

A young woman with blonde hair, wearing a grey and white striped shirt, is smiling and holding a white mug. She is in a kitchen setting with shelves and a bowl of fruit in the background. A large red triangle is overlaid on the image, pointing towards the bottom left.

# Ogólne warunki ubezpieczenia

The Provident logo is located in the bottom left corner. It features the word 'Provident' in white, sans-serif font, centered within two overlapping circles: a light blue one on the left and a light green one on the right.

**Provident**

Wierzmy w Twój plan

Ubezpieczenie Pakiet Życie  
dla Klientów Providenta  
indeks PŻ/2018/03







# Ubezpieczenie życia i zdrowia

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym



Przedsiębiorstwo: AXA Życie TU S.A., Polska  
Nr zezwolenia: BS/1252/U-KP/635/93

Produkt: Ogólne warunki ubezpieczenia Pakiet Życie dla Klientów  
Providenta – indeks PŻ/2018/03

Pełne informacje podawane przed zawarciem Umowy ubezpieczenia i informacje dotyczące Umowy ubezpieczenia podane są w innych dokumentach, w szczególności w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Pakiet Życie dla Klientów Providenta – indeks PŻ/2018/03, zatwierdzonych uchwałą Zarządu nr 1/29/03/2018 z dnia 29 marca 2018 r. (OWU) oraz w załączniku – Regulaminie usług medycznych (Regulamin).

## Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenia na życie w następujących grupach ryzyk według załącznika do ustawy z 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej: Dział I: Grupa 1 – Ubezpieczenia na życie; Grupa 5 – Ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1–4.



### Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące ryzyka:

- ✓ śmierć Ubezpieczonego; suma ubezpieczenia: 5000 PLN;
- ✓ Poważne zachorowanie Ubezpieczonego; suma ubezpieczenia: 5000 PLN.

Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o jeden z dwóch wariantów: Wariant AntyRAK albo Wariant AntyRAK Plus.

**Wariant AntyRAK** obejmuje następujące ryzyka:

- ✓ diagnozę u Ubezpieczonego Nowotworu przedinwazyjnego; suma ubezpieczenia: 2300 PLN;
- ✓ diagnozę u Ubezpieczonego Nowotworu złośliwego:
  - typu I – suma ubezpieczenia: 23 000 PLN,
  - typu II – suma ubezpieczenia: 2300 PLN;
- ✓ wystąpienie Potrzeby medycznej, która uzasadnia uzyskanie przez Ubezpieczonego usług informacyjnych w ramach Nowotworowej Platformy Informacyjnej – bez limitu.

**Wariant AntyRAK Plus** obejmuje następujące ryzyka:

- ✓ diagnozę u Ubezpieczonego Nowotworu przedinwazyjnego; suma ubezpieczenia: 4600 PLN;
- ✓ diagnozę u Ubezpieczonego Nowotworu złośliwego:
  - typu I; suma ubezpieczenia: 46 000 PLN,
  - typu II; suma ubezpieczenia: 4600 PLN;
- ✓ wystąpienie Potrzeby medycznej, która uzasadnia uzyskanie przez Ubezpieczonego usług informacyjnych w ramach Nowotworowej Platformy Informacyjnej – bez limitu, zgodnie z Regulaminem;
- ✓ zorganizowanie i pokrycie kosztów Drugiej opinii medycznej oraz pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia, pod warunkiem przyznania Ubezpieczonemu prawa do świadczenia z tytułu diagnozy Nowotworu złośliwego typu I – jedno świadczenie Drugiej opinii medycznej, a w przypadku pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia – świadczenia zgodnie z Regulaminem.



### Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- ✗ Pobytu w szpitalu związanego z zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem.
- ✗ Uszczerbku na zdrowiu.
- ✗ Złamania kości.



### Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego jest skutkiem:

- ! samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie jednego roku, liczonego od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową;
- ! następującej choroby lub niepełnosprawności: choroby niedokrwiennej serca, zawału serca, choroby wieńcowej, choroby tętnic, miażdżycy, tętniaka, choroby naczyń mózgowych, udaru mózgu, choroby nadciśnieniowej, zaburzenia rytmu serca, choroby nowotworowej, padaczki, cukrzycy, gruźlicy, niewydolności nerek, zwłóknienia i marskości wątroby, choroby trzustki, AIDS lub nosicielstwa wirusa HIV, wirusowego zapalenia wątroby typu B lub C, sepsy, choroby psychicznej, jeżeli te choroby lub niepełnosprawności były rozpoznane lub leczone w ciągu 24 miesięcy przed Dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej, i były przyczyną śmierci Ubezpieczonego w okresie 2 miesięcy od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową.

Świadczenie nie zostanie wypłacone w związku z wystąpieniem Poważnego zachorowania:

- ! które rozpoznano lub leczono w ciągu 24 miesięcy przed Dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej, i będącego przyczyną wystąpienia Poważnego zachorowania w ciągu 24 pierwszych miesięcy od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową;
- ! którego objawy rozpoznano lub leczono w ciągu 24 miesięcy przed Dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej, i będącego przyczyną Poważnego zachorowania w ciągu 24 pierwszych miesięcy od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową.

Świadczenie nie zostanie wypłacone w związku z diagnozą Nowotworu przedinwazyjnego:

- ! który rozpoznano lub leczono przed Dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej;
- ! jeżeli przed Dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczony został skierowany na testy lub badania albo oczekuje na wyniki testów lub badań przeprowadzonych przed tą datą, na mocy których zdiagnozowany jest Nowotwór przedinwazyjny albo które wskażą możliwość wystąpienia Nowotworu przedinwazyjnego z koniecznością dalszej diagnostyki, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej.

Świadczenie nie zostanie wypłacone w związku z rozpoznaniem Nowotworu złośliwego:

- ! który rozpoznano lub leczono przed Dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej;



## cd. Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

- ! jeżeli przed Dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczony został skierowany na testy lub badania albo oczekuje na wyniki testów lub badań przeprowadzonych przed tą datą, na mocy których zdiagnozowany jest Nowotwór złośliwy albo które wskażą możliwość wystąpienia Nowotworu złośliwego z koniecznością dalszej diagnostyki, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej.



## Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ Cały świat, przy czym w zakresie pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia wizyty lekarskie, domowe, pielęgniarki, rehabilitanta lub inne świadczenia medyczne zalecane w Drugiej opinii medycznej umawiane są na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.



## Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Klient, który zawarł umowę ubezpieczenia obowiązany jest do:

- podania do wiadomości Towarzystwa wszystkich okoliczności, o które Towarzystwo pyta we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub innych pismach przed zawarciem Umowy ubezpieczenia;
- prawidłowego wypełnienia dokumentu Wnioskopolisy oraz złożenia odpowiednich oświadczeń (w tym oświadczeń o stanie zdrowia);
- terminowego opłacania Składki.



## Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka jest płatna jednorazowo z góry przez Ubezpieczającego, na wskazany rachunek bankowy Towarzystwa, za pośrednictwem Agenta, tj. Provident Polska S.A.



## Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Umowa ubezpieczenia jest zawierana na Okres ubezpieczenia wskazany we Wnioskopolisie. Okres trwania Umowy ubezpieczenia rozpoczyna się z chwilą jej zawarcia.

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się:

- w przypadku zawarcia konsumenckiej umowy pożyczki – następnego dnia po dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż dnia następnego po dniu zawarcia konsumenckiej umowy pożyczki, pod warunkiem zapłaty Składki w pełnej wysokości nie później niż w terminie zawarcia umowy pożyczki;
- w pozostałych przypadkach – następnego dnia po dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia Składki w pełnej wysokości w terminie 7 dni od zawarcia Umowy ubezpieczenia.

W odniesieniu do zdarzeń: Poważne zachorowanie Ubezpieczonego, diagnoza u Ubezpieczonego Nowotworu przedinwazyjnego, diagnoza u Ubezpieczonego Nowotworu złośliwego oraz Druga opinia medyczna ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się po upływie 30 dni od dnia rozpoczęcia ochrony wskazanego w tiret pierwsze i drugie powyżej.

Okres trwania Umowy ubezpieczenia kończy się z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wszystkich ryzyk.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich ryzyk wygasa z dniem zajścia wcześniejszego ze zdarzeń:

- śmierci Ubezpieczonego;
- odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia;
- wystąpienia Nowotworu przedinwazyjnego albo Nowotworu złośliwego w okresie do 30 dni od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową;
- z dniem następującym po złożeniu wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego;
- zakończenia Okresu ubezpieczenia;
- ukończenia 78. roku życia przez Ubezpieczonego.

Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie diagnozy:

- nowotworu złośliwego typu I – wygasa w dniu wypłaty świadczenia z tytułu diagnozy u Ubezpieczonego Nowotworu złośliwego typu I;
- nowotworu złośliwego typu II – wygasa w dniu wypłaty świadczenia z tytułu diagnozy u Ubezpieczonego Nowotworu złośliwego typu II;
- nowotworu przedinwazyjnego – wygasa w dniu wypłaty świadczenia z tytułu diagnozy u Ubezpieczonego Nowotworu przedinwazyjnego.



## Jak rozwiązać umowę?

Odstępując od niej w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia lub wypowiadając ją – rozwiązanie umowy następuje z upływem dnia następującego po dniu, w którym Klient, który zawarł Umowę ubezpieczenia, złoży wypowiedzenie Towarzystwu.



## Informacja

### dotycząca agenta ubezpieczeniowego

1. Agent ubezpieczeniowy Provident Polska S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Inflanckiej 4a (00-189), dalej: Provident Polska.
2. Provident Polska działa jako agent ubezpieczeniowy i wykonuje czynności agencyjne na rzecz następujących zakładów ubezpieczeń:
  - 1) AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie (00-867), ul. Chłodna 51;
  - 2) AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie (00-867), ul. Chłodna 51.
3. Provident Polska wpisany jest do rejestru agentów pod numerem 11235060/A. Rejestr dostępny jest na stronie internetowej pod adresem [https://au.knf.gov.pl/Au\\_online/](https://au.knf.gov.pl/Au_online/)  
Wpis do rejestru agentów można sprawdzić, wchodząc na stronę internetową Komisji Nadzoru Finansowego pod adres [https://au.knf.gov.pl/Au\\_online/](https://au.knf.gov.pl/Au_online/) i wpisując wymagane dane, tj. numer wpisu oraz nazwę agenta.
4. Provident Polska nie posiada akcji ani udziałów żadnego zakładu ubezpieczeń uprawniających co najmniej do 10% głosów na walnym zgromadzeniu, ani też żaden zakład ubezpieczeń nie posiada akcji/udziałów Provident Polska uprawniających co najmniej do 10% głosów na walnym zgromadzeniu / zgromadzeniu wspólników.
5. W związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia Provident Polska otrzymuje następujące wynagrodzenie:
  - 1) prowizję;
  - 2) dodatkowe wynagrodzenie na zasadach określonych w umowie agencyjnej, którego otrzymanie uzależnione jest od wskaźnika jakości portfela.
6. Klient ma prawo złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz możliwość złożenia wniosku o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich w sposób określony właściwymi przepisami prawa lub w sposób wskazany przez Towarzystwo w umowie ubezpieczenia zawieranej z Klientem.





# Pakiet Życie dla Klientów Providenta



## Drogi Kliencie,

Podczas powrotu do zdrowia po chorobie lub wypadku uzyskanie szybkiej i profesjonalnej pomocy jest bardzo ważne. Pakiet Życie zapewnia wszechstronne wsparcie, także finansowe, właśnie w takich trudnych sytuacjach.

Przekazujemy w Twoje ręce komplet informacji dotyczący Pakietu Życie. Zachęcamy do zapoznania się z pełnym zakresem świadczeń w ramach ubezpieczenia.

W materiale znajdziesz również informacje, kiedy i na jakich zasadach możesz skorzystać ze świadczeń oraz w jaki sposób to zrobić.

**Życzymy dużo zdrowia!**



## Czym wyróżnia się nasz Pakiet Życie i kiedy może się przydać?

### Wsparcie finansowe w trudnych sytuacjach losowych

- szeroki zakres zdarzeń objętych ochroną: śmierć, poważne zachorowanie, diagnoza nowotworu
- minimum formalności i wypłata bezspornej części świadczenia w terminie do 30 dni roboczych od otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego



## Jaki zakres ochrony i usług obejmuje ubezpieczenie?

### Świadczenia ubezpieczeniowe

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Suma ubezpieczenia
Śmierć Ubezpieczonego	5 000 PLN
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	5 000 PLN
Wariant AntyRAK:	
1) diagnoza u Ubezpieczonego Nowotworu złośliwego	
a) typ I	23 000 PLN
b) typ II	2 300 PLN
2) diagnoza u Ubezpieczonego Nowotworu przedinwazyjnego	2 300 PLN
3) świadczenie na rzecz Ubezpieczonego usług informacyjnych w ramach Nowotworowej Platformy Informacyjnej	zgodnie z Regulaminem świadczeń medycznych
Wariant AntyRAK Plus:	
1) diagnoza u Ubezpieczonego Nowotworu złośliwego	
a) typ I	46 000 PLN
b) typ II	4 600 PLN
2) diagnoza u Ubezpieczonego Nowotworu przedinwazyjnego	4 600 PLN
3) świadczenie na rzecz Ubezpieczonego usług informacyjnych w ramach Nowotworowej Platformy Informacyjnej	zgodnie z Regulaminem świadczeń medycznych
4) zorganizowanie i pokrycie kosztów Drugiej opinii medycznej oraz pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia	zgodnie z Regulaminem świadczeń medycznych

Wypełniony formularz wniosku o wypłatę świadczenia, który jest dołączany do OWU, wraz z niezbędną dokumentacją należy wysłać na adres:



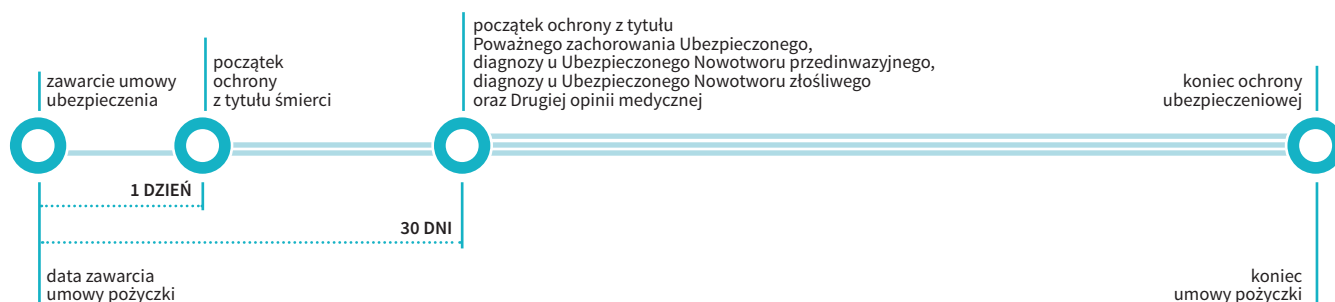
**AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.**  
**ul. Chłodna 51**  
**00-867 Warszawa**  
**z dopiskiem: Obszar Bancassurance**



W razie pytań zadzwoń pod numer **801 200 200\***  
Nowotworowa Platforma Informacyjna: **+48 22 575 95 97**



## Jak długo trwa ochrona?



## Proste kroki do złożenia wniosku o wypłatę świadczenia

Szczegóły Twojej ochrony, w tym wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności AXA, zostały określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia, które otrzymałeś od Doradcy.



W razie pytań zadzwoń pod numer **801 200 200\***

### **Z tytułu umowy ubezpieczenia możesz otrzymać świadczenie pieniężne.**

Wypełnij wniosek o wypłatę świadczenia i dołącz dokumenty wskazane w formularzu.

Wniosek znajdziesz w broszurze z OWU lub na [axa.pl](http://axa.pl)

Wypełniony wniosek i dokumenty wyślij na adres:



**AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.**  
**ul. Chłodna 51**  
**00-867 Warszawa**  
**z dopiskiem: Obszar Bancassurance**



W razie pytań zadzwoń pod numer: **801 200 200\***  
Po rozpatrzeniu wniosku AXA podejmie decyzję dotyczącą świadczenia.

\* koszt połączenia wg taryf poszczególnych operatorów telefonicznych



# Ogólne warunki

ubezpieczenia Pakiet Życie dla Klientów Providenta

Formularz do Ogólnych warunków ubezpieczenia Pakiet Życie dla Klientów Providenta

– indeks PŻ/2018/03

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

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	OWU: § 3 i § 10; Regulamin świadczeń medycznych: § 2–§ 4; z uwzględnieniem definicji zawartych w § 2 OWU
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	OWU: § 9 i § 11; z uwzględnieniem definicji zawartych w § 2 OWU

## Postanowienia ogólne

### § 1

1. Ogólne warunki ubezpieczenia Pakiet Życie dla Klientów Providenta – indeks PŻ/2018/03 (dalej: OWU) stosuje się do Umów ubezpieczenia zawieranych przez Klientów Provident Polska S.A. z AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A.
2. OWU wraz z dokumentami w nich wskazanymi kształtują treść Umowy ubezpieczenia, w szczególności prawa i obowiązki stron Umowy ubezpieczenia (Towarzystwa i Ubezpieczającego), jak również Ubezpieczono i innych uprawnionych z Umowy ubezpieczenia.

## Definicje

### § 2

Określenia użyte w OWU oraz w innych dokumentach stanowiących integralną część Umowy ubezpieczenia oznaczają:

- 1) **Adres zamieszkania** – jedno miejsce stałego pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazane we Wnioskopolisie poprzez podanie dokładnego adresu, a w przypadku zmiany – w pisemnym zgłoszeniu tej zmiany;
- 2) **Agent** – Provident Polska S.A.;
- 3) **Centrum Alarmowe Towarzystwa** – podmiot działający w imieniu i na rzecz Towarzystwa, zajmujący się zleconymi czynnościami ubezpieczeniowymi w ramach likwidacji szkód, a w szczególności organizacją świadczeń medycznych, przyjmujący zgłoszenia pod numer telefonu +48 22 575 95 97;
- 4) **Druga opinia medyczna** – pisemna opinia dotycząca diagnozy, stanu zdrowia i leczenia Ubezpieczonego, sporządzona przez Eksperta medycznego;
- 5) **Dzień objęcia ochroną ubezpieczeniową** – dzień, w którym rozpoczęła się ochrona ubezpieczeniowa Towarzystwa;
- 6) **Dzień wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego** – odpowiednio dla poszczególnych ryzyk:
  - a) śmierć Ubezpieczonego – dzień zgonu Ubezpieczonego,
  - b) Poważne zachorowanie Ubezpieczonego – dzień zdiagnozowania choroby po przeprowadzonym badaniu lub dzień przeprowadzenia operacji Ubezpieczonego,
  - c) diagnoza Nowotworu przedinwazyjnego lub diagnoza Nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego – dzień zdiagnozowania u Ubezpieczonego odpowiednio Nowotworu przedinwazyjnego lub dzień zdiagnozowania Nowotworu złośliwego,
  - d) Potrzeba medyczna – dzień powstania Potrzeby medycznej;
- 7) **Ekspert medyczny** – lekarz, wyznaczony przez Partnera medycznego do współpracy w celu sporządzenia Drugiej opinii medycznej, którego specjalność oraz doświadczenie odpowiadają specyfice stanu zdrowia Ubezpieczonego;
- 8) **ICD-10** – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych publikowana przez Światową Organizację Zdrowia;
- 9) **Klient** – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych i obywatelstwo polskie;
- 10) **Lekarz partnera medycznego** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z prawem polskim, wskazana przez Partnera medycznego i uprawniona do występowania w jego imieniu;
- 11) **Nowotwór przedinwazyjny** – wystąpienie u Ubezpieczonego choroby, wymienionej w załączniku nr 3 do niniejszych OWU, której pierwsze rozpoznanie miało miejsce w okresie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej; rozpoznanie musi zostać potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego przeprowadzonego przez lekarza patomorfologa; pojęcie to i zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
  - a) dysplazji ani wszelkich zmian przedrakowych,
  - b) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV;
- 12) **Nowotwór złośliwy** – nowotwór złośliwy typu I albo nowotwór złośliwy typu II – wystąpienie u Ubezpieczonego choroby wymienionej w załączniku nr 2 do niniejszych OWU, której pierwsze rozpoznanie miało miejsce w okresie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej; rozpoznanie musi zostać potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego

przeprowadzonego przez lekarza patomorfologa; pojęcie to i zakres ubezpieczenia nie obejmuje:

- a) nowotworów przedinwazyjnych (carcinoma in situ), dysplazji ani wszelkich zmian przedrakowych,
  - b) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV;
- 13) **Okres ubezpieczenia** – okres, na jaki jest zawierana Umowa ubezpieczenia:
    - a) w przypadku zawarcia pomiędzy Provident Polska S.A. a Klientem konsumenckiej umowy pożyczki ze splatą tygodniową lub miesięczną (zwanej dalej również „konsumencką umową pożyczki”) okres równy pierwotnemu okresowi, na jaki została zawarta konsumencka umowa pożyczki,
    - b) w pozostałych przypadkach okres 12-miesięczny;
  - 14) **Partner medyczny** – podmiot współpracujący w zakresie Drugiej opinii medycznej z Centrum Alarmowym Towarzystwa;
  - 15) **Potrzeba medyczna** – okoliczność uzasadniająca uzyskanie przez Ubezpieczonego informacji medycznej nowotworowej;
  - 16) **Poważne zachorowanie** – jedna ze zdefiniowanych chorób lub operacji:
    - a) **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;
    - b) **anemia aplastyczna** – przewlekła nieodwracalna niewydolność szpiku, której rezultatem jest łącznie wystąpienie niedokrwistości, trombocytopenii oraz granulocytopenii, co wymaga 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;
    - c) **choroba Alzheimera** – upośledzenie lub utrata zdolności intelektualnej spowodowana nieodwracalnym zaburzeniem czynności mózgu, potwierdzone 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;
    - d) **guzy śródczaszkowe** – wszystkie guzy mózgu, 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 mózgowej oraz malformacje naczyń mózgowych;
    - e) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek (niewydolność nerek), wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii;
    - f) **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;
    - g) **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 ani zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;

- h) pomostowanie (bypass) naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego; operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa; pojęcie to i 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;
- i) 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;
- pojęcie to i zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków chorób wątroby powstałych skutkiem nadużywania alkoholu, leków itp. środków;
- j) stwardnienie rozsiane** – zespół mnogich ubytków neurologicznych wywołanych demielinizacją mózgu lub rdzenia kręgowego, utrzymujących się co najmniej przez 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;
- k) 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; pojęcie to i zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu i innych substancji odurzających;
- l) udar mózgu** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
- i) wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
  - ii) obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres minimum 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
  - iii) obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone);
- pojęcie to i zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje:
- i) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
  - ii) zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem,
  - iii) wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych,
  - iv) jakichkolwiek innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych;
- m) utrata kończyn** – amputacja lub całkowita i nieodwracalna utrata funkcji co najmniej dwóch kończyn z powodu choroby; w przypadku amputacji pojęcie to i 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;

- n) 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; pojęcie to i zakres ubezpieczenia nie obejmuje jakichkolwiek przypadków utraty zdolności mówienia spowodowanych schorzeniami psychicznymi ani utraty zdolności mówienia, która może być skorygowana z zastosowaniem procedur terapeutycznych;
- o) utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna obu stronna utrata słuchu spowodowana zachorowaniem; rozpoznanie musi nastąpić na podstawie badań audiometrycznych i być potwierdzone przez laryngologa; pojęcie to i zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;
- p) utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna obu stronna utrata wzroku spowodowana zachorowaniem lub urazem; rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez specjalistę okulistę; pojęcie to i zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;
- q) 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; w przypadku zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego;
- r) zawał serca** – rozpoznanie martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego; rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, ze współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- i) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
  - ii) 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;
- pojęcie to i zakres ubezpieczenia nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;
- 17) Regulamin świadczeń medycznych** – Regulamin świadczeń medycznych stanowiący załącznik nr 1 do niniejszych OWU;
- 18) Składka** – kwota, należna Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, do której zapłaty zobowiązany jest Ubezpieczający;
- 19) Suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu wystąpienia poszczególnych Zdarzeń ubezpieczeniowych;
- 20) Towarzystwo** – AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51;
- 21) Trwały nośnik** – materiał lub narzędzie umożliwiające Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu przechowywanie informacji kierowanych osobiście do niego, w sposób umożliwiający dostęp do informacji w przyszłości przez czas odpowiedni do celów, jakim te informacje służą, pozwalające na odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienionej postaci;
- 22) Ubezpieczający** – Klient, który zawarł Umowę ubezpieczenia;
- 23) Ubezpieczony** – Klient objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia, będący jednocześnie Ubezpieczającym;
- 24) Umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie OWU;
- 25) Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpiezonego jako osoba uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu jego śmierci; wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli zmarł przed śmiercią Ubezpiezonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci; jeżeli w chwili śmierci Ubezpiezonego nie ma Uposażonych lub wszyscy

Uposażeni utracili prawo do świadczenia, uprawnionymi do otrzymania świadczenia są wymienione niżej osoby w następującej kolejności:

- a) małżonek – w całości, a w razie jego braku
  - b) dzieci – w równych częściach w przypadku braku małżonka, a w razie ich braku
  - c) rodzice – w równych częściach w przypadku braku małżonka i dzieci, a w razie ich braku
  - d) rodzeństwo – w równych częściach, w przypadku braku małżonka, dzieci i rodziców, a w razie jego braku
  - e) spadkobiercy – w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym, w przypadku braku małżonka, dzieci, rodziców i rodzeństwa;
- 26) **Wariant ubezpieczenia** – możliwa do wyboru przez Ubezpieczającego wersja Umowy ubezpieczenia: w zakresie wyboru dodatkowego zakresu ubezpieczenia możliwy jest **Wariant AntyRAK** lub **Wariant AntyRAK Plus**;
- 27) **Wnioskopolisa** – dokument ubezpieczeniowy podpisany przez Ubezpieczającego i uprawnionego przedstawiciela Towarzystwa, stanowiący wniosek Ubezpieczającego o zawarcie Umowy ubezpieczenia, a w przypadku zaakceptowania przez Towarzystwo lub Agenta – będący potwierdzeniem zawarcia Umowy ubezpieczenia;
- 28) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć Ubezpieczonego i Poważne zachorowanie Ubezpieczonego, które miały miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Towarzystwo, a jeżeli zakres ubezpieczenia został rozszerzony o Wariant AntyRAK albo AntyRAK Plus, również diagnoza Nowotworu przedinwazyjnego albo Nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego oraz Potrzeba medyczna.

## Przedmiot i zakres ubezpieczenia

### § 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
  - 1) śmierć Ubezpieczonego oraz
  - 2) Poważne zachorowanie Ubezpieczonego.
3. Zakres ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 2 powyżej, może zostać rozszerzony o Wariant AntyRAK albo Wariant AntyRAK Plus, które obejmują:
  - 1) Wariant AntyRAK:
    - a) diagnozę Nowotworu przedinwazyjnego u Ubezpieczonego,
    - b) diagnozę Nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego,
    - c) świadczenie na rzecz Ubezpieczonego usług informacyjnych w ramach Nowotworowej Platformy Informacyjnej zgodnie z Regulaminem świadczeń medycznych w razie zaistnienia Potrzeby medycznej;
  - 2) Wariant AntyRAK Plus:
    - a) diagnozę Nowotworu przedinwazyjnego u Ubezpieczonego,
    - b) diagnozę Nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego,
    - c) świadczenie na rzecz Ubezpieczonego usług informacyjnych w ramach Nowotworowej Platformy Informacyjnej zgodnie z Regulaminem świadczeń medycznych w razie zaistnienia Potrzeby medycznej,
    - d) zorganizowanie i pokrycie kosztów Drugiej opinii medycznej oraz pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia zgodnie z Regulaminem świadczeń medycznych.

## Zawarcie Umowy ubezpieczenia

### § 4

1. Zawarcie Umowy ubezpieczenia następuje na podstawie wypełnionego i zaakceptowanego przez uprawnionego przedstawiciela Towarzystwa dokumentu Wnioskopolisy.
2. Do zawarcia Umowy ubezpieczenia niezbędne jest złożenie przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego oświadczeń o treści i formie wymaganej przez Towarzystwo w dokumencie Wnioskopolisy, a w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia wraz z Wariantem AntyRAK albo AntyRAK

Plus niezbędne jest również złożenie przez Ubezpieczonego oświadczenia o stanie zdrowia, znajdującego się we Wnioskopolisie.

3. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na Okres ubezpieczenia wskazany we Wnioskopolisie.
4. Ubezpieczającym może być Klient, który:
  - 1) w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia ukończył 18. rok życia i nie ukończył 75. roku życia;
  - 2) posiada Adres zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
  - 3) złożył wypełniony dokument Wnioskopolisy wraz ze wszystkimi wymaganymi przez Towarzystwo oświadczeniami objętymi formularzem tej Wnioskopolisy.
5. Ubezpieczony w tym samym czasie może być objęty ochroną ubezpieczeniową maksymalnie z tytułu czterech Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU.

## Ochrona ubezpieczeniowa i odpowiedzialność Towarzystwa

### § 5

1. Odpowiedzialność Towarzystwa obejmuje Zdarzenia ubezpieczeniowe, w przypadku których Dzień wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego miał miejsce w czasie udzielania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa Towarzystwa rozpoczyna się:
  - 1) w przypadku zawarcia konsumenckiej umowy pożyczki – następnego dnia po dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż dnia następnego po dniu zawarcia konsumenckiej umowy pożyczki, pod warunkiem zapłaty Składki w pełnej wysokości nie później niż w terminie zawarcia umowy pożyczki;
  - 2) w pozostałych przypadkach – następnego dnia po dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, pod warunkiem optacenia Składki w pełnej wysokości w terminie 7 dni od zawarcia Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego, diagnozy Nowotworu przedinwazyjnego u Ubezpieczonego, diagnozy Nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego oraz Drugiej opinii medycznej rozpoczyna się po upływie 30 dni od dnia rozpoczęcia ochrony, wskazanego w pkt 1) i 2) powyżej.
3. W przypadku nieoptacenia Składki w terminie ochrona nie będzie świadczona.
4. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich ryzyk wygasa z dniem zajścia wcześniejszego ze zdarzeń:
  - 1) śmierci Ubezpieczonego;
  - 2) odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia;
  - 3) wystąpienia Nowotworu przedinwazyjnego albo Nowotworu złośliwego w okresie do 30 dni od dnia określonego w ust. 2 pkt 1) lub 2);
  - 4) z dniem następującym po złożeniu wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego;
  - 5) zakończenia Okresu ubezpieczenia;
  - 6) ukończenia 78. roku życia przez Ubezpieczonego.
5. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie diagnozy:
  - 1) Nowotworu złośliwego typu I wygasa w dniu wypłaty świadczenia z tytułu diagnozy Nowotworu złośliwego typu I u Ubezpieczonego;
  - 2) Nowotworu złośliwego typu II wygasa w dniu wypłaty świadczenia z tytułu diagnozy Nowotworu złośliwego typu II u Ubezpieczonego;
  - 3) Nowotworu przedinwazyjnego wygasa w dniu wypłaty świadczenia z tytułu diagnozy Nowotworu przedinwazyjnego u Ubezpieczonego.
6. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy ubezpieczenia Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Oświadczenie o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia powinno być złożone Towarzystwu w formie pisemnej lub telefonicznie pod numer telefonu wskazany na stronie internetowej: [www.provident.pl](http://www.provident.pl), bezpośrednio lub za pośrednictwem Agenta.

7. Po upływie terminu wskazanego w ust. 6 powyżej Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia Towarzystwu w formie pisemnej, lub telefonicznej pod numerem telefonu wskazany na stronie internetowej: [www.provident.pl](http://www.provident.pl) bezpośrednio lub za pośrednictwem Agenta ze skutkiem na dzień następujący po dniu, w którym Ubezpieczający złożył oświadczenie woli o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia. Umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego, jeżeli Składka nie została zapłacona w terminie, mimo uprzedniego wezwania do zapłaty przez Towarzystwo w dodatkowym terminie 7 dni.

## Prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

### § 6

1. Ubezpieczający ma obowiązek opłacić Składkę oraz powiadamiać Towarzystwo o zmianie danych osobowych podanych we Wnioskopolisie.
2. Ubezpieczający jest uprawniony w szczególności do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia oraz składania reklamacji, w tym skarg i zażaleń.
3. Ubezpieczony jest uprawniony w szczególności do otrzymania świadczeń zgodnie z zasadami określonymi w Umowie ubezpieczenia oraz żądania udzielenia mu informacji o postanowieniach Umowy ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.

## Obowiązki Towarzystwa

### § 7

Towarzystwo jest zobowiązane do:

- 1) doręczenia Ubezpieczającemu na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym Trwałym nośniku OWU i innych dokumentów niezbędnych do zawarcia Umowy ubezpieczenia przed jej zawarciem;
- 2) doręczenia Ubezpieczającemu dokumentu potwierdzającego zawarcie Umowy ubezpieczenia w postaci Wnioskopolisy;
- 3) wypłaty świadczeń zgodnie z zasadami określonymi w Umowie ubezpieczenia;
- 4) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych w Umowie ubezpieczenia oraz przepisach prawa.

## Składka

### § 8

1. Wysokość Składki zależy od Okresu ubezpieczenia, na jaki jest zawierana Umowa ubezpieczenia, oraz wybranego przez Ubezpieczającego pakietu ubezpieczenia i jest obliczana na podstawie poniższych stawek ubezpieczenia:

Wariant	Pakiet Życie	Pakiet Życie Wariant AntyRAK	Pakiet Życie Wariant AntyRAK Plus
Wysokość stawki tygodniowej	3 PLN	6 PLN	9 PLN
Wysokość stawki miesięcznej	13 PLN	26 PLN	39 PLN
Zakres ochrony, do którego odnosi się wskazana stawka	zakres określony w § 3 ust. 2	zakres określony w § 3 ust. 2 i 3	

2. Składka należna jest za Okres ubezpieczenia, w którym Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej, i jest płatna z góry przez Ubezpieczającego, na wskazany rachunek bankowy Towarzystwa za pośrednictwem Agenta.
3. Wysokość należnej Towarzystwu Składki oraz termin jej płatności są określone we Wnioskopolisie.
4. W przypadku wystąpienia Nowotworu przedinwazyjnego albo Nowotworu złośliwego w okresie do 30 dni od dnia określonego w § 5 ust. 2 pkt 1) lub 2) – Ubezpieczającemu zwracana jest Składka.

## Sumy ubezpieczenia

### § 9

Sumy ubezpieczenia są określone dla poszczególnych Zdarzeń ubezpieczeniowych i wynoszą:

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Suma ubezpieczenia
Śmierć Ubezpieczonego	5 000 PLN
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	5 000 PLN
<b>Wariant AntyRAK</b>	
1) diagnoza Nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego:	
a) typ I	23 000 PLN
b) typ II	2 300 PLN
2) diagnoza Nowotworu przedinwazyjnego u Ubezpieczonego	2 300 PLN
3) świadczenie na rzecz Ubezpieczonego usług informacyjnych w ramach Nowotworowej Platformy Informacyjnej	zgodnie z Regulaminem świadczeń medycznych
<b>Wariant AntyRAK Plus</b>	
1) diagnoza Nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego:	
a) typ I	46 000 PLN
b) typ II	4 600 PLN
2) diagnoza Nowotworu przedinwazyjnego u Ubezpieczonego	4 600 PLN
3) świadczenie na rzecz Ubezpieczonego usług informacyjnych w ramach Nowotworowej Platformy Informacyjnej	zgodnie z Regulaminem świadczeń medycznych
4) zorganizowanie i pokrycie kosztów Drugiej opinii medycznej oraz pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia	zgodnie z Regulaminem świadczeń medycznych

## Świadczenia ubezpieczeniowe

### § 10

1. W razie śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Uposażonym Sumę ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
2. W razie Poważnego zachorowania Ubezpieczonego albo diagnozy Nowotworu przedinwazyjnego Towarzystwo wypłaci jednorazowe świadczenie w kwocie równej Sumie ubezpieczenia obowiązującej dla tego Zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. W razie diagnozy Nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci jednorazowe świadczenie w kwocie równej Sumie ubezpieczenia obowiązującej dla danego typu nowotworu.
4. W Wariantcie AntyRAK oraz Wariantcie AntyRAK Plus Towarzystwo zobowiązuje się do świadczenia na rzecz Ubezpieczonego usług informacyjnych w ramach Nowotworowej Platformy Informacyjnej zgodnie z Regulaminem świadczeń medycznych w razie zaistnienia Potrzeby medycznej.
5. W Wariantcie AntyRAK Plus, jeżeli Ubezpieczonemu przysługiwać będzie prawo do świadczenia z tytułu diagnozy Nowotworu złośliwego typu I, Towarzystwo zorganizuje i pokryje Ubezpieczonemu koszty Drugiej opinii medycznej oraz udzieli pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia zgodnie z Regulaminem świadczeń medycznych.

## Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

### § 11

#### Śmierć Ubezpieczonego

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego jest skutkiem:

- 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy, terroryzmu wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 2) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie jednego roku, liczonego od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową;
- 3) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
- 4) następującej choroby lub niepełnosprawności: choroby niedokrwiennej serca, zawału serca, choroby wieńcowej, choroby tętnic, miażdżycy, tętniaka, choroby naczyń mózgowych, udaru mózgu, choroby nadciśnieniowej, zaburzeń rytmu serca, choroby nowotworowej, padaczki, cukrzycy, gruźlicy, niewydolności nerek, zwłóknienia i marskości wątroby, choroby trzustki, AIDS lub nosicielstwa wirusa HIV, wirusowego zapalenia wątroby typu B lub C, sepsy, choroby psychicznej, jeżeli te choroby lub niepełnosprawności były rozpoznane lub leczone w ciągu 24 miesięcy przed Dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej, i były przyczyną śmierci Ubezpieczonego w okresie 2 miesięcy od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową;
- 5) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
- 6) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- 7) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego.

#### **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego**

2. Świadczenie nie zostanie wypłacone w związku z wystąpieniem Poważnego zachorowania:
  - 1) które rozpoznano lub leczono w ciągu 24 miesięcy przed Dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej, i które było przyczyną wystąpienia Poważnego zachorowania w ciągu 24 pierwszych miesięcy od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową;
  - 2) którego objawy rozpoznano lub leczono w ciągu 24 miesięcy przed Dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej, i które były przyczyną Poważnego zachorowania w ciągu 24 pierwszych miesięcy od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Poważne zachorowanie jest skutkiem:
  - 1) samookaleczenia lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od jego stanu poczytalności, choroby AIDS lub zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV;
  - 2) zespołu uzależnienia od alkoholu, szkodliwego używania alkoholu przez Ubezpieczonego;
  - 3) zażywania przez Ubezpieczonego narkotyków lub środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, z późniejszymi zmianami) bądź leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
  - 4) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
  - 5) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego.

#### **Diagnoza Nowotworu przedinwazyjnego u Ubezpieczonego**

4. Świadczenie nie zostanie wypłacone w związku z diagnozą Nowotworu przedinwazyjnego:
  - 1) który rozpoznano lub leczono przed Dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej;
  - 2) jeżeli przed Dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczony został skierowany na testy lub badania albo oczekuje na wyniki te-

stów lub badań przeprowadzonych przed tą datą, na mocy których zdiagnozowany jest Nowotwór przedinwazyjny albo które wskażą możliwość wystąpienia Nowotworu przedinwazyjnego z koniecznością dalszej diagnostyki, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej;

- 3) po śmierci Ubezpieczonego, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nowotwór przedinwazyjny jest następstwem:
  - 1) zmian, które Ubezpieczony miał w okresie 24 miesięcy przed Dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową i które zostały zdefiniowane pod względem histopatologicznym lub zdiagnozowane jako przednowotworowe, będących przyczyną wystąpienia Nowotworu przedinwazyjnego w ciągu 12 pierwszych miesięcy od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej;
  - 2) samookaleczenia lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od jego stanu poczytalności, choroby AIDS lub zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV;
  - 3) zespołu uzależnienia od alkoholu, szkodliwego używania alkoholu przez Ubezpieczonego;
  - 4) zażywania przez Ubezpieczonego narkotyków lub środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, z późniejszymi zmianami) bądź leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
  - 5) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
  - 6) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu diagnozy Nowotworu przedinwazyjnego w razie wystąpienia następujących stanów chorobowych:
  - 1) dysplazji oraz wszelkich zmian przednowotworowych;
  - 2) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV.

#### **Diagnoza Nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego**

7. Świadczenie nie zostanie wypłacone w związku z rozpoznaniem Nowotworu złośliwego:
  - 1) który rozpoznano lub leczono przed Dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej;
  - 2) jeżeli przed Dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczony został skierowany na testy lub badania albo oczekuje na wyniki testów lub badań przeprowadzonych przed tą datą, na mocy których zdiagnozowany jest Nowotwór złośliwy albo które wskażą możliwość wystąpienia Nowotworu złośliwego z koniecznością dalszej diagnostyki, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej;
  - 3) po śmierci Ubezpieczonego, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej.
8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nowotwór złośliwy jest następstwem:
  - 1) zmian, które Ubezpieczony miał w okresie 24 miesięcy przed Dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową i które zostały zdefiniowane pod względem histopatologicznym lub zdiagnozowane jako przednowotworowe, będących przyczyną wystąpienia Nowotworu złośliwego w ciągu 12 pierwszych miesięcy od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej;
  - 2) samookaleczenia lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od jego stanu poczytalności, choroby AIDS lub zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV;
  - 3) zespołu uzależnienia od alkoholu, szkodliwego używania alkoholu przez Ubezpieczonego;



- 4) zażywania przez Ubezpieczonego narkotyków lub środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii bądź leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
- 5) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- 6) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego.
9. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu diagnozy Nowotworu złośliwego w razie wystąpienia następujących stanów chorobowych:
  - 1) nowotworów przedinwazyjnych (carcinoma in situ), dysplazji oraz wszelkich zmian przednowotworowych;
  - 2) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV.

## Wypłata świadczenia

### § 12

1. Towarzystwo jest zobowiązane do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia.
2. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym z dochowaniem należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
3. Bezporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie, o którym mowa w ust. 1 powyżej.
4. Wszelkie wypłaty świadczeń są dokonywane przez Towarzystwo w formie bezgotówkowej lub przekazem pocztowym, zgodnie z dyspozycją osoby uprawnionej od otrzymania świadczenia.
5. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest przedstawienie Towarzystwu:
  - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
  - 2) opisu okoliczności zdarzenia;
  - 3) odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
  - 4) karty statystycznej do karty zgonu lub innego dokumentu potwierdzającego przyczynę śmierci;
  - 5) opisu świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, szpital itp.), jeśli miało miejsce;
  - 6) jeżeli zdarzenie jest następstwem nieszczęśliwego wypadku – protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, notatki urzędowej z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, wyniku postanowienia z prokuratury, w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie);
  - 7) dokumentacji medycznej z przychodni, szpitala, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym Zdarzeniem ubezpieczeniowym, obejmującej okres 2 lat przed zawarciem Umowy ubezpieczenia i okres od dnia jej zawarcia do chwili zgłoszenia roszczenia, a w przypadku nieposiadania dokumentacji – adresów tych placówek;
  - 8) dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uposażonych.
6. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego jest przedstawienie Towarzystwu:
  - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
  - 2) dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
  - 3) dokumentacji potwierdzającej wystąpienie Poważnego zachorowania;
  - 4) dokumentacji medycznej z przychodni, szpitala lub adresów placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym Poważnym zachorowaniem, uwzględniając okres 2 lat przed zawarciem Umowy ubezpieczenia i okres od dnia jej zawarcia do chwili zgłoszenia roszczenia;
  - 5) protokołu policyjnego lub postanowienia z prokuratury, o ile w sprawie okoliczności powstania Poważnego zachorowania Ubezpieczonego policja lub prokuratura prowadziły postępowanie.
7. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu diagnozy Nowotworu przedinwazyjnego albo diagnozy Nowotworu złośliwego jest przedstawienie Towarzystwu:
  - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
  - 2) dokumentacji medycznej z przychodni, szpitala (lub adresów placówek), w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym Zdarzeniem ubezpieczeniowym, będącym przedmiotem zgłoszonego roszczenia, potwierdzającej diagnozę lub rozpoznanie Nowotworu lub jego objawów, obejmującej okres 2 lat przed zawarciem Umowy ubezpieczenia i okres od dnia jej zawarcia do chwili zgłoszenia roszczenia, w tym wyniku badania histopatologicznego potwierdzającego pierwsze rozpoznanie choroby nowotworowej, przeprowadzonego przez patomorfologa, albo potwierdzenia rozpoznania guzów śródczaszkowych;
  - 3) dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.
8. Towarzystwo jest uprawnione do żądania od osoby składającej wniosek o wypłatę świadczenia przedstawienia innych dokumentów, niewymienionych w powyższych ustępach niniejszego paragrafu, jeżeli dokumenty te są niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.
9. Dokumenty, o których mowa w ustępach 5–8 niniejszego paragrafu, powinny zostać złożone Towarzystwu w oryginale lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez notariusza, Agenta albo pracownika Towarzystwa.
10. Kopia dokumentacji medycznej może być również potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym Zdarzeniem ubezpieczeniowym.
11. Dokumenty, o których mowa w niniejszym paragrafie, Ubezpieczony przesyła bezpośrednio do Towarzystwa na poniższy adres:  
AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.  
ul. Chłodna 51  
00-867 Warszawa  
z dopiskiem: Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie AXA
12. Wszelkie pytania dotyczące składania dokumentów oraz wypłaty świadczeń powinny być kierowane do Towarzystwa pod numery telefonu +48 22 555 05 06 lub 801 200 200 (koszt połączenia według taryf poszczególnych operatorów telefonicznych), w dni robocze od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni wolnych od pracy, lub na adres e-mail: ubezpieczenia@axa.pl.

## Reklamacje

### § 13

1. W każdym przypadku osoba uprawniona z Umowy ubezpieczenia może wnosić reklamacje. Reklamacja to wystąpienie, w tym skarga i zażalenie, skierowane do Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
2. Reklamacje można składać w następujący sposób:
  - 1) ustnie – telefonicznie pod numer telefonu 22 555 05 06 lub 801 200 200 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce Towarzystwa;
  - 2) w formie elektronicznej na adres e-mail: ubezpieczenia@axa.pl;
  - 3) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa: AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, albo drogą pocztową na ten adres, z dopiskiem: Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie AXA.
3. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej Klientów.

4. Odpowiedź Towarzystwa na reklamację zostanie udzielona w formie pisemnej albo pocztą elektroniczną, jeżeli osoba składająca reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo, na wniosek osoby składającej reklamację, Towarzystwo potwierdza pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.
5. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
6. W przypadku gdy Towarzystwo nie posiada danych kontaktowych osoby składającej reklamację, przy składaniu reklamacji należy podać następujące dane: imię, nazwisko, adres do korespondencji, adres e-mail (w razie wyboru takiej formy kontaktu).
7. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
8. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie 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 Towarzystwa 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 Towarzystwu, tj. AXA Ubezpieczenia Życie Towarzystwu Ubezpieczeń S.A., według właściwości określonej w § 14 ust. 1 i 2.
10. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa; www.rf.gov.pl).

#### Właściwość sądowa

##### § 14

1. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd wła-

ściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub innego uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

2. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy innego uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

#### Postanowienia końcowe

##### § 15

1. O ile umowa nie stanowi inaczej ani nie sprzeciwia się to powszechnie obowiązującym przepisom prawa, strony mogą ustalić, że oświadczenia i zawiadomienia dotyczące Umowy ubezpieczenia będą składane z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość.
2. Zmiana danych teleadresowych wskazanych w § 13 ust. 2 i 10 nie stanowi zmiany Umowy ubezpieczenia.
3. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU oraz Umowie ubezpieczenia stosuje się odpowiednie przepisy prawa polskiego.
4. Opodatkowanie świadczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia regulują przepisy polskiego prawa podatkowego, w szczególności ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.
5. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane będą na stronie internetowej Towarzystwa.

##### § 16

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu AXA Życie Towarzystwa Ubezpieczeń S.A. nr 1/29/03/2018 z dnia 29 marca 2018 r.
2. Integralną część OWU stanowi Formularz do OWU, tj. informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
3. Załącznikami do OWU, stanowiącymi ich integralną część, są:
  - 1) Załącznik nr 1 do OWU – Regulamin świadczeń medycznych;
  - 2) Załącznik nr 2 do OWU – Lista Nowotworów złośliwych;
  - 3) Załącznik nr 3 do OWU – Lista Nowotworów przedinwazyjnych.

## Załącznik nr 1 do OWU – Regulamin świadczeń medycznych

#### Zakres świadczeń medycznych

##### § 1

1. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń na warunkach i zasadach określonych w niniejszym Regulaminie oraz OWU.
2. W razie zaistnienia Potrzeby medycznej Towarzystwo udzieli na zasadach ustalonych w § 2 niniejszego Regulaminu odpowiedniej informacji w ramach świadczenia medycznego „Nowotworowa Platforma Informacyjna”.
3. W Wariancie AntyRAK Plus, jeżeli Ubezpieczonemu przysługiwać będzie prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu diagnozy Nowotworu złośliwego typu I, Towarzystwo zorganizuje i pokryje koszty Drugiej opinii medycznej oraz udzieli pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia, o co Ubezpieczony wystąpił w okresie 24 miesięcy od daty uzyskania tego prawa, na zasadach określonych w § 3 i § 4 niniejszego Regulaminu.

#### Nowotworowa Platforma Informacyjna

##### § 2

1. Na wniosek Ubezpieczonego, w razie wystąpienia Potrzeby medycznej, Centrum Alarmowe Towarzystwa zapewni możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem, który w miarę posiadanej

wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu ustnej, ogólnej informacji na temat:

- 1) czynników wpływających na rozwój nowotworów;
- 2) profilaktyki i stylu życia pozwalającego zmniejszyć ryzyko wystąpienia nowotworu;
- 3) rodzaju badań kontrolnych i profilaktycznych w określonych grupach wiekowych, dotyczących nowotworów;
- 4) sposobów przygotowania się do zabiegów i badań medycznych związanych z leczeniem lub diagnostyką nowotworów;
- 5) sposobów zerwania lub radzenia sobie z nałogiem nikotynowym;
- 6) leków, objawów niepożądanych przy ich przyjmowaniu oraz interakcji z innymi lekami;
- 7) możliwości przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji;
- 8) poziomu refundacji leków;
- 9) placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich) rekomendowanych przez Lekarza partnera medycznego, w szczególności: adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego;
- 10) placówek diagnostycznych, odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych, placówek sanatoryjnych oraz placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki uniwersytetów medycznych) znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, aptek znajdujących się na terytorium Rze-

czyroszpolicznej Polskiej, w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów;

- 11) placówek opieki społecznej i hospicjów;
  - 12) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny.
2. Informacje, o których mowa w ust. 1 powyżej, mają charakter ogólny i informacyjny, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego oraz nie stanowią porady medycznej.

### **Druga opinia medyczna (tylko w Wariantcie AntyRAK Plus)**

#### **§ 3**

1. Jeżeli Ubezpieczonemu przysługiwać będzie prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu diagnozy Nowotworu złośliwego typu I, Towarzystwo na wniosek Ubezpieczonego zorganizuje i pokryje koszty sporządzenia przez Eksperta medycznego Drugiej opinii medycznej.
2. Organizacja procesu sporządzenia Drugiej opinii medycznej polega na podjęciu następujących czynności:
  - 1) udzieleniu Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej umożliwiającej wydanie Drugiej opinii medycznej;
  - 2) zapewnieniu wydania przez Eksperta medycznego Drugiej opinii medycznej;
  - 3) udostępnieniu Drugiej opinii medycznej Ubezpieczonemu.
3. W celu uzyskania świadczenia Drugiej opinii medycznej Ubezpieczony zobowiązany jest do przekazania Partnerowi medycznemu Towarzystwa:
  - 1) formularza zgłoszenia niezbędnego do sporządzenia Drugiej opinii medycznej, udostępnionego przez Towarzystwo lub Partnera medycznego;
  - 2) dokumentacji medycznej umożliwiającej wydanie Drugiej opinii medycznej.
4. Treść Drugiej opinii medycznej uzależniona jest od prawdziwości i jakości dostarczonych informacji. Koszty dostarczenia do Partnera medycznego dokumentacji medycznej obciążają Ubezpieczonego.
5. Jeżeli zgodnie z opinią Eksperta medycznego zachodzi konieczność uzupełnienia dokumentacji medycznej złożonej przez Ubezpieczonego, Ubezpieczony zobowiązany jest do dostarczenia dokumentacji niezbędnej do realizacji świadczenia. W przypadku nowotworów, dla których wynik badania histopatologicznego zdaniem Eksperta medycznego jest konieczny do wydania Drugiej opinii medycznej, Partner medyczny pokryje koszty ponownego badania histopatologicznego tkanek pobranych od Ubezpieczonego, pod warunkiem ich dostarczenia przez Ubezpieczonego.
6. Lekarz partnera medycznego współpracuje z Ubezpieczonym lub jego opiekunem prawnym w celu zgromadzenia pełnej historii choroby oraz dokumentacji medycznej, jak i w celu omówienia wszelkich pytań i zagadnień z nią związanych.
7. Druga opinia medyczna realizowana jest przy wykorzystaniu metod komunikacji, które nie obejmują bezpośrednich konsultacji ani żadnych innych bezpośrednich kontaktów pomiędzy Ubezpieczonym a Ekspertem medycznym.
8. Druga opinia medyczna zostanie sporządzona i przesłana Ubezpieczonemu w terminie 30 dni od daty dostarczenia Partnerowi medycznemu dokumentów, o których mowa w ust. 3 i ust. 4. W przypadku gdy sporządzenie Drugiej opinii medycznej w terminie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, okazało się niemożliwe, Partner medyczny sporządzi Drugą opinię medyczną w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności jej sporządzenie było możliwe.
9. Ubezpieczony ma prawo do jednego świadczenia z tytułu Drugiej opinii medycznej w stosunku do tego samego rozpoznania, z tym że w przypadku zaistnienia zmian w obrazie stanu chorobowego, potwierdzonych nowymi wynikami badań diagnostycznych, Ubezpieczonemu na jego wniosek przysługuje kolejna Druga opinia medyczna.

10. Raport Drugiej opinii medycznej zawiera:
  - 1) opis historii choroby Ubezpieczonego;
  - 2) opinie Eksperta medycznego na temat postawionej diagnozy i dotychczasowego procesu leczenia;
  - 3) propozycje dotyczące dalszego postępowania i leczenia zalecanego przez Eksperta medycznego;
  - 4) odpowiedzi na pytania Ubezpieczonego dotyczące jego przypadku medycznego – jeśli zostały zadane;
  - 5) bibliografię czasopism i artykułów odpowiednich dla przypadku medycznego Ubezpieczonego;
  - 6) informacje o osiągnięciach zawodowych i doświadczeniach zawodowych Eksperta medycznego, który przygotował Drugą opinię medyczną.

### **Pomoc w planowaniu lub organizacji leczenia (tylko w Wariantcie AntyRAK Plus)**

#### **§ 4**

1. Towarzystwo za pośrednictwem Partnera medycznego zapewnia Ubezpieczonemu pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia zalecanego w raporcie Drugiej opinii medycznej, polegającą na organizacji świadczeń wskazanych ust. 3.
2. Świadczenie pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia przysługuje Ubezpieczonemu wyłącznie w przypadku wcześniejszego wydania Drugiej opinii medycznej.
3. W ramach pomocy w planowaniu leczenia lub w organizacji leczenia Partner medyczny, według wyboru i w porozumieniu z Ubezpieczonym:
  - 1) udziela Ubezpieczonemu, drogą telefoniczną, informacji o: nazwie, adresie oraz numerze telefonu placówki medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w której Ubezpieczony będzie miał możliwość uzyskania świadczenia medycznego, w szczególności zabiegu chirurgicznego, badania diagnostycznego lub wizyty u lekarza specjalisty, zalecanego w raporcie Drugiej opinii medycznej, oraz o możliwym terminie uzyskania tego świadczenia;
  - 2) umawia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej: wizyty lekarskie, wizyty domowe, wizyty pielęgniarki, rehabilitanta lub inne świadczenia medyczne dostępne w placówkach medycznych, dotyczące leczenia zalecanego w Drugiej opinii medycznej;
  - 3) wskazuje Ubezpieczonemu maksymalnie trzech zagranicznych lekarzy lub trzy placówki medyczne poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które mogą podjąć się leczenia Ubezpieczonego w zakresie wskazanym w Drugiej opinii medycznej;
  - 4) organizuje proces leczenia w placówkach medycznych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej specjalizujących się w leczeniu nowotworu rozpoznanego u Ubezpieczonego;
  - 5) organizuje transport Ubezpieczonego do placówki medycznej poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, gdzie będzie przeprowadzone leczenie w zakresie wskazanym w Drugiej opinii medycznej, oraz organizuje zakwaterowanie Ubezpieczonego w hotelu poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
4. Zapewnienie Ubezpieczonemu pomocy w organizacji leczenia polega wyłącznie na organizacji przez Partnera medycznego wskazanych wyżej świadczeń na koszt Ubezpieczonego.
5. Świadczenia w ramach pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia realizowane są na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez Ubezpieczonego do Partnera medycznego.
6. Zgłaszając wniosek o realizację świadczenia w ramach pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia, Ubezpieczony zobowiązany jest podać wszelkie informacje potrzebne do udzielenia należytej pomocy z zakresu tego świadczenia.

## Załącznik nr 2 do OWU – Lista nowotworów złośliwych

Rodzaj nowotworu	Suma ubezpieczenia	
	Wariant AntyRAK	Wariant AntyRAK Plus
<b>Nowotwór złośliwy typ I</b>		
C00 nowotwory złośliwe wargi	23 000 zł	46 000 zł
C01 nowotwór złośliwy nasady języka	23 000 zł	46 000 zł
C02 nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części języka	23 000 zł	46 000 zł
C03 nowotwór złośliwy dziąsła	23 000 zł	46 000 zł
C04 nowotwór złośliwy dna jamy ustnej	23 000 zł	46 000 zł
C05 nowotwór złośliwy podniebienia	23 000 zł	46 000 zł
C06 nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części jamy ustnej	23 000 zł	46 000 zł
C07 nowotwór złośliwy ślinianki przyusznej	23 000 zł	46 000 zł
C08 nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych dużych gruczołów ślinowych	23 000 zł	46 000 zł
C09 nowotwory złośliwe migdałka	23 000 zł	46 000 zł
C10 nowotwór złośliwy części ustnej gardła (oropharynx)	23 000 zł	46 000 zł
C11 nowotwór złośliwy części nosowej gardła (nasopharynx)	23 000 zł	46 000 zł
C12 nowotwór złośliwy schyłku gruszkowatego	23 000 zł	46 000 zł
C13 nowotwór złośliwy części krtaniowej gardła (hypopharynx)	23 000 zł	46 000 zł
C14 nowotwór złośliwy o innym i o bliżej nieokreślonym umiejscowieniu w obrębie wargi, jamy ustnej i gardła	23 000 zł	46 000 zł
C15 nowotwór złośliwy przełyku	23 000 zł	46 000 zł
C16 nowotwór złośliwy żołądka	23 000 zł	46 000 zł
C17 nowotwór złośliwy jelita cienkiego	23 000 zł	46 000 zł
C18 nowotwór złośliwy jelita grubego	23 000 zł	46 000 zł
C19 nowotwór złośliwy zgięcia esiczo-odbytniczego	23 000 zł	46 000 zł
C20 nowotwór złośliwy odbytnicy	23 000 zł	46 000 zł
C21 nowotwór złośliwy odbytu i kanału odbytu	23 000 zł	46 000 zł
C22 nowotwór złośliwy wątroby i przewodów żółciowych wewnątrzwątrobowych	23 000 zł	46 000 zł
C23 nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego	23 000 zł	46 000 zł
C24 nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części dróg żółciowych	23 000 zł	46 000 zł
C25 nowotwór złośliwy trzustki	23 000 zł	46 000 zł
C26 nowotwór złośliwy innych i niedokładnie określonych narządów trawiennych	23 000 zł	46 000 zł
C30 nowotwór złośliwy jamy nosowej i ucha środkowego	23 000 zł	46 000 zł
C31 nowotwór złośliwy zatok przynosowych	23 000 zł	46 000 zł
C32 nowotwór złośliwy krtani	23 000 zł	46 000 zł
C33 nowotwór złośliwy tchawicy	23 000 zł	46 000 zł
C34 nowotwór złośliwy oskrzela i płuca	23 000 zł	46 000 zł
C37 nowotwór złośliwy grasicy	23 000 zł	46 000 zł
C38 nowotwór złośliwy serca, śródpiersia i opłucnej	23 000 zł	46 000 zł
C39 nowotwór złośliwy innych i niedokładnie określonych części układu oddechowego i narządów klatki piersiowej	23 000 zł	46 000 zł
C40 nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej kończyn	23 000 zł	46 000 zł
C41 nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej o innym i nieokreślonym umiejscowieniu	23 000 zł	46 000 zł
C43 czerniak złośliwy skóry przekraczający warstwę naskórka	23 000 zł	46 000 zł
C45 międzybłoniak	23 000 zł	46 000 zł
C46 mięsak Kaposiego	23 000 zł	46 000 zł
C47 nowotwory złośliwe nerwów obwodowych i autonomicznego układu nerwowego	23 000 zł	46 000 zł
C48 nowotwór złośliwy przestrzeni zaotrzewnowej i otrzewnej	23 000 zł	46 000 zł
C49 nowotwory złośliwe tkanki łącznej i innych tkanek miękkich	23 000 zł	46 000 zł

Rodzaj nowotworu	Suma ubezpieczenia	
	Wariant AntyRAK	Wariant AntyRAK Plus
<b>Nowotwór złośliwy typ I</b>		
C50 nowotwór złośliwy sutka	23 000 zł	46 000 zł
C51 nowotwór złośliwy sromu	23 000 zł	46 000 zł
C52 nowotwór złośliwy pochwy	23 000 zł	46 000 zł
C53 nowotwór złośliwy szyjki macicy	23 000 zł	46 000 zł
C54 nowotwór złośliwy trzonu macicy	23 000 zł	46 000 zł
C55 nowotwór złośliwy nieokreślonej części macicy	23 000 zł	46 000 zł
C56 nowotwór złośliwy jajnika	23 000 zł	46 000 zł
C57 nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych żeńskich narządów płciowych	23 000 zł	46 000 zł
C58 nowotwór złośliwy łożyska	23 000 zł	46 000 zł
C60 nowotwór złośliwy prącia	23 000 zł	46 000 zł
C61 nowotwór złośliwy gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania nie mniejszym niż T2N0M0	23 000 zł	46 000 zł
C62 nowotwór złośliwy jądra	23 000 zł	46 000 zł
C63 nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych męskich narządów płciowych	23 000 zł	46 000 zł
C64 nowotwór złośliwy nerki, z wyjątkiem miedniczki nerkowej	23 000 zł	46 000 zł
C65 nowotwór złośliwy miedniczki nerkowej	23 000 zł	46 000 zł
C66 nowotwór złośliwy moczowodu	23 000 zł	46 000 zł
C67 nowotwór złośliwy pęcherza moczowego	23 000 zł	46 000 zł
C68 nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych narządów moczowych	23 000 zł	46 000 zł
C69 nowotwór złośliwy oka	23 000 zł	46 000 zł
C70 nowotwór złośliwy opon	23 000 zł	46 000 zł
C71 nowotwór złośliwy mózgu	23 000 zł	46 000 zł
C72 nowotwór złośliwy rdzenia kręgowego, nerwów czaszkowych i innych części centralnego systemu nerwowego	23 000 zł	46 000 zł
C73 nowotwór złośliwy tarczycy (rak brodawkowaty w stopniu wyższym niż ograniczony do gruczołu tarczowego)	23 000 zł	46 000 zł
C74 nowotwór złośliwy nadnerczy	23 000 zł	46 000 zł
C75 nowotwór złośliwy innych gruczołów wydzielania wewnętrznego i struktur pokrewnych	23 000 zł	46 000 zł
C76 nowotwór złośliwy umiejscowienie innych i niedokładnie określonych	23 000 zł	46 000 zł
C77 wtórne i nieokreślone nowotwory złośliwe węzłów chłonnych	23 000 zł	46 000 zł
C78 wtórne nowotwory złośliwe układu oddechowego i trawiennego	23 000 zł	46 000 zł
C79 wtórny nowotwór złośliwy innych umiejscowień	23 000 zł	46 000 zł
C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	23 000 zł	46 000 zł
C81 choroba Hodgkina	23 000 zł	46 000 zł
C82 chłoniak nieziarniczy guzkowy (grudkowy)	23 000 zł	46 000 zł
C83 chłoniaki nieziarnicze rozlane	23 000 zł	46 000 zł
C84 obwodowy i skórny chłoniak z komórek T	23 000 zł	46 000 zł
C85 inne i nieokreślone postacie chłoniaków nieziarniczych	23 000 zł	46 000 zł
C88 złośliwe choroby immunoproliferacyjne	23 000 zł	46 000 zł
C90 szpiczak mnogi i nowotwory złośliwe z komórek plazmatycznych	23 000 zł	46 000 zł
C91 białaczka limfatyczna	23 000 zł	46 000 zł
C92 białaczka szpikowa	23 000 zł	46 000 zł
C93 białaczka monocytowa	23 000 zł	46 000 zł
C94 inne białaczki określonego rodzaju	23 000 zł	46 000 zł
C95 białaczka z komórek nieokreślonego rodzaju	23 000 zł	46 000 zł
C96 inny i nieokreślony nowotwór złośliwy tkanki limfatycznej, krwiotwórczej i tkanek pokrewnych	23 000 zł	46 000 zł
C97 nowotwory złośliwe niezależnych (pierwotnych) mnogich umiejscowień	23 000 zł	46 000 zł

Rodzaj nowotworu	Suma ubezpieczenia	
	Wariant AntyRAK	Wariant AntyRAK Plus
<b>Nowotwór złośliwy typ II</b>		
C43 czerniak złośliwy skóry nieprzekraczający warstwy naskórka	2 300 zł	4 600 zł
C44 inne nowotwory złośliwe skóry	2 300 zł	4 600 zł
C61 nowotwór złośliwy gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0	2 300 zł	4 600 zł
C73 nowotwór złośliwy tarczycy (rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego)	2 300 zł	4 600 zł

## Załącznik nr 3 do OWU – Lista nowotworów przedinwazyjnych

Rodzaj nowotworu	Suma ubezpieczenia	
	Wariant AntyRAK	Wariant AntyRAK Plus
<b>Nowotwór przedinwazyjny</b>		
D00 rak in situ jamy ustnej, przetyku i żołądka	2 300 zł	4 600 zł
D01 rak in situ innych i nieokreślonych części narządów trawiennych	2 300 zł	4 600 zł
D02 rak in situ ucha środkowego i układu oddechowego	2 300 zł	4 600 zł
D03 czerniak in situ	2 300 zł	4 600 zł
D04 rak in situ skóry	2 300 zł	4 600 zł
D05 rak in situ sutka	2 300 zł	4 600 zł
D06 rak in situ szyjki macicy	2 300 zł	4 600 zł
D07 rak in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych	2 300 zł	4 600 zł
D09 rak in situ innych i nieokreślonych umiejscowień	2 300 zł	4 600 zł



## W trosce o Twoje dane

### Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych (dotyczy wnioskopolisy)

W trosce o ochronę danych podejmujemy działania opisane w tym dokumencie. Informujemy w nim, w jaki sposób przekazane przez Państwa dane są przez nas gromadzone, wykorzystywane, przetwarzane i zabezpieczane.

Z nami mogą Państwo czuć się bezpiecznie! Według rankingu INTERBRAND 2017 AXA jest marką ubezpieczeniową nr 1 na świecie – ta pozycja zobowiązuje do zachowania najwyższych standardów.

- Administratorem przekazanych przez Państwa danych osobowych jest AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą przy ul. Chłodnej 51, 00-867 Warszawa (AXA, administrator).
- Państwa dane mogą być przetwarzane w celu:
  - zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, w tym dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do zawarcia i wykonywania umowy;
  - zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, w tym dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w zakresie obejmującym dane osobowe określone w art. 27 Ustawy, tj. dane wrażliwe – podstawą prawną przetwarzania danych jest Państwa zgoda, pod warunkiem że ta została przez Państwa udzielona; w razie nieudzielenia zgody dane osobowe nie są przetwarzane w tym celu;
  - oceny ryzyka ubezpieczeniowego w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest przepis prawa;
  - marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora, w tym w celach analitycznych i profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność ich przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest prowadzenie marketingu bezpośredniego swoich usług;
  - wypełnienia przez administratora danych obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, o ile przepisy te będą miały zastosowanie;
  - ewentualnego dochodzenia roszczeń związanych z zawartą z Państwem umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność ich przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu AXA; uzasadnionym interesem AXA jest możliwość dochodzenia przez nią roszczeń;
  - ewentualnego podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność ich przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu AXA; uzasadnionym interesem AXA jest możliwość przeciwdziałania przestępstwom i ścigania przestępstw popełnianych na szkodę AXA;
  - reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność ich przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z umową ubezpieczenia zawartą z Państwem.
- Podanie danych osobowych jest dobrowolne, niemniej jest warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia. Konsekwencją niepodania danych jest niemożność zawarcia umowy ubezpieczenia.
- Państwa dane osobowe będą przechowywane odpowiednio:
  - a) do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub
  - b) do momentu realizacji prawnie usprawiedliwionego interesu AXA, lub
  - c) do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, o ile odpowiednie przepisy będą miały zastosowanie w Państwa przypadku.Administrator zaprzestanie przetwarzania danych do celów marketingu bezpośredniego, w tym profilowania i celów analitycznych, jeżeli zgłoszą Państwo sprzeciw wobec przetwarzania Państwa danych w tych celach.
- AXA przewiduje udostępnienie Państwa danych osobowych następującym kategoriom odbiorców:
  - a) podmiotom upoważnionym do udostępnienia im danych osobowych na podstawie przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r. oraz innych przepisów prawa;
  - b) podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie AXA, między innymi dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym, czy też agentom ubezpieczeniowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami AXA.
- Dane osobowe będą przekazywane do państwa trzeciego, którym jest Szwajcaria – na podstawie decyzji Komisji Europejskiej stwierdzającej odpowiedni stopień ochrony – Decyzja Komisji z dnia 26 lipca 2000 r. (2000/518/WE).

Możą Państwo uzyskać kopię danych osobowych przekazywanych do państwa trzeciego, składając wniosek na formularzach dostępnych na stronie [axa.pl](http://axa.pl).
- Mają Państwo prawo do: dostępu do treści swoich danych; sprostowania danych (poprawiania); usunięcia danych osobowych\*; ograniczenia przetwarzania danych osobowych; przenoszenia danych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych. Prawa te przysługują Państwu w przypadkach i w zakresie przewidzianym przez przepisy Rozporządzenia lub odpowiednio Ustawy. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest zgoda, mają Państwo prawo wycofania zgody. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
- Jeżeli uznają Państwo, iż przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia lub Ustawy, mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego ochronę danych osobowych.
- Państwa dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania. Profilowanie będzie się odbywać w celu przedstawienia oferty umowy ubezpieczenia. Oznacza to, że dane osobowe niezbędne do przedstawienia oferty umowy ubezpieczenia wykorzystane zostaną do oszacowania ryzyka ubezpieczeniowego i wyliczenia adekwatnej do niego składki.

W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych decyzje dotyczące Państwa mogą być podejmowane w sposób zautomatyzowany (bez wpływu człowieka). W takiej sytuacji decyzje te mogą dotyczyć wysokości składki ubezpieczeniowej. Decyzje będą podejmowane w szczególności na podstawie Państwa danych, dotyczących stanu zdrowia, i daty urodzenia. Decyzje mogą być oparte na profilowaniu, tj. automatycznej ocenie ryzyka ubezpieczeniowego zawarcia z Państwem umowy ubezpieczenia.

W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji dotyczących wysokości składki ubezpieczeniowej mają Państwo prawo do zakwestionowania tej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do uzyskania interwencji człowieka (tj. przeanalizowania danych i podjęcia decyzji przez człowieka).

10. Kontakt z inspektorem ochrony danych AXA możliwy jest pod adresem e-mail: [inspektor@axa.pl](mailto:inspektor@axa.pl)\*



Ważne:

Treści oznaczone gwiazdką (\*) odnoszą się odpowiednio do uprawnień, które można wykonywać od dnia 25 maja 2018 r., bądź do podstawy prawnej, która będzie miała zastosowanie od tego dnia.

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Rozporządzenie) ma zastosowanie od dnia 25 maja 2018 r.

Do dnia 25 maja 2018 r. podstawą przetwarzania danych osobowych są odpowiednie przepisy ustawy o ochronie danych osobowych, tj. z dnia 13 czerwca 2016 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 922) – powoływanej powyżej jako Ustawa.





# Oświadczenie

dotyczące wyznaczenia Uposażonych w Pakiecie Życie dla Klientów Provident

## Dane osobowe Ubezpieczonego

Imię

Nazwisko

PESEL

Data urodzenia

## Oświadczenie

Oświadczam, iż wyznaczam Uposażonych (uprawnionych do świadczenia w przypadku mojej śmierci):

- |     |      |          |                |                        |
|-----|------|----------|----------------|------------------------|
| 1.  | Imię | Nazwisko | Data urodzenia | <input type="text"/> % |
| 2.  | Imię | Nazwisko | Data urodzenia | <input type="text"/> % |
| 3.  | Imię | Nazwisko | Data urodzenia | <input type="text"/> % |
| 4.  | Imię | Nazwisko | Data urodzenia | <input type="text"/> % |
| 5.  | Imię | Nazwisko | Data urodzenia | <input type="text"/> % |
| 6.  | Imię | Nazwisko | Data urodzenia | <input type="text"/> % |
| 7.  | Imię | Nazwisko | Data urodzenia | <input type="text"/> % |
| 8.  | Imię | Nazwisko | Data urodzenia | <input type="text"/> % |
| 9.  | Imię | Nazwisko | Data urodzenia | <input type="text"/> % |
| 10. | Imię | Nazwisko | Data urodzenia | <input type="text"/> % |

W przypadku nieokreślenia procentowych udziałów Uposażonych w świadczeniu lub określenia procentowych udziałów, których suma nie stanowi 100%, przyjmuje się, że udziały Uposażonych są równe.





# Wniosek

## o wypłatę świadczenia

Dotyczy: Ogólnych warunków ubezpieczenia Pakiet Życie dla Klientów Providenta

Zgłaszane roszczenie dotyczy:

- śmierci
- poważnego zachorowania
- rozpoznania Nowotworu przedinwazyjnego
- rozpoznania Nowotworu złośliwego

Prosimy zaznaczyć z jakiego tytułu składane jest roszczenie. Wniosek należy wypełnić szczegółowo i czytelnie (drukowanymi literami).

### Dane Ubezpieczonego

Imię \_\_\_\_\_ Nazwisko \_\_\_\_\_  
PESEL \_\_\_\_\_ Obywatelstwo  polskie \_\_\_\_\_  
Seria i numer dowodu osobistego \_\_\_\_\_ Numer Wnioskopisy \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### Adres zamieszkania

Ulica \_\_\_\_\_ Numer domu/lokalu \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

### Adres korespondencyjny (jeśli inny niż adres zamieszkania)

Ulica \_\_\_\_\_ Numer domu/lokalu \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

### Dane dotyczące Zdarzenia ubezpieczeniowego

Przyczyny i okoliczności zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego:

---

---

---

---

Nazwa i adres placówki medycznej / szpitala, w którym leczył się Ubezpieczony w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym:

Nazwa i adres przychodni podstawowej opieki zdrowotnej, w której leczył się Ubezpieczony:

### Dodatkowe dane w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego

DDMMRRRR \_\_\_\_\_  
Data zgonu \_\_\_\_\_ Miejsce zgonu \_\_\_\_\_

Adres policji, prokuratury w przypadku, kiedy w sprawie Zdarzenia ubezpieczeniowego toczy się bądź zakończyło się postępowanie, wraz z podaniem sygnatury:

---



## Oświadczenia Ubezpieczonego

Złożenie niniejszych oświadczeń jest niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.

1. Wyrażam zgodę, na przetwarzanie przez AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51, 00-867 Warszawa (Towarzystwo), moich danych osobowych o stanie zdrowia, wskazanych w niniejszym dokumencie oraz w innych dokumentach i oświadczeniach przekazanych Towarzystwu do celów związanych z obsługą zgłaszanego roszczenia.

Wycofanie zgody jest możliwe w każdym czasie.

2. Ja niżej podpisany(a) zgadzam się, aby pisemne oświadczenia lekarzy, którzy mnie leczyli i opiekowali się mną, oraz wszystkie inne wymagane dokumenty stanowiły i tworzyły część niniejszej dokumentacji ubezpieczeniowej.

Tak  Nie

3. Ja, niżej podpisany(a), zgłaszam roszczenie o wypłatę świadczenia z Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia Pakiet Życie dla Klientów Providenta i wyrażam zgodę na wystąpienie przez Towarzystwo do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o informacje lub dokumentację medyczną o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia. Zakres informacji lub dokumentacji medycznej o stanie zdrowia, obejmuje: (1) przyczyny hospitalizacji, wykonane w jej trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania oraz wyniki sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona; (2) przyczyny leczenia ambulatoryjnego, wykonane w jego trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania; (3) wyniki przeprowadzonych konsultacji; (4) przyczyny mojej śmierci.

Informacje, o których mowa powyżej, udzielane są z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Wyrażam zgodę na udostępnienie ww. danych i dokumentacji Towarzystwu\*\*\*.

Wyrażam zgodę na przekazywanie Towarzystwu przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia\*\*\*.

Upoważniam Towarzystwo do zasięgnięcia informacji w:

- Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania odpowiedzialności Towarzystwa;
- innych zakładach ubezpieczeń, w których jestem lub byłem/-am ubezpieczony/-a lub w którym został złożony wniosek o zawarcie lub przystąpienie do umowy ubezpieczenia, w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przez Ubezpieczonego danych oraz ustalenia prawa Ubezpieczonego do świadczenia z Umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez te zakłady ubezpieczeń informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z Umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości\*\*\*.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie uzyskanych w ten sposób moich danych, w tym danych o stanie zdrowia.

Powyższe oświadczenia i upoważnienia i zgody pozostają w mocy także po mojej śmierci.

Tak  Nie

Data

Miejscowość

Podpis Ubezpieczonego

Prosimy o przesłanie zgłoszenia roszczenia wraz z dokumentami na adres:

**AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.**

ul. Chłodna 51

00-867 Warszawa

Prosimy o umieszczenie na kopercie dopisku: Roszczenia Bancassurance

**Do wypełnienia w przypadku złożenia wniosku o wypłatę roszczenia u Doradcy Klienta lub w oddziale Provident Polska S.A.**

**Oświadczam, iż dokonałem weryfikacji tożsamości osoby składającej dokumenty na podstawie jej dokumentu tożsamości.**

Data

Miejscowość

Podpis osoby przyjmującej dokumentację

\* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

\*\* Zgodnie z definicją w ustawie o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu, za takie osoby uznaje się w szczególności: (a) osoby pełniące istotne funkcje publiczne, np.: ministrów, posłów, senatorów, ambasadorów, dyrektorów przedsiębiorstw i urzędów państwowych, członków najwyższych organów sądowych, oraz (b) osoby znane jako bliscy współpracownicy takich osób; (c) członków najbliższej rodziny takich osób (rodziców, dzieci, małżonków).

\*\*\* Nie dotyczy roszczeń z tytułu śmierci.





## W trosce o Twoje dane

### Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych (dotyczy wniosku roszczeniowego)

- Administratorem Państwa danych osobowych jest AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą przy ul. Chłodnej 51, 00-867 Warszawa (AXA, administrator).
- Państwa dane mogą być przetwarzane w celu:
  - wykonania umowy ubezpieczenia, w tym np. rozpatrzenia roszczenia z umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych w celu wykonywania umowy, a w zakresie, w jakim do wykonania umowy ubezpieczenia niezbędne jest przetwarzanie Państwa danych osobowych o stanie zdrowia (tzw. szczególne kategorie danych osobowych lub dane wrażliwe) – podstawą prawną przetwarzania danych jest Państwa zgoda, pod warunkiem że ta zgoda została przez Państwa udzielona; w razie nieudzielenia zgody dane osobowe nie są przetwarzane w tym celu;
  - wypełnienia przez administratora danych obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, o ile przepisy te będą miały zastosowanie;
  - ewentualnego dochodzenia roszczeń związanych z zawartą z Państwem umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu AXA; uzasadnionym interesem AXA jest możliwość dochodzenia przez nią roszczeń;
  - ewentualnego podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność ich przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu AXA; uzasadnionym interesem AXA jest możliwość przeciwdziałania przestępstwom i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę AXA.
- Podanie danych osobowych jest dobrowolne, niemniej jest warunkiem rozpatrzenia roszczenia. Konsekwencją niepodania danych jest niemożność oceny zasadności roszczenia.
- Państwa dane osobowe będą przechowywane odpowiednio:
  - do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub
  - do momentu realizacji prawnie usprawiedliwionego interesu AXA, lub
  - do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, o ile odpowiednie przepisy będą miały zastosowanie w Państwa przypadku.
- AXA przewiduje udostępnienie Państwa danych osobowych następującym kategoriom odbiorców:
  - podmiotom upoważnionym do udostępnienia im danych osobowych na podstawie przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r. oraz innych przepisów prawa;
  - podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie AXA, między innymi dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym, czy też agentom ubezpieczeniowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami AXA.
- Dane osobowe będą przekazywane do państwa trzeciego, którym jest Szwajcaria – na podstawie decyzji Komisji Europejskiej stwierdzającej odpowiedni stopień ochrony – Decyzja Komisji z dnia 26 lipca 2000 r. (2000/518/WE).

Mogą Państwo uzyskać kopię danych osobowych przekazywanych do państwa trzeciego, składając wniosek na formularzach dostępnych na stronie [axa.pl](http://axa.pl).
- Mają Państwo prawo do: dostępu do treści swoich danych; sprostowania danych (poprawiania); usunięcia danych osobowych\*; ograniczenia przetwarzania danych osobowych; przenoszenia danych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych. Prawa te przysługują Państwu w przypadkach i w zakresie przewidzianym przez przepisy Rozporządzenia wskazanego poniżej lub odpowiednio Ustawy. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest zgoda, mają Państwo prawo wycofania zgody. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
- Jeżeli uznają Państwo, iż przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia wskazanego poniżej lub Ustawy, mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego ochronę danych osobowych.
- Kontakt z inspektorem ochrony danych AXA możliwy jest pod adresem e-mail [inspektor@axa.pl](mailto:inspektor@axa.pl).



#### Ważne:

Treści oznaczone gwiazdką (\*) odnoszą się odpowiednio do uprawnień, które można wykonywać od dnia 25 maja 2018 r., bądź do podstawy prawnej, która będzie miała zastosowanie od tego dnia.

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Rozporządzenie) ma zastosowanie od dnia 25 maja 2018 r.

Do dnia 25 maja 2018 r. podstawą przetwarzania danych osobowych są odpowiednie przepisy ustawy o ochronie danych osobowych, tj. z dnia 13 czerwca 2016 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 922) – powoływanej powyżej jako Ustawa.







# Formularz

## odstąpienia od ubezpieczenia / wypowiedzenia ubezpieczenia / rezygnacji z ubezpieczenia

Wypełnić wyłącznie oświadczenie dotyczące właściwego pakietu.

Dane osobowe do uzupełnienia w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia Pakiet Medyczny lub Pakiet Ochronny	Dane osobowe do uzupełnienia w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia Pakiet Zdrowie lub Pakiet Życie
<p>Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że odstępuję od /rezygnuję z ubezpieczenia, którym zostałem/-am objęty/-a jako Pożyczkobiorca wskazanej poniżej umowy pożyczki.</p> <p>Prosimy zaznaczyć X przy danym typie ubezpieczenia, którego dotyczy odstąpienie/rezygnacja.</p> <p><input type="checkbox"/> Pakiet Medyczny*    <input type="checkbox"/> Pakiet Ochronny*</p> <hr/> <p>Imię Ubezpieczonego</p> <hr/> <p>Nazwisko Ubezpieczonego</p> <hr/> <p>PESEL</p> <hr/> <p>Numer umowy pożyczki konsumenckiej</p>	<p>Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że odstępuję od ubezpieczenia / wypowiadam wskazane poniżej ubezpieczenie.</p> <p>Prosimy zaznaczyć X przy danym typie ubezpieczenia, którego dotyczy odstąpienie/wypowiedzenie/rezygnacja.</p> <p><input type="checkbox"/> Pakiet Zdrowie*    <input type="checkbox"/> Pakiet Życie*</p> <hr/> <p>Imię Ubezpieczonego</p> <hr/> <p>Nazwisko Ubezpieczonego</p> <hr/> <p>PESEL</p> <hr/> <p>Numer Wnioskopolisy</p>

W przypadku złożenia niniejszego oświadczenia w terminie 30 dni (z zastrzeżeniem że w odniesieniu do Klientów, którzy zawarli umowę pożyczki konsumenckiej i skorzystali ze specjalnej oferty produktowej/promocji „Za 0 w miesiąc” oraz jednocześnie skorzystali z uprawnień wprowadzonego aneksem do umowy pożyczki konsumenckiej/regulaminem promocji, tj. faktycznie skorzystali z oferty, termin ten wynosi 60 dni) odpowiednio od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub zawarcia umowy ubezpieczenia jest ono skuteczne jako **odstąpienie od ubezpieczenia (wszystkie pakiety w ramach ubezpieczenia)**. W przypadku odstąpienia od ubezpieczenia, Ubezpieczającemu/Ubezpieczonemu przysługuje zwrot zapłaconej składki ubezpieczeniowej.

W przypadku złożenia niniejszego oświadczenia po upływie 30 dni (z zastrzeżeniem że w odniesieniu do Klientów, którzy zawarli umowę pożyczki konsumenckiej i skorzystali ze specjalnej oferty produktowej/promocji „Za 0 w miesiąc” oraz jednocześnie skorzystali z uprawnień wprowadzonego aneksem do umowy pożyczki konsumenckiej/regulaminem promocji, tj. faktycznie skorzystali z oferty, termin ten wynosi 60 dni) odpowiednio od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub zawarcia umowy ubezpieczenia jest ono skuteczne jako **wypowiedzenie ubezpieczenia (Pakiet Zdrowie oraz Pakiet Życie) albo rezygnacja z ubezpieczenia (Pakiet Medyczny oraz Pakiet Ochronny)**. W przypadku wypowiedzenia/rezygnacji z ubezpieczenia Ubezpieczającemu/Ubezpieczonemu przysługuje zwrot zapłaconej składki ubezpieczeniowej należnej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Niniejszym upoważniam Provident Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Inflanckiej 4A do odbioru w moim imieniu od Ubezpieczyciela oferującego ubezpieczenie, którego niniejsze oświadczenie dotyczy, należnego mi w wyniku odstąpienia od umowy ubezpieczenia / wypowiedzenia umowy ubezpieczenia / rezygnacji z umowy ubezpieczenia zwrotu składki ubezpieczeniowej.

W przypadku gdy niniejsze odstąpienie od ubezpieczenia ma miejsce jednocześnie z odstąpieniem od umowy pożyczki konsumenckiej zawartej z Provident Polska S.A. (dalej: Pożyczkodawca) lub skorzystaniem ze specjalnej oferty produktowej/promocji „Za 0 w miesiąc”, upoważniam Provident Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Inflanckiej 4A do zaliczenia kwoty składki ubezpieczeniowej zwróconej przez Ubezpieczyciela, którego niniejsze oświadczenie dotyczy, na poczet spłaty (zwrotu Pożyczkodawcy) udostępnionej mi całkowitej kwoty pożyczki wypłaconej mi na podstawie przedmiotowej umowy pożyczki konsumenckiej.

W pozostałych przypadkach Provident Polska S.A. przekaże należny zwrot składki ubezpieczeniowej bezpośrednio Ubezpieczającemu (Pakiet Zdrowie oraz Pakiet Życie) / Ubezpieczonemu (Pakiet Medyczny oraz Pakiet Ochronny).

Miejscowość \_\_\_\_\_ Data   D  D  M  M  R  R  R  R   \_\_\_\_\_ Podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego \_\_\_\_\_

\* Podane nazwy odnoszą się do następujących produktów ubezpieczeniowych w ofercie Provident Polska S.A.:

Pakiet Medyczny – grupowe ubezpieczenie Pakiet Medyczny (AXA Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51)

Pakiet Ochronny – grupowe ubezpieczenie na życie Pakiet Ochronny (MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Przemysłowej 26)

Pakiet Zdrowie – ubezpieczenie Pakiet Zdrowie dla Klientów Providenta (AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51)

Pakiet Życie – ubezpieczenie Pakiet Życie dla Klientów Providenta (AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51)







AXA jest światowym liderem  
w ubezpieczeniach i zarządzaniu aktywami.  
W Polsce AXA jest obecna od 2006 roku.  
Oferuje ubezpieczenia na życie, inwestycyjne,  
wypadkowe, komunikacyjne, turystyczne,  
majątkowe, otwarty fundusz emerytalny  
oraz usługi zarządzania aktywami.

**axa.pl**

AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.  
ul. Chłodna 51  
00-867 Warszawa  
Polska  
+48 22 555 05 06  
801 200 200