

Ogólne warunki ubezpieczenia

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

indeks PRU/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 PRU/13/12/20

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2
	§ 4
	§ 10 ust. 1–3
	§ 11 ust. 1–5
	§ 12
	§ 13 ust. 1–4
	§ 14 ust. 1–4
	§ 27
	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
	§ 11 ust. 7
	§ 13 ust. 7
	§ 27

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.

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego – Pomoc na Raka (wariant uzupełniający) mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. a Ubezpieczającym, jako umowy dodatkowe do umowy ubezpieczenia obejmującej ryzyko życia lub ryzyko życia i dożycia.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na warunkach odmiennych od określonych w niniejszych Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia, uzgodnionych przez strony umowy dodatkowej.
3. AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. przedstawi Ubezpieczającemu różnice pomiędzy postanowieniami Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia a umową dodatkową, chyba że umowa dodatkowa zawierana jest w drodze negocjacji.

Definicje

§ 2

1. Użyte w niniejszych Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia, wniosku ubezpieczeniowym, polisie oraz innych dokumentach stanowiących integralną część umowy dodatkowej oznaczają:
 - 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) **indeksacja** – podwyższenie składki z tytułu umowy ubezpieczenia o proponowany przez Towarzystwo wskaźnik powodujący podwyższenie sumy ubezpieczenia;
 - 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:

- krwiałków,
 - 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 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;
- 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 Towarzystwem 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) **polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy dodatkowej;

22) **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);

23) **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;

24) **sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji, który umożliwia Ubezpieczonemu samodzielne funkcjonowanie;

25) **suma ubezpieczenia** – kwota określona w polisie;

26) **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;

27) **Towarzystwo** – AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.;

28) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;

29) **umowa podstawowa** – umowa ubezpieczenia zawarta przez Ubezpieczającego z Towarzystwem, której zakres obejmuje ryzyko życia lub ryzyko życia i dożycia;

30) **umowa ubezpieczenia** – umowa podstawowa rozszerzona o umowę dodatkową lub inne umowy dodatkowe.

2. Określenia zdefiniowane w Ogólnych warunkach ubezpieczenia, na podstawie których została zawarta umowa podstawowa, używane są w OWUD i mają takie samo znaczenie, chyba że tym samym określeniom nadano inne znaczenie w OWUD.

Treść umowy dodatkowej

§ 3

Treść umowy dodatkowej zawarta jest we wniosku ubezpieczeniowym, OWUD, polisie oraz w każdym innym dokumencie uzgodnionym przez strony umowy dodatkowej.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 4

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.

Zakres i czas trwania odpowiedzialność Towarzystwa

§ 5

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu udzielania ochrony na podstawie umowy dodatkowej rozpoczyna się z dniem określonym w polisie, nie wcześniej jednak niż dnia następnego po opłaceniu składki należnej z tytułu umowy dodatkowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy dodatkowej wygasa:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy podstawowej lub odstąpienia od umowy podstawowej;
 - 2) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej lub odstąpienia od umowy dodatkowej;
 - 3) z upływem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia umowy dodatkowej.

Ograniczenia odpowiedzialności

§ 6

1. Prawo do świadczeń z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie przyznane w związku z rozpoznaniem 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.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, gdy wskazany w rozpoznaniu nowotwór jest następstwem:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroru lub zamieszkach, chyba że jego udział wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) niezaleconego przez lekarza zażycia przez Ubezpieczonego leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych;
 - 3) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego;
 - 4) samookaleczenia lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności.
3. Towarzystwo nie ponosi także odpowiedzialności z tytułu wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV w momencie rozpoznania u Ubezpieczonego nowotworu.

Suma ubezpieczenia

§ 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.
4. Ubezpieczający może wystąpić z wnioskiem o zmianę wysokości sumy ubezpieczenia na co najmniej 30 dni przed rocznicą polisy.
5. Towarzystwo może:
 - 1) wyrazić zgodę na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia, albo
 - 2) zaproponować zmianę sumy ubezpieczenia na inną kwotę, albo
 - 3) nie wyrazić zgody na dokonanie zmiany wysokości sumy ubezpieczenia.
6. Towarzystwo przed wyrażeniem zgody na podwyższenie sumy ubezpieczenia może żądać od Ubezpieczającego 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 § 19.
7. Towarzystwo określa nową wysokość składki należnej z tytułu umowy 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 Ubezpieczający nie przyjmie oferty Towarzystwa.
8. Jeżeli Ubezpieczający nie zawiadomi Towarzystwa 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 indeksacją.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 8 Świadczenie okresowe

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.

§ 9 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 Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazałyby 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.
4. Podstawą wypłaty świadczenia okresowego za pierwszy miesiąc kalendarzowy jest przedstawienie Towarzystwu 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 Towarzystwa. 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 Towarzystwu powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

§ 10 Ambulatoryjne świadczenia medyczne

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.
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.

§ 11 Assistance medyczny

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 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. 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 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

§ 12

1. 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 zorganizuje lub pokryje koszty następujących świadczeń:
- 1) Drugiej Opinii Medycznej;
 - 2) pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia.

§ 13 Druga Opinia Medyczna

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 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, 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 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.

§ 14 Pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia

1. Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego zapewnia Ubezpieczonemu pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia zalecanego w raporcie Drugiej Opinii Medycznej, polegającą na organizacji świadczeń wskazanych ust. 3.
2. Świadczenie pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia przysługuje Ubezpieczonemu wyłącznie w przypadku wcześniejszego wydania Drugiej Opinii Medycznej.
3. W ramach pomocy w planowaniu leczenia lub w organizacji leczenia partner medyczny, według wyboru i w porozumieniu z Ubezpieczonym:
- 1) udziela Ubezpieczonemu, drogą telefoniczną, informacji o: nazwie, adresie oraz numerze telefonu placówki medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w której Ubezpieczony będzie miał możliwość uzyskania świadczenia medycznego, w szczególności zabiegu chirurgicznego, badania diagnostycznego lub wizyty u lekarza specjalisty, zalecanego w raporcie Drugiej Opinii Medycznej, oraz o możliwym terminie uzyskania tego świadczenia;
 - 2) umawia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej: wizyty lekarskie, wizyty domowe, wizyty pielęgniarki, rehabilitanta lub inne świadczenia medyczne dostępne w placówkach medycznych dotyczące leczenia zalecanego w Drugiej Opinii Medycznej;

- 3) wskazuje Ubezpieczonemu maksymalnie trzech zagranicznych lekarzy lub 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.

Sposób zawierania umowy dodatkowej i okres ubezpieczenia

§ 15

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta:
 - 1) równocześnie z umową podstawową, lub
 - 2) w każdą rocznicę polisy umowy podstawowej, pod warunkiem że w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej Ubezpieczony ukończył 18. rok życia i nie ukończył 61. roku życia.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w trybie złożenia przez Ubezpieczającego wniosku ubezpieczeniowego, który stanowi ofertę zawarcia umowy dodatkowej, oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo, co potwierdzone jest polisą.
3. Wniosek ubezpieczeniowy składany jest na formularzu dostarczonym przez Towarzystwo.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest do udzielenia, zgodnie z prawdą, odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte we wniosku ubezpieczeniowym.

§ 16

Umowa dodatkowa zostaje zawarta na okres 1 roku i ulega przedłużeniu, zgodnie z § 17, na kolejny roczny okres, jednak nie dłużej niż do rocznicy polisy, w którą Ubezpieczony osiągnął wiek 65 lat, chyba że Ubezpieczający lub Towarzystwo na 1 miesiąc przed upływem okresu, na jaki umowa dodatkowa została zawarta, złoży pisemne oświadczenie o nieprzedłużeniu umowy dodatkowej.

§ 17

1. Na 1 miesiąc przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa dodatkowa, Towarzystwo proponuje 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. W przypadku gdy w terminie 14 dni od otrzymania takiej propozycji Ubezpieczający nie złoży Towarzystwu żadnego oświadczenia, strony umowy dodatkowej uznają, że umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na kolejny okres na zaproponowanych przez Towarzystwo warunkach.

§ 18

1. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy dodatkowej w innych pismach. Jeżeli Towarzystwo zawarło umowę dodatkową mimo braku

odpowiedzi Ubezpieczającego na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

2. W przypadku ujawnienia, że przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczający lub Ubezpieczony podał wiadomości nieprawdziwe, a w szczególności zatajona została choroba Ubezpieczonego, Towarzystwo w okresie pierwszych trzech lat od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową może odmówić wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, chyba że wiadomości nieprawdziwe nie miały wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa wypadku objętego umową dodatkową. Jeżeli do podania wiadomości nieprawdziwych lub zatajenia informacji doszło na skutek winy umyślnej Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie przewidziane umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem tych nieprawdziwych lub zatajonych okoliczności.

§ 19

1. Przed zawarciem umowy dodatkowej Towarzystwo może zażądać, aby Ubezpieczony poddał się badaniu medycznemu, z wyłączeniem badań genetycznych, lub przedstawił dokumentację medyczną stwierdzającą stan jego zdrowia.
2. Badanie medyczne, o którym mowa w ust. 1, przeprowadzane jest przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza lub zakład opieki zdrowotnej.
3. Badanie medyczne, o którym mowa w ust. 1, jest wykonywane wyłącznie w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
4. Po dokonaniu analizy ryzyka ubezpieczeniowego, przeprowadzonej na podstawie danych zawartych we wniosku ubezpieczeniowym, oświadczenia o stanie zdrowia, badań medycznych oraz innych elementów ryzyka, Towarzystwo może podjąć decyzję o zawarciu umowy dodatkowej na warunkach zawartych we wniosku ubezpieczeniowym i OWUD, odmowie zawarcia umowy dodatkowej lub może zaproponować Ubezpieczającemu zawarcie umowy dodatkowej na warunkach odmiennych od zawartych we wniosku ubezpieczeniowym lub w OWUD.

§ 20

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia zawiera postanowienia odbiegające na niekorzyść Ubezpieczającego od złożonej przez niego oferty lub OWUD, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu na piśmie uwagę na te różnice, jednocześnie z doręczeniem polisy, wyznaczając mu 14-dniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu.
2. W przypadku braku sprzeciwu umowa dodatkowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią polisy, dnia następnego po upływie terminu wyznaczonego do zgłoszenia sprzeciwu.
3. W przypadku zgłoszenia sprzeciwu umowa dodatkowa nie zostaje zawarta lub zawierana jest po zgodnym ustaleniu jej warunków przez strony umowy dodatkowej.

§ 21

Towarzystwo w przypadku przyjęcia oferty Ubezpieczającego zawartej we wniosku ubezpieczeniowym wystawia polisę.

Podstawowe prawa i obowiązki stron umowy dodatkowej

§ 22

1. Towarzystwo jest zobowiązane do realizacji świadczeń ubezpieczeniowych na zasadach określonych w OWUD.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty składki ubezpieczeniowej w wysokości i terminach określonych w polisie.
3. Obowiązki określone w ust. 1 i 2 nie wyczerpują obowiązków stron umowy dodatkowej, które zostały określone w pozostałych postanowieniach OWUD i w umowie podstawowej.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 23

Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu:

- 1) z upływem okresu, na jaki została zawarta lub przedłużona;

- 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 Ubezpieczający dokonał wypowiedzenia umowy dodatkowej;
- 5) z dniem rozwiązania lub odstąpienia od umowy podstawowej;
- 6) z dniem zmiany umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe, z wyjątkiem przypadków, w których zgodnie z postanowieniami umowy podstawowej zawieszenie opłacania składek nastąpiło na wniosek Ubezpieczającego;
- 7) z dniem przejścia przez Towarzystwo obowiązku opłacania składek należnych z tytułu umowy ubezpieczenia zgodnie z Ogólnymi warunkami ubezpieczenia dodatkowego na wypadek niezdolności do pracy;
- 8) z dniem rocznicy polisy, w którą Ubezpieczony osiągnął wiek 65 lat;
- 9) z upływem 90. dnia, licząc od dnia, w którym była wymagalna pierwsza zaległa składka, o ile nie została zapłacona w tym terminie mimo uprzedniego wezwania przez Towarzystwo do jej zapłaty w terminie nie krótszym niż 7 dni.

Odstąpienie od umowy dodatkowej

§ 24

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy dodatkowej. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od umowy dodatkowej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Oświadczenie o odstąpieniu od umowy powinno być złożone w formie pisemnej.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 25

Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę dodatkową, w formie pisemnej, w każdym czasie jej obowiązywania ze skutkiem na ostatni dzień okresu, za który opłacona została składka, jednak nie później niż w dniu poprzedzającym najbliższą rocznicę polisy, tj. dzień odpowiadający dacie rozpoczęcia ochrony.

Sposób ustalania i opłacania składki ubezpieczeniowej

§ 26

1. Wysokość składki należnej z tytułu umowy dodatkowej ustala się na podstawie taryfy składek uchwalonej przez Zarząd Towarzystwa. Wysokość składki jest uzależniona od wysokości sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego, informacji o ryzyku ubezpieczeniowym oraz informacji o stanie zdrowia zawartych we wniosku ubezpieczeniowym oraz innych dokumentach przekazanych Towarzystwu przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego.
2. Składka należna z tytułu umowy dodatkowej należna jest w wysokości określonej w polisie.
3. Składka z tytułu umowy dodatkowej płatna jest łącznie ze składką z tytułu umowy podstawowej, na wskazany rachunek bankowy Towarzystwa.
4. W okresie zawieszenia opłacania składki z tytułu umowy ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej ulega zawieszeniu, w przypadku gdy umowa podstawowa przewiduje zawieszenie opłacania składek na wniosek Ubezpieczającego.
5. W przypadku gdy wpłacona kwota jest niższa od sumy składek z tytułu umowy podstawowej oraz wszystkich zawartych przez Ubezpieczającego i Towarzystwo umów dodatkowych, składkę z tytułu umowy podstawowej oraz wszystkich zawartych do niej umów dodatkowych uważa się za niezapłaconą.
6. Do umowy dodatkowej nie stosuje się zapisów dotyczących podwyższenia wysokości składki (indeksacja składki) z tytułu umowy ubezpieczenia.

Postanowienia końcowe

§ 27

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD mają zastosowanie odpowiednie postanowienia Ogólnych warunków ubezpieczenia umowy podstawowej.
2. W sprawach nieuregulowanych w OWUD i Ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego mają zastosowanie przepisy prawa polskiego.

§ 28

1. Niniejsze ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/13/12/2013 z dnia 13 grudnia 2013 r. oraz zmienione uchwałą nr 1/17/12/2015 z dnia 17 grudnia 2015 r.
2. Niniejsze ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia wchodzi w życie w dniu 1 stycznia 2016 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawartych od tego dnia.

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. 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 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 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 zamieszkania

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

- 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:
 - zakupy artykułów spożywczych pierwszej potrzeby;
 - codzienne porządki domowe;
 - dostawa oraz przygotowanie posiłków;
 - 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;
 - podlewanie kwiatów.
- Niniejsze świadczenie przysługuje jedynie w przypadku, gdy w miejscu pobytu Ubezpieczonego nie ma osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić.
- Zakres świadczenia obejmuje wyłącznie dostawę wyżej wskazanych artykułów bez kosztów samych produktów, które pokrywa Ubezpieczony.

Opieka domowa po cyklu chemioterapii lub cyklu radioterapii

- Jeżeli w następstwie rozpoznania nowotworu Ubezpieczony 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, 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:
 - zakupy artykułów spożywczych pierwszej potrzeby;
 - codzienne porządki domowe;
 - dostawa oraz przygotowanie posiłków;
 - 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;
 - podlewanie kwiatów.
- Niniejsze świadczenie przysługuje jedynie w przypadku, gdy w miejscu pobytu Ubezpieczonego nie ma osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić.
- Zakres świadczenia obejmuje wyłącznie dostawę wyżej wskazanych artykułu bez kosztów samych produktów, które pokrywa Ubezpieczony.

Dostarczenie leków

- 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 zorganizuje zakup i pokryje koszty dostarczenia do Ubezpieczonego leków przepisanych przez lekarza prowadzącego.
- Niniejsze świadczenie przysługuje jedynie w przypadku, gdy w miejscu pobytu Ubezpieczonego nie ma osoby, która mogłaby zapewnić Ubezpieczonemu taką pomoc.

- 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 zorganizuje i pokryje koszty jednego z poniższych świadczeń:

- wizyt fizjoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego (z wyłączeniem pobytu w placówkach medycznych) albo
- 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 zorganizuje 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

- 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.
- W przypadku uzasadnionym stanem zdrowia osoby, której opieka ma dotyczyć, Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego zorganizuje opiekę na dziećmi lub osobami niesamodzielnymi przez pielęgniarkę w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego i pokryje koszty takiej opieki.
- Jeżeli po wyczerpaniu sumy ubezpieczenia z tytułu świadczeń assistance medycznego będzie istniała konieczność przedłużenia czasu opieki, Towarzystwo 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 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 poradyprawnej. Towarzystwo 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 zaufały nam już 103 miliony klientów w 59 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.

ubezpieczenia
inwestycje
emerytury

801 200 200
axa.pl