



Warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków Bezplecny.pl INDEKS NNWS/15/06/16

§ 1 Postanowienia ogólne

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

§ 2 Definicje

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

- 1) **koszty leczenia** – poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane koszty z tytułu pobytu w szpitalu, badań, zabiegów i operacji medycznych związane z leczeniem następstw nieszczęśliwego wypadku;
- 2) **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego oraz odpowiednio rodzica Ubezpieczonego; za nieszczęśliwy wypadek nie uznaje się następstw zdrowotnych przecięcia, wysiłku, dźwignięcia, pochylecia, a także zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet występujących nagle;
- 3) **obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów Ubezpieczonego, powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 4) **placówka oświatowo - wychowawcza** – placówka umożliwiająca uzyskanie i uzupełnienie wiedzy ogólnej i kwalifikacji zawodowych, zdobywanie umiejętności, kształtowanie i rozwijanie zainteresowań i uzdolnień a także korzystanie z różnych form wypoczynku;
- 5) **pobyt w szpitalu** – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu na terenie całego świata, trwający nieprzerwanie co najmniej 24 godziny, w celu leczenia doznanych obrażeń ciała; w rozumieniu niniejszych WU okres pobytu w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala, a kończy w dniu wypisania Ubezpieczonego ze szpitala;
- 6) **polisa** – dokument wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 7) **poważne zachorowanie** – jedna z niżej wymienionych chorób:
 - a) **nowotwór złośliwy z białaczkami i chłoniakami** – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych niszczący zdrowe tkanki; choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego; ostateczny wynik badania histopatologicznego jednoznacznie potwierdzający nowotworowe tło choroby przyjmuje się za datę rozpoznania choroby wyłączeniu 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 dokumentacją medyczną; za stan przewlekły uważa się co najmniej 6-miesięczny okres trwania choroby będącej przyczyną krańcowej niewydolności wątroby, liczony od dnia jego zdiagnozowania,
 - d) **cukrzyca** – choroba metaboliczna o wieloczynnikowej etiologii, charakteryzująca się przewlekłą hiperglikemią,

która rozwija się w wyniku defektu wydzielania lub działania insuliny bądź też obu tych zaburzeń,

- e) **dystrofia mięśniowa** – dystrofia mięśniowa typu Duchenne'a (najczęściej występująca i najcięższa postać dystrofii); rozpoznanie wymaga potwierdzenia dokumentacją medyczną dotyczącą rozpoznania choroby,
- f) **guzy śródczaszkowe** – niezłośliwe guzy śródczaszkowe będące przyczyną stałych ubytków Neurologicznych; wyłączeniu spod świadczonej ochrony 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. Stan ten winien trwać co najmniej 96 godzin oraz pozostawiać trwałe ubytki neurologiczne, a jego rozpoznanie wymaga potwierdzenia dokumentacją medyczną, zawierającą końcową ocenę stanu neurologicznego,
- h) **sepsa (sepsis)** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej powstały w wyniku krwiopochodnego rozsiewu zakażenia bakteryjnego, wirusowego lub grzybiczego, podczas którego we krwi krążą najczęściej bakterie, ich toksyny bądź toksyczne metabolity komórek gospodarza, i objawiający się niewydolnością lub poważną dysfunkcją narządów lub układów narządów. W rozumieniu niniejszych WU za sepsę uznaje się też rozwijający się w jej przebiegu wstrząs septyczny. Wyłączeniu podlegają bakteriemia, wiremia i fungemia oraz przypadki sepsy wtórnej, rozwijającej się jako powikłanie po zabiegach operacyjnych 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: zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, kości i szpiku, stawów, wsierdza, osierdza, otrzewnej, ucha środkowego; sepsa pneumokokowa lub pozostawiające trwałe następstwa pod postacią utraty słuchu, zaburzeń procesu uczenia się, opóźnień w nauce mowy, porażeń lub innych ubytków neurologicznych. Wyłączeniu 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** – 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;



- 8) rodzic** Ubezpieczonego – matka lub ojciec w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; za rodzica uznaje się również osobę będącą w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:
- żoną ojca lub wdową po ojcu, o ile po śmierci ojca nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
 - meżem matki lub wdowcem po matce, o ile po śmierci matki nie wstąpił ponownie w związek małżeński;
- 9) suma ubezpieczenia** – kwota określona w polisie, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia, dla którego ta kwota została ustalona;
- 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 oraz 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 placówki rehabilitacyjnej, w tym szpitala, oddziału i ośrodka rehabilitacji;
- 11) Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub osoba nieposiadająca osobowości prawnej zawierająca umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacenia składki.
- 12) Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia, będąca:
- wychowankiem, uczniem, studentem, doktorantem lub słuchaczem placówki oświatowo-wychowawczej,
 - pracownikiem placówki oświatowo – wychowawczej w rozumieniu kodeksu pracy zatrudnionym na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę, oraz osoba z którą zawarto umowę zlecenia lub o dzieło, która nie ukończyła 65. roku życia;
- 13) Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego;
- 14) uszczerbek lub uszkodzenie ciała** – następstwa nieszczęśliwego wypadku wymienione w tabeli świadczeń z tytułu uszczerbków lub uszkodzeń ciała na skutek nieszczęśliwego wypadku;
- 15) 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 badaniami lekarskim. Za udar mózgu w rozumieniu niniejszych WU nie uznaje się epizodów 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 lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów
- 16) wyczynowe uprawianie sportu** – forma działalności Ubezpieczonego podejmowana dobrowolnie w drodze rywalizacji dla uzyskania maksymalnych wyników sportowych, z włączeniem działalności prowadzonej w ramach szkolnych klubów sportowych zrzeszających dzieci i młodzież do lat 20.;
- 17) wypadek komunikacyjny** - nieszczęśliwy wypadek w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony jako:
- kierowca bądź pasażer quada wyłącznie na drodze publicznej, kierowca bądź pasażer samochodu, motoroweru, skutera, pasażer autobusu, pojazdu szynowego, rowerzysta lub pieszy w rozumieniu prawa o ruchu drogowym,
 - pasażer statku morskiego, promu morskiego lub pasażerskiego statku powietrznego.
- 18) zawał serca** – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do

określonego obszaru mięśnia sercowego; rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu typowego wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CKMB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. Percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, z współlistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

– typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,

– jeden z następujących objawów EKG, wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa; ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.

§ 3 Przedmiot i zakres ubezpieczenia

- W zależności od zakresu ubezpieczenia określonego w polisie, przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków doznane przez Ubezpieczonego i rodzica Ubezpieczonego, a także zdrowie Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
- Pod warunkiem opłacenia dodatkowej składki, zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o następujące zdarzenia:
 - śmierć Ubezpieczonego spowodowaną wystąpieniem zawału serca lub udaru mózgu w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - śmierć Ubezpieczonego spowodowaną wypadkiem komunikacyjnym zaistniałym w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - uszczerbek lub uszkodzenie ciała spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, określone w Tabeli Świadczeń z tytułu uszczerbków lub uszkodzeń ciała;
 - pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się i trwa w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej w celu leczenia obrażeń ciała, zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - zwrot kosztów nabycia lub naprawy protez i środków pomocniczych;
 - wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, o którym mowa w § 2 pkt 7), którego pierwsze rozpoznanie miało miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
 - śmierć rodzica Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - zwrot kosztów leczenia poniesionych w celu leczenia obrażeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem.
- Ochroną ubezpieczeniową objęte są następstwa nieszczęśliwych wypadków zaistniałych na całym świecie w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa. Towarzystwo obejmuje również następstwa nieszczęśliwych wypadków powstałych na skutek wyczynowego uprawiania sportu.

§ 4 Zawarcie umowy ubezpieczenia

- Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w formie imiennej (indywidualnej) lub bezimiennej (grupowej).
- Treść umowy ubezpieczenia może zostać zawarta w następujących dokumentach: wniosku ubezpieczeniowym, WU, polisie lub każdym innym dokumencie złożonym Towarzystwu przez Ubezpieczającego, zaakceptowanym przez Towarzystwo jako część umowy ubezpieczenia.
- Wniosek o ubezpieczenie w formie imiennej powinien zawierać:
 - Dane Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonego – imię, nazwisko, datę urodzenia lub numer PESEL, adres zamieszkania,
 - Okres trwania umowy,
 - Zakres i sumy ubezpieczenia.



4. Wniosek o ubezpieczenie w formie bezimiennej powinien zawierać:
 - a) Dane Ubezpieczającego - nazwa, adres, NIP,
 - b) Okres trwania umowy,
 - c) Zakres i sumy ubezpieczenia,
 - d) Liczbę zgłaszanych do ubezpieczenia osób.
5. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na warunkach określonych w WU w zależności od wariantu – w formie imiennej (indywidualnej) lub bezimiennej (grupowej).
6. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres 1 roku, licząc od daty początku ochrony ubezpieczeniowej, określonej w polisie.
7. Ubezpieczony może w tym samym czasie zostać objęty ochroną ubezpieczeniową tylko w ramach jednych WU, w ramach których może być objęty ochroną tylko w formie imiennej (indywidualnej) albo tylko w formie bezimiennej (grupowej).

§ 5 Ochrona ubezpieczeniowa

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy ubezpieczenia w formie bezimiennej (grupowej) rozpoczyna się od daty wskazanej w polisie pod warunkiem opłacenia składki przed upływem 30 dni od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność AXA TUiR S.A, dla formy imiennej (indywidualnej), rozpoczyna się od dnia następującego po zawarciu umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po opłaceniu składki lub jej pierwszej raty.
3. Za termin opłacenia składki uznaje się datę złożenia dyspozycji przelewu w banku, pod warunkiem że na rachunku bankowym znajdują się wystarczające środki do pokrycia składki.
4. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnych Ubezpieczonych w trakcie okresu ubezpieczenia następuje na pisemny wniosek Ubezpieczającego.
5. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:
 - 1) w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych:
 - a) w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia;
 - b) w dniu odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia, z tytułu wszystkich zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia;
 - 2) w stosunku do danego Ubezpieczonego:
 - a) z tytułu wszystkich zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia – w dniu śmierci Ubezpieczonego;
 - b) z tytułu uszczerbku lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego – w dniu wypłaty świadczenia, którego kwota wraz z sumą świadczeń wypłaconych z tytułu uszczerbku na zdrowiu lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego łącznie odpowiada 100% uszczerbku na zdrowiu lub uszkodzenia ciała;
 - c) z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu – w dniu wypłaty świadczenia, którego wysokość odpowiada 180 dniom pobytu w szpitalu;
 - d) z tytułu zwrotu kosztów nabycia lub naprawy protez i środków pomocniczych – w dniu wypłaty świadczenia, którego kwota odpowiada sumie ubezpieczenia;
 - e) z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania u Ubezpieczonego – ochrona wygasa z dniem wypłaty świadczenia z tego tytułu;
 - f) z tytułu śmierci rodzica Ubezpieczonego - w dniu śmierci rodzica lub rodziców Ubezpieczonego;
 - g) z tytułu zwrotu kosztów leczenia i rehabilitacji – w dniu wypłaty świadczenia, którego kwota odpowiada sumie ubezpieczenia.

§ 6 Składka

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości wskazanej w polisie.
2. Wysokość składki za jednego Ubezpieczonego określona jest w polisie, ustalana jest według taryfy stawek obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i uzależniona jest od wysokości sum ubezpieczenia, zakresu ubezpieczenia, rodzaju placówki oświatowo-wychowawczej i liczby Ubezpieczonych.

3. Składka płatna jest jednorazowo za cały okres ubezpieczenia.
4. Za zgodą Towarzystwa składka może być płatna w ratach. W takim przypadku terminy płatności poszczególnych rat określone są w polisie.

§ 7 Podstawowe obowiązki stron umowy ubezpieczenia

1. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, na warunkach określonych w umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Towarzystwu prawdziwych i pełnych danych niezbędnych do należytego wykonywania postanowień umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest do potwierdzania spełnienia warunków przystąpienia do ubezpieczenia oraz potwierdzania daty przystąpienia do ubezpieczenia osób zgłaszających roszczenie o wypłatę świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.
4. Obowiązki określone w postanowieniach § 7 nie wyczerpują obowiązków stron umowy ubezpieczenia, które zostały określone w pozostałych postanowieniach umowy ubezpieczenia.

§ 8 Wyłączenia odpowiedzialności

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia na podstawie umowy ubezpieczenia jest następstwem:
 - a) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - b) 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;
 - c) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - d) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności: sportach lotniczych, wspinaczce, speleologii, skokach lotniczych, skokach na linie, nurkowaniu z użyciem specjalistycznego sprzętu, sportach motorowych i motorowodnych oraz udziału Ubezpieczonego w wyścigach, poza lekką atletyką i pływaniem;
 - e) pełnienia przez Ubezpieczonego zasadniczej służby wojskowej;
 - f) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania i używania danego pojazdu;
 - g) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli pojazd ten nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego, chyba że powyższe nie miało wpływu na zaistnienie zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia;
 - h) transportu środkami powietrznymi z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych.
2. W przypadku śmierci rodzica Ubezpieczonego postanowienia ust. 1 niniejszego paragrafu stosuje się odpowiednio do rodzica Ubezpieczonego.
3. W przypadku gdy zdarzenie ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczenia spowodowane zostało nieszczęśliwym wypadkiem, świadczenie zostanie wypłacone



pod warunkiem, że zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpiło przed upływem 6 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

§ 9 Rozwiązanie umowy

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

§10 Odstąpienie od umowy ubezpieczenia

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, licząc od daty zawarcia umowy. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki łącznej za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

§ 11 Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia

Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie z zachowaniem 1- miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.

§ 12 Uposażony

1. Ubezpieczony może wskazać jedną lub więcej osób jako Uposażonych. Prawo zmiany Uposażonych przysługuje Ubezpieczonemu w każdym czasie trwania umowy. Wskazania i zmiany osób Uposażonych dokonuje Ubezpieczony poprzez złożenie w Towarzystwie pisemnego oświadczenia w tej sprawie.
2. W przypadku wskazania więcej niż jednego Uposażonego, Ubezpieczony określa procentowy udział każdej z tych osób w świadczeniu. W przypadku nieokreślenia procentowego udziału Uposażonych w świadczeniu ubezpieczeniowym, lub określenia udziałów których suma nie stanowi 100% Towarzystwo przyjmuje, że udziały Uposażonych 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 w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uposażonych albo wszyscy utracili prawo do świadczenia w myśl postanowień ust. 3, prawo do świadczenia przysługuje spadkobiercom Ubezpieczonego.
5. Za osobę zmarłą przed śmiercią Ubezpieczonego uważa się również osobę, która zmarła jednocześnie z Ubezpieczonym.

§ 13 Rodzaje świadczeń

- 1) **Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem lub w następstwie zawału serca lub udaru mózgu**
 1. Jeżeli Ubezpieczony zmarł w wyniku nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową, a śmierć nastąpiła w ciągu 180 dni od daty wypadku, Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.
- 2) **Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym**
 1. Jeżeli Ubezpieczony zmarł w wyniku nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową, a śmierć nastąpiła w ciągu 180 dni od daty wypadku, Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia.
 2. Jeżeli przyczyną śmierci Ubezpieczonego jest wypadek komunikacyjny, Towarzystwo wypłaci osobom uprawnionym tylko 1 świadczenie – z tytułu śmierci Ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym.
- 3) **Świadczenie z tytułu uszczerbku lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem**
 1. W przypadku uszczerbku lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego, powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie udzielania ochrony

ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia z tytułu uszczerbku lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego za każdy 1% uszczerbku lub uszkodzenia ciała.

2. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu uszczerbku lub uszkodzenia ciała danego Ubezpieczonego, powstałego w następstwie tego samego nieszczęśliwego wypadku, nie może przekroczyć kwoty świadczenia odpowiadającego 100% uszczerbku lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego, zgodnie z Tabelą Uszczerbków lub uszkodzeń ciała stanowiących załącznik do niniejszych WU.
3. Kolejne świadczenie wypłacane z tytułu uszczerbku lub uszkodzenia ciała danego Ubezpieczonego, powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, nie może być wyższe niż kwota świadczenia wynikająca z różnicy pomiędzy wysokością świadczenia należnego w przypadku 100% uszczerbku lub uszkodzeniem ciała a sumą świadczeń wypłaconych dotychczas z tytułu uszczerbku lub uszkodzenia ciała danego Ubezpieczonego, powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
4. Procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała ustalany jest zgodnie z Tabelą uszczerbków lub uszkodzenia ciała, stanowiącą załącznik do niniejszych WU.
5. Procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała ustalany jest na podstawie dokumentacji medycznej. W przypadkach gdy ustalenie procentu uszczerbku lub uszkodzenia ciała nie jest możliwe na podstawie otrzymanej dokumentacji medycznej, procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała ustalany jest na podstawie badań medycznych przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo, wykonanych na zlecenie Towarzystwa. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.

4) Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu Ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem

1. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się i trwa w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, w celu leczenia obrażeń ciała zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości SU za każdy dzień trwający nieprzerwanie co najmniej 24 godziny. Towarzystwo wypłaci łączne świadczenia za okres nieprzekraczający 180 dni pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
2. 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.

5) Świadczenie z tytułu zwrotu kosztów nabycia lub naprawy protez i środków pomocniczych dla Ubezpieczonego

1. Towarzystwo zwraca Ubezpieczonemu nie pokryte z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczeń społecznych wydatki poniesione na naprawę lub nabycie protez i środków pomocniczych pod warunkiem, że naprawa lub nabycie zalecona została przez lekarza w związku z nieszczęśliwym wypadkiem objętym ochroną ubezpieczeniową.
2. Zwrot następuje na podstawie rachunków bądź faktur do wysokości sumy ubezpieczenia.

6) Świadczenie z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania

1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego określonego w § 2 pkt 12) lit. a) poważnego zachorowania określonego w § 2 pkt 7), którego pierwsze zdiagnozowanie miało miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.
2. Prawo do świadczenia z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania zostanie przyznane pod warunkiem, że zdiagnozowanie poważnego zachorowania nastąpiło przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 25. roku życia oraz Ubezpieczony pozostał przy życiu przez okres co



- najmniej 1 miesiąca od daty rozpoznania poważnego zachorowania.
3. Prawo do świadczenia w związku z wystąpieniem u Ubezpieczonego cukrzycy zostanie przyznane pod warunkiem, że cukrzyca została zdiagnozowana przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 18. roku życia.
 4. Rodzaj i data zdiagnozowania poważnego zachorowania ustalane są na podstawie dokumentacji medycznej lub na podstawie badań medycznych, przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo, wykonanych na zlecenie Towarzystwa. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.
 5. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte poważne zachorowania:
 - a) które zdiagnozowano, rozpoznano lub rozpoczęto leczenie przed upływem 1 miesiąca od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
 - b) których objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub rozpoczęto leczenie przed upływem 1 miesiąca od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
 - c) które są następstwem lub konsekwencją wady wrodzonej i schorzeń będących ich skutkiem.
 6. Świadczenie z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy poważne zachorowanie jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 8 niniejszych WU, a także gdy jest następstwem choroby AIDS lub zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV, samookaleczenia lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od jego stanu poczytalności.
- 7) Świadczenie z tytułu śmierci rodzica Ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem**
1. Jeżeli rodzic Ubezpieczonego określonego w §2 pkt 12) lit. a) zmarł w wyniku nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową, a śmierć nastąpiła w ciągu 180 dni od daty wypadku, Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia.
 2. Prawo do świadczenia z tytułu śmierci rodzica Ubezpieczonego zostanie przyznane pod warunkiem, że nieszczęśliwy wypadek, który spowodował śmierć, wystąpił przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 25. roku życia.
- 8) Świadczenie z tytułu zwrotu kosztów leczenia i rehabilitacji Ubezpieczonego spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem**
1. Towarzystwo zwraca Ubezpieczonemu nie pokryte z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczeń społecznych wydatki poniesione w związku z pobytem w szpitalu, wydatki poniesione na badania, zabiegi i operacje (w tym niezbędne operacje plastyczne mające na celu usunięcie oszpecaenia wynikłego z nieszczęśliwego wypadku) oraz zabiegi rehabilitacyjne pod warunkiem, że powyższe zostało zalecone przez lekarza jako niezbędne w związku z nieszczęśliwym wypadkiem objętym ochroną ubezpieczeniową i miało miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
 2. Zwrot następuje na podstawie rachunków, bądź faktur do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.

§14 Wypłata świadczenia

1. Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia zobowiązana jest do niezwłocznego zawiadomienia Towarzystwa o zaistnieniu zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia oraz

- do dostarczenia dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.
2. Zawiadomienie dotyczące zaistniałego zdarzenia może być złożone po zakończeniu leczenia następstw powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku na piśmie lub za zgodą Towarzystwa w innej uzgodnionej z Ubezpieczonym formie.
3. Wszelkie dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczeń oraz wysokości świadczenia muszą być przedłożone w języku polskim lub przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego.
4. Towarzystwo obowiązane jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
5. Jeżeli w powyższym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 14 dni od dnia, w którym przy dołożeniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaci w terminie wskazanym w ust. 4.
6. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą bądź częściową odmowę wypłaty świadczenia.

§15 Skargi i zażalenia

1. W każdym przypadku osoba zainteresowana może wnosić skargi i zażalenia do Zarządu Towarzystwa.
2. Skargi i zażalenia powinny być składane na piśmie. O sposobie rozpatrzenia skargi lub zażalenia zawiadamia się osobę, która zgłosiła skargę lub zażalenie, niezwłocznie po jej rozpatrzeniu.
3. Niezależnie od powyższego trybu, organem uprawnionym do rozpatrywania skarg i zażaleń na działalność Towarzystwa jest Rzecznik Ubezpieczonych, Komisja Nadzoru Finansowego, jak również miejscy i powiatowi Rzecznicy Konsumentów.

§16 Właściwość sądowa

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

§17 Postanowienia końcowe

1. Oświadczenia i zawiadomienia dotyczące umowy ubezpieczenia składane są na piśmie lub za zgodą Towarzystwa w innej uzgodnionej z Ubezpieczającym lub Ubezpieczonym formie.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi WU stosuje się odpowiednie przepisy prawa polskiego.
3. Niniejsze WU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu AXA TuIR S.A. nr 11/06/2015 z dnia 11 czerwca 2015r.
4. Niniejsze WU wchodzi w życie z dniem 16 czerwca 2015 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 16 czerwca 2015r.