Ł07	Jednostronne wycięcie przydatków macicy	IV
Ł08	Częściowe wycięcie jajowodu	V
Jajnik		
Ł09	Wycięcie jajnika jedno- lub obustronne	IV
Ł10	Częściowe wycięcie jajnika	V
M TKANKI MIĘKKIE		
Ściana klatki piersiowej, opłucna i przepona		
M01	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	III
M02	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej	IV
Ściana brzucha		
M03	Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej	IV
M04	Pierwotna operacja przepukliny pachwinowej	IV
M05	Pierwotna operacja przepukliny udowej	III
M06	Operacja przepukliny pępkowej	IV
M07	Otwarcie jamy brzusznej (laparotomia)	III
Ścięgna		
M08	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	IV
M09	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	IV
M10	Zmiana długości ścięgna	V
Mięśnie		
M12	Operacja naprawcza mięśnia	III
M13	Uwolnienie przykurczu mięśnia	IV
Więzadła		
M14	Rekonstrukcja więzadeł stawu kolanowego	IV
N KOŚCI I STAWY CZASZKI I KRĘGOSŁUPA		
Kości i stawy czaszki i twarzy		
N01	Otwarcie czaszki	I
N02	Nastawienie złamania szczęki	III
N03	Nastawienie złamania żuchwy	IV
N04	Nastawienie złamania innej kości twarzy	IV
N05	Stabilizacja żuchwy	IV
Kości i stawy kręgosłupa		
N06	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w każdym odcinku	I
N07	Operacyjne leczenie złamania kompresyjnego kręgu – jednego lub więcej	II
N08	Korekcja zniekształcenia kręgosłupa przy użyciu urządzeń mechanicznych	II
N09	Pierwotne zespolenie (artrodeza) kręgów w odcinku szyjnym	I
N10	Pierwotne zespolenie (artrodeza) kręgów w innym odcinku	II
N11	Odbarczenie złamania kręgosłupa	II
N12	Stabilizacja złamania kręgosłupa	II
O INNE KOŚCI I STAWY		
Złamania kości		
O01	Zespolenia kostne, przeszczep kości w leczeniu złamań złożonych	III

002	Operacyjne leczenie prostego złamania kości:	
002.1	podudzia	IV
002.2	łękotki	IV
002.3	uda, łękotki	IV
003	Przedramienia – kość łokciowa i promieniowa	IV
003.1	Ramienia	IV
003.2	Obręczy barkowej	IV
Amputacje		
004	Amputacja w zakresie ramienia	III
005	Amputacja ręki	IV
006	Amputacja nogi	III
007	Amputacja stopy	IV
008	Amputacja palucha	IV

P OPERACJE NA STAWACH

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

Ogólne warunki

dodatkowego grupowego ubezpieczenia
doraźnej opieki medycznej

INDEKS GDOM/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia doraźnej opieki medycznej, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a Ubezpieczającymi, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów Ubezpieczonego powstałe bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 3) **rozstrój zdrowia** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu Ubezpieczonego na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju Ubezpieczonego;
- 4) **nagłe zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu Ubezpieczonego, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej;
- 5) **świadczenie opiekuńcze** – usługi medyczne świadczone przez Operatora na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, określone w Katalogu świadczeń opiekuńczych, stanowiącym załącznik do niniejszych OWUD;
- 6) **Operator** – Inter Partner Assistance Polska S.A. z siedzibą w Warszawie;
- 7) **hospitalizacja** – pobyt w szpitalu trwający nieprzerwanie co najmniej 7 dni w celu leczenia doznanych obrażeń ciała; w rozumieniu niniejszych OWUD okres hospitalizacji rozpoczyna się w dniu przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala, a kończy w dniu wypisania Ubezpieczonego ze szpitala;
- 8) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego;
- 9) **przewoźnik zawodowy** – przedsiębiorstwo posiadające wszelkie zezwolenia umożliwiające płatny przewóz osób takimi środkami transportu, jak: samolot, pociąg, autobus, statek, prom itp.;
- 10) **miejsce zamieszkania** – adres na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazany przez Ubezpieczonego w deklaracji uczestnictwa.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje organizację świadczeń opiekuńczych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i pokrycie ich kosztów, w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, w przypadku:

- 1) obrażeń ciała lub rozstroju zdrowia Ubezpieczonego powstałych w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku,
- 2) hospitalizacji Ubezpieczonego,
- 3) urodzenia się dziecka Ubezpieczonego.

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie umowy podstawowej w dniu zawarcia umowy podstawowej lub z początkiem jej obowiązywania od dowolnej rocznicy polisy.
2. Do zawarcia umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia umowy podstawowej, dotyczące zawarcia umowy ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa w przypadkach i terminach wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonych w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej,
 - 3) w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych – z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 6

Umowa dodatkowa rozwiązuje się w przypadkach i terminach rozwiązania umowy podstawowej, określonych w umowie podstawowej, a także:

- 1) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,
- 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 7

W okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej Ubezpieczonemu przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń opiekuńczych w przypadku:

- 1) obrażeń ciała lub rozstroju zdrowia powstałych w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku,

- 2) hospitalizacji Ubezpieczonego,
 - 3) urodzenia się dziecka Ubezpieczonego
- w zakresie określonym w Katalogu świadczeń opiekuńczych.

Obowiązki Ubezpieczonego

§ 8

1. W celu umożliwienia Operatorowi spełnienia świadczenia opiekuńczego Ubezpieczony lub każda inna osoba, działająca w jego imieniu, zobowiązani są zawiadomić Operatora o zdarzeniu objętym ochroną ubezpieczeniową, telefonując pod numer linii telefonicznej dedykowanej do obsługi Ubezpieczonych, podając następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - 2) numer PESEL Ubezpieczonego,
 - 3) imię i nazwisko zgłaszającego zdarzenie,
 - 4) numer telefonu, pod którym można się skontaktować z Ubezpieczonym lub inną osobą działającą w jego imieniu,
 - 5) miejsce oraz okoliczności zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz miejsce, w którym aktualnie znajduje się Ubezpieczony,
 - 6) inne dane w zakresie niezbędnym do realizacji świadczenia.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest do stosowania się do wskazówek przekazanych przez Operatora, w zakresie niezbędnym do realizacji świadczenia.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 9

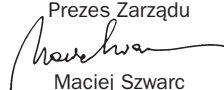
1. Prawo do świadczeń opiekuńczych nie obejmuje kosztów usług powstałych z tytułu lub w następstwie:
 - 1) chorób przewlekłych, psychicznych lub depresji,
 - 2) fizykoterapii, helioterapii, zabiegów ze wskazań estetycznych,
 - 3) chorób przenoszonych drogą płciową, chorób wenerycznych, AIDS i wirusa HIV pozytywnego,
 - 4) ciąży, za wyjątkiem jednej wizyty lekarskiej i związanego z nią niezbędnego transportu do placówki medycznej,
 - 5) przerywania ciąży, sztucznego zapłodnienia lub każdego innego leczenia bezpłodności oraz kosztów środków antykoncepcyjnych,
 - 6) alkoholizmu lub 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; używania narkotyków i środków odurzających nieprzepisanych przez lekarza lub przepisanych przez lekarza, ale stosowanych niezgodnie z jego zaleceniem,
 - 7) wypadków spowodowanych umyślnie przez Ubezpieczonego, w tym skutków samookaleczenia, samobójstwa lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego,
 - 8) epidemii, o których władze kraju przeznaczenia poinformowały w środkach masowego przekazu, skażeń oraz katastrof naturalnych,
 - 9) promieniowania radioaktywnego i jonizującego,
 - 10) wydarzeń związanych z wojnami domowymi lub o zasięgu międzynarodowym, rozruchami i niepokojami społecznymi, aktami sabotażu oraz zamachami,
 - 11) udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy i przestępstwach, chyba że jego udział wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - 12) wypadków wynikających z wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu, w tym dyscyplin uznawanych za sporty ekstremalne,

- 13) wypadków wynikających z poddania się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu,
 - 14) niestosowania się Ubezpieczonego do zaleceń lekarza prowadzącego i lekarza Operatora,
 - 15) szkód wyrządzonych Ubezpieczonemu przez członków jego rodziny lub inne osoby ubezpieczone w ramach tej samej umowy ubezpieczenia.
2. Prawo do świadczeń opiekuńczych nie przysługuje w odniesieniu do zdarzeń wymienionych w § 3 ust. 2 OWUD, które miały miejsce przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej.
 3. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
 - 1) kosztów wizyty lekarza, transportu medycznego i innych usług świadczonych za granicą Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 2) kosztów wizyty lekarza, pielęgniarki i transportu medycznego oraz innych usług, które zostały zorganizowane przez Operatora w związku z podaniem przez Ubezpieczonego informacji nieprawdziwych. W tych przypadkach Ubezpieczony zobowiązany jest do zwrotu poniesionych kosztów.
 4. Nie podlegają zwrotowi koszty poniesione przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zgody Operatora, chyba że powiadomienia nie dokonano z powodu siły wyższej lub szczególnych okoliczności.

Postanowienia końcowe

§ 10

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
2. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Prezes Zarządu

 Maciej Szwarz

Członek Zarządu

 Janusz Arczewski

Katalog świadczeń opiekuńczych w miejscu zamieszkania

1. Konsultacja telefoniczna z lekarzem

W przypadku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania Ubezpieczonego, w następstwie których Ubezpieczony doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, Operator zapewni Ubezpieczonemu pierwszą konsultację/informację medyczną udzielaną przez telefon przez lekarza Operatora w oparciu o informacje otrzymane od Ubezpieczonego.

2. Wizyta lekarska

1) Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, w następstwie których Ubezpieczony doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia rodzących konieczność pomocy lekarskiej, Operator zorganizuje wizytę lekarza w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego oraz pokryje koszty realizacji świadczenia, tj. koszty dojazdu i honorarium lekarza, do łącznej wysokości 300 PLN (trzystu złotych) za wizytę.

2) Operator zorganizuje jedną wizytę związaną z jednym nieszczęśliwym wypadkiem lub jednym nagłym zachorowaniem, pod warunkiem że stan zdrowia Ubezpieczonego nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego oraz wyłącznie w przypadku, gdy stan zdrowia Ubezpieczonego uniemożliwia skorzystanie z pomocy ambulatoryjnej.

3) O zasadności organizacji i pokrycia kosztów wizyty lekarskiej decyduje lekarz Operatora. Samowolne podejmowanie decyzji sprzecznych z zaleceniami lekarza Operatora pociąga za sobą utratę prawa do tego świadczenia.

4) Świadczenie wizyty lekarskiej przysługuje Ubezpieczonemu wyłącznie dwa razy w roku polisy.

3. Wizyta pielęgniarki

1) Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania Ubezpieczony doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, Operator zorganizuje wizytę pielęgniarki w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego oraz pokryje koszty realizacji świadczenia, tj. koszty dojazdu i honorarium pielęgniarki, do łącznej wysokości 300 (trzysta) PLN za wizytę.

2) O zasadności organizacji i pokrycia kosztów wizyty pielęgniarki decyduje lekarz, którego wizytę wcześniej organizował Operator, w związku z uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia doznany przez Ubezpieczonego w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem lub nagłym zachorowaniem Ubezpieczonego

3) Świadczenie wizyty pielęgniarki przysługuje Ubezpieczonemu wyłącznie dwa razy w roku polisy.

4. Dostawa leków i sprzętu rehabilitacyjnego

1) Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania Ubezpieczony musi, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego wydanym przez lekarza, leżeć przez co najmniej 5 (pięć) dni, Operator zorganizuje i pokryje – do łącznej wysokości 1000 PLN (tysiąca złotych) – koszty dostarczenia do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego niezbędnych leków i sprzętu rehabilitacyjnego, zaleconych wcześniej przez lekarza, którego wizytę organizował Operator. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do organizacji i pokrycia kosztów jednej dostawy leków lub sprzętu rehabilitacyjnego, wyłącznie w przypadku gdy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego nie ma osoby, która mogłaby takie świadczenie zapewnić.

2) Zakres ubezpieczenia nie obejmuje wartości leków ani sprzętu rehabilitacyjnego. Koszty nabycia leków lub sprzętu rehabilitacyjnego pokrywa Ubezpieczony.

3) Świadczenie dostawy leków i sprzętu rehabilitacyjnego przysługuje Ubezpieczonemu wyłącznie dwa razy w roku polisy.

5. Transport medyczny

1) Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania Ubezpieczony doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, w związku z którymi lekarz Operatora zalecił pilną

konsultację medyczną, pobyt w szpitalu lub specjalistyczny zabieg ambulatoryjny pierwszej pomocy, Operator zorganizuje i pokryje koszty transportu medycznego Ubezpieczonego, pod niezbędnym nadzorem medycznym, za pomocą niezbędnych środków transportu, do szpitala lub innej jednostki służby zdrowia położonej najbliżej miejsca zamieszkania Ubezpieczonego i odpowiednio wyposażonej do udzielenia Ubezpieczonemu pomocy – o ile stan zdrowia Ubezpieczonego umożliwia taki przewóz.

2) W przypadku gdy szpital lub inna jednostka służby zdrowia, w której przebywa Ubezpieczony w związku z uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem lub nagłym zachorowaniem, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub Ubezpieczony jest skierowany na zabieg lub badania lekarskie do innej placówki medycznej, Operator zorganizuje i pokryje koszty transportu medycznego Ubezpieczonego, pod niezbędnym nadzorem medycznym, za pomocą niezbędnych środków transportu, do innego odpowiedniego szpitala lub innej placówki medycznej spełniającej wymogi leczenia Ubezpieczonego.

3) Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania Ubezpieczony doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia i został hospitalizowany przez okres dłuższy niż 7 (siedem) dni, Operator zorganizuje i pokryje koszty transportu medycznego Ubezpieczonego, pod niezbędnym nadzorem medycznym, za pomocą niezbędnych środków transportu, ze szpitala lub innej jednostki służby zdrowia do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego.

4) O zasadności transportu medycznego, w każdym przypadku określonym w ppkt. 1)–3) decyduje lekarz Operatora. Transport jest organizowany, o ile w opinii lekarza Operatora stan zdrowia Ubezpieczonego utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu.

5) Decyzję o wyborze terminu i środka transportu podejmuje lekarz Operatora po konsultacji (o ile jest to uzasadnione z medycznego punktu widzenia) z lekarzem prowadzącym Ubezpieczonego, a jedyną jej przesłanką są wymogi medyczne i techniczne.

6) Samowolne podejmowanie decyzji sprzecznych z zaleceniami lekarzy, o których mowa w ppkt. 5), powoduje utratę prawa Ubezpieczonego do tego świadczenia.

7) Realizacja świadczeń transportu medycznego, o których mowa w ppkt. 1)–3), przysługuje Ubezpieczonemu do łącznej wysokości 1000 PLN (tysiąca złotych) i obejmuje łączne wydatki na transport medyczny Ubezpieczonego do placówki medycznej, pomiędzy placówkami i z placówki medycznej do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego.

8) Realizacja świadczeń transportu medycznego, o których mowa w ppkt. 1)–3), przysługuje Ubezpieczonemu wyłącznie raz w roku polisy.

9) W przypadku realizacji świadczenia, o którym mowa w ppkt. 1), Operator zobowiązany jest przed przetransportowaniem Ubezpieczonego zarezerwować Ubezpieczonemu miejsce w szpitalu lub innej jednostce służby zdrowia, będącej celem przewozu Ubezpieczonego.

6. Opieka domowa po hospitalizacji Ubezpieczonego

1) Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania Ubezpieczony doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia i był hospitalizowany przez co najmniej 7 (siedem) dni i zgodnie z udokumentowanym zaleceniem lekarskim musi przebywać na zwolnieniu lekarskim, Operator zorganizuje i pokryje koszty opieki pielęgniarskiej (w szczególności związanej z przygotowaniem posiłków, wykonaniem zabiegów pielęgnacyjnych) w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego po zakończeniu hospitalizacji, jednak nie dłużej niż przez okres 72 (siedemdziesięciu dwóch) godzin. Świadczenie jest realizowane wyłącznie w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego nie ma osoby, która mogłaby takie świadczenie zapewnić.

- 2) O zasadności opieki i pokrycia jej kosztów decyduje lekarz Operatora.
 - 3) Realizacja świadczenia, o którym mowa w ppkt. 1), przysługuje Ubezpieczonemu wyłącznie dwa razy w roku polisy.
7. Transport osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi Ubezpieczonego
- 1) Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony doznał uszkodzenia ciała i jest hospitalizowany, Operator zorganizuje i pokryje koszty przewozu środkiem transportu przewoźnika zawodowego (bilet PKP pierwszej klasy, bilet PKS, bilet lotniczy, jeśli przewidywana podróż innym środkiem transportu trwałaby dłużej niż 8 (osiem) godzin, lub przewóz taksówką, jednak na odległość nie większą niż 100 (sto) km), osoby wyznaczonej przez Ubezpieczonego i za jej zgodą, z miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, w celu sprawowania opieki nad dziećmi Ubezpieczonego w wieku poniżej 15 lat.
 - 2) Realizacja świadczenia, o którym mowa w ppkt. 1), przysługuje Ubezpieczonemu wyłącznie dwa razy w roku polisy.
 - 3) Realizacja świadczenia, o którym mowa w ppkt. 1), wyklucza możliwość realizacji świadczenia opieki nad dziećmi Ubezpieczonego, określonego w pkt. 8.
8. Opieka nad dziećmi Ubezpieczonego
- 1) Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony doznał uszkodzenia ciała i jest hospitalizowany, Operator, na wniosek Ubezpieczonego, zorganizuje opiekę nad dziećmi Ubezpieczonego w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego przez okres do 48 (czterdziestu ośmiu) godzin. Świadczenie jest realizowane wyłącznie w przypadku, gdy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego nie ma osoby, która mogłaby takie świadczenie zapewnić.
 - 2) Realizacja świadczenia, o którym mowa w ppkt. 1), przysługuje Ubezpieczonemu wyłącznie dwa razy w roku polisy.
 - 3) Realizacja świadczenia, o którym mowa w ppkt. 1), wyklucza możliwość realizacji świadczenia transportu osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi Ubezpieczonego, określonego w pkt. 7.
9. Transport osoby wyznaczonej do opieki nad osobami niesamodzielnymi
- 1) Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony doznał uszkodzenia ciała i jest hospitalizowany, Operator zorganizuje i pokryje koszty przewozu środkiem transportu przewoźnika zawodowego (bilet PKP pierwszej klasy, bilet PKS, bilet lotniczy, jeśli przewidywana podróż innym środkiem transportu trwałaby dłużej niż 8 (osiem) godzin, lub przewóz taksówką, jednak na odległość nie większą niż 100 (sto) km), osoby wyznaczonej przez Ubezpieczonego i za zgodą tej osoby, z miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, w celu sprawowania opieki nad osobami niesamodzielnymi pozostającymi we wspólnym gospodarstwie z Ubezpieczonym.
 - 2) Realizacja świadczenia, o którym mowa w ppkt. 1), przysługuje Ubezpieczonemu wyłącznie dwa razy w roku polisy.
 - 3) Realizacja świadczenia, o którym mowa w ppkt. 1), wyklucza możliwość realizacji świadczenia opieki nad osobami niesamodzielnymi, określonego w pkt. 10.
10. Opieka nad osobami niesamodzielnymi
- 1) W przypadku nagłej hospitalizacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku Operator, na wniosek Ubezpieczonego, zorganizuje opiekę nad osobami niesamodzielnymi, pozostającymi we wspólnym gospodarstwie z Ubezpieczonym, w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego przez okres do 48 (czterdziestu ośmiu) godzin. Świadczenie jest realizowane wyłącznie w przypadku, gdy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego nie ma osoby, która mogłaby takie świadczenie zapewnić.
 - 2) Realizacja świadczenia, o którym mowa w ppkt. 1), przysługuje Ubezpieczonemu wyłącznie dwa razy w roku polisy.
 - 3) Realizacja świadczenia, o którym mowa w ppkt. 1), wyklucza możliwość realizacji świadczenia transportu osoby wyznaczonej do opieki nad osobami niesamodzielnymi, określonego w pkt. 9.
11. Przekazanie pilnej wiadomości od Ubezpieczonego
- Na wniosek Ubezpieczonego Operator przekaże wyznaczonej przez Ubezpieczonego osobie każdą pilną wiadomość w związku z nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem, któremu uległ Ubezpieczony.
12. Wizyta położnej na wypadek urodzenia się dziecka Ubezpieczonego
- 1) W przypadku narodzin dzieci Ubezpieczonego w następstwie ciąży mnogiej, na wniosek Ubezpieczonego, Operator zorganizuje wizytę, tj. pokryje koszty dojazdu i honorarium położnej, w miejscu zamieszkania dzieci Ubezpieczonego.
 - 2) Realizacja świadczenia, o którym mowa w ppkt. 1), przysługuje Ubezpieczonemu o ile niemożliwe jest zorganizowanie wizyty położnej środowiskowej w czasie niezbędnym do zapewnienia należytej opieki noworodkom.
 - 3) Świadczenie wizyty położnej przysługuje Ubezpieczonemu wyłącznie dwa razy w roku polisy.

Ogólne warunki

dotatkowego grupowego ubezpieczenia
doraźnej informacji medycznej

INDEKS GDIM/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia doraźnej informacji medycznej, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a Ubezpieczającymi, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **świadczenia informacyjne** – usługa świadczona przez Operatora, realizowana przez telefon, polegająca na udzielaniu przez Operatora w trybie 24 godzin na dobę przez 7 dni w tygodniu, a w przypadku wyszkolonego personelu medycznego Operatora – lekarzy i pielęgniarek – w godzinach od 7.00 do 23.00 przez 7 dni w tygodniu, informacji medycznej dotyczącej pytań zgłoszonych przez Ubezpieczonych, w zakresie zawartym w Katalogu świadczeń informacyjnych, stanowiącym załącznik do niniejszych OWUD;
- 3) **Operator** – Inter Partner Assistance Polska S.A. z siedzibą w Warszawie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje organizację świadczeń informacyjnych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
3. Informacje medyczne uzyskane przez Ubezpieczonego nie są diagnozą stanu zdrowia Ubezpieczonego i nie zastępują wizyty u lekarza.

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej

jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego.

2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawieszona się z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

- 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
- 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej,
- 3) w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych – z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 6

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,
 - 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 8

W okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej Ubezpieczonemu przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń informacyjnych, w zakresie określonym w Katalogu świadczeń informacyjnych.

Obowiązki Ubezpieczonego

§ 9

W celu uzyskania świadczenia Ubezpieczony zobowiązany jest podać Operatorowi, telefonując pod numer linii telefonicznej dedykowanej do obsługi Ubezpieczonych, następujące informacje:

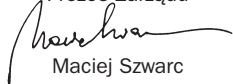
- 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
- 2) numer PESEL,
- 3) inne dane w zakresie niezbędnym do realizacji świadczenia.

Postanowienia końcowe

§ 10

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
2. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Prezes Zarządu



Maciej Szwarc

Członek Zarządu



Janusz Arczewski

Katalog świadczeń informacyjnych

Operator udziela informacji o:

- 1) zdrowiu, chorobie i jednostkach chorobowych
Informacje dotyczące otyłości, nadciśnienia, chorób rzadkich, objawów, procedur diagnostycznych, procedur terapeutycznych, sposobów diagnozowania, opisów badań, sposobów przygotowania do badań, przybliżonych cen badań diagnostycznych, zapobiegania, przyczyn i leczenia chorób.
- 2) zachowaniach prozdrowotnych
Informacje o sposobach zdrowego życia, poglądach lekarzy na sposoby odchudzania się, jak również informacje o ćwiczeniach, sporcie i sposobach zdrowego spędzania wolnego czasu.
- 3) szpitalach, aptekach, przychodniach, lekarzach ogólnych
Informacje dotyczące dostępu do szpitali, aptek, przychodni, lekarzy prowadzących praktykę prywatną, itp. z uwzględnieniem lokalizacji geograficznej, profilu usług medycznych, oraz o lekarskich wizytach domowych.
- 4) pielęgnacji niemowląt
Informacje pielęgnacyjne potrzebne na co dzień, np. o tym, jak radzić sobie z podrażnieniami skóry, jak zachować się, gdy dziecko gorączkuje, na co zwrócić uwagę w przypadku choroby dziecka oraz co może być niebezpieczne dla zdrowia dziecka.
- 5) lekach oraz objawach niepożądanych
Informacja o lekarstwach dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, ich dostępności, działaniu, nazwach handlowych oraz zamiennikach leków. Konsultacja w zakresie objawów niepożądanych.
- 6) dietach, zdrowym żywieniu
Informacja specjalistów i ich rekomendacje z zakresu stosowania diet oraz zdrowego żywienia.
- 7) grupach wsparcia, telefonach zaufania
Pomoc informacyjna w przypadkach molestowania w pracy, problemów zdrowotnych, chorób przewlekłych.
- 8) transporcie medycznym
Informacja dotycząca organizacji powrotu do domu po hospitalizacji, transportu chorego na badania.
- 9) stanach wymagających nagłej pomocy
Pomoc informacyjna w nagłych wypadkach, takich jak: użądlenie pszczoły, porażenie słoneczne, pierwsza pomoc.

Ogólne warunki

dotaddkowego grupowego ubezpieczenia doraźnej opieki
na wypadek utraty pracy przez Ubezpieczonego

INDEKS GDUP/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia doraźnej opieki na wypadek utraty pracy przez Ubezpieczonego, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a Ubezpieczającymi, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **utrata pracy** – ustanie stosunku pracy pomiędzy Ubezpieczonym a Ubezpieczającym, z wyłączeniem rozwiązania umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy Ubezpieczonego; za datę utraty pracy uznaje się datę, w której nastąpiło ustanie stosunku pracy pomiędzy Ubezpieczonym a Ubezpieczającym;
- 3) **świadczenie doraźnej opieki** – usługi zorganizowane za pośrednictwem Operatora na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, mające na celu m.in. złagodzenie negatywnego wpływu utraty pracy przez Ubezpieczonego na jego stan zdrowia, określone w Katalogu świadczeń doraźnej opieki, stanowiącym załącznik do niniejszych OWUD;
- 4) **Operator** – Inter Partner Assistance Polska S.A. z siedzibą w Warszawie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje organizację świadczeń doraźnej opieki i pokrycie ich kosztów w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia Ubezpieczonego, spowodowanego utratą przez niego pracy w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej

jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego.

2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawieszona się z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej,
 - 3) w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych – z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 6

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 7

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

- 1) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,
- 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 8

1. W przypadku pogorszenia się stanu zdrowia Ubezpieczonego, spowodowanego utratą przez niego pracy, z tytułu umowy dodatkowej przysługuje prawo do świadczeń doraźnej opieki.
2. Świadczenie doraźnej opieki jest realizowane przez Operatora w okresie 1 miesiąca od daty utraty pracy przez Ubezpieczonego.
3. Jeżeli do utraty pracy doszło na skutek wypowiedzenia stosunku pracy przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, prawo do świadczeń doraźnej opieki przysługuje Ubezpieczonemu pod warunkiem, że oświadczenie w przedmiocie wypowiedzenia stosunku pracy zostało złożone w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Obowiązki Ubezpieczonego

§ 9

W celu umożliwienia Operatorowi spełnienia świadczenia Ubezpieczony zobowiązany jest zawiadomić Operatora o zdarzeniu objętym ochroną ubezpieczeniową, telefonując pod numer linii telefonicznej dedykowanej do obsługi Ubezpieczonych, podając następujące informacje:

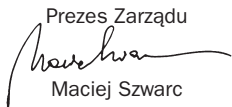
- 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
- 2) numer PESEL,
- 3) numer telefonu, pod którym można się skontaktować z Ubezpieczonym

4) inne dane w zakresie niezbędnym do realizacji świadczenia, oraz przesłać Operatorowi dokument potwierdzający ustanie stosunku pracy. Ubezpieczony zobowiązany jest do stosowania się do wskazówek przekazanych przez Operatora w zakresie niezbędnym do realizacji świadczenia.

Postanowienia końcowe

§ 10

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
2. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Prezes Zarządu

Maciej Szwarz

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Katalog świadczeń doraźnej opieki

1. Pomoc informacyjna dla Ubezpieczonego
 - 1) Operator udzieli Ubezpieczonemu informacji telefonicznej dotyczącej danych teleadresowych oraz godzin pracy urzędów pracy znajdujących się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 2) Operator udzieli Ubezpieczonemu podstawowej informacji ogólnej, dotyczącej:
 - a) praw i obowiązków pracownika w przypadku wypowiedzenia przez pracodawcę umowy o pracę z przyczyn określonych w ustawie z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników,
 - b) obowiązków pracodawcy i pracownika w związku z ustaniem pracy – określonych w kodeksie pracy,
 - c) praw i obowiązków osoby pozostającej bez zatrudnienia.
 - 3) Operator prześle Ubezpieczonemu drogą elektroniczną, na wskazany przez Ubezpieczonego adres e-mail, w terminie 5 (pięciu) dni roboczych od dnia otrzymania danych identyfikacyjnych Ubezpieczonego, o których mowa w § 9 OWUD, materiały informacyjne w formie wyciągu lub całego aktu prawnego rangi ustawowej, dotyczące praw i obowiązków, o których mowa w ppkt. 2).
 - 4) Operator prześle Ubezpieczonemu drogą elektroniczną na wskazany przez Ubezpieczonego adres e-mail lub na numer faksu, w terminie 5 (pięciu) dni roboczych od dnia otrzymania danych identyfikacyjnych Ubezpieczonego, o których mowa w § 9 OWUD, ogólny wzorec curriculum vitae (życiorys) oraz listu motywacyjnego wraz ze spisem ogólnych i rekomendowanych zasad sporządzania tych dokumentów.
 - 5) Na wniosek Ubezpieczonego, gdy nie jest możliwe spełnienie świadczenia określonego w ppkt. 4), za pośrednictwem komunikacji elektronicznej lub faksu, Operator prześle Ubezpieczonemu materiały informacyjne określone w ppkt. 4) przesyłką pocztową. Materiały zostaną wysłane przez Operatora listem poleconym w terminie 5 (pięciu) dni roboczych od dnia zgłoszenia wniosku Ubezpieczonego o realizację świadczenia w tym trybie i wskazania adresu doręczenia przesyłki pocztowej.

Świadczenie pomocy informacyjnej dla Ubezpieczonego nie jest świadczeniem pomocy prawnej i nie polega w szczególności na udzielaniu informacji o indywidualnej sytuacji danego Ubezpieczo-

nego. Realizacja każdego ze świadczeń, o których mowa w ppkt. 1)–5) przysługuje Ubezpieczonemu wyłącznie raz w roku polisy.

2. Pomoc psychologa dla Ubezpieczonego
 - 1) Operator udzieli Ubezpieczonemu informacji telefonicznej, dotyczącej danych teleadresowych oraz godzin pracy placówek świadczących usługi pomocy psychologicznej znajdujących się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w tym informacji na temat rodzajów specjalistów, których usługi są dostępne w ramach tych placówek.
 - 2) Operator zorganizuje, na koszt i ryzyko Ubezpieczonego, wizytę psychologa uzgodnionej z Ubezpieczonym specjalności, w terminie uzgodnionym z Ubezpieczonym.

Świadczenie polega wyłącznie na zorganizowaniu wizyty u psychologa. Towarzystwo nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową przebiegu i skutków terapii prowadzonej w ramach takiej wizyty. Realizacja każdego ze świadczeń, o których mowa w ppkt. 1) i 2) przysługuje Ubezpieczonemu wyłącznie raz w okresie ubezpieczenia.
3. Pomoc pośrednika pracy
 - 1) Operator udzieli Ubezpieczonemu informacji telefonicznej dotyczącej danych teleadresowych oraz godzin pracy biur pośrednictwa pracy znajdujących się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 2) Operator prześle drogą elektroniczną na adresy maksymalnie trzech biur pośrednictwa pracy, uzgodnione z Ubezpieczonym dokumenty aplikacyjne – curriculum vitae (życiorys) oraz list motywacyjny przesłane uprzednio Operatorowi przez Ubezpieczonego drogą elektroniczną. Świadczenie to realizowane jest pod warunkiem uzyskania przez Operatora od Ubezpieczonego oświadczenia o wyrażeniu jego zgody na przetwarzanie danych osobowych Ubezpieczonego.

Realizacja każdego ze świadczeń, o których mowa w ppkt. 1) i 2) przysługuje Ubezpieczonemu wyłącznie raz w roku polisy.

Ogólne warunki

dotatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego

INDEKS GSWP/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

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

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **współmałżonek** – osoba, która w dniu swojej śmierci pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 3) **partner** – wskazana w deklaracji uczestnictwa osoba płci odmiennej, pozostająca z Ubezpieczonym w związku pozamałżeńskim i prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, niepozostająca z Ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa ani przysposobienia. Osobę spełniającą powyższe warunki uznaje się za partnera, pod warunkiem że zarówno Ubezpieczony, jak i ta osoba nie pozostają w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; zmiana wskazania osoby jako partnera jest skuteczna od najbliższej rocznicy polisy.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawieszona z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej,
 - 3) w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych – z dniem wypłaty świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 6

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 7

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

- 1) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,
- 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 8

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.
3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku śmierci współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.

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

§ 10

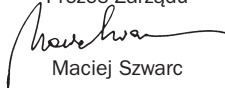
1. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu wszystkich umów dodatkowych zawartych w ramach tej samej umowy ubezpieczenia, wynikających z objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, wypłacanych w związku ze zdarzeniami powstałymi w następstwie tego samego nieszczęśliwego wypadku, nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 200% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej.
2. Ograniczenia maksymalnej sumy świadczeń, o której mowa w ust. 1, nie stosuje się do świadczeń z tytułu pobytu współmałżonka lub

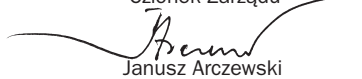
partnera Ubezpieczonego w szpitalu, pobytu współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku, wypłacanych na podstawie odpowiednich umów dodatkowych, a także z tytułu innych umów dodatkowych, w których przedmiotem ubezpieczenia nie jest życie ani zdrowie współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego.

Postanowienia końcowe

§ 11

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
2. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Prezes Zarządu

Maciej Szwarz

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Ogólne warunki

dotaddkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

INDEKS GSWPW/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

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

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **współmałżonek** – osoba, która w dniu swojej śmierci pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 3) **partner** – wskazana w deklaracji uczestnictwa osoba płci odmiennej, pozostająca z Ubezpieczonym w związku pozamałżeńskim i prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, niepozostająca z Ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa ani przysposobienia. Osobę spełniającą powyższe warunki uznaje się za partnera, pod warunkiem że zarówno Ubezpieczony, jak i ta osoba nie pozostają w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; zmiana wskazania osoby jako partnera jest skuteczna od najbliższej rocznicy polisy.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawieszona się z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej,
 - 3) w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych – z dniem wypłaty świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 6

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 7

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

- 1) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,
- 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 8

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.
3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku śmierci współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem Towarzystwo wypłaci

Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.

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

§ 10

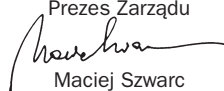
1. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu wszystkich umów dodatkowych zawartych w ramach tej samej umowy ubezpieczenia, wynikających z objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, wypłacanych w związku ze zdarzeniami powstałymi w następstwie tego samego nieszczęśliwego wypadku, nie może przekroczyć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

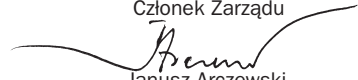
2. Ograniczenia maksymalnej sumy świadczeń, o której mowa w ust. 1, nie stosuje się do świadczeń z tytułu pobytu współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego w szpitalu, pobytu współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku, wypłacanych na podstawie odpowiednich umów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

Postanowienia końcowe

§ 11

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
2. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Prezes Zarządu

Maciej Szwarc

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Ogólne warunki

dotaddkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu

INDEKS GSWPZ/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

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

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **współmałżonek** – osoba, która w dniu swojej śmierci pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 3) **partner** – wskazana w deklaracji uczestnictwa osoba płci odmiennej, pozostająca z Ubezpieczonym w związku pozamałżeńskim i prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, niepozostająca z Ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa ani przysposobienia. Osobę spełniającą powyższe warunki uznaje się za partnera, pod warunkiem że zarówno Ubezpieczony, jak i ta osoba nie pozostają w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; zmiana wskazania osoby jako partnera jest skuteczna od najbliższej rocznicy polisy;
- 4) **śmierć w następstwie zawału serca** – śmierć w następstwie martwicy części mięśnia sercowego, spowodowanej niedokrwieniem, co zostało wskazane jako pierwotna przyczyna zgonu w karcie zgonu lub w protokole badania sekcijnego;
- 5) **śmierć w następstwie udaru mózgu** – śmierć w następstwie udaru niedokrwinnego, udaru krwotocznego, krwotoku podpajęczynówkowego na skutek pęknięcia tętniaka wewnątrzczaszkowego, co zostało wskazane jako pierwotna przyczyna zgonu w karcie zgonu lub w protokole badania sekcijnego.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawieszona się z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej,
 - 3) w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych:
 - a) z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia,
 - b) z dniem wypłaty świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 6

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 7

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

- 1) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,
- 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 8

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.

3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

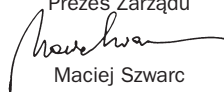
1. W przypadku śmierci współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego, spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone pod warunkiem, że śmierć nastąpiła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

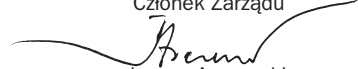
stwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust 2 OWU umowy podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień § 24 ust. 3 OWU umowy podstawowej.

Postanowienia końcowe

§ 10

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
2. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Prezes Zarządu

Maciej Szwarc

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Ogólne warunki

dotaddkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

INDEKS GUWP/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

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

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **współmałżonek** – osoba, która w dacie zajścia nieszczęśliwego wypadku pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 3) **partner** – wskazana w deklaracji uczestnictwa osoba płci odmiennej, pozostająca z Ubezpieczonym w związku pozamałżeńskim i prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, niepozostająca z Ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa ani przysposobienia. Osobę spełniającą powyższe warunki uznaje się za partnera, pod warunkiem że zarówno Ubezpieczony, jak i ta osoba nie pozostają w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; zmiana wskazania osoby jako partnera jest skuteczna od najbliższej rocznicy polisy;
- 4) **uszczerbek** – trwałe naruszenie sprawności organizmu, powodujące upośledzenie czynności organizmu.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawieszona z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej,
 - 3) w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych – z dniem wypłaty świadczenia, którego kwota wraz z sumą świadczeń wypłaconych z tytułu umowy dodatkowej odpowiada łącznie 100% uszczerbku na zdrowiu.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 6

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 7

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

- 1) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,
- 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 8

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.
3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

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

§ 10

1. Procent uszczerbku na zdrowiu ustalany jest zgodnie z Tabelą uszczerbków, mającą zastosowanie w umowie dodatkowej, obowiązującą w Towarzystwie. Tabela uszczerbków dostępna jest do wglądu w siedzibie Towarzystwa.

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

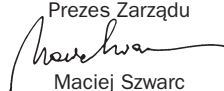
Warianty ochrony ubezpieczeniowej

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

Postanowienia końcowe

§ 11

1. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy dodatkowej wyklucza możliwość objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie innych umów dodatkowych, których zakres ubezpieczenia obejmuje uszczerbek na zdrowiu lub inwalidztwo współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
3. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Prezes Zarządu

Maciej Szwarz

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Ogólne warunki

dotaddkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu

INDEKS GUWPZ/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

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

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **współmałżonek** – osoba, która w dacie wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 3) **partner** – wskazana w deklaracji uczestnictwa osoba płci odmiennej, pozostająca z Ubezpieczonym w związku pozamałżeńskim i prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, niepozostająca z Ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa ani przysposobienia. Osobę spełniającą powyższe warunki uznaje się za partnera, pod warunkiem że zarówno Ubezpieczony, jak i ta osoba nie pozostają w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; zmiana wskazania osoby jako partnera jest skuteczna od najbliższej rocznicy polisy;
- 4) **uszczerbek** – trwałe naruszenie sprawności organizmu, powodujące upośledzenie czynności organizmu;
- 5) **udar mózgu** – nagle, w efekcie trwałego uszkodzenia tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzonych badaniem lekarskim. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (OUN), udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji OUN. Rozpoznanie trwałego uszkodzenia OUN winno być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej jednak niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów;
- 6) **zawał serca** – pierwszorazowe wystąpienie martwicy ograniczonego obszaru mięśnia sercowego jako skutek ostrego niedokrwienia, rozpoznane na podstawie wystąpienia typowego dla zawału serca bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie EKG potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych we krwi; z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris).

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawieszona się z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej,
 - 3) w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych:
 - a) z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia,
 - b) z dniem wypłaty świadczenia, którego kwota wraz z sumą świadczeń wypłaconych z tytułu umowy dodatkowej łącznie odpowiada 100% uszczerbku na zdrowiu.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 6

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,

- 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 8

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.
3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku uszczerbku na zdrowiu współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego, powstałego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej, za każdy 1 procent uszczerbku na zdrowiu, zgodnie z wybranym wariantem ochrony ubezpieczeniowej, określonym w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone pod warunkiem, że uszczerbek nastąpił przed upływem 6 miesięcy od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
3. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu umowy dodatkowej, wynikających z objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, w związku z jednym zawałem serca lub udarem mózgu nie może przekroczyć kwoty świadczenia odpowiadającej 100% uszczerbku na zdrowiu.
4. Kolejne świadczenie wypłacane z tytułu umowy dodatkowej nie może być wyższe niż kwota świadczenia wynikająca z różnicy pomiędzy wysokością świadczenia należnego w przypadku 100% uszczerbku, a sumą świadczeń wypłaconych dotychczas Ubezpieczonemu na podstawie umowy dodatkowej.
5. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku gdy zawał serca lub udar mózgu, powodujący uszczerbek na zdrowiu współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego, jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 OWU umowy podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień § 24 ust. 3 OWU umowy podstawowej.

§ 10

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

§ 11

1. Jeżeli Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, a w okresie 6 miesięcy od dnia wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu nastąpi śmierć współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego będąca następstwem tego samego zawału serca lub tego samego udaru mózgu, wówczas wypłacone świadczenie z tytułu śmierci współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego zostanie pomniejszone o kwotę świadczenia wypłaconego z tytułu uszczerbku na zdrowiu współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu.
2. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu wszystkich umów dodatkowych zawartych w ramach tej samej umowy ubezpieczenia, wynikających z objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, wypłacanych w związku ze zdarzeniami powstałymi w następstwie tego samego zawału serca lub udaru mózgu, nie może przekroczyć maksymalnej kwoty określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
3. Ograniczenia maksymalnej sumy świadczeń, o której mowa w ust. 2, nie stosuje się do świadczeń z tytułu pobytu współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego w szpitalu, pobytu współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku, wypłacanych na podstawie odpowiednich umów dodatkowych, a także z tytułu innych umów dodatkowych, w których przedmiotem ubezpieczenia nie jest życie ani zdrowie współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego.
4. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu niniejszej umowy dodatkowej oraz z tytułu umowy dodatkowej na wypadek poważnego zachorowania współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego, należnych zgodnie z postanowieniami odpowiedniej umowy dodatkowej, wynikających z objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, wypłacanych w związku ze zdarzeniami powstałymi w następstwie tego samego zawału serca lub udaru mózgu, nie może przekroczyć maksymalnej kwoty określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

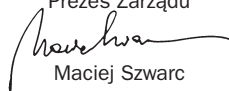
Warianty ochrony ubezpieczeniowej

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

Postanowienia końcowe

§ 12

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
2. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Prezes Zarządu

Maciej Szwarz

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Tabela uszczerbków

Zawał serca	Procent uszczerbku*
Udokumentowany przebyty zawał mięśnia sercowego bez zmian w zapisie EKG, bez zaburzeń rytmu i cech niewydolności krążenia	10%
Cechy przebytego zawału mięśnia sercowego w zapisie EKG, bez zaburzeń rytmu i cech niewydolności krążenia	15%
Cechy niewydolności krążenia I lub II stopnia według NYHA, jako późne następstwo przebytego zawału mięśnia sercowego	25–50%
Cechy niewydolności krążenia III lub IV stopnia według NYHA, jako późne następstwo przebytego zawału mięśnia sercowego	50–100%
Udar mózgu	
W stosunku do następstw udaru mózgu, jako kryterium określenia wysokości procentowego trwałego uszczerbku na zdrowiu, stosuje się zdolność chorego do samodzielnej egzystencji w zależności od obecności i nasilenia objawów i ubytków neurologicznych	10–100%

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

Ogólne warunki

dotaddkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku Typ A

INDEKS GAUWP/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

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

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **współmałżonek** – osoba, która w dacie zajścia nieszczęśliwego wypadku pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 3) **partner** – wskazana w deklaracji uczestnictwa osoba płci odmiennej, pozostająca z Ubezpieczonym w związku pozamałżeńskim i prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, niepozostająca z Ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa ani przysposobienia. Osobę spełniającą powyższe warunki uznaje się za partnera, pod warunkiem że zarówno Ubezpieczony, jak i ta osoba nie pozostają w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; zmiana wskazania osoby jako partnera jest skuteczna od najbliższej rocznicy polisy;
- 4) **inwalidztwo** – upośledzenie funkcji organizmu, określone w Tabeli inwalidztwa;
- 5) **amputacja** – całkowita anatomiczna strata (usunięcie) narządu;
- 6) **niedowład** – całkowita i trwała utrata funkcji nerwu;
- 7) **utrata** – amputacja lub całkowita i trwała utrata funkcji danego organu.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawieszona się z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej,
 - 3) w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych – z dniem wypłaty świadczenia, którego kwota wraz z sumą świadczeń wypłaconych z tytułu umowy dodatkowej odpowiada łącznie 100% inwalidztwa.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 6

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,
 - 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 8

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.

3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

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

§ 10

1. Data wystąpienia, rodzaj i procent inwalidztwa ustalane są po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji na podstawie dokumentacji medycznej. W wątpliwych przypadkach – na podstawie badań medycznych przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo, wykonanych na zlecenie Towarzystwa. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.
2. W przypadku powstania inwalidztwa w obrębie narządu, którego czynności były upośledzone przed nieszczęśliwym wypadkiem, ustalony procent inwalidztwa pomniejszany jest o procent inwalidztwa wynikający z wcześniejszego upośledzenia czynności tego narządu.

3. Przy ustalaniu procentu inwalidztwa nie bierze się pod uwagę rodzaju wykonywanej pracy ani czynności wykonywanych przez współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego.

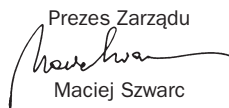
Tabela inwalidztwa

Rodzaj inwalidztwa	Procent inwalidztwa
Utrata wzroku w obu oczach	100%
Całkowita utrata słuchu	100%
Niedowład czterokończynowy	100%
Utrata mowy	100%
Utrata obu kończyn dolnych lub obu podudzi	100%
Utrata obu kończyn górnych lub obu przedramion	100%
Utrata ramienia	75%
Utrata przedramienia	70%
Utrata kończyny dolnej powyżej kolana	70%
Utrata kończyny dolnej poniżej kolana	60%
Utrata wzroku w jednym oku	50%
Utrata dłoni	50%
Utrata stopy	50%
Utrata słuchu w jednym uchu	30%
Utrata kciuka	15%
Utrata dużego palca u stopy	10%
Utrata każdego z palców dłoni oprócz kciuka	5%
Utrata każdego z palców u stopy oprócz palucha	4%

Postanowienia końcowe

§ 11

1. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy dodatkowej wyklucza możliwość objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie innych umów dodatkowych, których zakres ubezpieczenia obejmuje uszczerbek na zdrowiu lub inwalidztwo współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
3. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Prezes Zarządu

 Maciej Szwarz

Członek Zarządu

 Janusz Arczewski

Ogólne warunki

dotaddkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku Typ B

INDEKS GBUWP/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku Typ B, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a Ubezpieczającymi, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **współmałżonek** – osoba, która w dacie zajścia nieszczęśliwego wypadku pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 3) **partner** – wskazana w deklaracji uczestnictwa osoba płci odmiennej, pozostająca z Ubezpieczonym w związku pozamałżeńskim i prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, niepozostająca z Ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa ani przysposobienia. Osobę spełniającą powyższe warunki uznaje się za partnera, pod warunkiem że zarówno Ubezpieczony, jak i ta osoba nie pozostają w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; zmiana wskazania osoby jako partnera jest skuteczna od najbliższej rocznicy polisy;
- 4) **inwalidztwo** – upośledzenie funkcji organizmu, określone w Tabeli inwalidztwa;
- 5) **amputacja** – całkowita anatomiczna strata (usunięcie) narządu;
- 6) **utrata** – amputacja lub całkowita i trwała utrata funkcji danego organu;
- 7) **niedowład** – całkowita i trwała utrata funkcji nerwu;
- 8) **zesztywnienie** – całkowite zniesienie ruchomości w stawie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawieszona się z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej,
 - 3) w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych – z dniem wypłaty świadczenia, którego kwota wraz z sumą świadczeń wypłaconych z tytułu umowy dodatkowej odpowiada łącznie 100% inwalidztwa.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 6

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 7

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

- 1) z ostatnim dniem roku polisowego, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,
- 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 8

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.

3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku inwalidztwa współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego, powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości iloczynu procentu inwalidztwa ustalonego zgodnie z Tabelą inwalidztwa i sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu umowy dodatkowej, wynikających z objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, w związku z jednym nieszczęśliwym wypadkiem nie może przekroczyć kwoty świadczenia odpowiadającej 100% inwalidztwa.
3. Kolejne świadczenie wypłacane z tytułu umowy dodatkowej nie może być wyższe niż kwota świadczenia wynikająca z różnicy pomiędzy wysokością świadczenia należnego w przypadku 100% inwalidztwa a sumą świadczeń wypłaconych dotychczas Ubezpieczonemu na podstawie umowy dodatkowej.
4. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku gdy nieszczęśliwy wypadek, powodujący inwalidztwo współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego, jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 OWU umowy podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień § 24 ust. 3 OWU umowy podstawowej.

§ 10

1. Data wystąpienia, rodzaj i procent inwalidztwa ustalane są po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji na podstawie dokumentacji medycznej. W wątpliwych przypadkach – na podstawie badań medycznych przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo, wykonanych na zlecenie Towarzystwa. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.
2. W przypadku powstania inwalidztwa w obrębie narządu, którego czynności były upośledzone przed nieszczęśliwym wypadkiem, ustalony procent inwalidztwa pomniejszany jest o procent inwalidztwa wynikający z wcześniejszego upośledzenia czynności tego narządu.
3. Przy ustalaniu procentu inwalidztwa nie bierze się pod uwagę rodzaju wykonywanej pracy ani czynności wykonywanych przez współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego.

Tabela inwalidztwa

Rodzaj inwalidztwa	Procent inwalidztwa
Narządy zmysłów	
Utrata wzroku w obu oczach	100%
Całkowita utrata słuchu	100%
Utrata mowy	100%
Utrata słuchu w jednym uchu	30%
Utrata wzroku w jednym oku	50%
Głowa	
Trwały niedowład w zakresie nerwu twarzowego	30%
Utrata szczęki dolnej	50%
Utrata szczęki górnej	40%
Trwale blizny na twarzy o powierzchni powyżej 5 cm kwadratowych lub długości powyżej 15 cm	15%

Oskalpowanie u mężczyzn	20%
Oskalpowanie u kobiet	30%
Utrata jednej małżowiny usznej	10%
Utrata obu małżowin usznych	20%

Narząd ruchu

Utrata obu dłoni lub obu stóp	100%
Utrata obu kończyn górnych lub obu przedramion	100%
Utrata jednej kończyny górnej i jednego podudzia	100%
Utrata jednej dłoni i jednej stopy	100%
Niedowład czterokończynowy	100%
Uszkodzenie kręgosłupa z całkowitym i trwałym niedowładem kończyn dolnych i zwieraczy	80%
Całkowity niedowład kończyn dolnych	70%
Całkowity niedowład kończyny górnej	60%
Trwale uszkodzenie miednicy upośledzające chodzenie	30%
Zesztywnienie szyjnego odcinka kręgosłupa dotyczące minimum 3 kręgów szyjnych	25%

Kończyna górna

Całkowity niedowład w zakresie splotu barkowego	60%
Zesztywnienie barku	35%
Całkowity niedowład nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia	25%
Całkowity niedowład nerwu promieniowego w zakresie przedramienia	15%
Całkowity niedowład nerwu łokciowego	25%
Amputacja jednego ramienia	60%
Amputacja jednego przedramienia	50%
Amputacja jednej dłoni	50%
Amputacja kciuka	15%
Amputacja każdego z palców dłoni oprócz kciuka	5%
Zesztywnienie w zakresie stawu łokciowego	30%
Zesztywnienie w zakresie stawu nadgarstkowego	25%
Zesztywnienie kciuka uniemożliwiające chwyt	15%

Kończyna dolna

Całkowity niedowład w zakresie całej kończyny dolnej	60%
Całkowity niedowład w zakresie nerwu udowego	40%
Całkowity niedowład w zakresie nerwu kulszowego	40%
Całkowity niedowład w zakresie nerwu strzałkowego	15%
Utrata kończyny dolnej powyżej kolana	70%
Utrata kończyny dolnej poniżej kolana	60%
Utrata stopy	50%
Utrata dużego palca u stopy	10%
Utrata każdego z palców u stopy oprócz palucha	4%
Zesztywnienie w zakresie stawu biodrowego w ustawieniu czynnościowo korzystnym	25%
Zesztywnienie w zakresie stawu biodrowego w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40%
Zesztywnienie w zakresie stawu kolanowego	20%
Zesztywnienie w zakresie stawu skokowego	25%

Klatka piersiowa i jama brzuszna

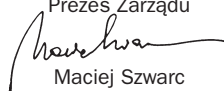
Uszkodzenie szkieletu kostnego klatki piersiowej skutkujące trwałą niewydolnością oddechową potwierdzoną spirometrycznie i gazometrycznie	50%
---	-----

Uszkodzenie płuc i opłucnej skutkujące trwałą niewydolnością oddechową potwierdzoną spirometrycznie i gazometrycznie	50%
Uszkodzenie nerwu przeponowego skutkujące zaburzeniem ruchomości przepony	10%
Uszkodzenie struktur serca wymagające interwencji kardiologicznej	40%
Uszkodzenie przełyku powodujące konieczność trwałego odżywiania się płynami	30%
Amputacja gruczołu piersiowego u kobiety jako efekt leczenia urazu	30%
Amputacja jelita cienkiego jako efekt leczenia urazu obejmująca co najmniej 50% długości narządu i powodująca trwale upośledzenie trawienia i stanu odżywiania	25%
Amputacja jelita grubego jako efekt leczenia urazu obejmująca co najmniej 50% długości narządu powodująca trwale zaburzenie perystaltyki i formowania stolca	15%
Urazowe uszkodzenie zwieraczy odbytu powodujące stałe nietrzymanie gazów i stolca	60%
Uszkodzenie wątroby skutkujące trwałą niewydolnością narządu	40%
Uszkodzenie trzustki skutkujące trwałą niewydolnością narządu	40%
Amputacja nerki bez cech niewydolności drugiej nerki jako efekt leczenia urazu	20%
Amputacja nerki z cechami trwałej niewydolności drugiej nerki jako efekt leczenia urazu	75%
Uszkodzenie pęcherza moczowego lub cewki moczowej skutkujące trwałym nietrzymaniem moczu	25%
Amputacja obu jąder	30%
Amputacja obu jajników	30%
Amputacja jednego jądra lub jednego jajnika u współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego do 45. roku życia	15%
Amputacja macicy u kobiety do 45. roku życia	30%
Amputacja macicy u kobiety po 45. roku życia	20%
Amputacja prącia	30%
Trwale blizny na skórze poza twarzą o powierzchni większej niż 30% powierzchni ciała	20%

Postanowienia końcowe

§ 11

1. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy dodatkowej wyklucza możliwość objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie innych umów dodatkowych, których zakres ubezpieczenia obejmuje uszczerbek na zdrowiu lub inwalidztwo współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
3. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Prezes Zarządu

 Maciej Szwarc

Członek Zarządu

 Janusz Arczewski

Ogólne warunki

dotaddkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu

INDEKS GPWW/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

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

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **współmałżonek** – osoba, która w okresie pobytu w szpitalu pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 3) **pobyt w szpitalu** – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu, trwający nieprzerwanie co najmniej:
 - a) 24 godziny w przypadku pobytu w szpitalu wyłącznie w celu leczenia doznanych obrażeń ciała,
 - b) 4 dni w przypadku pobytu w szpitalu w celu leczenia choroby,
 - c) 10 dni od dnia porodu w przypadku pobytu związanego z porodem i mającego na celu leczenie choroby współmałżonka Ubezpieczonego, będącej skutkiem powikłań poporodowych.

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

- 4) **choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu współmałżonka Ubezpieczonego na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju współmałżonka Ubezpieczonego;
- 5) **obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów współmałżonka Ubezpieczonego powstałe bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 6) **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej/Oddział Intensywnej Terapii (OIOM/OIT)** – znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wydzielony, specjalistyczny oddział szpitalny przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru. W rozumieniu niniejszych OWUD za OIOM/OIT uznaje się również Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK) oraz Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK);
- 7) **Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK), Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK)** – wydzielony, specjalistyczny pododdział szpitalny funkcjonujący w obrębie oddziału, kliniki kardiologicznej lub oddziału internistycznego o profilu kardiologicznym, przeznaczony do leczenia chorych wymagających

stałego nadzoru i ciągłego monitorowania czynności życiowych wyłącznie z nagłych wskazań kardiologicznych. W rozumieniu niniejszych OWUD za OIOK uznaje się również samodzielną jednostkę organizacyjną (oddział), jeżeli funkcjonuje w obrębie monoprofilowanych kardiologicznych jednostek opieki zdrowotnej o najwyższym stopniu referencyjności (instytuty). Pobyt na OIOK/OINK powinien być udokumentowany w karcie wypisu ze szpitala lub poświadczony przez właściwego kierownika kliniki lub oddziału szpitalnego. W rozumieniu niniejszych OWUD za OIOK/OINK nie uważa się: sali „R”, oddziału rehabilitacji kardiologicznej oraz sal nadzoru pooperacyjnego, znajdujących się w obrębie oddziałów klinik kardiokirurgicznych;

- 8) **rekonwalescencja** – okres następujący bezpośrednio po zakończeniu okresu pobytu w szpitalu, służący powrotowi do zdrowia współmałżonka Ubezpieczonego;
- 9) **sanatorium** – znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład lecznictwa, zorganizowany w miejscowości uzdrowiskowej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania u rekonwalescentów nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostreniom;
- 10) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, kraju na terytorium którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych. Za szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala, oddziału i ośrodka rehabilitacji.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie współmałżonka Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) pobyt współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się i trwa w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,
 - 2) pobyt współmałżonka Ubezpieczonego na OIOM/OIT,
 - 3) rekonwalescencję współmałżonka Ubezpieczonego,
 - 4) pobyt współmałżonka Ubezpieczonego w sanatorium w celu leczenia choroby lub obrażeń ciała, zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawieszona z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej,
 - 3) w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych – z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia.

§ 6

1. Niezależnie od postanowień § 10 ust. 3 OWU umowy podstawowej, w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych stosuje się 2-miesięczną karencję, liczoną od daty początku ochrony ubezpieczeniowej, określonej w świadectwie uczestnictwa.
2. Karencji, o której mowa w ust. 1, nie stosuje się w odniesieniu do Ubezpieczonego, który spełnia łącznie następujące warunki:
 - 1) w okresie co najmniej 3 miesięcy bezpośrednio poprzedzających objęcie go ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej objęty był ochroną ubezpieczeniową przez innego Ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego w zakresie określonym umową dodatkową,
 - 2) złożył Towarzystwu deklarację uczestnictwa przed upływem 2 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. W okresie 2 miesięcy od dnia objęcia Ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 2, ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej świadczenie z tytułu pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu, o ile jest należne, ograniczone jest do wysokości niższego z następujących świadczeń:
 - 1) świadczenia należnego z tytułu umowy dodatkowej albo
 - 2) świadczenia należnego na podstawie umowy ubezpieczenia grupowego, którą poprzednio w tym zakresie objęty był Ubezpieczony, zgodnie z postanowieniami ust. 2.
4. Postanowienia ust. 2 i 3 mają zastosowanie pod warunkiem dostarczenia Towarzystwu przez Ubezpieczającego, wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia, następujących dokumentów:
 - 1) kopii polisy potwierdzającej zawarcie umowy, o której mowa w ust. 2 pkt 1), zawierającej informacje o okresie ubezpieczenia, zakresie ubezpieczenia oraz sumach ubezpieczenia, wraz z oświadczeniem Ubezpieczającego o rozwiązaniu tej umowy i opłaceniu ostatniej składki należnej z jej tytułu; jeżeli w polisie brakuje informacji o okresie ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do zamieszczenia jej na liście osób, określonej w pkt. 2),
 - 2) listy osób objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy, o której mowa w ust. 2 pkt 1), zawierającej następujące dane Ubezpieczonych: imię, nazwisko, numer PESEL, podgrupę lub wariant ubezpieczenia.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 7

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 8

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,
 - 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 9

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.
3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 10

1. W związku z pobytem współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie równe:
 - 1) w przypadku pobytu w szpitalu:
 - a) w celu leczenia choroby lub w związku z porodem:
 - 0,6% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu,
 - 0,5% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za 15. i każdy kolejny dzień pobytu w szpitalu,
 - b) w celu leczenia obrażeń ciała powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku:
 - 1% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu,
 - 0,5% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za 15. i każdy kolejny dzień pobytu w szpitalu,
 - 2) w przypadku pobytu na OIOM/OIT – jednorazowe świadczenie w wysokości określonej w Tabeli świadczeń,
 - 3) w przypadku rekonwalescencji – jednorazowe świadczenie w wysokości określonej w Tabeli świadczeń,
 - 4) w przypadku pobytu w sanatorium – jednorazowe świadczenie w wysokości określonej w Tabeli świadczeń.
2. W przypadkach określonych w ust. 1 pkt 2)–4), Towarzystwo wypłaci określone tam świadczenia, jeżeli odpowiednio spełnione są następujące warunki:
 - 1) pobyt na OIOM/OIT związany jest z pobytem w szpitalu, w związku z którym należne jest świadczenie z tytułu umowy dodatkowej,
 - 2) rekonwalescencja pozostaje w bezpośrednim związku z pobytem w szpitalu, w związku z którym należne jest świadczenie z tytułu umowy dodatkowej, o ile pobyt w szpitalu trwał nieprzerwanie co najmniej 15 dni,

- 3) pobyt w sanatorium pozostaje w bezpośrednim związku z pobytem w szpitalu, w związku z którym należne jest świadczenie z tytułu umowy dodatkowej, o ile pobyt współmałżonka Ubezpieczonego w sanatorium potwierdzony został dokumentacją medyczną.

Tabela świadczeń

Rodzaj świadczenia	Wysokość świadczenia
Pobyt na OIOM/OIT	500 zł
Rekonwalescencja	250 zł
Pobyt w sanatorium	500 zł

§ 11

1. W przypadku gdy ten sam pobyt współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu związany jest zarówno z leczeniem choroby lub porodem oraz z leczeniem obrażeń ciała, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie w wysokości określonej w § 10 ust. 1 pkt 1) lit. b).
2. Towarzystwo wypłaci łączne świadczenia za okres nieprzekraczający 180 dni pobytu współmałżonka Ubezpieczonego szpitalu w danym roku polisy, w związku z objęciem ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego.
3. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w sanatorium – nie więcej niż za jeden pobyt współmałżonka Ubezpieczonego w sanatorium w okresie pomiędzy rocznicami polisy.
4. Niezależnie od liczby pobyków współmałżonka Ubezpieczonego w sanatorium, jeżeli pobyty te były spowodowane tą samą przyczyną, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu tylko jedno świadczenie z tytułu pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w sanatorium.

§ 12

1. Świadczenie wypłacane jest po zakończeniu pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu. W przypadku pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 1 miesiąc, na wniosek Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci część świadczenia przed zakończeniem tego pobytu.
2. W celu ustalenia prawa do świadczenia, w uzasadnionych przypadkach, Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania współmałżonka Ubezpieczonego na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.

§ 13

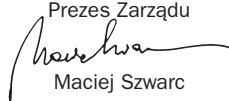
1. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku gdy choroba lub obrażenia ciała, które są przyczyną pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu, są następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 OWU umowy podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień § 24 ust. 3 OWU umowy podstawowej, a także jeżeli pobyt współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu jest następstwem samookaleczenia lub okaleczenia współmałżonka Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od jego stanu poczytalności.
2. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli celem pobytu w szpitalu jest:
 - 1) leczenie lub poddanie się przez współmałżonka Ubezpieczonego zabiegowi pozostającemu w związku z ciążą, porodem lub pójściem, z wyłączeniem przypadku, o którym mowa w § 2 pkt 3) lit. c),
 - 2) poddanie współmałżonka Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ współmałżonek Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,

- 3) wykonanie współmałżonkowi Ubezpieczonego rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie jest choroba lub obrażenia ciała współmałżonka Ubezpieczonego,
- 4) wykonanie współmałżonkowi Ubezpieczonego zabiegów rehabilitacyjnych,
- 5) leczenie chorób umysłowych i zaburzeń psychicznych współmałżonka Ubezpieczonego,
- 6) leczenie choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV współmałżonka Ubezpieczonego,
- 7) leczenie wad wrodzonych współmałżonka Ubezpieczonego.

Postanowienia końcowe

§ 14

1. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy dodatkowej wyklucza możliwość objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie innych umów dodatkowych, których zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
3. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Prezes Zarządu

 Maciej Szwarz

Członek Zarządu

 Janusz Arczewski

Ogólne warunki

dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku

INDEKS GPWP/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

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

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **współmałżonek** – osoba, która w okresie pobytu w szpitalu pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 3) **partner** – wskazana w deklaracji uczestnictwa osoba płci odmiennej, pozostająca z Ubezpieczonym w związku pozamałżeńskim i prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, niepozostająca z Ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa ani przysposobienia. Osobę spełniającą powyższe warunki uznaje się za partnera, pod warunkiem że zarówno Ubezpieczony, jak i ta osoba nie pozostają w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; zmiana wskazania osoby jako partnera jest skuteczna od najbliższej rocznicy polisy;
- 4) **pobyt w szpitalu** – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu, trwający nieprzerwanie co najmniej 24 godziny, w celu leczenia doznanych obrażeń ciała; w rozumieniu niniejszych OWUD okres pobytu w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego do szpitala, a kończy w dniu wypisania współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego ze szpitala;
- 5) **obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego powstałe bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 6) **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej/Oddział Intensywnej Terapii (OIOM/OIT)** – znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wydzielony, specjalistyczny oddział szpitalny przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru. W rozumieniu niniejszych OWUD za OIOM/OIT uznaje się również Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK) oraz Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK);
- 7) **Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK), Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK)** – wydzielony, specjalistyczny pododdział szpitalny funkcjonujący w obrębie oddziału, kliniki kardiologicznej lub oddziału internistycznego o profilu kar-

diologicznym, przeznaczony do leczenia chorych wymagających stałego nadzoru i ciągłego monitorowania czynności życiowych wyłącznie z nagłych wskazań kardiologicznych. W rozumieniu niniejszych OWUD za OIOK uznaje się również samodzielną jednostkę organizacyjną (oddział), jeżeli funkcjonuje w obrębie monoprofilowanych kardiologicznych jednostek opieki zdrowotnej o najwyższym stopniu referencyjności (instytuty). Pobyt na OIOK/OINK powinien być udokumentowany w karcie wypisu ze szpitala lub poświadczony przez właściwego kierownika kliniki lub oddziału szpitalnego. W rozumieniu niniejszych OWUD za OIOK/OINK nie uważa się: sali „R”, oddziału rehabilitacji kardiologicznej oraz sal nadzoru pooperacyjnego, znajdujących się w obrębie oddziałów klinik kardiokirurgicznych;

- 8) **rekonwalescencja** – okres następujący bezpośrednio po zakończeniu okresu pobytu w szpitalu, służący powrotowi do zdrowia współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego;
- 9) **sanatorium** – znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład lecznictwa, zorganizowany w miejscowości uzdrowskiej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania u rekonwalescentów nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostrzeniom;
- 10) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, kraju na terytorium którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych. Za szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowskiego, a także szpitala, oddziału i ośrodka rehabilitacji.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) pobyt współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się i trwa w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,
 - 2) pobyt współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego na OIOM/OIT,
 - 3) rekonwalescencję współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego,
 - 4) pobyt współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego w sanatorium

w celu leczenia obrażeń ciała, powstałych bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawieszona z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej,
 - 3) w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych – z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 6

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 7

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

- 1) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,
- 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 8

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.
3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

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

- a) 1% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu,
 - b) 0,5% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za 15. i każdy kolejny dzień pobytu w szpitalu,
- 2) w przypadku pobytu na OIOM/OIT – jednorazowe świadczenie w wysokości określonej w Tabeli świadczeń,
 - 3) w przypadku rekonwalescencji – jednorazowe świadczenie w wysokości określonej w Tabeli świadczeń,
 - 4) w przypadku pobytu w sanatorium – jednorazowe świadczenie w wysokości określonej w Tabeli świadczeń.
2. W przypadkach określonych w ust. 1 pkt 2)–4), Towarzystwo wypłaci określone tam świadczenia, jeżeli odpowiednio spełnione są następujące warunki:
 - 1) pobyt na OIOM/OIT związany jest z pobytem w szpitalu, w związku z którym należne jest świadczenie z tytułu umowy dodatkowej,
 - 2) rekonwalescencja pozostaje w bezpośrednim związku z pobytem w szpitalu, w związku z którym należne jest świadczenie z tytułu umowy dodatkowej, o ile pobyt w szpitalu trwał nieprzerwanie co najmniej 15 dni,
 - 3) pobyt w sanatorium pozostaje w bezpośrednim związku z pobytem w szpitalu, w związku z którym należne jest świadczenie z tytułu umowy dodatkowej, o ile pobyt współmałżonka Ubezpieczonego w sanatorium potwierdzony został dokumentacją medyczną.

Tabela świadczeń

Rodzaj świadczenia	Wysokość świadczenia
Pobyt na OIOM/OIT	500 zł
Rekonwalescencja	250 zł
Pobyt w sanatorium	500 zł

§ 10

1. Towarzystwo wypłaci łączne świadczenia za okres nieprzekraczający 180 dni pobytu współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego w szpitalu w danym roku polisy, w związku z objęciem ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego.
2. Świadczenie z tytułu pobytu w sanatorium wypłacane jest nie więcej niż w związku z jednym pobytem w sanatorium w danym roku polisy.
3. Niezależnie od liczby pobyków współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego w sanatorium, jeżeli pobyty te były spowodowane tą samą przyczyną, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu tylko jedno świadczenie z tytułu pobytu współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego w sanatorium.

§ 11

1. Świadczenie wypłacane jest po zakończeniu pobytu współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego w szpitalu. W przypadku pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 1 miesiąc, na wniosek Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci część świadczenia przed zakończeniem tego pobytu.
2. W celu ustalenia prawa do świadczenia, w uzasadnionych przypadkach, Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.

§ 12

Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku gdy obrażenia ciała, które są przyczyną pobytu współmałżonka

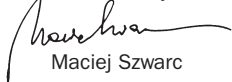
lub partnera Ubezpieczonego w szpitalu, są następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 OWU umowy podstawowej.

Postanowienia końcowe

§ 13

1. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy dodatkowej wyklucza możliwość objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie innych umów dodatkowych, których zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego w szpitalu.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
3. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Prezes Zarządu



Maciej Szwarc

Członek Zarządu



Janusz Arczewski

Ogólne warunki

dotaddkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek powaŹnego zachorowania współmałŹonka lub partnera Ubezpieczonego

INDEKS GCWP/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek powaŹnego zachorowania współmałŹonka lub partnera Ubezpieczonego, zwane dalej OWUD, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Źycie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a Ubezpieczającymi, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na Źycie Optymalny Wybór AXA.

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **współmałŹonek** – osoba, która w dacie wystąpienia powaŹnego zachorowania pozostawała z Ubezpieczonym w związku małŹeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 3) **partner** – wskazana w deklaracji uczestnictwa osoba płci odmiennej, pozostająca z Ubezpieczonym w związku pozamałŹeńskim i prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, niepozostająca z Ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa ani przysposobienia. Osobę spełniającą powyŹsze warunki uznaje się za partnera, pod warunkiem Źe zarówno Ubezpieczony, jak i ta osoba nie pozostają w związku małŹeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; zmiana wskazania osoby jako partnera jest skuteczna od najbliŹszej rocznicy polisy;
- 4) **poważne zachorowanie** – jedna z niŹej wymienionych chorób współmałŹonka lub partnera Ubezpieczonego:
 - a) **zawał serca** – pierwszorazowe wystąpienie martwicy ograniczonego obszaru mięśnia sercowego jako skutek ostrego niedokrwienia, rozpoznane na podstawie wystąpienia typowego dla zawału serca bólu w klatce piersiowej, ŹwieŹszych zmian w zapisie EKG potwierdzających wystąpienie ŹwieŹszego zawału serca i znaczącego podwyŹszenia stęŹenia enzymów sercowych we krwi. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris);
 - b) **udar móŹgu** – nagle, w efekcie trwale uszkodzenie tkanki móŹgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niŹ 24 godziny i potwierdzonych badaniem lekarskim. Wykluczeniu podlegają: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (OUN), udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji OUN. Rozpoznanie trwałego uszkodzenia OUN musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej i/lub rezonansu magnetycznego, nie wcześniejsz niŹ po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów;
 - c) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - I. rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy, rak szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne,
 - II. wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji),
 - III. czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) (≤1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 r.,
 - IV. nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), rak podstawonokomórkowy skóry i rak kolczystokomórkowy skóry,
 - V. wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
 - d) **niewydolność nerek** – przewlekłe, trwałe i całkowite uszkodzenie obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu. Diagnoza musi być jednoznacznie potwierdzona dokumentacją medyczną;
 - e) **łagodny guz móŹgu** – wszystkie guzy móŹgu, które nie są klasyfikowane jako złośliwe, potwierdzone przez specjalistę neurologa lub neurochirurga, wymagające usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji powodujące trwałe ubytki neurologiczne. Wykluczeniu podlegają: krwaki, ziarniaki, cysty, guzy szyszynki lub przysadki móŹgowej oraz malformacje naczyń móŹgowych;
 - f) **przeszczep narządów** – przeszczepienie współmałŹonkowi lub partnerowi Ubezpieczonego jako biorcy jednego z niŹej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie współmałŹonka lub partnera Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niŹej wymienionych narządów:
 - I. serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub
 - II. szpiku kostnego z zastosowaniem komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.Przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niŹ wyŹej wymienione;
 - g) **pomostowanie (bypass) naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej mającej na celu zlikwidowanie zwęŹenia lub niedroŹności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwęŹenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystu-

jących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;

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

stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu i innych substancji odurzających;

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

dowanej chorobą AIDS, nadużywaniem alkoholu lub substancji odurzających;

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawieszona z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej.

§ 6

1. Niezależnie od postanowień § 10 ust. 3 OWU umowy podstawowej, prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie przyznane z wystąpieniem poważnego zachorowania:
 - 1) które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed upływem 6 miesięcy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej, określonej w świadectwie uczestnictwa,
 - 2) którego objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed upływem 6 miesięcy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej, określonej w świadectwie uczestnictwa,
 - 3) które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed upływem 6 miesięcy od daty przywrócenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,
 - 4) którego objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed upływem 6 miesięcy od daty przywrócenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
2. Postanowień ust. 1 pkt 1)–2) nie stosuje się w odniesieniu do Ubezpieczonego, który spełnia łącznie następujące warunki:
 - 1) w okresie co najmniej 3 miesięcy bezpośrednio poprzedzających objęcie go ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy

dodatkowej objęty był przez innego Ubezpieczyciela ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego w zakresie określonym umową dodatkową,

- 2) złożył Towarzystwu deklarację uczestnictwa przed upływem 2 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. W okresie 6 miesięcy od dnia objęcia Ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 2, ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej świadczenie z tytułu poważnego zachorowania współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego, o ile jest należne, ograniczone jest do wysokości niższego z następujących świadczeń:
 - 1) świadczenia należnego z tytułu umowy dodatkowej albo
 - 2) świadczenia należnego na podstawie umowy ubezpieczenia grupowego, którą poprzednio w tym zakresie objęty był Ubezpieczony, zgodnie z postanowieniami ust. 2.
4. Postanowienia ust. 2 i 3 niniejszego paragrafu mają zastosowanie pod warunkiem dostarczenia Towarzystwu przez Ubezpieczającego, wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia, następujących dokumentów:
 - 1) kopii polisy potwierdzającej zawarcie umowy, o której mowa w ust. 2 pkt 1) niniejszego paragrafu, zawierającej informacje o okresie ubezpieczenia, zakresie ubezpieczenia oraz sumach ubezpieczenia, wraz z oświadczeniem Ubezpieczającego o rozwiązaniu tej umowy i dopełnieniu obowiązku opłacenia ostatniej składki należnej z jej tytułu, jeżeli w polisie brakuje informacji o okresie ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do zamieszczenia jej na liście osób, określonej w pkt. 2);
 - 2) listy osób objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy, o której mowa w ust. 2 pkt 1), zawierającej następujące dane Ubezpieczonych: imię, nazwisko, numer PESEL, podgrupę lub wariant ubezpieczenia.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 7

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 8

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

- 1) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,
- 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 9

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.
3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 10

1. W przypadku wystąpienia u współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy poważne zachorowanie jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 OWU umowy podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień § 24 ust. 3 OWU umowy podstawowej, a także następstwem samookaleczenia lub okaleczenia współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od jego stanu poczytalności, choroby AIDS lub zakażenia współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego wirusem HIV, chyba że zakażenie nastąpiło w okolicznościach, o których mowa w § 2 pkt 4) lit. u).
3. Prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej zostanie przyznane pod warunkiem, że współmałżonek lub partner Ubezpieczonego pozostał przy życiu przez okres co najmniej 1 miesiąca od daty:
 - 1) rozpoznania poważnego zachorowania, o którym mowa w § 2 pkt 4) lit. a)–e) i j)–w),
 - 2) wykonania zabiegu, o którym mowa w § 2 pkt 4) lit. f)–i).
4. Rodzaj i data wystąpienia poważnego zachorowania ustalane są na podstawie dokumentacji medycznej. W uzasadnionych przypadkach – na podstawie badań medycznych przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo, wykonanych na zlecenie Towarzystwa. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.

5. Ubezpieczony lub Ubezpieczający zobowiązani są do zawiadomienia Towarzystwa o wystąpieniu poważnego zachorowania przed upływem 3 miesięcy od daty rozpoznania choroby lub wykonania zabiegu.
6. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu niniejszej umowy dodatkowej oraz z tytułu umowy dodatkowej na wypadek operacji medycznej współmałżonka Ubezpieczonego, należnych zgodnie z postanowieniami odpowiedniej umowy dodatkowej, wynikających z objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, wypłacanych w związku z tą samą chorobą współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego, nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 200% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej.
7. Z dniem ukończenia przez współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego 55. roku życia Towarzystwo ponosi odpowiedzialność wyłączenie w przypadku wystąpienia następujących poważnych zachorowań: niewydolność nerek, przeszczep narządów, oparzenia, utrata mowy, śpiączka, utrata kończyn, choroba Parkinsona, choroba Creutzfeldta-Jakoba, zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji, choroba Alzheimera, zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych.

§ 11

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

Tabela poważnych zachorowań

Wcześniejsze poważne zachorowania

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

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

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

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

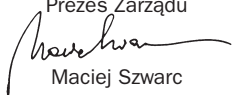
- | | |
|----|---|
| a) | zawał serca |
| b) | pomostowanie (bypass) naczyń wieńcowych |
| c) | angioplastyka wieńcowa |
| d) | operacja aorty |
| e) | udar mózgu |

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

Postanowienia końcowe

§ 12

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
2. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Prezes Zarządu

 Maciej Szwarc

Członek Zarządu

 Janusz Arczewski

Ogólne warunki

dotaddkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej współmałżonka Ubezpieczonego

INDEKS GOMW/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

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

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **współmałżonek** – osoba, która w dacie przeprowadzenia u niej operacji medycznej pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 3) **operacja medyczna** – zabieg medyczny połączony z przecięciem tkanek, przeprowadzony przez lekarza w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym w trakcie pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu, wymieniony w Tabeli operacji medycznych, stanowiącej załącznik do niniejszych OWUD;
- 4) **obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów współmałżonka Ubezpieczonego powstałe bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 5) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub jakiegokolwiek kraju Unii Europejskiej zakład opieki leczenia zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych. Za szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala, oddziału i ośrodka rehabilitacji.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawieszona się z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej,
 - 3) w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych – z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia.

§ 6

1. Niezależnie od postanowień § 10 ust. 3 OWU umowy podstawowej, w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych stosuje się 6-miesięczną karencję, liczoną od daty początku ochrony ubezpieczeniowej, określonej w świadectwie uczestnictwa.
2. Karencji, o której mowa w ust. 1, nie stosuje się w odniesieniu do Ubezpieczonego, który spełnia łącznie następujące warunki:
 - 1) w okresie co najmniej 3 miesięcy bezpośrednio poprzedzających objęcie go ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej objęty był przez innego Ubezpieczyciela ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego w zakresie określonym umową dodatkową,
 - 2) złożył Towarzystwu deklarację uczestnictwa przed upływem 2 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. W okresie 6 miesięcy od dnia objęcia Ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 2, ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej świadczenie z tytułu operacji medycznej współmałżonka Ubezpieczonego, o ile jest należne, ograniczone jest do wysokości niższego z następujących świadczeń:
 - 1) świadczenia należnego z tytułu umowy dodatkowej albo
 - 2) świadczenia należnego na podstawie umowy ubezpieczenia grupowego, którą poprzednio w tym zakresie objęty był Ubezpieczony, zgodnie z postanowieniami ust. 2.
4. Postanowienia ust. 2 i 3 mają zastosowanie pod warunkiem dostarczenia Towarzystwu przez Ubezpieczającego, wraz z wnioskiem o zawarcie umowy, następujących dokumentów:

- 1) kopii polisy potwierdzającej zawarcie umowy, o której mowa w ust. 2 pkt 1), zawierającej informacje o okresie ubezpieczenia, zakresie ubezpieczenia oraz sumach ubezpieczenia, wraz z oświadczeniem Ubezpieczającego o rozwiązaniu tej umowy i opłaceniu ostatniej składki należnej z jej tytułu; jeżeli w polisie brakuje informacji o okresie ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do zamieszczenia jej na liście osób, określonej w pkt. 2),
- 2) listy osób objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy, o której mowa w ust. 2 pkt 1), zawierającej następujące dane: imię, nazwisko, numer PESEL, podgrupę lub wariant ubezpieczenia.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 7

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 8

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

- 1) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,
- 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 9

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.
3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 10

1. W przypadku operacji medycznej współmałżonka Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli przeprowadzona operacja należy do I klasy operacji medycznych,
 - 2) 75% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli przeprowadzona operacja należy do II klasy operacji medycznych,
 - 3) 50% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli przeprowadzona operacja należy do III klasy operacji medycznych,
 - 4) 25% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli przeprowadzona operacja należy do IV klasy operacji medycznych,
 - 5) 10% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli przeprowadzona operacja należy do V klasy operacji medycznych zgodnie z Tabelą operacji medycznych, stanowiącą załącznik do niniejszych OWUD.
2. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu niniejszej umowy dodatkowej oraz umowy dodatkowej na wypadek poważnego zachorowania współmałżonka Ubezpieczonego, należnych zgodnie z postanowieniami odpowiednich umów dodatkowych, wynikających z objęcia

ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, wypłacanych w związku z tą samą chorobą współmałżonka Ubezpieczonego, nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej.

3. Niezależnie od liczby operacji medycznych współmałżonka Ubezpieczonego, jeżeli zostały przeprowadzone w okresie kolejnych 60 dni, Ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno najwyższe świadczenie z tytułu operacji medycznych współmałżonka Ubezpieczonego, ustalone zgodnie z Tabelą operacji medycznych.
4. Suma świadczeń wypłacanych na podstawie umowy dodatkowej w danym roku polisy, wynikających z objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, nie może przekroczyć kwoty świadczenia odpowiadającej 200% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.

§ 11

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

§ 12

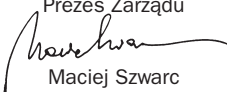
1. W celu ustalenia prawa do świadczenia, w uzasadnionych przypadkach, Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania współmałżonka Ubezpieczonego na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.
2. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku gdy choroba lub obrażenia ciała, będące przyczyną operacji medycznej, są następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 OWU umowy podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień § 24 ust. 3 OWU umowy podstawowej, a także jeżeli operacja medyczna współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego jest następstwem samookaleczenia lub okaleczenia współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od jego stanu poczytalności.
3. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli operacja medyczna związana jest z:
 - 1) chorobami lub obrażeniami ciała istniejącymi u współmałżonka przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej w stosunku do danego Ubezpieczonego,
 - 2) zabiegami diagnostycznymi u współmałżonka,
 - 3) leczeniem wad wrodzonych oraz chorób dziedzicznych współmałżonka Ubezpieczonego,
 - 4) pobraniem organów i tkanek od współmałżonka Ubezpieczonego jako dawcy,
 - 5) poddaniem się przez współmałżonka Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ współmałżonka Ubezpieczonego w okresie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,
 - 6) korektą ostrości wzroku współmałżonka Ubezpieczonego,
 - 7) poddaniem się przez współmałżonka Ubezpieczonego zabiegowi w związku z ciążą, porodem, położeniem, powikłaniami ciąży, poronieniem samoistnym lub sztucznym,
 - 8) chirurgiczną zmianą płci współmałżonka Ubezpieczonego,
 - 9) leczeniem niepłodności współmałżonka Ubezpieczonego,
 - 10) sterylizacją, podwiązaniem i przecięciem jajowodów oraz antykoncepcją operacyjną u współmałżonka,
 - 11) chirurgią szczękową, włączając wszczepienie zębów, i innymi zabiegami stomatologicznymi u współmałżonka,

- 12) chirurgią zwiadowczą i eksperymentalną u współmałżonka,
- 13) poddaniem się przez współmałżonka Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu,
- 14) leczeniem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV współmałżonka Ubezpieczonego.

Postanowienia końcowe

§ 13

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
2. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Prezes Zarządu

Maciej Szwarc

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Tabela operacji medycznych

Rodzaj operacji	Klasa operacji
-----------------	----------------

A UKŁAD NERWOWY

Centralny układ nerwowy

A01	Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	I
A02	Wycięcie zmiany w tkance mózgowej	I
A03	Drenaż zmiany w tkance mózgowej	II
A04	Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii)	III
A05	Wycięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	I

Rdzeń kręgowy

A06	Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	I
A07	Operacje na korzeniach nerwów rdzeniowych	I

Nerwy obwodowe

A08	Wycięcie nerwu obwodowego	IV
A09	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	IV

B UKŁAD WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO. SUTEK

Przysadka i szyszynka

B01	Wycięcie przysadki całkowite lub częściowe	I
B02	Operacje szyszynki	I

Inne gruczoły wydzielania wewnętrznego

B03	Wycięcie tarczycy	III
B04	Wycięcie grasicy	III
B05	Operacje dotyczące nieprawidłowej tkanki nadnerczy	III

Sutek

B06	Całkowita amputacja sutka	II
B07	Kwadrantektomia	IV

C OKO

Oczodół

C01	Usunięcie oka (gałki ocznej) – enukleacja	III
-----	---	-----

C02	Wszczepienie protezy oka	IV
-----	--------------------------	----

Siatkówka

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

Mięśnie oka

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

Rogówka

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

Twardówka i tęczęwka

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

Komora przednia gałki ocznej i soczewka

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

D UCHO

Wyrastek sutkowaty i ucho środkowe

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

E UKŁAD ODDECHOWY

Nos

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

Zatoki przynosowe

E02	Operacje zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	IV
E03	Operacje zatoki czołowej	IV
E04	Operacje zatoki klinowej	IV

Krtień

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

Tchawica i drzewo oskrzelowe

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

Płuca

E10	Przeszczep płuca	I
E11	Wycięcie płuca lub jego części	I

F JAMA USTNA

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

G GÓRNY ODCINEK PRZEWODU POKARMOWEGO

Przełyk		
G01	Otwarte operacje żyłaków przełyku	III
Żołądek		
G02	Całkowite wycięcie żołądka	II
G03	Częściowe wycięcie żołądka	III
G04	Operacje wrzodu żołądka	III
G05	Zespolenie żołądkowo-jelitowe	III
Dwunastnica		
G06	Wycięcie dwunastnicy	III
G07	Operacje wrzodu dwunastnicy	III
Jelito czcze		
G08	Wycięcie jelita czczego	III
G09	Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomii)	III
G10	Zespolenie omijające jelito czcze	III
Jelito kręte		
G11	Wycięcie jelita krętego	III
G12	Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomii)	III
G13	Zespolenie omijające jelito kręte	III

H DOLNY ODCINEK PRZEWODU POKARMOWEGO

Wyrastek robaczkowy		
H01	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	IV
Okrężnica		
H02	Całkowite lub częściowe wycięcie okrężnicy	I
Odblitynica		
H03	Wycięcie odbitynicy	I

I INNE NARZĄDY JAMY BRZUSZNEJ – GŁÓWNIEM UKŁADU POKARMOWEGO

Wątroba		
I01	Przeszczep wątroby	I
I02	Częściowe wycięcie wątroby	I
Pęcherzyk żółciowy		
I03	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	IV
Trzustka		
I04	Przeszczep trzustki	I
I05	Całkowite lub częściowe wycięcie trzustki	III

J SERCE

J01	Operacje na otwartym sercu	I
J02	Pomostowanie aortalno-wieńcowe	I
J03	Przezskórna angioplastyka wieńcowa	II
J04	Wszczepienie stymulatora	II
J05	Przezżylnie wprowadzenie systemu rozrusznika serca	III
J06	Drenaż osierdzia	II
Aorta		
J07	Operacja tętniakowatego odcinka aorty ze wskazań nagłych	I
J08	Zabiegi operacyjne aorty wykonywane od strony światła aorty	II

Tętnice mózgowe

J09	Operacje tętniaka tętnicy mózgowej	I
Odgałęzienia aorty brzusznej		
J10	Zabiegi operacyjne tętnicy nerkowej	I
Tętnica biodrowa i tętnica udowa		
J11	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej ze wskazań nagłych	I
J12	Zabiegi operacyjne tętnicy biodrowej wykonywane ze światła tętnicy biodrowej	II
J13	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej ze wskazań nagłych	I
J14	Zabiegi operacyjne tętnicy udowej wykonywane ze światła tętnicy udowej	III

K UKŁAD MOCZOWY

Nerki		
K01	Przeszczep nerki	II
K02	Całkowite wycięcie nerki	II
K03	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące kamieni nerkowych	III
K04	Otwarta naprawcza operacja nerki	III
Moczowód		
K05	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą ureteroskopii	IV
K06	Wycięcie moczowodu	III
K07	Odprowadzenie moczu przez przetokę	II
K08	Operacja naprawcza moczowodu	III
K09	Operacja ujścia moczowodu	IV
Pęcherz moczowy		
K10	Wycięcie zmiany w obrębie pęcherza moczowego metodą endoskopową	III
K11	Całkowite lub częściowe wycięcie pęcherza moczowego	II
Gruczoł krokowy (prostate)		
K12	Otwarte wycięcie gruczołu krokowego	III
Operacje dotyczące odpływu z pęcherza moczowego		
K13	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego z dostępu brzuszno i/lub przezpochwowego u kobiet	III
K14	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne ujścia pęcherza moczowego u kobiet	IV
K15	Endoskopowa resekcja ujścia pęcherza moczowego u mężczyzn	III
Cewka moczowa		
K16	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące cewki moczowej	IV
K17	Operacje ujścia cewki moczowej	V

L MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE

Jądra		
L01	Obustronne wycięcie jąder	IV
L02	Obustronna implantacja jąder do moszny	III
L03	Proteza jądra	IV
Powróżek nasienny		
L04	Operacje najądrza	IV
L05	Wycięcia nasieniowodu	V

L06	Operacja żyłaków powrózka nasienneo	IV
Prącie		
L07	Amputacja prącia	IV
L08	Wycięcie zmiany w obrębie prącia	V
L09	Proteza prącia	IV
L10	Operacja plastyczna prącia	IV

Ł ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE

Pochwa		
Ł01	Wycięcie pochwy	V
Ł02	Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy	IV
Macica		
Ł04	Amputacja szyjki macicy	IV
Ł05	Wycięcie macicy z dostępu brzuszego lub przezpochwowego	III
Jajowód		
Ł06	Obustronne wycięcie przydatków macicy	III
Ł07	Jednostronne wycięcie przydatków macicy	IV
Ł08	Częściowe wycięcie jajowodu	V
Jajnik		
Ł09	Wycięcie jajnika jedno- lub obustronne	IV
Ł10	Częściowe wycięcie jajnika	V

M TKANKI MIĘKKIE

Ściana klatki piersiowej, opłucna i przepona		
M01	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	III
M02	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej	IV
Ściana brzucha		
M03	Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej	IV
M04	Pierwotna operacja przepukliny pachwinowej	IV
M05	Pierwotna operacja przepukliny udowej	III
M06	Operacja przepukliny pępkowej	IV
M07	Otwarcie jamy brzusznej (laparotomia)	III
Ścięgna		
M08	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	IV
M09	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	IV
M10	Zmiana długości ścięgna	V
Mięśnie		
M12	Operacja naprawcza mięśnia	III
M13	Uwolnienie przykurczu mięśnia	IV
Więzadła		
M14	Rekonstrukcja więzadeł stawu kolanowego	IV

N KOŚCI I STAWY CZASZKI I KRĘGOSŁUPA

Kości i stawy czaszki i twarzy		
N01	Otwarcie czaszki	I
N02	Nastawienie złamania szczęki	III
N03	Nastawienie złamania żuchwy	IV
N04	Nastawienie złamania innej kości twarzy	IV
N05	Stabilizacja żuchwy	IV
Kości i stawy kręgosłupa		
N06	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w każdym odcinku	I
N07	Operacyjne leczenie złamania kompresyjnego kręgu – jednego lub więcej	II
N08	Korekcja zniekształcenia kręgosłupa przy użyciu urządzeń mechanicznych	II
N09	Pierwotne zespolenie (artrodeza) kręgów w odcinku szyjnym	I
N10	Pierwotne zespolenie (artrodeza) kręgów w innym odcinku	II
N11	Odbarczenie złamania kręgosłupa	II
N12	Stabilizacja złamania kręgosłupa	II

O INNE KOŚCI I STAWY

Złamania kości		
001	Zespolenia kostne, przeszczep kości w leczeniu złamań złożonych	III
002	Operacyjne leczenie prostego złamania kości:	
002.1	podudzia	IV
002.2	łokotki	IV
002.3	uda, łokotki	IV
003	Przedramienia – kość łokciowa i promieniowa	IV
003.1	Ramienia	IV
003.2	Obręczy barkowej	IV
Amputacje		
004	Amputacja w zakresie ramienia	III
005	Amputacja ręki	IV
006	Amputacja nogi	III
007	Amputacja stopy	IV
008	Amputacja palucha	IV

P OPERACJE NA STAWACH

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

Ogólne warunki

dotaddkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka Ubezpieczonego

INDEKS GUD/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

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

§ 2

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

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawieszona się z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej,

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

Ograniczenia odpowiedzialności

§ 6

Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy urodzenie się dziecka Ubezpieczonego nastąpiło w okresie pierwszych 9 miesięcy od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego z tytułu umowy dodatkowej, chyba że dany Ubezpieczony:

- 1) w okresie co najmniej 9 miesięcy bezpośrednio poprzedzających objęcie go ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej objęty był ochroną ubezpieczeniową przez innego Ubezpiecziciela w zakresie określonym umową dodatkową,
- 2) złożył Towarzystwu deklarację uczestnictwa przed upływem 3 miesięcy od daty nabycia praw do ubezpieczenia, pod warunkiem że umowa dodatkowa została zawarta na rzecz wszystkich Ubezpieczonych objętych ochroną na podstawie umowy podstawowej.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 7

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 8

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

- 1) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,
- 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 9

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.
3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa.

Świadczenie ubezpieczeniowe

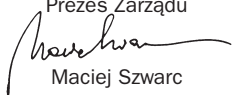
§ 10

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

Postanowienia końcowe

§ 11

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
2. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Prezes Zarządu

Maciej Szwarc

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Ogólne warunki

dotaddkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka wymagającego leczenia

INDEKS GUDL/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

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

§ 2

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

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawieszona się z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej,
 - 3) w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych – z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia.

Ograniczenia odpowiedzialności

§ 6

Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy urodzenie się dziecka wymagającego leczenia:

- 1) nastąpiło w okresie pierwszych 6 miesięcy od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego z tytułu umowy dodatkowej,
- 2) jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 OWU umowy podstawowej.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 7

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 8

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

- 1) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,

- 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 9

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.
3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 10

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

§ 11

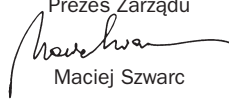
1. Jeżeli dziecko wymagające leczenia urodziło się z wadą wrodzoną, świadczenie zostanie wypłacone, pod warunkiem że:

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

Postanowienia końcowe

§ 12

1. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy dodatkowej wyklucza możliwość objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie innych umów dodatkowych, których zakres ubezpieczenia obejmuje urodzenie się dziecka Ubezpieczonego.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
3. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Prezes Zarządu

Maciej Szwarc

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Katalog wad wrodzonych

Lokalizacja	Typ wady
Układ nerwowy	wodogłowie wrodzone, nieokreślone
	rozszerzenie kręgosłupa szyjnego ze współistniejącym wodogłowiem
	rozszerzenie kręgosłupa piersiowego ze współistniejącym wodogłowiem
	rozszerzenie kręgosłupa lędźwiowego ze współistniejącym wodogłowiem
	rozszerzenie kręgosłupa krzyżowego ze współistniejącym wodogłowiem
	nieokreślony rozszerzenie kręgosłupa ze współistniejącym wodogłowiem
	rozszerzenie kręgosłupa szyjnego bez wodogłowia
	rozszerzenie kręgosłupa piersiowego bez wodogłowia
	rozszerzenie kręgosłupa lędźwiowego bez wodogłowia
	rozszerzenie kręgosłupa krzyżowego bez wodogłowia
	rozszerzenie kręgosłupa, nieokreślone
	wodordzenie
	wady wrodzone powiek
	bezocze, małocze i wielkoocze
Okło, ucho, twarz i szyja	wrodzona zaćma
	szczelina tęczęwki
	brak tęczęwki
	inne wady wrodzone rogówki
	wrodzone zmętnienie rogówki
	wady wrodzone siatkówki
	wady wrodzone naczyńwki
	inne wady wrodzone tylnego odcinka oka
	wady wrodzone tylnego odcinka oka nieokreślone
	jaskra wrodzona
	wady ucha powodujące upośledzenie słuchu
	duża szpara ustna (makrostomia)
Serce	wspólny pień tętniczy
	odejście obu dużych naczyń z prawej komory
	odejście obu dużych naczyń z lewej komory
	nieprawidłowe połączenia komorowo-tętnicze
	odejście obu dużych naczyń serca z jednej komory
	nieprawidłowe połączenie przedsionkowo-komorowe
	inne wady wrodzone jam i połączeń sercowych
	tetralogia Fallota
	wady wrodzone przegród serca
	zarośnięcie zastawki pnia płucnego
	wrodzone zwężenie zastawki pnia płucnego
	wrodzona niedomykalność zastawki pnia płucnego
	inne wady wrodzone zastawki pnia płucnego
	wrodzone zwężenie zastawki trójdzielnej
	choroba Ebsteina
	zespół niedorozwoju prawej części serca
	inne wady wrodzone zastawki trójdzielnej
	wrodzone zwężenie ujścia tętniczego lewego
	wrodzona niedomykalność zastawki aorty

Lokalizacja	Typ wady
Serce	wrodzone zwężenie zastawki dwudzielnej
	wrodzona niedomykalność zastawki dwudzielnej
	zespół niedorozwoju lewej części serca
	wrodzona wada zastawki: aorty i dwudzielnej, nieokreślona
	serce trójprzedsionkowe
	wada rozwojowa naczyń wieńcowych
	wrodzony blok serca
	drożny przewód tętniczy
	zwężenie cieśni aorty
	zarośnięcie aorty
	zwężenie aorty
	zarośnięcie pnia płucnego
	zwężenie pnia płucnego
	wrodzone zwężenie żyły głównej
Układ oddechowy	zarośnięcie nozdrzy
	agenezja lub niedorozwój nosa
	inne wady wrodzone nosa
	niedorozwój krtani
	inne wady wrodzone krtani
	wrodzone rozmiękanie tchawicy
	wady wrodzone tchawicy
	wady wrodzone oskrzeli
	wrodzona torbielowatość płuc
	niewytworzenie płuca
	niedorozwój lub dysplazja płuca
	inne wady wrodzone płuc
Wargi i/lub podniebienie	rozszczep podniebienia twardego, obustronny
	rozszczep podniebienia twardego, jednostronny
	rozszczep podniebienia miękkiego, obustronny
	rozszczep podniebienia miękkiego, jednostronny
	rozszczep podniebienia twardego i miękkiego, obustronny
	rozszczep podniebienia twardego i miękkiego, jednostronny
	rozszczep podniebienia pośrodkowy
	rozszczep podniebienia nieokreślony, jednostronny
	rozszczep podniebienia twardego wraz z rozszczepem wargi, obustronny
	rozszczep podniebienia twardego wraz z rozszczepem wargi, jednostronny
	rozszczep podniebienia miękkiego wraz z rozszczepem wargi, obustronny
	rozszczep podniebienia miękkiego wraz z rozszczepem wargi, jednostronny
	rozszczep podniebienia miękkiego, twardego i wargi, obustronny
	rozszczep podniebienia miękkiego, twardego i wargi, jednostronny
	rozszczep podniebienia wraz z rozszczepem wargi nieokreślony, obustronny
	rozszczep podniebienia wraz z rozszczepem wargi nieokreślony, jednostronny
Przewód pokarmowy	język olbrzymi
	zarośnięcie przełyku bez przetoki
	zarośnięcie przełyku z przetoką tchawiczoprzełykową
	wrodzona przetoka tchawiczoprzełykowa bez zarośnięcia
	wrodzone przerostowe zwężenie odźwiernika
	wrodzona przepuklina rozworu przełykowego przepony

Lokalizacja	Typ wady
	wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie dwunastnicy
	wrodzony brak, zarośnięcie lub niedorozwój jelita czczego
	wrodzony brak, zarośnięcie lub niedorozwój jelita krętego
	wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie nieokreślonej części jelita cienkiego
	wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie innych części jelita grubego
	wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie odbytnicy z przetoką
	wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie odbytnicy bez przetoki
	wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie odbytu z przetoką
	wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie odbytu bez przetoki
	choroba Hirschsprunga
	odbyt przemieszczony
	wrodzona przetoka odbytnicy i odbytu
	przetwały stek (kloaka)
	torbiel przewodu żółciowego wspólnego
	torbielowatość wątroby
	trzustka pierścieniowata
Narządy płciowe	macica jednorożna
	wrodzona przetoka odbytniczo-pochwowa
	wady wrodzone łechtaczki
	wady wrodzone sromu
	spodziektwo prąciowe
	spodziektwo prąciowo-mosznowe
	spodziektwo kroczone
	brak lub agenezja jądra
	niedorozwój jąder i moszny
	wrodzony brak lub aplazja prącia
	obojnactwo rzekome żeńskie, niesklasyfikowane gdzie indziej
Układ moczowy	agenezja nerki, jednostronna
	agenezja nerki, obustronna
	agenezja nerki, nieokreślona
	niedorozwój nerki, jednostronny
	niedorozwój nerki, obustronny
	niedorozwój nerki, nieokreślony
	wielotorbielowatość nerek, typu dziecięcego
	dysplazja nerek
	wodonercze wrodzone
	zarośnięcie lub zwężenie moczowodu
	wrodzony moczowód olbrzymi (poszerzenie moczowodu)
	niewykształcenie moczowodu (brak)
	zdwojenie moczowodu
	wrodzony odpływ pęcherzowo-moczowodowo-nerkowy
	nerka przemieszczona (ektopiczna)
	nerka olbrzymia lub hyperplastyczna
	wierzchniactwo
	wynicowanie pęcherza moczowego
	wrodzona zastawka cewki tylnej
	wada rozwojowa przewodu omocznowego
	wrodzony brak pęcherza lub cewki moczowej

Lokalizacja	Typ wady
Układ mięśniowo-szkieletowy	wrodzone zwinięcie stawu biodrowego, jednostronne
	wrodzone zwinięcie stawu biodrowego, obustronne
	wrodzone nadwinięcie stawu biodrowego, jednostronne
	inne wrodzone zniekształcenia stawu biodrowego
	wrodzone zniekształcenie stawu biodrowego, nieokreślone
	stopa końsko-szpotawa, wrodzona
	szpotawość śródstopia wrodzona
	inne wrodzone zniekształcenia szpotawe stopy
	stopa piętowo-koślawą wrodzona
	inne wrodzone zniekształcenia koślawe stopy
	asymetria twarzy
	długogłowie (dolichocephalia)
	wrodzone zniekształcenie kręgosłupa
	wrodzone zniekształcenie kolana
	wrodzone wygięcie piszczeli lub strzałki
	dodatkowy(e) palec(ce) rąk
	dodatkowy(e) kciuk(i)
	dodatkowy(e) palec(ce) stóp
	palce dodatkowe, nieokreślone
	palce rąk splecione (z kościorostem)
	palce dodatkowe ze wzrostem palców (polisindaktylia)
	wzrost palców stóp (z kościorostem)
	wrodzony brak całkowity kończyn(y) górnych(ej)
	wrodzony brak ramienia i przedramienia z zachowaną dłonią
	wrodzony brak przedramienia i dłoni
	wrodzony brak dłoni i palców
	podłużne zniekształcenie zmniejszające kości promieniowej
	podłużne zniekształcenie zmniejszające kości łokciowej
	ręka przypominająca szcypce homara
	inne zniekształcenia zmniejszające kończyn górnych
	zniekształcenie zmniejszające kończyny górnej, nieokreślone
	wrodzony brak całkowity kończyn(y) dolnych(ej)
	wrodzony brak uda i podudzia z zachowaną stopą
	wrodzony brak podudzia i stopy
	wrodzony brak stopy i palców
	podłużne zniekształcenie zmniejszające kości udowej
	podłużne zniekształcenie zmniejszające kości strzałkowej
	rozszerzenie stopy
	inne zniekształcenia zmniejszające kończyn(y) dolnych(ej)
	zniekształcenie zmniejszające kończyny dolnej, nieokreślone
	inne wady wrodzone kończyn(y) górnych(ej), z wyłączeniem obręczy barkowej
	wady wrodzone stawu kolanowego
	inne kończyn(y) dolnych(ej), z wyłączeniem obręczy miednicznej
	wrodzona sztywność wielostawowa
	przedwczesne skostnienie szwów czaszkowych
	dyszostozę czaszkowo-twarzową (zespół Crouzona)
	wielkogłowie
	inne określone wady wrodzone kości czaszki i twarzy

Lokalizacja	Typ wady
	utajony rozszczep kręgosłupa
	zespół Klippel-Feila
	wrodzone skrzywienie boczne kręgosłupa spowodowane wadami kości
	inne wady wrodzone kręgosłupa niezwiązane ze skrzywieniem bocznym
	wady wrodzone mostka
	wady wrodzone klatki piersiowej kostnej, nieokreślone
	achondroplazja
	inne osteochondrodysplazje z upośledzeniem wzrostu kości długich i kręgosłupa
	osteochondrodysplazja z upośledzeniem wzrostu kości długich i kręgosłupa
	mnogie wyrośla kostne wrodzone
	wytrzewienie (gastroschisis)
	zespół suszonej śliwki (zespół wiotkiego brzucha)
Powłoki ciała	pęcherzowe oddzielanie naskórka postać dystroficzna
	pęcherzowe oddzielanie naskórka, nieokreślone
	stwardnienie guzowate (choroba Bourneville'a)
	fakomatoza, nieokreślona
	Inne lub niesklasyfikowane wady wrodzone
	wady wrodzone śledziony
	wady wrodzone nadnerczy
	bliźnięta zrośnięte (zroślaki)
	Aberracje chromosomowe, niesklasyfikowane gdzie indziej
	zespół Downa
	zespół Edwardsa
	zespół Patau
	delecja krótkiego ramienia chromosomu 4 (zesp. Wolffa-Hirschorna)
	delecja krótkiego ramienia chromosomu 5 (zesp. cri-du-chat)
	kariotyp 45,X
	zespół Turnera
	zespół Klinefeltera
	inne określone aberracje chromosomowe

Ogólne warunki

dotaddkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się martwego noworodka

INDEKS GSB/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

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

§ 2

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

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawieszona z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej,

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

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 6

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 7

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

- 1) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,
- 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 8

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.
3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

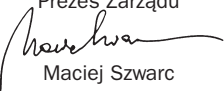
1. W przypadku urodzenia się martwego noworodka Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy urodzenie się martwego noworodka jest następstwem zdarzeń wymienionych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

Postanowienia końcowe

§ 10

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

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

Prezes Zarządu

Maciej Szwarc

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Ogólne warunki

dotaddkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka Ubezpieczonego

INDEKS GSD/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

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

§ 2

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

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawieszona się z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 6

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 7

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

- 1) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,
- 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 8

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.
3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

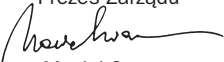
1. W przypadku śmierci dziecka Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy śmierć dziecka Ubezpieczonego jest następstwem zdarzeń wymienionych w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

Postanowienia końcowe

§ 10

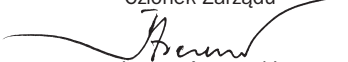
1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
2. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Prezes Zarządu



Maciej Szwarc

Członek Zarządu



Janusz Arczewski

Ogólne warunki

dotaddkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

INDEKS GWD/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

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

§ 2

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

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawieszona się z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 6

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 7

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

- 1) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,
- 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 8

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.
3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

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

§ 10

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

ty odpowiadającej 200% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej.

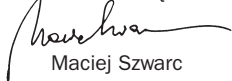
2. Ograniczenia maksymalnej sumy świadczeń, o której mowa w ust. 1, nie stosuje się do świadczeń z tytułu pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu, wypłacanych na podstawie odpowiedniej umowy dodatkowej, a także z tytułu innych umów dodatkowych, w których przedmiotem ubezpieczenia nie jest życie ani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

Postanowienia końcowe

§ 11

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
2. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Prezes Zarządu



Maciej Szwarz

Członek Zarządu



Janusz Arczewski

Ogólne warunki

dotaddkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu

INDEKS GPWD/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

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

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ukończyło 4. rok życia i nie ukończyło 25. roku życia;
- 3) **pobyt w szpitalu** – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu trwający nieprzerwanie co najmniej:
 - a) 24 godziny w przypadku pobytu w szpitalu wyłącznie w celu leczenia doznanych obrażeń ciała,
 - b) 7 dni w przypadku pobytu w szpitalu w celu leczenia choroby.W rozumieniu niniejszych OWUD okres pobytu w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia dziecka do szpitala, a kończy w dniu wypisania dziecka ze szpitala;
- 4) **choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu dziecka na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju dziecka;
- 5) **obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów dziecka powstałe bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 6) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, kraju na terytorium którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych. Za szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala, oddziału i ośrodka rehabilitacji.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

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

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawieszona się z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej,
 - 3) w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych – z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia.
3. Niezależnie od postanowień § 10 ust. 3 OWU umowy podstawowej, w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych stosuje się 1-miesięczną karancję, liczoną od daty początku ochrony ubezpieczeniowej, określonej w świadectwie uczestnictwa.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 6

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 7

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

- 1) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,
- 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 8

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.
3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W związku z pobytem dziecka Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie równe:
 - 1) w przypadku pobytu w szpitalu w celu leczenia choroby:
 - a) 0,6% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu,
 - b) 0,5% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za 15. i każdy kolejny dzień pobytu w szpitalu,
 - 2) w przypadku pobytu w szpitalu w celu leczenia obrażeń ciała powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku:
 - a) 1% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu,
 - b) 0,5% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za 15. i każdy kolejny dzień pobytu w szpitalu.
2. W przypadku gdy ten sam pobyt w szpitalu związany jest zarówno z leczeniem choroby, jak i z leczeniem obrażeń ciała, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie w wysokości określonej w § 9 ust. 1 pkt 2).
3. Towarzystwo wypłaci łączne świadczenia za okres nieprzekraczający 180 dni pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w danym roku polisy, w związku z objęciem ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego.

§ 10

1. Świadczenie wypłacane jest po zakończeniu pobytu w szpitalu. W przypadku pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 1 miesiąc, na wniosek Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci część świadczenia przed zakończeniem tego pobytu.

2. W celu ustalenia prawa do świadczenia, w uzasadnionych przypadkach, Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania dziecka na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.

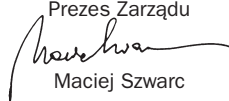
§ 11

1. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy choroba lub obrażenia ciała, które są przyczyną pobytu dziecka w szpitalu, są następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 OWU umowy podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień § 24 ust. 3 OWU umowy podstawowej, a także jeżeli pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu jest następstwem samookaleczenia lub okaleczenia dziecka Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od jego stanu poczytalności.
2. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli celem pobytu w szpitalu jest:
 - 1) leczenie lub poddanie się przez dziecko zabiegowi pozostającemu w związku z ciążą, porodem lub połogiem,
 - 2) poddanie dziecka operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległo dziecko w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,
 - 3) wykonanie dziecku rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie jest choroba lub obrażenia ciała dziecka,
 - 4) wykonanie dziecku zabiegów rehabilitacyjnych,
 - 5) leczenie chorób umysłowych i zaburzeń psychicznych dziecka,
 - 6) leczenie choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV dziecka,
 - 7) leczenie wad wrodzonych dziecka.

Postanowienia końcowe

§ 12

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
2. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Prezes Zarządu

Maciej Szwarc

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Ogólne warunki

dotaddkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek
poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego

INDEKS GCD/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

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

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 25. roku życia;
- 3) **poważne zachorowanie** – jedna z niżej wymienionych chorób dziecka Ubezpieczonego:
 - a) **nowotwór złośliwy z białaczkami i chłoniakami** – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych niszczący zdrowe tkanki; choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego; ostateczny wynik badania histopatologicznego jednoznacznie potwierdzający nowotworowe tło choroby przyjmuje się za datę zaistnienia choroby; wykluczeniu podlegają nowotwory „in situ”, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (w tym czerniak złośliwy do 1-B stopnia zaawansowania w klasyfikacji TNM), ziarnica złośliwa i chłoniaki w 1. stopniu zaawansowania,
 - b) **niewydolność nerek** – krańcowe stadium przewlekłej niewydolności nerek charakteryzujące się wskaźnikiem filtracji kłębuszkowej mniejszym niż 10 ml/min oraz wymagające ze wskazań życiowych przewlekłego leczenia dializami lub przeszczepu nerek,
 - c) **niewydolność wątroby** – krańcowa przewlekła niewydolność wątroby ze stałą żółtaczką, encefalopatią i wodobrzuszem; rozpoznanie wymaga potwierdzenia jednoznaczną dokumentacją medyczną; za stan przewlekły uważa się co najmniej 6-miesięczny okres trwania choroby będącej przyczyną krańcowej niewydolności wątroby,
 - d) **cukrzyca** – choroba metaboliczna o wieloczynnikowej etiologii, charakteryzująca się przewlekłą hiperglikemią, która rozwija się w wyniku defektu wydzielania lub działania insuliny, bądź też obu tych zaburzeń,
 - e) **dystrofia mięśniowa** – dystrofia mięśniowa typu Duchenne’a (najczęściej występująca i najcięższa postać dystrofii); rozpoznanie wymaga potwierdzenia wyczerpującą dokumentacją medyczną dotyczącą rozpoznania choroby,
 - f) **guzy śródczaszkowe** – niezłośliwe guzy śródczaszkowe będące przyczyną stałych ubytków neurologicznych; wykluczeniu podlegają torbiele, ziarniaki, malformacje śródczaszkowe, guzy przysadki,
 - g) **śpiączka** – stan utraty przytomności charakteryzujący się brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne (oceniany w skali śpiączki

Glasgow na mniej niż 9 punktów) i koniecznością użycia sprzętu wspomagającego utrzymanie czynności życiowych (np. respiratora). Stan ten winien trwać co najmniej 96 godzin oraz pozostać trwale ubytki neurologiczne, a jego rozpoznanie wymaga potwierdzenia wyczerpującą dokumentacją medyczną, zawierającą między innymi końcową ocenę stanu neurologicznego,

- h) **sepsa (sepsis)** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej powstały w wyniku krwipochodnego rozsiewu zakażenia bakteryjnego, wirusowego lub grzybiczego, podczas którego we krwi krążą najczęściej bakterie, ich toksyny bądź toksyczne metabolity komórek gospodarza i objawiający się niewydolnością lub poważną dysfunkcją narządów lub układów narządów. W rozumieniu niniejszych OWUD za sepsę uznaje się też rozwijający się w jej przebiegu wstrząs septyczny. Wykluczeniu podlegają bakteriemia, wiremia i fungemia oraz przypadki sepsy wtórnej, rozwijającej się jako powikłanie po zabiegach operacyjnych i/lub urazach. Jednoznaczne rozpoznanie winno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie;
- i) **inwazyjna choroba pneumokokowa (ICHp)** – pierwotne zakażenie wywołane przez pneumokoki (*Streptococcus pneumoniae*), o dużym nasileniu objawów chorobowych, występujące u dzieci, przebiegające pod postacią chorób o charakterze miejscowym lub uogólnionym. Ubezpieczeniem objęte są przypadki ciężkich zakażeń inwazyjnych, takich jak między innymi: zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, kości i szpiku, stawów, wsierdza, osierdza, otrzewnej, ucha środkowego, sepsa pneumokokowa i inne pozostawiające trwale następstwa pod postacią np. utraty słuchu, zaburzeń procesu uczenia się, opóźnień w nauce mowy, porażeń lub innych ubytków neurologicznych. Wykluczeniu podlegają zakażenia pneumokokowe o przebiegu lekkim, niepowikłane lub niepozostawiające trwałych następstw oraz pourazowe wtórne zakażenia pneumokokowe. Rozpoznanie ICHp oraz jej trwałych następstw winno być jednoznacznie potwierdzone wynikami badań, w tym bakteriologicznych, i zawarte w dokumentacji medycznej wydanej przez ośrodek służby zdrowia prowadzący leczenie;
- j) **zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** – zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych – pierwotne ropne, włóknikowe, ziarniniakowe lub limfocytowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Zakresem ubezpieczenia objęte są również przypadki poronnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Rozpoznanie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych musi być udokumentowane wynikami badań i zawarte w dokumentacji medycznej ośrodka medycznego prowadzącego leczenie, z określeniem właściwego numeru statystycznego klasyfikacji ICD-10.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawieszona z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej,
 - 3) w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych:
 - a) z dniem wystąpienia poważnego zachorowania, w związku z którym Ubezpieczonemu należne jest świadczenie z tytułu umowy dodatkowej,
 - b) z upływem roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia.
3. Niezależnie od postanowień § 10 ust. 3 OWU umowy podstawowej, prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie przyznane w związku z wystąpieniem poważnego zachorowania:
 - 1) które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed upływem 3 miesięcy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej, określonej w świadectwie uczestnictwa, lub od daty przywrócenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,
 - 2) którego objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed upływem 3 miesięcy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej, określonej w świadectwie uczestnictwa, lub od daty przywrócenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,
 - 3) które jest następstwem lub konsekwencją wady wrodzonej lub schorzenia wrodzonego dziecka, które ujawniło się w pierwszych 12 miesiącach życia dziecka.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 6

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 7

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

- 1) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,
- 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 8

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.
3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku wystąpienia u dziecka Ubezpieczonego poważnego zachorowania Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy poważne zachorowanie jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 OWU umowy podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień § 24 ust. 3 OWU umowy podstawowej, a także następstw choroby AIDS lub zakażenia dziecka Ubezpieczonego wirusem HIV, samookaleczenia lub okaleczenia dziecka Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od jego stanu poczytalności.
3. Prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej zostanie przyznane pod warunkiem, że dziecko Ubezpieczonego pozostało przy życiu przez okres co najmniej 1 miesiąca od daty rozpoznania poważnego zachorowania.
4. Prawo do świadczenia w związku z wystąpieniem u dziecka cukrzycy zostanie przyznane pod warunkiem, że cukrzyca została rozpoznana przed ukończeniem przez dziecko 18. roku życia, a rodzice dziecka nie są diabetykami.

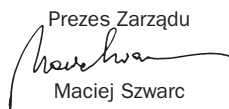
§ 10

1. Rodzaj i data wystąpienia poważnego zachorowania ustalane są na podstawie dokumentacji medycznej. W uzasadnionych przypadkach – na podstawie badań medycznych przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo, wykonanych na zlecenie Towarzystwa. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.
2. Ubezpieczony lub Ubezpieczający zobowiązani są do zawiadomienia Towarzystwa o wystąpieniu poważnego zachorowania przed upływem 3 miesięcy od daty rozpoznania choroby lub wykonania zabiegu.

Postanowienia końcowe

§ 11

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
2. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Prezes Zarządu

Maciej Szwarz

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Ogólne warunki

dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców Ubezpiezonego

INDEKS GSR/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

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

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **rodzic Ubezpiezonego** – matka lub ojciec Ubezpiezonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; za rodzica Ubezpiezonego uznaje się również osobę będącą w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - a) żoną ojca Ubezpiezonego lub wdową po ojcu Ubezpiezonego, o ile po śmierci ojca Ubezpiezonego nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
 - b) mężem matki Ubezpiezonego lub wdowcem po matce Ubezpiezonego, o ile po śmierci matki Ubezpiezonego nie wstąpił ponownie w związek małżeński.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpiezonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawieszona z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpiecze-

niowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

- 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
- 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej,
- 3) w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych:
 - a) z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia,
 - b) z dniem śmierci drugiego rodzica Ubezpiezonego.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 6

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 7

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

- 1) z ostatnim dniem roku polisowego, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,
- 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 8

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.
3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

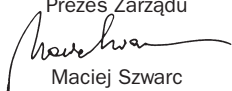
1. W przypadku śmierci rodzica Ubezpiezonego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy śmierć rodzica Ubezpiezonego jest następstwem zdarzeń wymienionych w §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

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

Postanowienia końcowe

§ 10

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpo-wiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpiecze-nia na życie Optymalny Wybór AXA.
2. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzy-stwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zasto-sowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Prezes Zarządu

Maciej Szwarc

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Ogólne warunki

dotatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

INDEKS GWSR/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

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

§ 2

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

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego.

2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawieszona się z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

- 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
- 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej,
- 3) w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych:
 - a) z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia,
 - b) z dniem wypłaty drugiego świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 6

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 7

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

- 1) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,
- 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 8

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.
3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

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

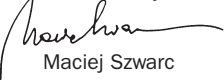
czynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem i śmiercią rodzica Ubezpieczonego.

3. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną Śmierci rodzica Ubezpieczonego jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1) i ust. 2 OWU umowy podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień § 24 ust. 3 OWU umowy podstawowej.

Postanowienia końcowe

§ 10

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
2. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Prezes Zarządu

Maciej Szwarc

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Ogólne warunki

dotaddkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców współmałżonka Ubezpieczonego

INDEKS GST/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

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

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **współmałżonek** – osoba, która w dacie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 3) **rodzic współmałżonka Ubezpieczonego** – matka lub ojciec współmałżonka Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; za rodzica współmałżonka Ubezpieczonego uznaje się również osobę będącą w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - a) żoną ojca współmałżonka Ubezpieczonego lub wdową po ojcu współmałżonka Ubezpieczonego, o ile po śmierci ojca współmałżonka Ubezpieczonego nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
 - b) mężem matki współmałżonka Ubezpieczonego lub wdowcem po matce współmałżonka Ubezpieczonego, o ile po śmierci matki współmałżonka Ubezpieczonego nie wstąpił ponownie w związek małżeński.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawieszona się z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej,
 - 3) w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych:
 - a) z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia,
 - b) z dniem śmierci drugiego rodzica współmałżonka Ubezpieczonego.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 6

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 7

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

- 1) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,
- 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 8

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.
3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa.

Świadczenie ubezpieczeniowe

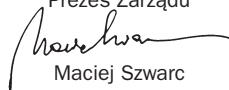
§ 9

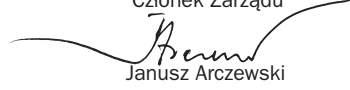
1. W przypadku śmierci rodzica współmałżonka Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy śmierć rodzica współmałżonka Ubezpieczonego jest następstwem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

Postanowienia końcowe

§ 10

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optimalny Wybór AXA.
2. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Prezes Zarządu

Maciej Szwarc

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Ogólne warunki

dotaddkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

INDEKS GWST/07/11/01

Postanowienia ogólne

§ 1

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

§ 2

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

- 1) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
- 2) **współmałżonek** – osoba, która w dacie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 3) **rodzic współmałżonka Ubezpieczonego** – matka lub ojciec współmałżonka Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; za rodzica współmałżonka Ubezpieczonego uznaje się również osobę będącą w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - a) żoną ojca współmałżonka Ubezpieczonego lub wdową po ojcu współmałżonka Ubezpieczonego, o ile po śmierci ojca współmałżonka Ubezpieczonego nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
 - b) mężem matki współmałżonka Ubezpieczonego lub wdowcem po matce współmałżonka Ubezpieczonego, o ile po śmierci matki współmałżonka Ubezpieczonego nie wstąpił ponownie w związek małżeński.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

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

2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa i zawieszona się z dniem wygaśnięcia i zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej,
 - 3) w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych:
 - a) z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia,
 - b) z dniem wypłaty drugiego świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 6

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkową, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 7

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

- 1) z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową,
- 2) z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 8

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki dodatkowej indywidualnej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki podstawowej.
3. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa.

Świadczenie ubezpieczeniowe

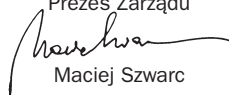
§ 9

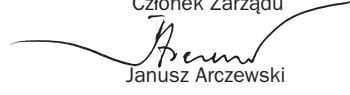
1. W przypadku śmierci rodzica współmałżonka Ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia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

Postanowienia końcowe

§ 10

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optimalny Wybór AXA.
2. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 01.11.2007.

Prezes Zarządu

Maciej Szwarc

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Więcej informacji uzyskasz od naszego przedstawiciela

AXA jest jedną z największych grup ubezpieczeniowych na świecie. Obsługujemy ponad 80 milionów klientów w kilkudziesięciu krajach.

Oferujemy wszystkie rodzaje ubezpieczeń na życie oraz nowoczesne rozwiązania inwestycyjne, doskonale dopasowane do zróżnicowanych potrzeb naszych klientów.

Świadczymy usługi na najwyższym poziomie, według najlepszych standardów rzetelności i jakości. Nasza marka kojarzy się z bezpieczeństwem i profesjonalizmem.

ubezpieczenia
inwestycje
emerytury

0801 200 200
axa.pl

0060509