



ubezpieczenia

Ogólne warunki ubezpieczenia



**dodatkowe ubezpieczenie
na wypadek rozpoznania
nowotworu u Ubezpieczonego
– Pomoc na Raka (wariant
uzupełniający)**

Indeks POPRU/13/12/20

Formularz do OWU

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

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego – Pomoc na Raka (wariant uzupełniający) – indeks POPRU/13/12/20

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 § 9 ust. 1 § 11 ust. 1–3 § 12 ust. 1–5 § 13 § 14 ust. 1–4 § 15 ust. 1–4 § 22 § 23 ust. 1 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	§ 6 ust. 3 § 12 ust. 7 § 14 ust. 7 § 16 § 17 § 18 ust. 3 § 23 ust. 1

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.

Kto może być ubezpieczony w ramach umowy dodatkowej?

§ 1

1. Ubezpieczonym jest: Ubezpieczony Główny lub jego Współmałżonek lub Partner, na rzecz którego zawarto umowę dodatkową.
2. Ubezpieczonym może być osoba, która w dniu podpisania wniosku ubezpieczeniowego spełnia łącznie następujące warunki:
 - 1) ma ukończony 18. rok życia;
 - 2) nie ukończyła 61. roku życia.

Co AXA ubezpiecza i za co odpowiada?

§ 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 AXA 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 AXA 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 AXA rozpoznania nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu u Ubezpieczonego, które to rozpoznanie nastąpiło w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

W jaki sposób zawierana jest umowa dodatkowa?

§ 3

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej:
 - jednocześnie z umową podstawową,
 - lub w każdą rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest na podstawie wniosku, w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3–6 niniejszego paragrafu.
3. Przed zawarciem umowy dodatkowej AXA może zażądać, aby Ubezpieczony:
 - poddał się badaniu medycznemu, z wyłączeniem badań genetycznych,
 - lub przedstawił dokumentację medyczną stwierdzającą stan jego zdrowia.O powyższym wymogu AXA zawiadomi Właściciela polisy w terminie 30 dni od dnia przedstawienia przez niego oświadczenia o stanie zdrowia Ubezpieczonego.
4. Badanie medyczne przeprowadzane jest przez wskazanego przez AXA lekarza lub zakład opieki zdrowotnej. Koszt badań medycznych ponosi AXA.
5. Badanie medyczne jest wykonywane wyłącznie w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
6. Po dokonaniu analizy ryzyka ubezpieczeniowego, przeprowadzonej na podstawie danych zawartych we wniosku ubezpieczeniowym, dokumentacji medycznej, badań medycznych oraz innych elementów ryzyka, AXA może podjąć decyzję:
 - o zawarciu umowy dodatkowej na warunkach zawartych we wniosku ubezpieczeniowym i OWUD,
 - o odmowie zawarcia umowy dodatkowej,

– lub może zaproponować Właścicielowi polisy zawarcie umowy dodatkowej na warunkach odmiennych od zawartych we wniosku ubezpieczeniowym lub w OWUD.

Na jaki czas zawierana jest umowa dodatkowa?

§ 4

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 1 roku, licząc od daty rozpoczęcia ochrony.
2. Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu (zgodnie z § 5) na kolejny okres 1 roku – nie dłużej jednak niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia.
3. Umowa dodatkowa nie ulegnie przedłużeniu, jeżeli Właściciel polisy lub AXA na 1 miesiąc przed upływem okresu, na jaki umowa dodatkowa została zawarta, złoży pisemne oświadczenie o nieprzedłużeniu umowy dodatkowej.
4. Jeżeli rocznica polisy przypada w dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 65. roku życia, umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z tym dniem.

W jaki sposób można przedłużyć umowę dodatkową?

§ 5

1. Na 1 miesiąc przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa dodatkowa, AXA może zaproponować Właścicielowi polisy warunki przedłużenia umowy dodatkowej.
2. Właściciel polisy ma prawo w terminie 14 dni od otrzymania takiej propozycji złożyć AXA 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 Właściciel polisy nie złoży AXA żadnego oświadczenia, Strony umowy dodatkowej uznają, że umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na kolejny okres na zaproponowanych przez AXA warunkach.

W jakim czasie trwa odpowiedzialność AXA?

§ 6

Początek ochrony ubezpieczeniowej

1. Odpowiedzialność AXA z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się w dacie rozpoczęcia ochrony, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej.
2. AXA ponosi odpowiedzialność z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej w okresie obowiązywania umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 niniejszego paragrafu.

Zawieszenie ochrony ubezpieczeniowej

3. AXA nie ponosi odpowiedzialności z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej w okresie zawieszenia opłacania składki łącznej, zgodnie z § 10 ust. 19 OWU umowy podstawowej.

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

4. Odpowiedzialność AXA z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania umowy podstawowej lub umowy dodatkowej;
 - 2) odstąpienia od umowy podstawowej lub umowy dodatkowej przez Właściciela polisy.
5. W przypadku rozwiązania umowy podstawowej na skutek śmierci Ubezpieczonego Głównego odpowiedzialność AXA z tytułu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Współmałżonkowi lub Partnerowi wygasa z upływem okresu, za który została opłacona składka łączna.

Suma ubezpieczenia i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

§ 7

1. Sumę ubezpieczenia z tytułu świadczenia okresowego stanowi kwota określona w polisie, która jest podstawą do ustalenia wysokości świadczenia okresowego.

2. Sumę ubezpieczenia z tytułu świadczeń ambulatoryjnych stanowi kwota określona w *polisie*.
3. Sumę ubezpieczenia z tytułu świadczeń assistance medycznego stanowi kwota określona w *polisie*.

W jaki sposób można zmienić sumę ubezpieczenia?

4. Właściciel polisy może wystąpić z wnioskiem o zmianę wysokości sumy ubezpieczenia na co najmniej 30 dni przed rocznicą polisy.
5. AXA może:
 - 1) wyrazić zgodę na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia;
 - 2) albo zaproponować zmianę sumy ubezpieczenia na inną kwotę;
 - 3) albo nie wyrazić zgody na dokonanie zmiany wysokości sumy ubezpieczenia.
6. AXA przed wyrażeniem zgody na podwyższenie sumy ubezpieczenia może żądać od Właściciela polisy złożenia oświadczenia dotyczącego stanu zdrowia Ubezpieczonego, przedstawienia dokumentacji medycznej stwierdzającej stan zdrowia Ubezpieczonego lub zażądać, aby Ubezpieczony poddał się badaniu medycznemu, o którym mowa w § 3 ust. 3–6.
7. AXA określa nową wysokość składki dodatkowej w dokumencie potwierdzającym wyrażenie zgody na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia albo propozycji zmiany wysokości sumy ubezpieczenia na inną kwotę. Dokument ten stanowi załącznik do polisy, chyba że Właściciel polisy nie przyjmie oferty AXA.
8. Jeżeli Właściciel polisy nie zawiadomi AXA o odmowie przyjęcia oferty, o której mowa w ust. 7, w terminie 30 dni od dnia jej doręczenia, wówczas będzie obowiązywała wysokość sumy ubezpieczenia określona w załączniku do polisy.
9. Do umowy dodatkowej nie stosuje się postanowień umowy podstawowej dotyczących podwyższenia sumy ubezpieczenia w związku z indekacją składki łącznej.

Składka dodatkowa

§ 8

1. Wysokość składki dodatkowej ustala się według taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia umowy dodatkowej.
2. Wysokość składki dodatkowej uzależniona jest od wysokości sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego, informacji o ryzyku ubezpieczeniowym oraz informacji o stanie zdrowia zawartych we wniosku ubezpieczeniowym oraz innych dokumentach przesłanych AXA przez Właściciela polisy lub Ubezpieczonego.
3. Wysokość składki dodatkowej określona jest w *polisie*.
4. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Właściciela polisy w tych samych terminach co składka łączna, na wskazany rachunek bankowy AXA.

Świadczenia ubezpieczeniowe

§ 9

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 AXA potwierdziła rozpoznanie u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu, jednak nie dłużej niż do miesiąca kalendarzowego, w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego.

§ 10 Wypłata świadczenia okresowego

1. Świadczenie okresowe za pierwszy miesiąc kalendarzowy wypłacane jest w terminie 21 dni od dnia otrzymania 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 AXA 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 AXA wypłaci w terminie przewidzianym w ust. 1.
4. Podstawą wypłaty świadczenia okresowego za pierwszy miesiąc kalendarzowy jest przedstawienie AXA dokumentów wskazanych we wniosku o wypłatę świadczenia. Aktualne formularze wniosków znajdują się na stronie internetowej www.axa.pl.
5. Dokumenty, o których mowa w ust. 4, powinny zostać złożone w oryginałach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza lub przedstawiciela AXA. Dokumentacja medyczna może być poświadczona za zgodność z oryginałem także przez pracownika przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym.
6. Dokumenty sporządzone w języku obcym przed złożeniem do AXA powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

Ambulatoryjne świadczenia medyczne

§ 11

1. W przypadku potwierdzenia przez AXA 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. AXA organizuje i pokrywa koszty świadczeń, o których mowa w ust. 2, realizowanych w okresie 24 miesięcy od daty potwierdzenia przez AXA 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.
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

§ 12

1. W przypadku potwierdzenia przez AXA rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego, które to rozpoznanie nastąpiło w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczonemu przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń assistance medycznego. Prawo do dostępu do infolinii medycznej assistance przysługuje Ubezpieczonemu od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
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. AXA 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 AXA rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego, które to rozpoznanie nastąpiło w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
4. W celu uzyskania zgody AXA 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. AXA nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wszelkich kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez porozumienia z konsultantem infolinii medycznej assistance i jest zwolniona 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

§ 13

1. W przypadku potwierdzenia przez AXA rozpoznania u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu, które to rozpoznanie nastąpiło w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, AXA za pośrednictwem partnera medycznego zorganizuje lub pokryje koszty następujących świadczeń:
 - 1) Drugiej Opinii Medycznej;
 - 2) pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia.

Druga Opinia Medyczna

§ 14

1. Świadczenie ubezpieczeniowe polega na organizacji procesu sporządzenia i pokrycia kosztów sporządzenia przez eksperta medycznego Drugiej Opinii Medycznej.
2. Organizacja procesu sporządzenia Drugiej Opinii Medycznej przez AXA 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 AXA 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, w szczególności ze względu na konieczność uzupełnienia dokumentacji medycznej, 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 zalecane 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. AXA 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 lub organizacji leczenia

§ 15

1. AXA 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 *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.

Czego nie obejmuje zakres ubezpieczenia?

§ 16

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje *rozpoznania nowotworów*:

- 1) które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej lub w ciągu pierwszych 3 miesięcy ochrony ubezpieczeniowej;
- 2) których objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej.

Kiedy świadczenie nie zostanie wypłacone?

§ 17

1. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu *umowy dodatkowej* nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy wskazany w *rozpoznaniu nowotwór* jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 16 ust. 1 *OWU umowy podstawowej*, a także jeżeli jest następstwem:
 - 1) niezaleconego przez lekarza zażycia przez *Ubezpieczonego* leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych;
 - 2) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego.
2. AXA nie ponosi także odpowiedzialności z tytułu wszelkich *nowotworów* współistniejących z infekcją HIV w momencie *rozpoznania* u *Ubezpieczonego* *nowotworu*.

Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji

§ 18

1. *Właściciel polisy* jest zobowiązany podać do wiadomości AXA wszystkie znane sobie okoliczności, o które AXA zapytywała we wniosku o zawarcie *umowy dodatkowej* albo przed zawarciem *umowy dodatkowej* w innych pismach. Jeżeli *Właściciel polisy* zawiera *umowę dodatkową* przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
2. W razie zawarcia przez AXA *umowy dodatkowej* mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne. W razie zawarcia *umowy ubezpieczenia* na cudzy rachunek obowiązki określone w niniejszym paragrafie spoczywają zarówno na *Właścicielu polisy*, jak i na *Ubezpieczonym*.
3. W przypadku ujawnienia, że przed objęciem ochroną ubezpieczeniową podano wiadomości nieprawdziwe, a zwłaszcza zatajona została choroba *Ubezpieczonego*, AXA, w okresie pierwszych trzech lat od daty zawarcia *umowy dodatkowej*, nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jej wiadomości.

Kiedy można zrezygnować z umowy dodatkowej?

§ 19

1. *Właściciel polisy* może odstąpić od *umowy dodatkowej* poprzez złożenie AXA oświadczenia o odstąpieniu od *umowy dodatkowej* w formie pisemnej w terminie:
 - 1) 30 dni;
 - 2) 7 dni – jeżeli *Właściciel polisy* jest przedsiębiorcą;
 od dnia doręczenia *polisy* lub aneksu do *polisy* potwierdzającego rozszerzenie zakresu ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia *umowy AXA* nie poinformowała *Właściciela polisy* będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym *Właściciel polisy* będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
2. Odstąpienie od *umowy dodatkowej* nie zwalnia *Właściciela polisy* z obowiązku opłacenia składki za okres, w jakim AXA udzielała ochrony ubezpieczeniowej.

Kiedy można wypowiedzieć umowę dodatkową?

§ 20

1. *Właściciel polisy* ma prawo do wypowiedzenia *umowy dodatkowej* w każdym czasie jej obowiązywania poprzez złożenie AXA oświadczenia o wypowiedzeniu *umowy dodatkowej* w formie pisemnej.
2. *Umowa dodatkowa* rozwiązuje się w ostatnim dniu okresu, za który została opłacona *składka dodatkowa*, jednak nie później niż w dniu poprzedzającym najbliższą rocznicę *polisy*.

Kiedy umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu?

§ 21

1. *Umowa dodatkowa* ulega rozwiązaniu:
 - 1) z upływem okresu, na jaki została zawarta;
 - 2) z dniem śmierci *Ubezpieczonego*;
 - 3) z dniem przyznania *Ubezpieczonemu* prawa do świadczenia z tytułu świadczenia okresowego;
 - 4) z ostatnim dniem okresu wypowiedzenia *umowy dodatkowej* – jeżeli *Właściciel polisy* dokonał wypowiedzenia *umowy dodatkowej*;
 - 5) z dniem przejścia przez AXA obowiązku opłacania składek należnych z tytułu *umowy ubezpieczenia* zgodnie z Ogólnymi warunkami *umowy ubezpieczenia* przejścia opłacania składek na wypadek niezdolności *Ubezpieczonego* do pracy;
 - 6) z dniem rozwiązania lub odstąpienia od *umowy podstawowej*.
2. Jeżeli *umowa dodatkowa* ulegnie rozwiązaniu przed upływem okresu, za który została opłacona *składka dodatkowa*, AXA dokona zwrotu *składki dodatkowej* za niewykorzystany okres ochrony. *Składki dodatkowe* za okres udzielanej przez AXA ochrony ubezpieczeniowej nie podlegają zwrotowi.

Definicje

§ 22

1. Poniżej wskazaliśmy wyjaśnienia najważniejszych pojęć stosowanych w niniejszym dokumencie. W przypadku definicji niewyszczególnionych poniżej pojęcia mają takie znaczenie, jakie zostało im nadane w *umowie podstawowej* (Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Ochronny AXA).

- 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) **data rozpoczęcia ochrony** – określony w *polisie* dzień zawarcia *umowy dodatkowej* lub odpowiednio następny dzień po upływie terminu do złożenia sprzeciwu, w którym rozpoczyna się odpowiedzialność AXA z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 4) **Druga Opinia Medyczna** – pisemna opinia dotycząca diagnozy, stanu zdrowia i leczenia *Ubezpieczonego*, sporządzona przez *eksperta medycznego*;
- 5) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione *Ubezpieczonego* lub dziecko jego współmałżonka, które nie ukończyło 18. roku życia i zamieszkuje z *Ubezpieczonym* w *miejscu zamieszkania*;
- 6) **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*;
- 7) **hospitalizacja** – leczenie w *szpitalu* trwające nieprzerwanie 24 godziny;
- 8) **ICD 10** – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych publikowana przez Światową Organizację Zdrowia;
- 9) **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*;
- 10) **lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad *Ubezpieczonym* z ramienia *placówki medycznej*, w której *Ubezpieczony* poddał się leczeniu;
- 11) **miejsce pobytu** – miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w którym *Ubezpieczony* przebywa tymczasowo;
- 12) **miejsce zamieszkania** – miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazane przez *Ubezpieczonego* jako miejsce, w którym przebywa z zamiarem stałego pobytu;
- 13) **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 trwałe ubytek neurologiczny.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje:

- krwakiów,
 - ziarniaków,
 - cyst,
 - guzów szyszynki lub przysadki mózgowej,
 - malformacji naczyń mózgowych,
 - tętniaków;
- 14) **nowotwór** – oznacza *nowotwór złośliwy*, *niezłośliwego guza mózgu* lub *raka in situ*;
 - 15) **nowotwór złośliwy** – choroba zakwalifikowana według *ICD 10* w rozdziale „Nowotwory złośliwe” (C00–C97), charakteryzująca się niekontrolowanym wzrostem komórek nowotworowych z moż-

liwością 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 T2N0M0 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 T1N0M0,
 - przewlekłej białaczki limfatycznej (C91 wg *ICD 10*) w stopniu A (wg klasyfikacji Bineta),
 - dysplazji,
 - wszelkich zmian przedrakowych;
- 16) **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*;
 - 17) **osoba niesamodzielną** – *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;
 - 18) **OWUD** – niniejsze Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek rozpoznania nowotworu u *Ubezpieczonego* – Pomoc na Raka (wariant uzupełniający);
 - 19) **partner medyczny** – podmiot współpracujący z AXA w zakresie udzielania świadczeń w ramach *umowy dodatkowej*;
 - 20) **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;
 - 21) **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*);
- 22) **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*;

- 23) **sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji, który umożliwia *Ubezpieczonemu* samodzielne funkcjonowanie;
 - 24) **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 uzdrowskiego, a także szpitala rehabilitacji, oddziału i ośrodka rehabilitacji;
 - 25) **Ubezpieczony** – *Ubezpieczony Główny* lub jego *Współmałżonek* lub *Partner*, na rzecz którego zawarto *umowę dodatkową*. *Ubezpieczonym* może być osoba, która w dniu podpisania *wniosku ubezpieczeniowego* spełnia łącznie następujące warunki:
 - ma ukończony 18. rok życia,
 - nie ukończyła 61. roku życia.
2. Wymienione poniżej pojęcia zostały zdefiniowane w *umowie podstawowej* (Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Ochronny AXA):
- 1) AXA;
 - 2) OWU;

- 3) Partner;
- 4) polisa;
- 5) rocznica polisy;
- 6) rok polisy;
- 7) składka dodatkowa;
- 8) składka łączna;
- 9) Strony;
- 10) suma ubezpieczenia;
- 11) świadczenie ubezpieczeniowe;
- 12) Ubezpieczony Główny;
- 13) umowa dodatkowa;
- 14) umowa podstawowa;
- 15) umowa ubezpieczenia;
- 16) wiek;
- 17) Właściciel polisy;
- 18) wniosek ubezpieczeniowy;
- 19) Współmałżonek.

Postanowienia końcowe

§ 23

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi *OWUD* stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Ochronny AXA.
2. Niniejsze *OWUD* zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu AXA nr 1/13/12/2013 z dnia 13 grudnia 2013 r. i zmienione uchwałami nr 1/25/09/2014 z dnia 25 września 2014 r. oraz nr 1/10/12/2015 z dnia 10 grudnia 2015 r., i mają zastosowanie do *umów dodatkowych* zawieranych od 1 stycznia 2016 r.

Prezes Zarządu

Jarosław Bartkiewicz

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Załącznik nr 1

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

Katalog świadczeń ambulatoryjnych

BADANIA

Badania wykonywane są na podstawie skierowania od lekarza. Zakres świadczeń obejmuje następujące badania:

1. Badanie PET;
2. Badania laboratoryjne:
 - 1) hematologiczne,
 - 2) krzepliwości,
 - 3) biochemiczne i enzymatyczne,
 - 4) immunologiczne,
 - 5) badanie moczu i kału,
 - 6) badania serologiczne,
 - 7) hormonalne i metaboliczne,
 - 8) mikrobiologiczne,
 - 9) markery nowotworowe,
 - 10) 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 następujących lekarzy specjalistów:

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

Katalog świadczeń assistance

Infolinia medyczna assistance

1. AXA 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 lecznictwa 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 AXA.

Transport medyczny z miejsca pobytu do placówki medycznej

W przypadku, gdy w następstwie rozpoznania nowotworu zaistniała konieczność przewiezienia Ubezpieczonego do placówki medycznej, AXA 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 zamieszkania

W przypadku, gdy w następstwie rozpoznania nowotworu zaistniała konieczność przewiezienia Ubezpieczonego z placówki medycznej do miejsca zamieszkania, AXA za pośrednictwem *partnera medycznego* zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wska-

zaną z placówki medycznej do miejsca zamieszkania 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, AXA 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 zalecenie lekarza prowadzącego, po konsultacji z lekarzem *partnera medycznego* i odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego.

W przypadku, gdy Ubezpieczony jest jedynie skierowany na zabiegi lub badania do innej placówki medycznej, 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, AXA za pośrednictwem *partnera medycznego* zorganizuje 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), AXA 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, AXA 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 Ubezpieczonego* odbył cykl *chemioterapii* lub *cykl radioterapii* i po zakończonym *cyklu chemioterapii* lub *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*, AXA za pośrednictwem *partnera medycznego* zapewnia *Ubezpieczonemu* zorganizowanie opieki nad *Ubezpieczonym* i pokrycie kosztów honorarium oraz dojazdu osoby wyznaczonej do pełnienia opieki nad *Ubezpieczonym* 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 artykułu bez kosztów samych produktów, które pokrywa *Ubezpieczony*.

Dostarczenie lekarstw

1. Jeżeli w następstwie *rozpoznania nowotworu Ubezpieczonego* 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 opuszczać *miejsca pobytu* (z wyłączeniem pobytu w *placówkach medycznych*), AXA za pośrednictwem *partnera medycznego* zorganizuje 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 Ubezpieczonego* wymaga rehabilitacji, zgodnie z pisemnym zaleceniem *lekarza prowadzącego*, AXA za pośrednictwem *partnera medycznego* zorganizuje 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 Ubezpieczonego*, 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*), AXA za pośrednictwem *partnera medycznego* zorganizuje wypożyczenie albo zakup *sprzętu rehabilitacyjnego* i pokryje jego koszty.

AXA nie ponosi odpowiedzialności za skutki terapii prowadzonej w wyniku użycia wyżej wskazanego sprzętu.

Dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego

Jeżeli w następstwie *rozpoznania nowotworu Ubezpieczonego* powinien używać *sprzętu rehabilitacyjnego*, zgodnie z pisemnym zaleceniem *lekarza prowadzącego* lub zaleceniem *lekarza partnera medycznego* wydanym na podstawie dokumentacji medycznej, AXA 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 Ubezpieczonego* jest *hospitalizowany* albo musi przebywać w pozycji leżącej, zgodnie z pisemnym zaleceniem *lekarza prowadzącego*, a konieczne jest zapewnienie opieki nad *dziećmi* lub *osobami niesamodzielnymi*, AXA 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, AXA za pośrednictwem *partnera medycznego* zorganizuje opiekę na *dziećmi* lub *osobami niesamodzielnymi* przez pielęgniarkę w *miejscu zamieszkania Ubezpieczonego* i pokryje koszty takiej opieki.
3. Jeżeli po wyczerpaniu sumy ubezpieczenia z tytułu świadczeń asystancji medycznej będzie istniała konieczność przedłużenia czasu opieki, AXA za pośrednictwem *partnera medycznego* dołoży 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 niesamodzielnymi*.

Pomoc psychologa, psychoonkologa lub terapeuty

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

Informacja onkologiczna

W przypadku *rozpoznania nowotworu AXA* 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 AXA* 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. AXA nie ponosi odpowiedzialności za skutki zastosowania się *Ubezpieczonego* do uzyskanych informacji.

Więcej informacji uzyskasz od naszego przedstawiciela

Kim jesteśmy

AXA to jedna z największych grup finansowych na świecie. Wieloletnie doświadczenie i stała obecność na międzynarodowych rynkach sprawiły, że zaufało nam już 105 milionów klientów w 61 krajach.

AXA w Polsce to różnorodność ubezpieczeń ochronnych, zdrowotnych i turystycznych oraz otwarty fundusz emerytalny. To także nowoczesne rozwiązania inwestycyjne dopasowane do zróżnicowanych potrzeb klientów.

Naszym klientom oferujemy rzetelną analizę potrzeb oraz wysoki standard obsługi.



22 599 95 22
axa.pl

ubezpieczenia
inwestycje
emerytury