



więcej / niż standard

ubezpieczenia

indeks PEPRU/16/08/01

Ogólne warunki

ubezpieczenia dodatkowego na wypadek rozpoznania nowotworu
u Ubezpieczonego – Pomoc na Raka (wariant uzupełniający)

Formularz do Ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego na wypadek rozpoznania nowotworu
u Ubezpieczonego – Pomoc na Raka (wariant uzupełniający) – indeks PEPRU/16/08/01

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	§ 2 § 10 ust. 1 § 13 ust. 1, 2 i 3 § 14 ust. 1, 2, 3, 4 i 5 § 15 § 16 ust. 1, 2, 3 i 4 § 17 ust. 1, 2, 3 i 4 § 22 Załącznik nr 1 – Katalog świadczeń ambulatoryjnych Załącznik nr 2 – Katalog świadczeń assistance
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 3 § 6 § 7 ust. 1 § 14 ust. 7 § 16 ust. 7 § 18

Pamiętaj, że:

- przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia lub
 - ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
- mogą być wskazane również w umowie podstawowej.

Ubezpieczony

§ 1

Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy dodatkowej ukończył 18. rok życia i nie ukończył 61. roku życia.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) świadczenie okresowe w przypadku rozpoznania u Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu;
 - 2) organizację i pokrycie kosztów ambulatoryjnych świadczeń medycznych realizowanych w okresie 24 miesięcy od daty potwierdzenia przez Towarzystwo rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego, które to rozpoznanie nastąpiło w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) assistance medyczny realizowany w okresie 24 miesięcy od daty potwierdzenia przez Towarzystwo rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego, które to rozpoznanie nastąpiło w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 4) Drugą Opinię Medyczną oraz pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia, o których realizację wystąpił Ubezpieczony w okresie 24 miesięcy od daty potwierdzenia przez Towarzystwo rozpoznania nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu u Ubezpieczonego, które to rozpoznanie nastąpiło w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Umowa dodatkowa

§ 3

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 1 roku, licząc od daty rozpoczęcia ochrony.
2. Jeżeli umowa dodatkowa zawierana jest z inną datą niż umowa podstawowa lub rocznica polisy, okres obowiązywania umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 1, zostaje wydłużony o liczbę pełnych miesięcy pozostałych do najbliższej rocznicy polisy.
3. Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na kolejne roczne okresy (zgodnie z § 4), nie dłużej jednak niż do rocznicy polisy, w której Ubezpieczony osiągnie wiek 65 lat.
4. Umowa nie ulegnie przedłużeniu, jeżeli Ubezpieczający na 1 miesiąc przed upływem okresu, o którym mowa w ust. 1–3, złoży pisemne oświadczenie o nieprzedłużaniu umowy dodatkowej.

Przedłużenie umowy dodatkowej

§ 4

1. Na 1 miesiąc przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa dodatkowa, Towarzystwo proponuje Ubezpieczającemu warunki przedłużenia umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczający ma prawo w terminie 14 dni od otrzymania takiej propozycji złożyć Towarzystwu oświadczenie, że nie wyraża na nią zgody. W takim przypadku umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu z upływem okresu, na jaki została zawarta.
3. Jeżeli w terminie 14 dni od otrzymania takiej propozycji Ubezpieczający nie złoży Towarzystwu oświadczenia, o którym mowa w ust. 2, Strony umowy dodatkowej uznają, że umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na kolejny okres na zaproponowanych przez Towarzystwo warunkach.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 5

1. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało we wniosku o zawarcie umowy dodatkowej albo przed zawarciem umowy

dodatkowej w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo umowy dodatkowej mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

2. W razie zawarcia umowy dodatkowej na cudzy rachunek obowiązki określone w niniejszym paragrafie spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym.
3. W przypadku ujawnienia, że przed objęciem ochroną ubezpieczeniową podano wiadomości nieprawdziwe, a zwłaszcza zatajona została choroba Ubezpieczonego, Towarzystwo, w okresie pierwszych trzech lat od daty zawarcia umowy dodatkowej nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości.
4. Powyższe postanowienia stosuje się także przy podwyższeniu sumy ubezpieczenia – w zakresie, w jakim suma ubezpieczenia została podwyższona.

Treść umowy dodatkowej

§ 6

Treść umowy dodatkowej określają OWUD oraz dokument ubezpieczenia, a w zakresie nieuregulowanym – postanowienia umowy podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 7

1. Do ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie umowy dodatkowej mają odpowiednie zastosowanie postanowienia dotyczące ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie umowy podstawowej, z zastrzeżeniem że zawieszenie opłacania składki regularnej na wniosek Ubezpieczającego powoduje zawieszenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania umowy podstawowej lub dodatkowej;
 - 2) odstąpienia od umowy podstawowej lub dodatkowej.

Wysokość i zmiana sum ubezpieczenia

§ 8

1. Sumę ubezpieczenia z tytułu świadczenia okresowego stanowi kwota określona w dokumencie ubezpieczenia, która jest podstawą do ustalenia wysokości świadczenia okresowego.
2. Sumę ubezpieczenia z tytułu świadczeń ambulatoryjnych stanowi kwota określona w dokumencie ubezpieczenia.
3. Sumę ubezpieczenia z tytułu świadczeń assistance medycznego stanowi kwota określona w dokumencie ubezpieczenia.
4. Do zmiany sum ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej mają odpowiednie zastosowanie postanowienia umowy podstawowej.

Składka z tytułu umowy dodatkowej

§ 9

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 2, wysokość składki dodatkowej ochronnej ustalana jest na podstawie wysokości sum ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego i informacji o ryzyku ubezpieczeniowym zawartych we wniosku ubezpieczeniowym oraz innych dokumentach przekazanych Towarzystwu.
2. W każdej rocznicy polisy wysokość składki dodatkowej ochronnej ustalana jest na podstawie wieku Ubezpieczonego aktualnego na ten dzień. O wysokości składki dodatkowej ochronnej Towarzystwo informuje Ubezpieczającego w trybie wskazanym w § 4.

Świadczenia ubezpieczeniowe

Świadczenie okresowe

§ 10

1. W przypadku rozpoznania u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu, w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, Ubezpieczony nabywa prawa do świadczenia okresowego na zasadach opisanych poniżej.
2. Świadczenie okresowe, w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu świadczenia okresowego, wypłacane jest Ubezpieczonemu przez 12 kolejnych miesięcy z częstotliwością miesięczną i należne jest za miesiące kalendarzowe, rozpoczynając od miesiąca kalendarzowego, w którym Towarzystwo potwierdziło rozpoznanie u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu, jednak nie dłużej niż do miesiąca kalendarzowego, w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego.

Wypłata świadczenia okresowego

§ 11

1. Świadczenie okresowe za pierwszy miesiąc kalendarzowy wypłacane jest w terminie 21 dni od dnia otrzymania przez Towarzystwo zawiadomienia o rozpoznaniu u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu.
2. Świadczenie okresowe za kolejne miesiące kalendarzowe wypłacane jest w terminie do końca każdego miesiąca kalendarzowego, za który jest należne.
3. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazałoby się niemożliwe w terminie, o którym mowa w ust. 1, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaci w terminie przewidzianym w ust. 1.

Dokumenty potrzebne do wypłaty świadczenia okresowego

§ 12

Podstawą wypłaty świadczenia okresowego za pierwszy miesiąc kalendarzowy jest przedstawienie przez osobę uprawnioną dokumentów, o których mowa w § 30 ust. 2 i 3 OWU.

Ambulatoryjne świadczenia medyczne

§ 13

1. W przypadku potwierdzenia przez Towarzystwo rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego, które to rozpoznanie nastąpiło w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczonemu przysługuje prawo do korzystania z ambulatoryjnych świadczeń medycznych.
2. Zakres ambulatoryjnych świadczeń medycznych przysługujący Ubezpieczonemu określony jest w katalogu świadczeń ambulatoryjnych stanowiącym Załącznik nr 1 do OWUD.
3. Towarzystwo organizuje i pokrywa koszty świadczeń, o których mowa w ust. 2, realizowanych w okresie 24 miesięcy od daty potwierdzenia przez Towarzystwo rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego, które to rozpoznanie nastąpiło w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, do wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu ambulatoryjnych świadczeń medycznych.
4. Ambulatoryjne świadczenia medyczne realizowane są przez placówki medyczne należące do sieci partnera medycznego, których aktualny wykaz znajduje się na stronie www.axa.pl. Informacje o aktualnym wykazie placówek medycznych, należących do sieci partnera medycznego, Ubezpieczony może uzyskać także na infolinii medycznej udostępnionej mu niezwłocznie po przyznaniu prawa do wypłaty świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu.
5. W celu ustalenia miejsca i terminu realizacji ambulatoryjnego świadczenia medycznego Ubezpieczony zobowiązany jest zadzwonić na infolinię

medyczną oraz uzgodnić z konsultantem miejsce i termin realizacji świadczenia w placówce medycznej należącej do sieci partnera medycznego.

6. W celu skorzystania z ambulatoryjnego świadczenia medycznego Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) w uzgodnionym terminie zgłosić się do wskazanej przez partnera medycznego placówki medycznej;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od pracowników placówki medycznej.

Assistance medyczny

§ 14

1. W przypadku potwierdzenia przez Towarzystwo rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego, które to rozpoznanie nastąpiło w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczonemu przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń assistance medycznego. Prawo dostępu do infolinii medycznej assistance przysługuje Ubezpieczonemu od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
2. Zakres świadczeń assistance medycznego przysługujący Ubezpieczonemu określony jest w katalogu świadczeń assistance stanowiącym Załącznik nr 2 do OWUD. Świadczenia assistance medycznego realizowane są wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
3. Towarzystwo organizuje i pokrywa koszty świadczeń, o których mowa w ust. 2, do wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu świadczeń assistance medycznego, w okresie 24 miesięcy od daty potwierdzenia przez Towarzystwo rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego, które to rozpoznanie nastąpiło w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
4. W celu uzyskania zgody Towarzystwa na realizację świadczenia assistance medycznego Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) zadzwonić na infolinię medyczną assistance, której numer podany jest w dokumentacji ubezpieczeniowej, i podać wszelkie dostępne informacje potrzebne do udzielenia należytej pomocy z zakresu świadczeń assistance, a w szczególności:
 - a) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - b) PESEL lub datę urodzenia Ubezpieczonego,
 - c) krótki opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
 - d) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
 - e) inne informacje niezbędne do zorganizowania świadczenia assistance medycznego;
 - 2) postępować zgodnie z poleceniami i wskazówkami konsultanta infolinii medycznej assistance.
5. Ubezpieczony zobowiązany jest, zgodnie z dyspozycją konsultanta infolinii medycznej assistance, dostarczyć wskazane przez niego dokumenty niezbędne do ustalenia prawa do świadczenia assistance medycznego oraz jego realizacji.
6. W terminie 24 godzin od momentu dostarczenia przez Ubezpieczonego dokumentów, o których mowa w ust. 5, konsultant infolinii medycznej assistance skontaktuje się telefonicznie z Ubezpieczonym i poinformuje go o udzieleniu lub odmowie udzielenia zgody na realizację świadczenia.
7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wszelkich kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez porozumienia z konsultantem infolinii medycznej assistance i jest zwolnione z obowiązku zwrotu takich kosztów, chyba że skontaktowanie się z infolinią medyczną assistance w sposób wskazany w ust. 4 było niemożliwe z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego.

Druga Opinia Medyczna oraz pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia

§ 15

W przypadku potwierdzenia przez Towarzystwo rozpoznania u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu, które to rozpoznanie nastąpiło w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo, za pośrednictwem partnera medycznego, organizuje lub pokryje koszty następujących świadczeń:

- 1) Drugiej Opinii Medycznej;
- 2) pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia.

Druga Opinia Medyczna

§ 16

1. Świadczenie ubezpieczeniowe polega na organizacji procesu sporządzenia i pokryciu kosztów sporządzenia przez eksperta medycznego Drugiej Opinii Medycznej.
2. Organizacja procesu sporządzenia Drugiej Opinii Medycznej przez Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego polega na podjęciu następujących czynności:
 - 1) udzieleniu Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej umożliwiającej wydanie Drugiej Opinii Medycznej;
 - 2) zapewnieniu tłumaczenia dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia Ubezpieczonego niezbędnej do wydania Drugiej Opinii Medycznej;
 - 3) przekazaniu przetłumaczonej dokumentacji medycznej ekspertowi medycznemu;
 - 4) zapewnieniu wydania przez eksperta medycznego Drugiej Opinii Medycznej;
 - 5) przetłumaczeniu Drugiej Opinii Medycznej na język polski;
 - 6) udostępnieniu Drugiej Opinii Medycznej Ubezpieczonemu.
3. W celu uzyskania świadczenia Drugiej Opinii Medycznej Ubezpieczony zobowiązany jest do przekazania partnerowi medycznemu:
 - 1) formularza zgłoszenia niezbędnego do sporządzenia Drugiej Opinii Medycznej, udostępnionego przez Towarzystwo lub partnera medycznego;
 - 2) dokumentacji medycznej umożliwiającej wydanie Drugiej Opinii Medycznej.
4. Jeżeli zgodnie z opinią eksperta medycznego zachodzi konieczność uzupełnienia dokumentacji medycznej złożonej przez Ubezpieczonego lub sporządzenia opinii medycznej, 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.
5. Druga Opinia Medyczna realizowana jest przy wykorzystaniu metod komunikacji, które nie obejmują bezpośrednich konsultacji ani żadnych innych bezpośrednich kontaktów pomiędzy Ubezpieczonym a ekspertem medycznym.
6. Druga Opinia Medyczna zostanie sporządzona i przesłana Ubezpieczonemu w terminie 30 dni od daty dostarczenia partnerowi medycznemu dokumentów, o których mowa w ust. 3. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. Druga Opinia Medyczna nie ma wartości dowodu sądowego. Towarzystwo i partner medyczny nie ponoszą odpowiedzialności za skutki interpretacji informacji zawartych w Drugiej Opinii Medycznej ani jakichkolwiek działań lub zaniechania działania w oparciu o te interpretacje.
 11. Treść Drugiej Opinii Medycznej uzależniona jest od prawdziwości i jakości dostarczonych informacji.
 12. Koszty dostarczenia do partnera medycznego dokumentacji medycznej obciążają Ubezpieczonego.

Pomoc w planowaniu leczenia

§ 17

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 w 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.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 18

1. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje chorób wskazanych w § 22 pkt 13) jako nowotwór:
 - 1) które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono w okresie 10 lat poprzedzających datę rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej

lub przed upływem 3 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej;

- 2) których objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono w okresie 10 lat poprzedzających datę rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe z tytułu umowy dodatkowej nie zostaną wypłacone w przypadku, gdy wskazany w rozpoznaniu nowotwór jest następstwem:
 - 1) niezaleconego przez lekarza zażycia przez Ubezpieczonego leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych;
 - 2) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego;
 - 3) działań wojennych, zbrojnych albo świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach, chyba że jego udział w tych aktach lub zamieszkach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej.
3. Towarzystwo nie ponosi także odpowiedzialności z tytułu wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV w momencie rozpoznania u Ubezpieczonego nowotworu.

Odstąpienie od umowy dodatkowej

§ 19

Do odstąpienia od umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia dotyczące umowy podstawowej, z zastrzeżeniem że w przypadku odstąpienia od umowy dodatkowej Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu składkę dodatkową ochronną, pomniejszoną o kwotę odpowiadającą składce należnej za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 20

Do wypowiedzenia umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia dotyczące umowy podstawowej.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 21

1. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - 1) z upływem okresu, na jaki została zawarta;
 - 2) z dniem przyznania Ubezpieczonemu prawa do świadczenia okresowego;
 - 3) z dniem złożenia przez Ubezpieczającego wypowiedzenia umowy dodatkowej lub z późniejszym dniem, wskazanym przez Ubezpieczającego w oświadczeniu o wypowiedzeniu umowy dodatkowej;
 - 4) z dniem przejścia przez Towarzystwo obowiązku opłacania składek należnych z tytułu umowy ubezpieczenia zgodnie z Ogólnymi warunkami ubezpieczenia dodatkowego przejścia opłacania składek na wypadek niezdolności Ubezpieczonego do pracy;
 - 5) z dniem zakończenia okresu prolongaty, jeżeli Ubezpieczający, pomimo wezwania do zapłaty, nie opłacił zaległych składek regularnych z tytułu umowy dodatkowej w terminie wskazanym w wezwaniu, nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania wezwania;
 - 6) z dniem rozwiązania lub odstąpienia od umowy podstawowej.
2. Jeżeli umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu przed upływem okresu, za który została opłacona składka dodatkowa ochronna, Towarzystwo dokona zwrotu składki dodatkowej ochronnej za niewykorzystany okres ochrony.

Definicje

§ 22

- 1) **cykl chemioterapii** – systemowe leczenie przeciwnowotworowe polegające na podawaniu odpowiednich leków przeciwnowotworowych w celu radykalnego leczenia nowotworu wskazanego w rozpoznaniu, zgodnie z ustalonym przez lekarza chemioterapeutę, onkologa lub hematologa trybem leczenia;

- 2) **cykl radioterapii** – leczenie przeciwnowotworowe polegające na kontrolowanym zastosowaniu promieniowania jonizującego w celu radykalnego leczenia nowotworu wskazanego w rozpoznaniu, zgodnie z ustalonym przez lekarza radioterapeutę, onkologa lub hematologa trybem leczenia;
- 3) **Druga Opinia Medyczna** – pisemna opinia dotycząca diagnozy, stanu zdrowia i leczenia Ubezpieczonego, sporządzona przez eksperta medycznego;
- 4) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego lub dziecko jego współmałżonka, które nie ukończyło 18. roku życia i zamieszkuje z Ubezpieczonym w miejscu zamieszkania;
- 5) **ekspert medyczny** – działający poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lekarz, wyznaczony przez partnera medycznego do współpracy w celu sporządzenia drugiej opinii medycznej, którego specjalność oraz doświadczenie odpowiadają specyfice stanu zdrowia Ubezpieczonego;
- 6) **hospitalizacja** – leczenie w szpitalu trwające nieprzerwanie 24 godziny;
- 7) **ICD-10** – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych publikowana przez Światową Organizację Zdrowia;
- 8) **lekarz partnera medycznego** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z prawem polskim, wskazana przez partnera medycznego i uprawniona do występowania w imieniu partnera medycznego;
- 9) **lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad Ubezpieczonym z ramienia placówki medycznej, w której Ubezpieczony poddał się leczeniu;
- 10) **miejsce pobytu** – miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w którym Ubezpieczony przebywa tymczasowo;
- 11) **miejsce zamieszkania** – miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazane przez Ubezpieczonego jako miejsce, w którym przebywa z zamiarem stałego pobytu;
- 12) **niezłośliwy guz mózgu** – guz mózgu zakwalifikowany według ICD-10 do kategorii D33, który nie jest złośliwy, potwierdzony przez lekarza neurologa lub lekarza neurochirurga, wymagający usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwały ubytek neurologiczny. zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
 - krwakiów,
 - ziarniaków,
 - cyst,
 - guzów szyszynki lub przysadki mózgowej,
 - malformacji naczyń mózgowych,
 - tętniaków;
- 13) **nowotwór** – oznacza nowotwór złośliwy, niezłośliwego guza mózgu lub raka in situ;
- 14) **nowotwór złośliwy** – choroba zakwalifikowana według ICD-10 w dziale „Nowotwory złośliwe” (C00-C97), charakteryzująca się niekontrolowanym wzrostem komórek nowotworowych z możliwością naciekania zdrowych tkanek i zdolnością do tworzenia odległych przerzutów; rozpoznanie nowotworu złośliwego musi zostać potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego przeprowadzonego przez lekarza patomorfologa; za datę zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się datę wyniku badania histopatologicznego potwierdzającego rozpoznanie; zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
 - nowotworów złośliwych skóry (C44 wg ICD-10),
 - czerniaka złośliwego (C43 wg ICD-10) w stopniu zaawansowania równym lub niższym niż 1A,
 - nowotworów złośliwych gruczołu krokowego (C61 wg ICD-10) w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2NOMO lub poniżej 6 punktów w skali Gleasona,
 - nowotworów złośliwych pęcherza moczowego (C67 wg ICD-10) w stopniu zaawansowania Tis oraz Ta,
 - nowotworów złośliwych tarczycy (C73 wg ICD-10) o średnicy poniżej 2 cm oraz w stopniu zaawansowania T1NOMO,
 - przewlekłej białaczki limfatycznej (C91 wg ICD-10) w stopniu A (wg klasyfikacji Bineta),
 - dysplazji,
 - wszelkich zmian przedrakowych;

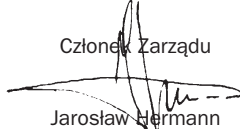
- 15) osoba bliska** – osoba pozostająca z Ubezpieczonym, w momencie realizacji świadczenia assistance medycznego, we wspólnym gospodarstwie domowym znajdującym się w miejscu zamieszkania, będąca dla Ubezpieczonego:
- współmałżonkiem lub osobą pozostającą z nim w trwałym wspólnym pożyciu,
 - dzieckiem,
 - rodzicem, przysposabiającym, rodzicem jego współmałżonka, ojczymem lub macochą,
 - rodzeństwem, wnukiem, dziadkiem, babcią, małżonkiem dziecka;
- 16) osoba niesamodzielna** – osoba bliska, która ze względu na podeszły wiek, zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb życiowych i wymaga stałej lub długotrwałej opieki oraz pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji;
- 17) partner medyczny** – podmiot współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w ramach umowy dodatkowej;
- 18) placówka medyczna** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa podmiot leczniczy, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodziennej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za placówkę medyczną nie uważa się: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień w szczególności od: alkoholu, narkotyków lub leków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa;
- 19) rak in situ (carcinoma in situ)** – choroba zakwalifikowana według ICD-10 w rozdziale „Nowotwory in situ” (D00-D09), polegająca na ogniskowym, miejscowym rozroście komórek nowotworowych, który nie przekroczył błony podstawnej nabłonka, z którego się wywodzi, i nie doprowadził do inwazji na tkanki otaczające; rozpoznanie musi zostać potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego przeprowadzonego przez lekarza patomorfologa;
- zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
- raka in situ skóry (D04 wg ICD-10),
 - czerniaka in situ (D03 wg ICD-10),
 - raka in situ tarczycy (D09.3 wg ICD-10), który nie jest leczony chirurgicznie,
 - raka in situ pęcherza moczowego (D09.0 wg ICD-10);

- 20) rozpoznanie** – rozpoznanie nowotworu objętego zakresem ochrony ubezpieczeniowej, udokumentowane wynikiem badania histopatologicznego przeprowadzonego przez lekarza patomorfologa, a w przypadku niezłośliwego guza mózgu potwierdzone przez lekarza neurologa lub neurochirurga; za datę rozpoznania nowotworu złośliwego oraz raka in situ przyjmuje się datę wyniku badania histopatologicznego potwierdzającego rozpoznanie; w przypadku niezłośliwego guza mózgu za datę rozpoznania przyjmuje się datę wskazaną w dokumentacji medycznej potwierdzającej w sposób jednoznaczny rozpoznanie niezłośliwego guza mózgu;
- 21) sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji, który umożliwia Ubezpieczonemu samodzielne funkcjonowanie;
- 22) szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka, oddziału i pododdziału szpitalnego leczenia nerwic, ośrodka leczenia uzależnień, w szczególności od: alkoholu, narkotyków lub leków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala rehabilitacji, oddziału i ośrodka rehabilitacji.

Postanowienia końcowe

§ 23

Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego – Pomoc na Raka (wariant uzupełniający) zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/21/07/2016 z dnia 21 lipca 2016 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawartych od dnia 1 września 2016 r.

Członek Zarządu

Jarosław Hermann

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Załącznik nr 1

do Ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego na wypadek rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego – Pomoc na Raka (wariant uzupełniający)

Katalog świadczeń ambulatoryjnych

Badania

Badania wykonywane są na podstawie skierowania od lekarza.

Badania objęte zakresem świadczeń:

- 1) badanie PET;
- 2) badania laboratoryjne:
 - a) hematologiczne,
 - b) krzepliwości,
 - c) biochemiczne i enzymatyczne,
 - d) immunologiczne,
 - e) badanie moczu i kału,
 - f) badania serologiczne,
 - g) hormonalne i metaboliczne,
 - h) mikrobiologiczne,
 - i) markery nowotworowe,
 - j) badania cytologiczne;
- 3) biopsje i badania endoskopowe,
- 4) badania radiologiczne z kontrastem lub bez;
- 5) tomografia komputerowa z kontrastem lub bez;
- 6) rezonans magnetyczny z kontrastem lub bez;
- 7) ultrasonografia.

Konsultacje lekarzy specjalistów

Konsultacje specjalistyczne nie wymagają skierowania od lekarza.

Zakres świadczeń obejmuje konsultacje takich lekarzy specjalistów, jak:

- 1) anestezjolog;
- 2) neurochirurg;
- 3) hematolog;
- 4) ginekolog-endokrynolog;
- 5) endokrynolog;
- 6) reumatolog;
- 7) pulmonolog;
- 8) onkolog;
- 9) neurolog;
- 10) kardiolog;
- 11) gastrolog;
- 12) nefrolog;
- 13) diabetolog;
- 14) psycholog;
- 15) chirurg onkolog;
- 16) chirurg naczyniowy;
- 17) alergolog;
- 18) ginekolog;
- 19) otolaryngolog;
- 20) okulista;
- 21) chirurg ogólny;
- 22) dermatolog.

Załącznik nr 2

do Ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego na wypadek rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego – Pomoc na Raka (wariant uzupełniający)

Katalog świadczeń assistance

Infolinia medyczna assistance

1. Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego zapewnia Ubezpieczonemu możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem infolinii medycznej assistance pod numerem +48 22 575 92 83, 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 leczenia zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki uniwersytetów medycznych) znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 11) aptek znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów;
 - 12) placówek opieki społecznej i hospicjów;
 - 13) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny.
2. Informacje, o których mowa powyżej, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa żądania roszczeń wobec partnera medycznego lub Towarzystwa.

Transport medyczny z miejsca pobytu do placówki medycznej

W przypadku gdy w następstwie rozpoznania nowotworu zaistniała konieczność przewiezienia Ubezpieczonego do placówki medycznej, Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną z miejsca jego pobytu do placówki medycznej środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego. O wyborze środka transportu decyduje lekarz partnera medycznego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.

Transport medyczny z placówki medycznej do miejsca pobytu

W przypadku gdy w następstwie rozpoznania nowotworu zaistniała konieczność przewiezienia Ubezpieczonego z placówki medycznej do miejsca pobytu, Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną z placówki medycznej do miejsca pobytu środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego.

O wyborze środka transportu decyduje lekarz partnera medycznego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.

Transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi

W przypadku gdy placówka medyczna, w której na skutek rozpoznania nowotworu przebywa Ubezpieczony, nie zapewnia opieki medycznej dostosowanej do stanu jego zdrowia lub jest on skierowany na zabieg lub badania lekarskie do innej placówki medycznej, Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną pomiędzy placówkami medycznymi. Świadczenie realizowane jest na piśmie na zalecenie lekarza prowadzącego, po konsultacji z lekarzem partnera medycznego, i odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego. W przypadku gdy Ubezpieczony jest skierowany do innej placówki medycznej jedynie na zabiegi lub badania, świadczenie obejmuje również transport powrotny do placówki medycznej, w której Ubezpieczony jest leczony.

Transport do lub z placówki medycznej na cykl chemioterapii lub cykl radioterapii

Jeżeli w następstwie rozpoznania nowotworu Ubezpieczony został skierowany na cykl chemioterapii lub cykl radioterapii, a żadna z osób bliskich nie może towarzyszyć mu w drodze do lub z placówki medycznej, Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego organizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego z miejsca pobytu do odpowiedniej placówki medycznej lub z placówki medycznej do miejsca pobytu.

Opieka pielęgniarska w miejscu pobytu

Jeżeli w następstwie rozpoznania nowotworu, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego, Ubezpieczony wymaga opieki pielęgniarskiej w miejscu swojego pobytu (z wyłączeniem pobytu w placówkach medycznych), Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdu oraz honorarium pielęgniarki w celu zapewnienia Ubezpieczonemu opieki pielęgniarskiej w miejscu pobytu w zakresie zaleconym przez lekarza prowadzącego. Zakres świadczenia nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu: żywności, leków, środków medycznych lub materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej. Koszty, o których mowa w zdaniu poprzednim, pokrywa Ubezpieczony.

Opieka domowa po hospitalizacji

1. Jeżeli w następstwie rozpoznania nowotworu Ubezpieczony był hospitalizowany, a po zakończonej hospitalizacji, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego lub zaleceniem lekarza partnera medycznego wydanym na podstawie dokumentacji medycznej, konieczne jest zapewnienie Ubezpieczonemu pomocy w miejscu jego pobytu, Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego zapewnia Ubezpieczonemu zorganizowanie opieki nad Ubezpieczonym i pokrycie kosztów honorarium oraz dojazdu osoby wyznaczonej do pełnienia opieki nad Ubezpieczonym w miejscu pobytu, w następującym zakresie:

- 1) zakupy artykułów spożywczych pierwszej potrzeby;
- 2) codzienne porządki domowe;
- 3) dostawa oraz przygotowanie posiłków;
- 4) opieka nad zwierzętami domowymi, przez które rozumie się kota należącego do ras domowych lub psa, z wyłączeniem ras uznanych za agresywne zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa;
- 5) podlewanie kwiatów.

2. Niniejsze świadczenie przysługuje jedynie w przypadku, gdy w miejscu pobytu Ubezpieczonego nie ma osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić.

3. Zakres świadczenia obejmuje wyłącznie dostawę wyżej wskazanych artykułów bez kosztów samych produktów, które pokrywa Ubezpieczony.

Opieka domowa po cyklu chemioterapii lub cyklu radioterapii

1. Jeżeli w następstwie rozpoznania nowotworu Ubezpieczony odbył cykl chemioterapii lub cykl radioterapii i po zakończonym cyklu chemioterapii lub cyklu radioterapii, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego lub zaleceniem lekarza partnera medycznego wydanym na

podstawie dokumentacji medycznej, konieczne jest zapewnienie Ubezpieczonemu pomocy w miejscu pobytu, Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego zapewnia Ubezpieczonemu zorganizowanie opieki nad Ubezpieczonym i pokrycie kosztów honorarium oraz dojazdu osoby wyznaczonej do pełnienia opieki nad Ubezpieczonym w miejscu pobytu, w następującym zakresie:

- 1) zakupy artykułów spożywczych pierwszej potrzeby;
 - 2) codzienne porządki domowe;
 - 3) dostawa oraz przygotowanie posiłków;
 - 4) opieka nad zwierzętami domowymi, przez które rozumie się kota należącego do ras domowych lub psa, z wyłączeniem ras uznanych za agresywne zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa;
 - 5) podlewanie kwiatów.
2. Niniejsze świadczenie przysługuje jedynie w przypadku, gdy w miejscu pobytu Ubezpieczonego nie ma osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić.
3. Zakres świadczenia obejmuje wyłącznie dostawę wyżej wskazanych artykułów bez kosztów samych produktów, które pokrywa Ubezpieczony.

Dostarczenie lekarstw

1. Jeżeli w następstwie rozpoznania nowotworu Ubezpieczonemu zostały zaordynowane leki przez lekarza prowadzącego i zgodnie z jego pisemnym zaleceniem lub zaleceniem lekarza partnera medycznego wydanym na podstawie dokumentacji medycznej Ubezpieczony nie może opuścić miejsca pobytu (z wyłączeniem pobytu w placówkach medycznych), Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego organizuje zakup i pokryje koszty dostarczenia do Ubezpieczonego leków przepisanych przez lekarza prowadzącego.

2. Niniejsze świadczenie przysługuje jedynie w przypadku, gdy w miejscu pobytu Ubezpieczonego nie ma osoby, która mogłaby zapewnić Ubezpieczonemu taką pomoc.

3. Koszt leków pokrywa Ubezpieczony. W celu realizacji świadczenia należy udostępnić przedstawicielowi partnera medycznego receptę niezbędną do wykupienia leku.

Rehabilitacja

Jeżeli w następstwie rozpoznania nowotworu Ubezpieczony wymaga rehabilitacji, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego, Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego organizuje i pokryje koszty jednego z poniższych świadczeń:

- 1) wizyt fizjoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego (z wyłączeniem pobytu w placówkach medycznych) albo
- 2) transportu oraz wizyt Ubezpieczonego w poradni rehabilitacyjnej znajdującej się w najbliższej odległości od miejsca pobytu Ubezpieczonego.

W przypadku transportu do poradni rehabilitacyjnej o wyborze środka transportu decyduje lekarz partnera medycznego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.

Organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

Jeżeli w następstwie rozpoznania nowotworu Ubezpieczony, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego lub zaleceniem lekarza partnera medycznego wydanym na podstawie dokumentacji medycznej, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego (z wyłączeniem pobytu w placówkach medycznych), Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego organizuje wypożyczenie albo zakup sprzętu rehabilitacyjnego i pokryje jego koszty. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki terapii prowadzonej w wyniku użycia wyżej wskazanego sprzętu.

Dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego

Jeżeli w następstwie rozpoznania nowotworu Ubezpieczony powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego lub zaleceniem lekarza partnera medycznego wydanym na podstawie dokumentacji medycznej, Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu

sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego (z wyłączeniem pobytu w placówkach medycznych), który został wypożyczony lub zakupiony w ramach wyżej wskazanego świadczenia dotyczącego organizacji wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.

Opieka nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi

1. Jeżeli w następstwie rozpoznania nowotworu Ubezpieczony jest hospitalizowany albo musi przebywać w pozycji leżącej, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego, a konieczne jest zapewnienie opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi, Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego zorganizuje i pokryje koszty opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi przez podmiot profesjonalnie zajmujący się świadczeniem tego typu usług w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego.
2. W przypadku uzasadnionym stanem zdrowia osoby, której opieka ma dotyczyć, Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego zorganizuje opiekę nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi przez pielęgniarkę w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego i pokryje koszty takiej opieki.
3. Jeżeli po wyczerpaniu sumy ubezpieczenia z tytułu świadczeń asystanace medycznego będzie istniała konieczność przedłużenia czasu opieki, Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego doloży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną. Świadczenie jest realizowane za pisemną zgodą Ubezpieczonego, w sytuacji gdy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić, a Ubezpieczony zapewnił dostęp do miejsca przebywania dzieci lub osób niesamodzielnych.

Pomoc psychologa, psychoonkologa lub terapeuty

Jeżeli w następstwie rozpoznania nowotworu Ubezpieczonemu, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza, niezbędna jest pomoc psychologa, psychoonkologa lub terapeuty, Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego zapewnia Ubezpieczonemu pomoc polegającą na organizacji i pokryciu kosztów wizyt Ubezpieczonego u tych specjalistów. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za przebieg i skutki terapii.

Informacja onkologiczna

W przypadku rozpoznania nowotworu Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego zapewni Ubezpieczonemu pomoc w:

- 1) interpretacji dokumentów potwierdzających rozpoznanie oraz zalecany proces leczenia Ubezpieczonego, która zostanie dokonana przez lekarza onkologa;
- 2) uzyskaniu informacji dotyczących możliwości leczenia nowotworu wskazanego w rozpoznaniu w polskim powszechnym systemie opieki zdrowotnej.

Wsparcie w nowej sytuacji życiowej

1. W przypadku rozpoznania nowotworu Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego udzieli Ubezpieczonemu informacji na temat:
 - 1) możliwości uzyskania przez Ubezpieczonego świadczeń z tytułu posiadanych przez niego umów ubezpieczenia;
 - 2) fundacji onkologicznych działających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz możliwości wpisania Ubezpieczonego na listę takich fundacji;
 - 3) sposobu uzyskania usług opiekuńczych lub pielęgnacyjnych w ramach pomocy społecznej;
 - 4) formalności związanych z procedurą orzekania o stopniu niepełnosprawności;
 - 5) formalności związanych z adaptacją miejsca zamieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej;
 - 6) formalności związanych z uzyskaniem świadczeń z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.
2. Świadczenie ma charakter wyłącznie informacyjny i nie stanowi porady prawnej. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki zastosowania się Ubezpieczonego do uzyskanych informacji.