



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Karta produktu

Indywidualne ubezpieczenie Medycyna bez granic – Best Doctors – indeks MGBD/15/10/01

W karcie produktu zawarte są najważniejsze informacje o ochronie ubezpieczeniowej. Karta produktu nie jest elementem umowy ubezpieczenia ani materiałem marketingowym. Karta produktu została przygotowana przez AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. (dalej zwane „AXA”) we współpracy z Deutsche Bank Polska S.A. na podstawie Rekomendacji U z dnia 24 czerwca 2014 r. dotyczącej dobrych praktyk w zakresie bancassurance, wydanej przez Komisję Nadzoru Finansowego, i ma za zadanie pokazać kluczowe informacje o produkcie i pomóc klientowi w zrozumieniu cech produktu.

Przeczytaj uważnie ten dokument, aby poznać cechy oferowanego ubezpieczenia, korzyści z zawarcia umowy ubezpieczenia oraz obowiązki z niej wynikające.

Decyzję o zawarciu umowy ubezpieczenia podejmij po wcześniejszym zapoznaniu się z dokumentacją ubezpieczeniową, w tym zwłaszcza z ogólnymi warunkami ubezpieczenia, w których znajdują się szczegółowe informacje o ochronie ubezpieczeniowej.

1. Ubezpieczyciel

- AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie (00-867), ul. Chłodna 51

2. Ubezpieczony

- Osoba fizyczna, na rzecz której Właściciel polisy zawarł umowę ubezpieczenia, która w dniu podpisania wniosku ubezpieczeniowego nie ukończyła 65. roku życia, posiadająca miejsce stałego zamieszkania na terytorium RP

3. Rola Banku

- Deutsche Bank Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy al. Armii Ludowej 26, 00-609 Warszawa, występuje w roli Agenta ubezpieczeniowego, który otrzymuje wynagrodzenie od AXA.

4. Umowa ubezpieczenia

- Ubezpieczenie oferowane jest w formie indywidualnej.
- Ubezpieczenie ma charakter ochronny.

5. Informacje podstawowe o umowie ubezpieczenia

- Warunki zawarcia umowy ubezpieczenia:
 - Umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Właściciela polisy, na rzecz osoby, która w dniu podpisania wniosku ubezpieczeniowego nie ukończyła 65. roku życia oraz złożyła oświadczenie medyczne o stanie zdrowia.
 - W przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek Właściciel polisy przekazuje Ubezpieczonemu, przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, na piśmie lub – jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku OWU wraz z załącznikami.
- Okres ubezpieczenia
 - Umowa podstawowa jest zawierana na czas określony, do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 85. roku życia. Umowa dodatkowa jest zawierana na okres jednego roku i ulega przedłużeniu na kolejne roczne okresy, do rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 85. roku życia. Umowa dodatkowa nie ulega przedłużeniu, jeżeli Właściciel polisy na 1 miesiąc przed upływem okresu umowy dodatkowej złoży pisemne oświadczenie o jej nieprzedłużeniu. Na miesiąc przed upływem okresu umowy dodatkowej AXA może zaproponować Właścicielowi polisy warunki przedłużenia umowy dodatkowej.
- Zakres ubezpieczenia, sumy ubezpieczenia, limity i zasady ustalania wysokości świadczeń

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Opis	Suma ubezpieczenia/wysokość świadczenia
Śmierć Ubezpieczonego	wypłata Uposażonemu świadczenia w wysokości sumy ubezpieczenia, jeżeli w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej nastąpi śmierć Ubezpieczonego	1 000 zł świadczenie wypłacane Uposażonemu w wysokości sumy ubezpieczenia
Druga opinia medyczna	przygotowanie przez światowego eksperta raportu zawierającego opinię na temat postawionej diagnozy oraz wydanie rekomendacji co do dalszego procesu leczenia	brak sumy ubezpieczenia; limity zgodnie z OWUD świadczenie realizowane na rzecz Ubezpieczonego
Opieka medyczna za granicą	organizacja i pokrycie wymienionych w warunkach ubezpieczenia kosztów, w tym kosztów procesu leczenia, kosztów podróży lub transportu medycznego oraz kosztów zakwaterowania, powstałych w związku z poważnym stanem chorobowym objętym ubezpieczeniem, do wysokości sumy ubezpieczenia i limitów określonych w polisie	2 000 000 euro na cały okres ubezpieczenia; limit na rok polisy – 1 000 000 euro w tym: a) 100 euro za każdy dzień pobytu w szpitalu (maks. za 60 dni na każdy rozpoznany poważny stan chorobowy) b) 50 000 euro – limit zwrotu kosztów poniesionych na zakup leków po powrocie na terytorium RP świadczenia realizowane na rzecz Ubezpieczonego do wysokości sumy ubezpieczenia z uwzględnieniem powyższych limitów
Opieka ambulatoryjna w RP	organizacja i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych, wskazanych w warunkach ubezpieczenia, realizowanych na terenie Polski w ciągu 24 miesięcy od daty wskazanej w pierwszym wstępnym certyfikacie leczenia, pod warunkiem że Ubezpieczony był leczony za granicą w ramach Opieki medycznej za granicą	50 000 zł świadczenia realizowane na rzecz Ubezpieczonego do wysokości sumy ubezpieczenia

Sumy ubezpieczenia nie zmieniają się w czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia.

6. Rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej

- Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dacie rozpoczęcia ochrony wskazanej w polisie, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, z zastrzeżeniem że ochrona w zakresie Drugiej opinii medycznej, Opieki medycznej za granicą oraz Opieki ambulatoryjnej w RP w okresie pierwszych 6 miesięcy obejmuje wyłącznie następstwa nieszczęśliwych wypadków.

7. Zakończenie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa kończy się w dniu wystąpienia najwcześniejszego ze zdarzeń:

- rozwiązania umowy podstawowej lub umowy dodatkowej,
- upływu okresu ubezpieczenia,
- odstąpienia od umowy podstawowej lub umowy dodatkowej,
- śmierci Ubezpieczonego,
- wykorzystania sumy ubezpieczenia z tytułu Opieki medycznej za granicą, a w przypadku świadczenia w ramach Opieki ambulatoryjnej w RP – w rocznicę polisy następującą po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia, nie później jednak niż po wyczerpaniu sumy ubezpieczenia z tytułu Opieki ambulatoryjnej w RP.

8. Składka ubezpieczeniowa

Uwaga. Ważne! Prosimy o uważną lekturę niniejszego punktu.

Wysokość rocznej składki łącznej jest zależna od aktualnego wieku Ubezpieczonego i jest wskazana w poniższej tabeli.

Wiek	Składka podstawowa	Składka dodatkowa	Składka łączna
do 18 lat	33,30 zł	444,46 zł	477,76 zł
19–64 lata	bez względu na wiek	1 066,66 zł	1 099,96 zł
powyżej 64 lat	Ubezpieczonego	1 666,68 zł	1 699,98 zł

Składka łączna jest płatna z uzgodnioną częstotliwością: rocznie, półrocznie, kwartalnie lub miesięcznie, w wysokości, terminach i na rachunek bankowy określony w polisie.

9. Zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego

Uwaga. Ważne! Prosimy o uważną lekturę niniejszego punktu.

- W celu otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego Uposażony składa wnioski o wypłatę świadczenia, wraz z dokumentami wskazanymi w formularzu wniosku o wypłatę świadczenia. Wnioski znajdują się na stronie internetowej www.axa.pl.
- W celu skorzystania ze świadczenia Drugiej opinii medycznej Ubezpieczony powinien skontaktować się z AXA pod numerem telefonu podanym w polisie.
- W celu skorzystania ze świadczenia Opieki medycznej za granicą Ubezpieczony może telefonicznie lub z wykorzystaniem poczty elektronicznej złożyć wniosek o przedstawienie propozycji ośrodków medycznych odpowiednich do poprowadzenia leczenia poważnego stanu chorobowego.
- W celu skorzystania ze świadczenia Opieki ambulatoryjnej w RP Ubezpieczony za pośrednictwem infolinii uzgadnia miejsce i termin realizacji świadczenia.

10. Wyłączenia oraz ograniczenia odpowiedzialności

Uwaga. Ważne! Prosimy o uważną lekturę niniejszego punktu.

Świadczenie z tytułu śmierci nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe zostało spowodowane wskutek:

- działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu lub zamieszkach, chyba że jego udział wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego w okresie 2 lat od daty rozpoczęcia ochrony;
- samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności.

Wyłączenia dotyczące umowy dodatkowej

Wyłączenia ogólne

- AXA nie ponosi odpowiedzialności w związku z:
 - leczeniem chorób nieobjętych ubezpieczeniem;

- chorobami lub urazami powstałymi w wyniku wojen, aktów terroryzmu ruchów sejsmicznych, zamieszek, rozruchów, powodzi, wybuchów wulkanów, a także konsekwencjami reakcji jądrowych lub katastroficznych, jak również związanymi z oficjalnie ogłoszonymi epidemiami;
 - alkoholizmem, uzależnieniem od narkotyków lub środków odurzających, nadużywaniem alkoholu lub korzystaniem z substancji psychoaktywnych, odurzających lub halucynogennych;
 - leczeniem konsekwencji wynikających z prób samobójczych lub samo-okaleczenia, lub okaleczenia na własną prośbę;
 - popelnieniem lub usiłowaniem popełnienia czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa.
- AXA nie ponosi odpowiedzialności za organizację i pokrycie kosztów leczenia za granicą RP poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego, jeżeli w momencie rozpoznania poważnego stanu chorobowego Ubezpieczony nie spełnił którejkolwiek z poniższych przesłanek:
 - posiadał stałe miejsce zamieszkania na terytorium RP oraz
 - przebywał na terytorium RP przez okres dłuższy niż 183 dni w ciągu ostatnich 12 miesięcy, chyba że powodem pobytu poza terytorium RP było korzystanie ze świadczeń z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.

Wyłączenia medyczne

AXA nie ponosi odpowiedzialności w związku z:

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

Zapisy pkt 3) powyżej oznaczają, że jeżeli w okresie 10 lat poprzedzających datę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej lub przed upływem 6 miesięcy od jej rozpoczęcia, u Ubezpieczonego zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono go w związku z chorobami lub udokumentowane zostały występujące w tym czasie objawy, to AXA ma prawo do odmowy realizacji świadczeń, o ile choroby te lub ich objawy były przyczyną powstania poważnego stanu chorobowego.

Wydatki nieobjęte ubezpieczeniem

AXA nie ponosi odpowiedzialności w związku z:

- wydatkami na organizację i pokrycie kosztów leczenia, poniesionymi na terytorium RP, z wyjątkiem objętych ubezpieczeniem kosztów leków i świadczeń ambulatoryjnych w ramach Opieki ambulatoryjnej w RP;
- kosztami poniesionymi przed datą wskazaną we Wstępnym certyfikacie leczenia;
- kosztami poniesionymi w innym szpitalu niż ten, do którego został skierowany Ubezpieczony;
- kosztami poniesionymi niezgodnie ze standardowymi procedurami medycznymi realizacji świadczeń;
- kosztami poniesionymi w związku z położeniem oraz opieką domową związaną z rekonwalescencją, pobytem w domu opieki zdrowotnej lub usługami świadczonymi w ośrodku rekonwalescencji lub podobnej instytucji, hospicjum lub domu starców;
- kosztami poniesionymi na zakup lub wynajem dowolnego typu protezy lub przyrządów ortopedycznych, gorsetów, bandaży, kul, sztucznych członków lub organów, peruk, obuwia ortopedycznego, wózków, specjalnych łóżek, urządzeń klimatyzacyjnych, filtrów powietrza, urządzeń lub przedmiotów, z wyjątkiem protez piersi – po mastektomii, i sztucznych zastawek serca,

- niezbędnych w związku z przebytą operacją, zrealizowaną w ramach świadczenia Opieki medycznej za granicą;
- 7) lekami, które nie zostały dopuszczone przez ministra właściwego ds. zdrowia do obrotu lub które są dostępne bez recepty;
 - 8) organizacją i pokryciem kosztów leczenia alternatywnego, niekonwencjonalnego, nawet jeśli zostało przepisane lub zalecone przez lekarza podczas leczenia poważnego stanu chorobowego;
 - 9) sytuacją gdy poza leczeniem w ramach Opieki medycznej za granicą istnieje potrzeba leczenia związanego z demencją, niezależnie od stanu jej zaawansowania, lub w związku z porodem lub położeniem;
 - 10) kosztami poniesionymi na tłumacza, z wyjątkiem tłumaczenia zorganizowanego przez Best Doctors, dotyczącego prowadzonego w ramach Opieki medycznej za granicą procesu leczenia;
 - 11) kosztami poniesionymi na rozmowy telefoniczne oraz opłaty w odniesieniu do przedmiotów osobistego użytku lub które nie są natury medycznej, lub z tytułu usług świadczonych osobie towarzyszącej;
 - 12) kosztami poniesionymi przez Ubezpieczonego lub krewnych lub towarzyszy, z wyjątkiem kosztów wyraźnie objętych ubezpieczeniem;
 - 13) kosztami medycznymi, które nie są zasadne co do wysokości w danych okolicznościach;
 - 14) kosztami z tytułu zakwaterowania lub transportu zorganizowanego samodzielnie przez Ubezpieczonego albo jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego, jeżeli Ubezpieczony nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, towarzysza podróży lub dawcę.

11. Rezygnacja z ubezpieczenia

Uwaga. Ważne! Prosimy o uważną lekturę niniejszego punktu.

- Właściciel polisy ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia poprzez złożenie AXA oświadczenia o odstąpieniu od umowy w terminie 30 dni od daty doręczenia mu polisy, a jeżeli Właściciel polisy jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy AXA nie poinformowała Właściciela polisy będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Właściciel polisy będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. W takim przypadku Właścicielowi przysługuje zwrot wpłaconej składki za okres, w którym AXA nie udzielała ochrony ubezpieczeniowej.
- Właściciel polisy ma prawo w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia, poprzez złożenie AXA oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia. W takim przypadku umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w ostatnim dniu okresu, za który została opłacona składka łączna, jednak nie później niż w dniu poprzedzającym najbliższą rocznicę polisy.
- Rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej nie wiąże się z żadnym dodatkowym kosztem po stronie Właściciela polisy.

12. Reklamacje

1. W każdym przypadku osoba uprawniona z umowy ubezpieczenia może wnieść reklamację. Reklamacja to wystąpienie, w tym skarga i zażalenie, skierowane do AXA, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez AXA.
2. Reklamacje mogą być składane w następujący sposób:
 - a) w AXA:
 - ustnie – telefonicznie pod numer telefonu +48 22 555 00 00 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce AXA,
 - w formie elektronicznej na adres e-mail: skargi.odwolania@axa.pl,
 - w formie pisemnej – osobiście w siedzibie AXA Życie TU S.A. w Warszawie, ul. Chłodna 51, albo
 - drogą pocztową na adres: AXA Życie TU S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, z dopiskiem: Bancassurance

b) w banku:

- w formie elektronicznej poprzez formularz zgłoszenia reklamacji dostępny na stronie www.deutschebank.pl w zakładce „kontakt”,
 - w formie telefonicznej za pośrednictwem infolinii pod numerem telefonu: 801 18 18 18 z telefonów stacjonarnych w Polsce lub +48 12 625 80 00 z telefonów komórkowych i stacjonarnych z całego świata,
 - w formie pisemnej wysłanej na adres korespondencyjny Banku: Deutsche Bank Polska S.A., Biuro Obsługi Reklamacji, ul. Lubicz 23, 31-503 Kraków,
 - osobiście w każdym Oddziale Banku.
3. Reklamacje wnosi się do Zarządu AXA. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce AXA obsługującej klientów.
 4. Odpowiedź AXA na reklamację zostanie udzielona w formie pisemnej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji albo pocztą elektroniczną, jeżeli osoba składająca reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo, na wniosek osoby składającej reklamację, AXA potwierdza pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.
 5. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
 6. W przypadku gdy AXA nie posiada danych kontaktowych osoby składającej reklamację, przy składaniu reklamacji należy podać następujące dane: imię, nazwisko, adres do korespondencji, adres e-mail (w razie wyboru takiej formy kontaktu).
 7. Odpowiedzi na reklamację AXA udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
 8. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, AXA w tym terminie wyśle informację o przyczynie niemożności rozpatrzenia reklamacji. W takim przypadku odpowiedź na reklamację zostanie udzielona nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.
 9. Jeżeli osoba składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem AXA wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego. Osoba składająca reklamację może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko AXA, według właściwości określonych w ust. 10 poniżej.
 10. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
 11. Konsument w sprawach ochrony swoich praw i interesów ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
 12. AXA i Bank podlegają nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

13. Podatki

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 2013 r., poz. 361 z późn. zm.).

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.

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 2014 r., poz. 851 z późn. zm.).