

**ubezpieczenia**

# Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego

**na wypadek  
rozpoznania nowotworu  
u Ubezpieczonego  
– Pomoc na Raka  
(wariant VIP)**

indeks NZSPRV/14/08/04

**więcej /** niż standard



# 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 ubezpieczenia dodatkowego na wypadek rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego – Pomoc na Raka (wariant VIP) – indeks NZSPRV/14/08/04

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2
	§ 10 ust. 1
	§ 11 ust. 1
	§ 12 ust. 1
	§ 13 ust. 1
	§ 16 ust. 1–3
	§ 17 ust. 1–5
	§ 18
	§ 19 ust. 1–4
	§ 20 ust. 1–4
	§ 21 ust. 1
	§ 28
	§ 29 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
	§ 11 ust. 2
	§ 12 ust. 2
	§ 14 ust. 2
	§ 17 ust. 7
	§ 19 ust. 7
	§ 22
	§ 23
	§ 24 ust. 3, 4
§ 29 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.

## Rozdział I Twoje ubezpieczenie

### § 1 Kto może być ubezpieczony w ramach umowy dodatkowej?

1. Ubezpieczonym w rozumieniu niniejszych OWUD może być wyłącznie Ubezpieczony w rozumieniu OWU, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy dodatkowej spełnia łącznie następujące warunki:
  - 1) ma ukończony 18. rok życia;
  - 2) nie ukończył 61. roku życia.
2. Na potrzeby OWUD wiek Ubezpieczonego jest równy wiekowi ustalonemu na zasadach określonych w OWU.

### § 2 Co AXA ubezpiecza i za co odpowiada?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
  - 1) rozpoznanie u Ubezpieczonego nowotworu w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej;
  - 2) operację medyczną przeprowadzoną u Ubezpieczonego w okresie 24 miesięcy od daty rozpoznania nowotworu lub na którą skierowano Ubezpieczonego w tym okresie;
  - 3) cykle chemioterapii, którym został poddany Ubezpieczony w okresie 24 miesięcy od daty rozpoznania nowotworu lub na które został skierowany w tym okresie;
  - 4) cykle radioterapii, którym został poddany Ubezpieczony w okresie 24 miesięcy od daty rozpoznania nowotworu lub na które został skierowany w tym okresie;
  - 5) świadczenie okresowe w przypadku rozpoznania u Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu;
  - 6) organizację i pokrycie kosztów ambulatoryjnych świadczeń medycznych realizowanych w okresie 24 miesięcy od daty przyznania prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu;
  - 7) assistance medyczny realizowany w okresie 24 miesięcy od daty przyznania prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu;
  - 8) Drugą Opinię Medyczną oraz pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia, o których realizację Ubezpieczony wystąpił w okresie 24 miesięcy od daty przyznania prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu złośliwego bądź niezłośliwego guza mózgu;
  - 9) organizację i pokrycie kosztów konsultacji Ubezpieczonego u dietetyka, realizowanej w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

### § 3 W jaki sposób zawierana jest umowa dodatkowa?

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej:
  - jednocześnie z umową podstawową, lub
  - począwszy od pierwszej rocznicy polisy – w terminach wymagalności składki regularnej.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3–6.
3. Przed zawarciem umowy dodatkowej AXA może zażądać, aby Ubezpieczony:
  - 1) poddał się badaniu medycznemu, z wyłączeniem badań genetycznych, lub
  - 2) 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 jest przeprowadzane przez lekarza lub zakład opieki zdrowotnej wskazanych przez AXA. 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:
  - 1) podjąć decyzję o zawarciu umowy dodatkowej na warunkach zawartych we wniosku ubezpieczeniowym i OWUD, albo
  - 2) podjąć decyzję o odmowie zawarcia umowy dodatkowej, albo
  - 3) zaproponować Właścicielowi polisy zawarcie umowy dodatkowej na warunkach odmiennych od zawartych we wniosku ubezpieczeniowym lub w OWUD.

### § 4 Na jaki czas zawierana jest umowa dodatkowa?

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, umowa dodatkowa zawierana jest na okres 1 roku, licząc od daty rozpoczęcia ochrony.
2. Jeżeli umowa dodatkowa jest zawierana w innej dacie niż umowa podstawowa lub rocznica polisy, okres obowiązywania umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 1, zostaje wydłużony o liczbę pełnych miesięcy pozostałych do najbliższej rocznicy polisy.
3. Umowa dodatkowa ulega każdorazowo przedłużeniu na kolejne roczne okresy (zgodnie z § 5) przez okres wskazany przez Ubezpieczającego, nie dłużej jednak niż do rocznicy polisy, w której Ubezpieczony osiągnie wiek 65 lat.
4. Umowa dodatkowa nie ulegnie przedłużeniu, jeżeli Właściciel polisy na 1 miesiąc przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa dodatkowa, o którym mowa w ust. 1–2 lub odpowiednio ust. 3, złoży pisemne oświadczenie o nieprzedłużeniu umowy dodatkowej.

### § 5 W jaki sposób można przedłużyć umowę dodatkową?

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 oświadczenia, o którym mowa w ust. 2, Strony umowy dodatkowej uznają, że umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na kolejny okres na zaproponowanych przez AXA warunkach.

### § 6 W jakim czasie trwa odpowiedzialność AXA?

Początek ochrony ubezpieczeniowej

1. Odpowiedzialność AXA z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się w dacie rozpoczęcia ochrony, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia pierwszej składki z tytułu umowy dodatkowej oraz wymagalnych w tym samym terminie: składki regularnej i wszystkich składek z tytułu umów dodatkowych.
2. AXA ponosi odpowiedzialność z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej w okresie obowiązywania umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem postanowień ust. 1, 3 i 4.

Zawieszenie ochrony ubezpieczeniowej

3. AXA nie ponosi odpowiedzialności z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej w okresie zawieszenia opłacania składki regularnej, zgodnie z § 12 ust. 9 pkt 2) OWU. Odpowiedzialność AXA z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej zostaje wznowiona po spełnieniu warunków określonych w § 12 ust. 10–14 OWU.

Wygąśnięcie 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.

### § 7 Suma ubezpieczenia

Gdzie jest określona suma ubezpieczenia?

1. Sumę ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu stanowi kwota określona w polisie lub w aneksie do polisy, która jest podstawą do ustalenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego

w przypadku zajścia następujących zdarzeń:

- 1) rozpoznania nowotworu;
  - 2) operacji medycznej;
  - 3) cykli chemioterapii;
  - 4) cykli radioterapii.
2. Sumę ubezpieczenia z tytułu świadczenia okresowego stanowi kwota określona w *polisie* lub w aneksie do *polisy*, która jest podstawą do ustalenia wysokości świadczenia okresowego.
3. Sumę ubezpieczenia z tytułu świadczeń ambulatoryjnych stanowi kwota określona w *polisie* lub w aneksie do *polisy*.
4. Sumę ubezpieczenia z tytułu świadczeń assistance medycznego stanowi kwota określona w *polisie* lub w aneksie do *polisy*.
- W jaki sposób można zmienić sumę ubezpieczenia?
5. Właściciel *polisy* może wystąpić z wnioskiem o zmianę wysokości sumy ubezpieczenia na co najmniej 21 dni roboczych przed każdym terminem wymagalności *składki regularnej*.
6. AXA przed wyrażeniem zgody na podwyższenie sumy ubezpieczenia, w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, może żądać od Właściciela *polisy*:
- 1) złożenia oświadczenia dotyczącego stanu zdrowia Ubezpieczonego, lub
  - 2) przedstawienia dokumentacji medycznej stwierdzającej stan zdrowia Ubezpieczonego, lub
  - 3) poddania się przez Ubezpieczonego badaniu medycznemu, o którym mowa w § 3 ust. 3–6.
7. Po dokonaniu analizy ryzyka ubezpieczeniowego, przeprowadzanej na podstawie danych zawartych we wniosku ubezpieczeniowym, dokumentacji medycznej, badań medycznych lub innych elementów ryzyka AXA zastrzega sobie prawo do:
- 1) wyrażenia zgody na zmianę sumy ubezpieczenia, albo
  - 2) zaproponowania zmiany sumy ubezpieczenia na inną kwotę, albo
  - 3) niewyrażenia zgody na dokonanie zmiany wysokości sumy ubezpieczenia.
8. AXA określa nową wysokość *składki z tytułu umowy dodatkowej* w dokumencie potwierdzającym wyrażenie zgody na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia albo w propozycji zmiany wysokości sumy ubezpieczenia na inną kwotę. Dokument ten stanowi załącznik do *polisy*, chyba że Właściciel *polisy* nie przyjmie oferty AXA.
9. Jeżeli Właściciel *polisy* nie zawiadomi AXA o odmowie przyjęcia oferty, o której mowa w ust. 8, w terminie 30 dni od dnia jej doręczenia, wówczas będzie obowiązywała wysokość sumy ubezpieczenia określona w załączniku do *polisy*.
10. Do *umowy dodatkowej* nie stosuje się postanowień *umowy podstawowej* dotyczących podwyższenia sumy ubezpieczenia w związku z indeksacją *składki z tytułu umowy dodatkowej*.

## § 8 Składka z tytułu umowy dodatkowej

1. Wysokość *składki z tytułu umowy dodatkowej* ustala się według taryfy *składek* obowiązującej w dniu zawarcia *umowy dodatkowej*.
2. Wysokość *składki z tytułu umowy dodatkowej* uzależniona jest od wysokości sum 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 z tytułu umowy dodatkowej* określona jest w *polisie* lub w aneksie do *polisy*.
4. *Składka z tytułu umowy dodatkowej* płatna jest jednocześnie ze *składką regularną*, w terminach przewidzianych dla niej w *umowie podstawowej*, na wskazany rachunek bankowy AXA.
5. Do *umowy dodatkowej* nie stosuje się postanowień *umowy podstawowej* dotyczących indeksacji *składki z tytułu umowy dodatkowej*.

## Rozdział II Świadczenia ubezpieczeniowe

### § 9 Świadczenie z tytułu rozpoznania nowotworu

1. W przypadku rozpoznania u Ubezpieczonego nowotworu, w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu *umowy dodatkowej*, Ubezpieczony nabywa prawo do świadczenia na zasadach opisanych w niniejszym paragrafie.
2. Świadczenie należne Ubezpieczonemu z tytułu rozpoznania nowotworu stanowi odpowiedni procent sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu obowiązującej na dzień rozpoznania nowotworu:
  - 1) w przypadku rozpoznania nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu – 40% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu;
  - 2) w przypadku rozpoznania raka *in situ* – 20% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu.

### § 10 Świadczenie z tytułu operacji medycznej

1. W przypadku operacji medycznej Ubezpieczonego AXA wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tego tytułu, pod warunkiem:
  - 1) przyznania Ubezpieczonemu prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu oraz
  - 2) przeprowadzenia operacji medycznej Ubezpieczonego lub wydania Ubezpieczonemu skierowania na operację medyczną w okresie 24 miesięcy liczonych od daty rozpoznania u Ubezpieczonego nowotworu.
2. Wysokość świadczenia z tytułu operacji medycznej stanowi odpowiedni procent sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu obowiązującej na dzień rozpoznania nowotworu:
  - 1) w przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego operacji medycznej nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu lub skierowania Ubezpieczonego na taką operację – 30% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu;
  - 2) w przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego operacji medycznej raka *in situ* lub skierowania Ubezpieczonego na taką operację – 15% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu.

### § 11 Świadczenie z tytułu cyklu chemioterapii

1. W przypadku cyklu chemioterapii, któremu Ubezpieczony został poddany lub na który został skierowany w okresie 24 miesięcy od daty rozpoznania nowotworu, AXA wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tego tytułu, pod warunkiem przyznania prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu.
2. Wysokość świadczenia z tytułu cyklu chemioterapii stanowi odpowiedni procent sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu obowiązującej na dzień rozpoznania nowotworu:
  - 1) 3% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu – za każdy cykl chemioterapii nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu, jednak nie więcej niż za pięć cykli chemioterapii;
  - 2) 1,5% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu – za każdy cykl chemioterapii raka *in situ*, jednak nie więcej niż za pięć cykli chemioterapii.

### § 12 Świadczenie z tytułu cyklu radioterapii

1. W przypadku cyklu radioterapii, któremu Ubezpieczony został poddany lub na który został skierowany w okresie 24 miesięcy od daty rozpoznania nowotworu, AXA wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tego tytułu, pod warunkiem przyznania prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu.
2. Wysokość świadczenia z tytułu cyklu radioterapii stanowi odpowiedni procent sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu obowiązującej na dzień rozpoznania nowotworu:
  - 1) 3% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu – za każdy cykl radioterapii nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu, jednak nie więcej niż za pięć cykli radioterapii;



- 2) 1,5% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu – za każdy cykl radioterapii raka *in situ*, jednak nie więcej niż za pięć cykli radioterapii.

### § 13 Świadczenie okresowe

1. W przypadku rozpoznania u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu, w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, AXA wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie okresowe, pod warunkiem przyznania prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu.
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 przyznano Ubezpieczonemu prawo do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu, jednak nie dłużej niż do miesiąca kalendarzowego, w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego.

### § 14

1. Odpowiedzialność AXA z tytułu: rozpoznania nowotworu, operacji medycznej, cykli chemioterapii oraz cykli radioterapii ograniczona jest do wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu.
2. Z dniem wykorzystania 100% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w ust. 1.

### § 15 Wypłata świadczeń ubezpieczeniowych

1. Świadczenie z tytułu rozpoznania nowotworu, świadczenie z tytułu operacji medycznej, świadczenie z tytułu pierwszego cyklu chemioterapii, świadczenie z tytułu pierwszego cyklu radioterapii oraz świadczenie okresowe za pierwszy miesiąc kalendarzowy wypłacane są w terminie 21 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, czyli odpowiednio o:
  - 1) rozpoznaniu u Ubezpieczonego nowotworu, w przypadku świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu oraz pierwszego świadczenia okresowego;
  - 2) operacji medycznej Ubezpieczonego lub skierowaniu Ubezpieczonego na operację medyczną;
  - 3) cyklu chemioterapii Ubezpieczonego lub skierowaniu Ubezpieczonego na cykl chemioterapii, w przypadku świadczenia z tytułu pierwszego cyklu chemioterapii;
  - 4) cyklu radioterapii Ubezpieczonego lub skierowaniu Ubezpieczonego na cykl radioterapii, w przypadku świadczenia z tytułu pierwszego cyklu radioterapii.
2. Świadczenie okresowe za kolejne miesiące kalendarzowe wypłacane jest w terminie do końca każdego miesiąca kalendarzowego, za który jest należne.
3. Świadczenia z tytułu kolejnego cyklu chemioterapii lub cyklu radioterapii wypłacane są w terminie 14 dni od daty przedstawienia AXA:
  - 1) potwierdzenia odbycia przez Ubezpieczonego odpowiednio poprzedniego cyklu chemioterapii lub poprzedniego cyklu radioterapii, z tytułu których AXA wypłaciła ostatnie świadczenie, oraz
  - 2) skierowania Ubezpieczonego odpowiednio na kolejny cykl chemioterapii lub kolejny cykl radioterapii.
4. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności AXA albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w terminie, o którym mowa w ust. 1 lub ust. 3, AXA wypłaci świadczenie w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporną część świadczenia AXA wypłaca w terminie przewidzianym w ust. 1 lub 3.
5. Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu, świadczenia z tytułu operacji medycznej, świadczenia z tytułu pierwszego cyklu chemioterapii, świadczenia z tytułu pierwszego cyklu radioterapii oraz świadczenia okresowego za pierwszy miesiąc kalendarzowy jest przedstawienie przez osobę uprawnioną dokumentów

wskazanych we właściwym formularzu wniosku o wypłatę świadczenia, a w przypadku świadczeń z tytułu kolejnego cyklu chemioterapii lub cyklu radioterapii podstawą ich wypłaty jest przedstawienie AXA dokumentów, o których mowa w ust. 3. Formularze wniosków znajdują się na stronie internetowej [www.axa.pl](http://www.axa.pl).

6. Dokumenty wskazane we właściwym wniosku powinny zostać złożone w oryginałach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza, organ który je wydał, 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. Dokumenty sporządzone w języku obcym przed złożeniem AXA powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

### § 16 Ambulatoryjne świadczenia medyczne

1. W przypadku przyznania Ubezpieczonemu przez AXA prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu 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 przyznania prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu 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](http://www.axa.pl). Informacje o aktualnym wykazie placówek medycznych, należących do sieci partnera medycznego, Ubezpieczony może uzyskać także na infolinii medycznej udostępnionej mu niezwłocznie po przyznaniu prawa do wypłaty świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu.
5. W celu ustalenia miejsca i terminu realizacji ambulatoryjnego świadczenia medycznego Ubezpieczony zobowiązany jest zadzwonić na infolinię medyczną oraz uzgodnić z konsultantem miejsce i termin realizacji świadczenia w placówce medycznej należącej do sieci partnera medycznego.
6. W celu skorzystania z ambulatoryjnego świadczenia medycznego Ubezpieczony zobowiązany jest:
  - 1) w uzgodnionym terminie zgłosić się do wskazanej przez partnera medycznego placówki medycznej;
  - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
  - 3) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od pracowników placówki medycznej.

### § 17 Assistance medyczny

1. W przypadku przyznania Ubezpieczonemu prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu Ubezpieczonemu przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń assistance medycznego. Prawo dostępu do infolinii medycznej assistance przysługuje Ubezpieczonemu od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
2. Zakres świadczeń assistance medycznego przysługujący Ubezpieczonemu określony jest w katalogu świadczeń assistance stanowiącym Załącznik nr 2 do OWUD. Świadczenia assistance medycznego realizowane są wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
3. 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 przyznania prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu.
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*.

## § 18 Druga Opinia Medyczna oraz pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia

W przypadku przyznania *Ubezpieczonemu* przez AXA prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu AXA za pośrednictwem *partnera medycznego* zorganizuje lub pokryje koszty następujących świadczeń:

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

## § 19 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 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, *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 z 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. 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*.

## § 20 Pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia

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 w ust. 3.
2. Świadczenie pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia przysługuje *Ubezpieczonemu* wyłącznie w przypadku wcześniejszego wydania *Drugiej Opinii Medycznej*.
3. W ramach pomocy w planowaniu leczenia lub w organizacji leczenia *partner medyczny*, według wyboru i w porozumieniu z *Ubezpieczonym*:
  - 1) udziela *Ubezpieczonemu*, drogą telefoniczną, informacji o: nazwie, adresie oraz numerze telefonu placówki medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w której *Ubezpieczony* będzie miał możliwość uzyskania świadczenia medycznego, w szczególności zabiegu chirurgicznego, badania diagnostycznego lub wizyty u lekarza specjalisty, zalecanego w raporcie *Drugiej Opinii Medycznej*, oraz o możliwym terminie uzyskania tego świadczenia;
  - 2) umawia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej: wizyty lekarskie, wizyty domowe, wizyty pielęgniarki, rehabilitanta lub inne świadczenia medyczne dostępne w placówkach medycznych dotyczące leczenia zalecanego w *Drugiej Opinii Medycznej*;
  - 3) wskazuje *Ubezpieczonemu* maksymalnie trzech zagranicznych lekarzy lub trzy placówki medyczne poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które mogą podjąć się leczenia *Ubezpieczonego* w zakresie wskazanym w *Drugiej Opinii Medycznej*;

- 4) organizuje proces leczenia w *placówkach medycznych* poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej specjalizujących się w leczeniu nowotworu rozpoznanego u Ubezpieczonego;
- 5) organizuje transport Ubezpieczonego do *placówki medycznej* poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, gdzie będzie przeprowadzone leczenie w zakresie wskazanym w *Drugiej Opinii Medycznej*, oraz organizuje zakwaterowanie Ubezpieczonego w hotelu poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
4. Zapewnienie Ubezpieczonemu pomocy w organizacji leczenia polega wyłącznie na organizacji przez *partnera medycznego* wskazanych wyżej świadczeń na koszt Ubezpieczonego.
5. Świadczenia w ramach pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia realizowane są na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez Ubezpieczonego do *partnera medycznego*.
6. Zgłaszając wniosek o realizację świadczenia w ramach pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia, Ubezpieczony zobowiązany jest podać wszelkie informacje potrzebne do udzielenia należytej pomocy z zakresu tego świadczenia.

## § 21 Konsultacja dietytyka

1. Świadczenie z tytułu *umowy dodatkowej* obejmuje organizację i pokrycie kosztów jednej – w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy polisy obowiązywania *umowy dodatkowej* – konsultacji Ubezpieczonego u dietytyka. Świadczenie jest realizowane w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
2. Konsultacja dietytyka realizowana jest przez *placówki medyczne* należące do sieci *partnera medycznego*, których aktualny wykaz znajduje się na stronie [www.axa.pl](http://www.axa.pl). Informacje o aktualnym wykazie *placówek medycznych* należących do sieci *partnera medycznego* Ubezpieczony może uzyskać także na infolinii medycznej assistance pod numerem +48 22 575 92 83, udostępnionej mu niezwłocznie po dniu rozpoczęcia ochrony.
3. W celu ustalenia miejsca i terminu konsultacji dietytyka Ubezpieczony zobowiązany jest zadzwonić na infolinię medyczną assistance, o której mowa w ust. 2, oraz uzgodnić z konsultantem miejsce i termin realizacji świadczenia w *placówce medycznej* należącej do sieci *partnera medycznego*.
4. W celu skorzystania z konsultacji dietytyka 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*.

## Rozdział III

### Za co AXA nie odpowiada?

#### § 22 Czego nie obejmuje zakres ubezpieczenia?

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje *rozpoznania nowotworów*:

- 1) które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed datą rozpoczęcia ochrony z tytułu *umowy dodatkowej* lub przed upływem 3 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony z tytułu *umowy dodatkowej*;
- 2) których objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed datą rozpoczęcia ochrony z tytułu *umowy dodatkowej*.

#### § 23 Kiedy świadczenie nie zostanie wypłacone?

1. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu *umowy dodatkowej* nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy wskazany w *rozpoznaniu nowotwór* jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 38 pkt 1) OWU, 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.

#### § 24 Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji

1. Właściciel polisy zobowiązany jest podać do wiadomości AXA wszystkie znane sobie okoliczności, o które AXA zapytywała we wniosku o zawarcie *umowy dodatkowej* albo przed zawarciem *umowy dodatkowej* przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez AXA *umowy dodatkowej* mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. W razie zawarcia *umowy dodatkowej* na cudzy rachunek obowiązki określone w niniejszym paragrafie spoczywają zarówno na 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.
4. Powyższe postanowienia stosuje się także przy podwyższeniu sumy ubezpieczenia – w zakresie, w jakim suma ubezpieczenia została podwyższona.

#### § 25 Kiedy można zrezygnować z umowy dodatkowej?

1. Właściciel polisy może odstąpić od *umowy dodatkowej* poprzez złożenie AXA oświadczenia o odstąpieniu od *umowy dodatkowej* w formie pisemnej, w terminie:
  - 1) 45 dni;
  - 2) 15 dni – jeżeli Właściciel polisy jest przedsiębiorcą; od dnia zawarcia *umowy dodatkowej*. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia *umowy AXA* nie poinformowała Właściciela polisy będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 45 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.

#### § 26 Kiedy można wypowiedzieć umowę dodatkową?

1. Właściciel polisy ma prawo do wypowiedzenia *umowy dodatkowej* w każdym czasie jej obowiązywania poprzez złożenie AXA w formie pisemnej oświadczenia o wypowiedzeniu *umowy dodatkowej*.
2. Wypowiedzenie będzie skuteczne od dnia, w którym zostało złożone przez Właściciela polisy, chyba że w wypowiedzeniu Właściciel polisy wskaże późniejszą datę rozwiązania *umowy dodatkowej*.

#### § 27 Kiedy umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu?

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 rozpoznania nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu;
  - 4) z dniem złożenia przez Właściciela polisy wypowiedzenia *umowy dodatkowej* lub z późniejszym dniem, wskazanym przez Właściciela polisy w oświadczeniu o wypowiedzeniu *umowy dodatkowej* (zgodnie z § 26 ust. 2);
  - 5) z ostatnim dniem okresu, na który została zawieszona, w trybie automatycznym, ochrona ubezpieczeniowa;
  - 6) z dniem przejścia przez AXA obowiązku opłacania składek należnych z tytułu *umowy ubezpieczenia* zgodnie z Ogólnymi warunkami dodatkowego ubezpieczenia przejścia opłacania składek na wypadek niezdolności Ubezpieczonego do pracy;
  - 7) z dniem rozwiązania lub odstąpienia od *umowy podstawowej*.



2. Jeżeli umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu przed upływem okresu, za który została opłacona składka z tytułu umowy dodatkowej, AXA dokona zwrotu składki z tytułu umowy dodatkowej za niewykorzystany okres ochrony. Składki z tytułu umowy dodatkowej za okres, w którym AXA udzielała ochrony ubezpieczeniowej, nie podlegają zwrotowi.

## Rozdział IV Definicje

### § 28 Co oznaczają poszczególne pojęcia?

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 z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi Złoty Środek).
- 1) cykl chemioterapii** – systemowe leczenie przeciwnowotworowe polegające na podawaniu odpowiednich leków przeciwnowotworowych w celu radykalnego leczenia nowotworu wskazanego w rozpoznaniu, zgodnie z trybem leczenia ustalonym przez lekarza chemioterapeuty, onkologa lub hematologa;
  - 2) cykl radioterapii** – leczenie przeciwnowotworowe polegające na kontrolowanym zastosowaniu promieniowania jonizującego w celu radykalnego leczenia nowotworu wskazanego w rozpoznaniu, zgodnie z trybem leczenia ustalonym przez lekarza radioterapeuty, onkologa lub hematologa;
  - 3) data rozpoczęcia ochrony** – dzień zawarcia umowy dodatkowej określony w polisie lub w aneksie do polisy;
  - 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 trwały ubytek neurologiczny;  
zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
    - krwiaków,
    - 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) operacja medyczna** – zabieg medyczny polegający na przecięciu tkanek, przeprowadzony przez lekarza uprawnionego do jego wykonania w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym w trakcie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów nowotworu; w rozumieniu OWUD operacją medyczną nie jest zabieg polegający wyłącznie na badaniu diagnostycznym;
  - 17) 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;
  - 18) osoba niesamodzielna** – osoba bliska, która ze względu na podeszły wiek, zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb życiowych i wymaga stałej lub długotrwałej opieki oraz pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji;
  - 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; **polisa** – dokument wystawiony przez AXA, potwierdzający zawarcie umowy dodatkowej;
  - 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 uzdrowiskowego, a także szpitala rehabilitacji, oddziału i ośrodka rehabilitacji;
- 25) Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której została zawarta *umowa dodatkowa*.

- 2. Wymienione poniżej pojęcia zostały zdefiniowane w *umowie podstawowej* (Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi Złoty Środek):

- 1) AXA;
- 2) OWU;
- 3) rocznica polisy;
- 4) rok polisy;
- 5) składka regularna;
- 6) składka z tytułu umowy dodatkowej;
- 7) Strony;
- 8) świadczenie ubezpieczeniowe;
- 9) umowa dodatkowa;
- 10) umowa podstawowa;
- 11) umowa ubezpieczenia;
- 12) Właściciel polisy.

## § 29 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi Złoty Środek.
2. Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego – Pomoc na Raka (wariant VIP) zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu AXA nr 4/10/07/2014 z dnia 10 lipca 2014 r. oraz uchwałą nr 1/17/12/2015 z dnia 17 grudnia 2015 r. i mają zastosowanie do *umów dodatkowych* zawieranych od dnia 1 stycznia 2016 r.

Prezes Zarządu  
  
 Jarosław Bartkiewicz

Członek Zarządu  
  
 Janusz Arczewski



## Załącznik nr 1

do Ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego na wypadek rozpoznania nowotworu – Pomoc na Raka (wariant VIP)

### Katalog świadczeń ambulatoryjnych

#### BADANIA

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

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

#### KONSULTACJA DIETETYKA

Jedna konsultacja *Ubezpieczonego* u dietetyka w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy *polisy*, w których obowiązuje *umowa dodatkowa*. Maksymalny limit refundacyjny jednej konsultacji u dietetyka wynosi 400 złotych.

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

### 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.

#### Przypomnienie o badaniach profilaktycznych i umawianie na nie

AXA za pośrednictwem *partnera medycznego* przypomina Ubezpieczonemu o badaniach profilaktycznych w określonych grupach wiekowych dotyczących nowotworów oraz umawia Ubezpieczonego na wizyty związane z wykonaniem tych badań.

#### Transport medyczny z miejsca pobytu do placówki medycznej

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

nictwem *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*.

#### Transport medyczny z placówki medycznej do miejsca pobytu

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

O wyborze środka transportu decyduje lekarz *partnera medycznego*.

#### 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 pisemne 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 medyc-

nych 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 Ubezpieczony* odbył cykl *chemioterapii* lub cykl *radioterapii* i po zakończeniu cyklu *chemioterapii* lub cyklu *radioterapii*, zgodnie z pisemnym zaleceniem *lekarza prowadzącego* lub zaleceniem *lekarza partnera medycznego* wydanym na podstawie dokumentacji medycznej, konieczne jest zapewnienie *Ubezpieczonemu* pomocy w *miejscu pobytu*, 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*.

### **Dostarczenie lekarstw**

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

2. Niniejsze świadczenie przysługuje jedynie w przypadku, gdy w *miejscu pobytu Ubezpieczonego* nie ma osoby, która mogłaby zapewnić *Ubezpieczonemu* taką pomoc.
3. Koszt leków pokrywa *Ubezpieczony*. W celu realizacji świadczenia należy udostępnić przedstawicielowi *partnera medycznego* receptę niezbędną do wykupienia leku.

### **Rehabilitacja**

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

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

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

### **Organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego**

Jeżeli w następstwie *rozpoznania nowotworu Ubezpieczony*, zgodnie z pisemnym zaleceniem *lekarza prowadzącego* lub zaleceniem *lekarza partnera medycznego* wydanym na podstawie dokumentacji medycznej, powinien używać *sprzętu rehabilitacyjnego* (z wyłączeniem pobytu w *placówkach medycznych*), AXA za pośrednictwem *partnera medycznego* organizuje 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 Ubezpieczony* 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 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*, AXA za pośrednictwem *partnera medycznego* organizuje 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* organizuje opiekę nad *dziećmi* lub *osobami niesamodzielnymi* przez pielęgniarkę w *miejscu zamieszkania Ubezpieczonego* i pokryje koszty takiej opieki.
3. Jeżeli po wyczerpaniu sumy ubezpieczenia z tytułu świadczeń asystance 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 niesamodzielnych*.



### **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 Ubezpieczonego 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 Ubezpieczonego 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 Ubezpieczonego 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 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**