



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Kod dokumentu: 723_1018

Ogólne warunki

ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem

Pakiet Pomoc na Raka

Spis treści

Zakres ubezpieczenia dla Ubezpieczonego	Indeks	Strona
1) Śmierć Ubezpieczonego	GNF/16/02/01	1
2) Rozpoznanie nowotworu u Ubezpieczonego	GNFUPR/16/05/01	7
3) Rozpoznanie nowotworu u dziecka Ubezpieczonego	GNFDPR/16/05/01	14

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem

INDEKS GNF/16/02/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 ust. 2, 3, 4 § 12; § 38
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 10 ust. 2 pkt 1) § 15 ust. 1 w zw. z postanowieniami polisy § 16; § 17; § 26 ust. 2, 3

I. UMOWA UBEZPIECZENIA

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem, zwane dalej OWU, stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy Stronami: AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A., zwanym dalej Towarzystwem, a Ubezpieczającymi.

Umowa ubezpieczenia

§ 2

Na treść umowy ubezpieczenia składają się następujące dokumenty:

- wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem, zwany dalej wnioskiem;
- OWU;
- polisa ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem, zwana dalej polisą;
- każdy inny dokument złożony do Towarzystwa przez Ubezpieczającego, który został zaakceptowany przez Towarzystwo jako część umowy ubezpieczenia.

! Warunki zawartej umowy ubezpieczenia określone są nie tylko w OWU, ale również w innych uzgodnionych z Towarzystwem dokumentach.

Kto może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową i za co Towarzystwo odpowiada

§ 3

- Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która spełnia warunki określone w definicji Ubezpieczonego.
- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
- Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony poprzez zawarcie umów dodatkowych na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia, zwanych dalej OWUD.

W jaki sposób zawierana jest umowa ubezpieczenia

§ 4

- Przed zawarciem umowy ubezpieczenia Towarzystwo przekazuje Ubezpieczającemu OWU oraz OWUD.
- Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie złożonego przez Ubezpieczającego, poprawnie wypełnionego, pisemnego wniosku na formularzu Towarzystwa, stanowiącego ofertę zawarcia umowy.
- Ubezpieczający jest zobowiązany do złożenia wniosku najpóźniej w dniu poprzedzającym wnioskowaną datę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej oraz do opłacenia składki we wskazanym przez Towarzystwo terminie.

! Podstawą zawarcia umowy ubezpieczenia jest poprawnie wypełniony wniosek.

4. Jeżeli wniosek został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, Ubezpieczający jest zobowiązany do uzupełnienia wniosku bądź do sporządzenia nowego wniosku w terminie określonym przez Towarzystwo.
5. Towarzystwo może nie zaakceptować wniosku i odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia.
6. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do dalszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
7. W przypadku akceptacji wniosku Towarzystwo wystawia polisę, w której potwierdzona zostaje data początku ochrony ubezpieczeniowej i przekazuje ją Ubezpieczającemu.

! Towarzystwo może poprosić Ubezpieczającego o uzupełnienie wniosku oraz, z uwagi na zawarte w nim informacje, dodatkowo zweryfikować ryzyko ubezpieczeniowe. Wniosek może zostać niezaakceptowany przez Towarzystwo.
Towarzystwo potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia polisą.

Od kiedy jest świadczona ochrona względem Ubezpieczonego

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się po łącznym spełnieniu następujących warunków:
 - 1) została opłacona składka w należytnej wysokości;
 - 2) został przekazany do Towarzystwa poprawnie wypełniony wniosek;
 - 3) została dokonana ocena ryzyka ubezpieczeniowego względem Ubezpieczonego.
2. Początek ochrony ubezpieczeniowej potwierdzony jest w polisie.

! Początek ochrony rozpoczyna się od pierwszego dnia wskazanego w polisie, pod warunkiem że najpóźniej w dniu poprzedzającym początek ochrony ubezpieczeniowej zostanie opłacona składka oraz zostaną spełnione pozostałe warunki, o których jest mowa powyżej.

Jak przebiega i na czym polega ocena ryzyka ubezpieczeniowego

§ 6

1. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym żądania:
 - 1) udzielenia informacji o stanie zdrowia w zakresie zawartym we wniosku oraz ankiecie medycznej;
 - 2) dostarczenia dodatkowych dokumentów dotyczących stanu zdrowia;
 - 3) skierowania na badania medyczne, z wyłączeniem badań genetycznych. Koszty badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.
2. Po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:
 - 1) odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową;
 - 2) określenia daty, od której ochrona ubezpieczeniowa może być świadczona;
 - 3) określenia warunków objęcia ochroną ubezpieczeniową, tj. zaproponowania zmiany zakresu ubezpieczenia, podwyższenia składki, obniżenia sumy ubezpieczenia w ramach umowy podstawowej lub poszczególnych umów dodatkowych.

Na jaki czas zawierana jest umowa ubezpieczenia i w jaki sposób ulega przedłużeniu

§ 7

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres 1 roku, licząc od daty początku ochrony ubezpieczeniowej określonej w polisie.
2. Po upływie każdego rocznego okresu trwania umowy ubezpieczenia ulega ona przedłużeniu na kolejny roczny okres na tych samych warunkach, o ile żadna ze Stron nie postanowi inaczej. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia umowy na kolejny okres powinno być złożone drugiej Stronie na 30 dni przed upływem okresu, na jaki umowa ubezpieczenia została zawarta.

! Umowa ubezpieczenia zawierana jest na 1 rok i jest automatycznie przedłużana, jeżeli Ubezpieczający lub Towarzystwo nie złożą odmiennego oświadczenia w tej sprawie drugiej Stronie.

W jaki sposób ustalana jest wysokość składki i sumy ubezpieczenia

§ 8

1. Wysokość składki ustala się na podstawie taryfy składek obowiązującej w Towarzystwie w dniu złożenia wniosku. Wysokość składki określa Towarzystwo w zależności od:
 - 1) wysokości sumy ubezpieczenia;
 - 2) zakresu ubezpieczenia;
 - 3) wieku osoby objętej ochroną ubezpieczeniową;

- 4) informacji o ryzyku ubezpieczeniowym, zawartej we wniosku i innych dokumentach ubezpieczeniowych.
2. Wysokość składki jest określana w polisie.
3. Wysokość sumy ubezpieczenia wskazana jest w polisie.

! Wysokość składki zależy od wielu czynników i jest określona w polisie.

W jaki sposób opłacana jest składka

§ 9

1. Ubezpieczający opłaca składkę z częstotliwością miesięczną. Na wniosek Ubezpieczającego i za zgodą Towarzystwa składka może być opłacana z inną częstotliwością.
2. Składka opłacana jest przez Ubezpieczającego w pełnej wymaganej kwocie z góry w terminie wskazanym przez Towarzystwo potwierdzonym w polisie. Składka jest należna za okres, w którym Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej.
3. Obowiązek opłacania składki istnieje przez cały czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
4. Składka płatna jest na wskazany rachunek bankowy Towarzystwa.

! Należy pamiętać o terminowym opłacaniu składki.

Jakie są konsekwencje nieopłacenia składki

§ 10

1. Składkę uważa się za nieopłaconą, gdy:
 - 1) wysokość opłaconej składki jest niższa od składki należytnej;
 - 2) składka nie została opłacona na właściwy rachunek Towarzystwa wskazany przez Towarzystwo;
 - 3) składka nie została opłacona w terminie wymagalności wskazanym w polisie.
2. W przypadku niezapłacenia całości lub części składki w terminie wymagalności, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia zaległości składki, wskazując w wezwaniu co najmniej 7-dniowy dodatkowy termin na dokonanie zapłaty składki oraz informując o skutkach nieopłacenia składki w dodatkowym terminie, to jest:
 - 1) ustaniu odpowiedzialności Towarzystwa z upływem terminu dodatkowego;
 - 2) uznaniu umowy ubezpieczenia za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego.

! Należy pamiętać o terminowym opłacaniu składek. W przypadku nieopłacenia należytnej składki w terminie Towarzystwo wezwie do jej opłacenia.

W przypadku nieopłacenia składki w dodatkowym co najmniej 7-dniowym terminie ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego.

Czy warunki ubezpieczenia mogą ulec zmianie

§ 11

1. Towarzystwo może proponować zmianę warunków umowy ubezpieczenia.
2. Propozycję zmiany warunków umowy ubezpieczenia wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy, na kolejny rok polisy Towarzystwo przedstawi Ubezpieczającemu pisemnie lub jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, nie później niż 30 dni przed rocznicą polisy, wyznaczając Ubezpieczającemu 14-dniowy termin na złożenie oświadczenia o niewyrażeniu zgody na zaproponowane warunki.
3. Jeżeli Ubezpieczający w terminie 14 dni niełoży pisemnego oświadczenia o niewyrażeniu zgody na zaproponowane przez Towarzystwo warunki ubezpieczenia, umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na nowych warunkach.
4. Jeśli Ubezpieczającyłoży oświadczenie o niewyrażeniu zgody na zaproponowane warunki ubezpieczenia w terminie 14 dni, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w ostatnim dniu roku polisy.

! Przed każdą rocznicą polisy Towarzystwo może proponować zmianę warunków umowy ubezpieczenia. Jeśli Ubezpieczający nie zaakceptuje nowych warunków, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się ostatniego dnia roku polisy.

5. Jeżeli Ubezpieczony nie upoważnił Ubezpieczającego do wyrażania w jego imieniu zgody na zmiany w umowie ubezpieczenia, to w przypadku zaproponowania przez Towarzystwo zmiany warunków, jeśli Towarzystwo nie otrzymało zgody Ubezpieczonego na nowe warunki, umowa ubezpieczenia zostaje rozwiązana w ostatnim dniu roku polisy. Jeśli jednak najpóźniej na 15 dni przed końcem roku polisy Ubezpieczony przekaze Ubezpiecza-

jącego pisemną zgodę na proponowane warunki, a *Ubezpieczający* prze-
każe ją w tym terminie Towarzystwu, ochrona ubezpieczeniowa ulegnie
wobec niego przedłużeniu.

! *Ubezpieczony*, przystępując do ubezpieczenia, może upoważnić *Ubez-
pieczającego* do wyrażania w jego imieniu zgody na dokonywanie
zmian w umowie ubezpieczenia. Jeśli *Ubezpieczony* nie złoży takiego upo-
ważnienia, a Towarzystwo zaproponuje zmianę warunków ubezpieczenia
przed rocznicą polisy, wówczas umowa ubezpieczenia zostanie rozwiązana.
Jeśli jednak *Ubezpieczony* złoży oświadczenie na 15 dni przed rocz-
nicą polisy, ochrona ubezpieczeniowa ulegnie wobec niego przedłużeniu.

II. ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWE

Świadczenie z tytułu umowy podstawowej

§ 12

W przypadku śmierci *Ubezpiezonego* w okresie udzielania ochrony ubezpie-
czeniowej Towarzystwo wypłaci *Uposażonemu* świadczenie w wysokości sumy
ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWU.

! W przypadku śmierci *Ubezpiezonego* *Uposażony* otrzyma świadcze-
nie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWU.

Uposażony

§ 13

1. *Ubezpieczony* może wskazać jednego lub więcej *Uposażonych* do otrzy-
mania świadczenia w razie śmierci *Ubezpiezonego*.
2. W przypadku wskazania więcej niż jednego *Uposażonego* określa się pro-
centowy udział każdej z tych osób w świadczeniu. W przypadku nieokre-
ślenia procentowego udziału *Uposażonych* w świadczeniu lub wskazania
udziałów, których suma nie stanowi 100% świadczenia, Towarzystwo
przyjmuje, że udziały są równe.
3. Świadczenie z tytułu śmierci *Ubezpiezonego* nie zostanie wypłacone
osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci *Ubezpiezonego*.
4. Jeżeli *Uposażony* zmarł przed śmiercią *Ubezpiezonego* albo utracił prawo
do świadczenia w myśl postanowień ust. 3, jego prawo do świadczenia
przysługujące pozostałym *Uposażonym* proporcjonalnie do przypadających
im procentowych udziałów w tym świadczeniu.
5. Jeżeli w chwili śmierci *Ubezpiezonego* nie ma *Uposażonych* albo wska-
zanie *Uposażonego* stało się bezskuteczne w myśl postanowień ust. 3,
prawo do świadczenia przysługujące spadkobiercom ustawowym *Ubezpie-
czonego*.
6. Za osobę zmarłą przed śmiercią *Ubezpiezonego* uważa się również oso-
bę, która zmarła jednocześnie z *Ubezpieczonym*.

Wypłata świadczenia

§ 14

1. Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu OWU i OWUD jest przedstawienie
Towarzystwu dokumentów wskazanych we właściwym wniosku o wypłatę
świadczenia. Towarzystwo udostępnia formularze wniosków o wypłatę
świadczenia na stronie internetowej www.axa.pl.
2. Dokumenty wskazane we właściwym wniosku o wypłatę świadczenia
powinny zostać złożone w oryginałach lub kopiach poświadczonych za
zgodność z oryginałem przez notariusza, organ, który je wydał, lub przed-
stawiciela 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.
3. Dokumenty sporządzone w języku obcym, przed złożeniem Towarzystwu,
powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysię-
głego.
4. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubez-
pieczeniowego Towarzystwo poinformuje o tym *Ubezpieczającego* lub
Ubezpiezonego – w zakresie umów dodatkowych, jeżeli nie są oni oso-
bami występującymi z tym zawiadomieniem, a osobę zgłaszającą rosz-
czenie pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę,
jakie dokumenty niezbędne są do ustalenia prawa do świadczenia oraz
jego wysokości w związku z zajściem tego zdarzenia.
5. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 21 dni,
licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego
zakresem ubezpieczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.
6. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do
świadczenia lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie 21
dni, Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 14 dni, licząc od dnia,
w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych oko-
liczności było możliwe.
7. Jeżeli wypłata świadczenia nie jest możliwa w terminach określonych
w powyższych ustępach, Towarzystwo zawiadomi o tym pisemnie osobę
zgłaszającą roszczenie o wypłatę świadczenia oraz *Ubezpiezonego* –
w zakresie umów dodatkowych, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą rosz-
czenie, podając przyczyny późniejszego terminu spełnienia świadczenia.

8. Bezporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie 21 dni.
9. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż
określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo poinformuje o tym oso-
bę zgłaszającą roszczenie oraz *Ubezpiezonego* w zakresie umów dodat-
kowych, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując oko-
liczności i podstawę prawną uzasadniającą odmowę wypłaty świadczenia
lub wypłacenie go w innej wysokości niż wynikająca ze zgłoszonego rosz-
czenia.

! Towarzystwo informuje osobę zgłaszającą roszczenie, jakie dokumen-
ty są niezbędne do wypłaty świadczenia. Świadczenie wypłacane jest
w terminie 21 dni od poinformowania Towarzystwa o zdarzeniu, a jeśli
wyjaśnienie dodatkowych okoliczności nie jest możliwe w tym terminie,
Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od wyjaśnienia tych
okoliczności. Bezporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w ter-
minie 21 dni.

III. ZA CO TOWARZYSTWO NIE ODPOWIADA

! W poniższym rozdziale opisaliśmy przypadki, w których ochrona ubez-
pieczeniowa jest ograniczona lub świadczenie ubezpieczeniowe nie
zostanie wypłacone.

Kiedy ochrona ubezpieczeniowa jest ograniczona

§ 15

1. *Karencja* określona jest w polisie.
2. *Karencji* nie stosuje się, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe spowodowane
zostało nieszczęśliwym wypadkiem.

Kiedy świadczenie nie zostanie wypłacone

§ 16

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpiecze-
niowe, objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie umowy podstawo-
wej oraz umów dodatkowych, nastąpi wskutek:
 - 1) działań wojennych, zbrojnych albo świadomego i dobrowolnego uczest-
nictwa *Ubezpiezonego* w aktach terroryzmu, przemocy lub zamiesz-
kach, chyba że jego udział w tych aktach lub zamieszkach wynikał
z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub
obrony koniecznej;
 - 2) popełnionego przez *Ubezpiezonego* samobójstwa, w okresie dwóch
lat od daty objęcia *Ubezpiezonego* ochroną ubezpieczeniową.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpiecze-
niowe objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie umów dodatkowych
nastąpi wskutek:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia *Ubezpiezonego* na jego prośbę,
niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 2) choroby AIDS lub zakażenia *Ubezpiezonego* wirusem HIV;
 - 3) masowego skażenia chemicznego, biologicznego i radioaktywnego.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypo-
dek będący przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem
ubezpieczenia na podstawie umów dodatkowych jest następstwem:
 - 1) spożycia przez *Ubezpiezonego* alkoholu w ilości powodującej, że za-
wartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we
krwi od 0,2% alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu
od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³; niezaleconego przez lekarza zażycia le-
ków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych; podda-
nia się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza
kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 2) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez *Ubezpiezonego* czynu
spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 3) uprawiania przez *Ubezpiezonego* następujących niebezpiecznych
sportów lub aktywności fizycznej: wszelkich sportów lotniczych, wspi-
nacki, speleologii, skoków na linie, nurkowania z użyciem specjali-
stycznego sprzętu, sportów motorowych i motorowodnych, sportów
spadochronowych, sportów walki (nie dotyczy rekreacyjnego uprawia-
nia sportów walki) oraz udziału *Ubezpiezonego* we wszelkiego rodzaju
wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem;
 - 4) pełnienia przez *Ubezpiezonego* służby wojskowej;
 - 5) prowadzenia przez *Ubezpiezonego* pojazdu lądowego, wodnego lub
powietrznego, jeżeli *Ubezpieczony* nie posiadał odpowiednich upraw-
nień do kierowania i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie miał
wymaganego przepisami świadectwa kwalifikacyjnego.
4. Wyłączenia, o których mowa w ust. 3, stosuje się również w odniesieniu
do umowy podstawowej oraz wszystkich umów dodatkowych, jeżeli zda-
rzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w okresie karencji.
5. W przypadku gdy zdarzenie ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpie-
czenia na podstawie umowy podstawowej lub umów dodatkowych spo-
wodowane zostało nieszczęśliwym wypadkiem, świadczenie zostanie
wypłacone pod warunkiem, że zdarzenie to wystąpiło przed upływem 12
miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

6. W przypadku gdy przedmiotem ubezpieczenia z tytułu *umowy dodatkowej* jest życie lub zdrowie innych osób niż *Ubezpieczony*, postanowienia ust. 1–5 stosuje się odpowiednio do: *współmałżonka*, rodziców *Ubezpieczonego*, rodziców *współmałżonka*, dziecka.

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia.

Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji

§ 17

W przypadku ujawnienia, że przed datą rozpoczęcia ochrony *Ubezpieczający* lub *Ubezpieczony* podał nieprawdziwe wiadomości, a zwłaszcza zatajona została *choroba Ubezpieczonego*, Towarzystwo w okresie pierwszych trzech lat od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości.

! Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji może skutkować odmową wypłaty świadczenia w okresie pierwszych trzech lat od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową.

IV. OBOWIĄZKI

Jakie są obowiązki Ubezpieczającego względem Towarzystwa

§ 18

1. *Ubezpieczający* zobowiązany jest do informowania Towarzystwa o zmianach swoich danych kontaktowych i adresowych.
2. *Ubezpieczający* zobowiązany jest do przekazania Towarzystwu wszystkich danych niezbędnych do należytego wykonywania postanowień *umowy ubezpieczenia*.
3. *Ubezpieczający* zobowiązany jest do terminowego opłacenia składki.
4. *Ubezpieczający* zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we wniosku lub innych dokumentach *umowy ubezpieczenia*. Jeżeli Towarzystwo zawarło *umowę ubezpieczenia* mimo braku odpowiedzi *Ubezpieczającego* na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
5. W przypadku *umowy ubezpieczenia* zawieranej na cudzy rachunek *Ubezpieczający* przekazuje osobom zainteresowanym, przed przystąpieniem do *umowy ubezpieczenia* oraz przed wyrażeniem zgody na finansowanie kosztu składki, na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku OWU, OWUD wraz z załącznikami.
6. *Ubezpieczający* przekazuje *Ubezpieczonym*, na piśmie lub – jeżeli *Ubezpieczony* wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku informacje o:
 - 1) zmianach warunków *umowy* lub prawa właściwego dla zawartej *umowy* wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej *umowy* – przed wyrażeniem przez *Ubezpieczającego* zgody na zmianę warunków *umowy* lub prawa właściwego dla *umowy ubezpieczenia*;
 - 2) wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej *umowy ubezpieczenia*, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania *umowy ubezpieczenia* – nie rzadziej niż raz w roku, niezwłocznie po ich przekazaniu przez Towarzystwo *Ubezpieczającemu*;
 - 3) zmianie w zakresie sumy ubezpieczenia, w przypadku gdy z *umowy ubezpieczenia* przysługuje świadczenie ustalone na podstawie sumy ubezpieczenia wyrażonej w ustalonej kwocie – nie rzadziej niż raz w roku, niezwłocznie po ich przekazaniu przez Towarzystwo *Ubezpieczającemu*.

! Do obowiązków *Ubezpieczającego* należy w szczególności:

- 1) informowanie o zmianach swoich danych kontaktowych i adresowych;
- 2) opłacanie składki zgodnie z warunkami zawartej *umowy*;
- 3) udzielanie odpowiedzi na pytania Towarzystwa zawarte we wniosku i innych dokumentach;
- 4) w przypadku *umowy ubezpieczenia* zawieranej na cudzy rachunek, przekazywanie osobom zainteresowanym przed przystąpieniem do *umowy ubezpieczenia* oraz przed wyrażeniem zgody na finansowanie kosztu składki, gdy *Ubezpieczony* finansuje składkę, warunków *umowy ubezpieczenia*.

Jakie są obowiązki Towarzystwa

§ 19

Towarzystwo jest zobowiązane do:

- 1) doręczenia *Ubezpieczającemu* OWU i OWUD;
- 2) doręczenia *Ubezpieczającemu* polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie *umowy ubezpieczenia*;
- 3) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych w *umowie ubezpieczenia* oraz przepisach prawa.

Jakie są obowiązki Ubezpieczonego

§ 20

1. Przed przystąpieniem do ubezpieczenia *Ubezpieczony* zobowiązany jest do zapoznania się z OWU, OWUD oraz zakresem ubezpieczenia (w tym sumami ubezpieczenia).
2. *Ubezpieczony* jest zobowiązany do informowania Towarzystwa o zmianach danych osobowych, kontaktowych i adresowych zawartych we wniosku.

V. REZYGNACJA, WYPOWIEDZENIE, ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

Kiedy Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia

§ 21

Ubezpieczający może odstąpić od *umowy ubezpieczenia* w terminie 30 dni od dnia zawarcia *umowy*. 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 ubezpieczenia* nie zwalnia *Ubezpieczającego* z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej. Oświadczenie o odstąpieniu od *umowy* powinno być złożone w formie pisemnej.

! *Ubezpieczający* może odstąpić od umowy, jednakże należy pamiętać o terminach.

Kiedy Ubezpieczony może zrezygnować z umowy ubezpieczenia

§ 22

Ubezpieczony ma prawo w każdej chwili zrezygnować z ubezpieczenia, składając oświadczenie o rezygnacji w formie pisemnej lub innej zaakceptowanej przez Towarzystwo, która powoduje zakończenie odpowiedzialności z upływem okresu, za jaki opłacono ostatnią składkę.

! *Ubezpieczony* może zrezygnować z ubezpieczenia w każdym momencie, składając oświadczenie o rezygnacji.

Kiedy ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a umowa ubezpieczenia rozwiązuje się

§ 23

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a *umowa ubezpieczenia* rozwiązuje się:
 - 1) z dniem odstąpienia przez *Ubezpieczającego* od *umowy podstawowej*;
 - 2) z dniem śmierci *Ubezpieczonego*;
 - 3) z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym *Ubezpieczony* ukończył 69. rok życia, chyba że polisa wskazuje inaczej;
 - 4) z upływem ostatniego dnia roku polisy, jeżeli *Ubezpieczony* nie wyraził zgody na zmianę warunków *umowy ubezpieczenia*;
 - 5) z upływem ostatniego dnia *miesiąca polisy*, w którym wysokość składki uległa obniżeniu poniżej minimalnej wysokości składki określonej w Tabeli opłat i limitów, stanowiącej załącznik do niniejszych OWU;
 - 6) z ostatnim dniem *miesiąca polisy*, w którym *Ubezpieczający* złożył oświadczenie o wypowiedzeniu *umowy ubezpieczenia*;
 - 7) w przypadku rezygnacji *Ubezpieczonego* z ubezpieczenia, z upływem okresu, za jaki opłacono ostatnią składkę;
 - 8) z upływem okresu, na jaki została zawarta, jeżeli jedna ze Stron wyrazi wolę nieprzedłużenia umowy na kolejny okres.

Kiedy umowa ubezpieczenia zostaje uznana za wypowiedzianą

§ 24

1. *Ubezpieczający* może w dowolnym momencie trwania *umowy* wypowiedzieć *umowę*. Rozwiązanie *Umowy* następuje na podstawie pisemnego i podpisanego wniosku doręczonego Towarzystwu ze skutkiem na koniec *miesiąca polisy*.
2. *Umowę ubezpieczenia* uważa się za wypowiedzianą przez *Ubezpieczającego* w przypadku nieopłacenia składki w terminie wymagalności, mimo uprzedniego wezwania *Ubezpieczającego* do zapłaty składki w dodatkowym terminie nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania wezwania.

Zmiana umowy ubezpieczenia

§ 25

Wszelkie zmiany w *umowie ubezpieczenia* są dokonywane w drodze negocjacji Stron, w trybie ofertowym bądź w inny przewidziany ogólnie obowiązującymi przepisami prawa sposób i potwierdzane w formie pisemnej lub na innym trwałym nośniku, jeżeli *Ubezpieczający* wyrazi na to zgodę.

Zmiana zakresu, sum ubezpieczenia i częstotliwości opłacania składki

§ 26

1. *Ubezpieczający*, za zgodą *Ubezpieczonego*, ma możliwość zmiany zakresu, sum ubezpieczenia i częstotliwości opłacania składki. Wniosek o do-

konanie zmian *Ubezpieczający* zgłasza Towarzystwu najpóźniej w terminie 30 dni poprzedzających rocznicę polisy. Towarzystwo może określić dodatkowe warunki zmiany zakresu, sum ubezpieczenia i częstotliwości opłacania składki, wskazując je w polisie.

- W przypadku gdy w wyniku zmiany zakresu i sum ubezpieczenia zakres ochrony ubezpieczeniowej zostaje rozszerzony o nowe umowy dodatkowe, w stosunku do tych umów dodatkowych stosuje się karencję, która wskazywana jest w polisie.
- W przypadku gdy zmiana zakresu i sum ubezpieczenia wiąże się z podwyższeniem sumy ubezpieczenia, w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w okresie karencji, świadczenie ograniczone jest do wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej przed zmianą zakresu i sum ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że karencji nie stosuje się, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe spowodowane zostało *nieszczęśliwym wypadkiem*.
- Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zmiany zakresu i sum ubezpieczenia.

! Zmiana zakresu i sum ubezpieczenia jest możliwa, o ile Towarzystwo wyraziło na to zgodę. W przypadku zmiany zakresu i sum ubezpieczenia mogą mieć zastosowanie karencje.

VI. UMOWY DODATKOWE

! Wszystkie umowy dodatkowe opisane w OWUD mają pewne wspólne postanowienia. Poniżej opisane są zasady, na jakich umowy dodatkowe mogą być zawierane, wypowiedzane i rozwiązywane.

Jakie definicje mają zastosowanie w poszczególnych umowach dodatkowych

! Pojęcia zdefiniowane w OWU, używane w poszczególnych OWUD, mają znaczenie nadane im w OWU, o ile w OWUD nie zostały zdefiniowane odmiennie.

W jaki sposób zawierana jest umowa dodatkowa

§ 27

- Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej.
- Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

! Wszystkie umowy dodatkowe mogą zostać zawarte jako rozszerzenie umowy podstawowej.

W jakim czasie świadczona jest ochrona ubezpieczeniowa w ramach poszczególnych umów dodatkowych

§ 28

- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się po spełnieniu warunków opisanych w § 5 OWU.
- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa odpowiednio z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, w trybie określonym w umowie podstawowej, a ponadto:
 - z dniem rozwiązania umowy dodatkowej;
 - z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej.

Kiedy można wypowiedzieć umowę dodatkową

§ 29

Umowa dodatkowa może być w każdym czasie wypowiedziana przez *Ubezpieczającego* na piśmie, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

W jaki sposób rozwiązuje się umowa dodatkowa

§ 30

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, a także z ostatnim dniem roku polisy, w którym *Ubezpieczający* wypowiedział umowę dodatkową.

W jaki sposób ustalana jest suma ubezpieczenia i składka z tytułu umowy dodatkowej

§ 31

- Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie.
- Do ustalenia wysokości składki należnej z tytułu umowy dodatkowej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki z tytułu umowy podstawowej.
- Wysokość składki należnej z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie.
- Składka należna z tytułu umowy dodatkowej opłacana jest wraz ze składką należną z tytułu umowy podstawowej.

Kiedy ochrona ubezpieczeniowa jest ograniczona

§ 32

- W umowach dodatkowych zastosowanie mają karencje, które są określone w polisie.
- Karencji nie stosuje się, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe spowodowane zostało *nieszczęśliwym wypadkiem*.

Postanowienia końcowe

§ 33

W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.

VII. REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA

Reklamacje, skargi i zażalenia

§ 34

- W każdym przypadku osoba fizyczna będąca *Ubezpieczającym*, *Ubezpieczonym* lub inna osoba uprawniona z umowy ubezpieczenia, a także osoba prawna lub spółka nieposiadająca osobowości prawnej będąca *Ubezpieczającym*, *Ubezpieczonym* lub poszukującym ochrony ubezpieczeniowej mogą wnieść reklamację.
- W przypadku osób fizycznych za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do Towarzystwa jako podmiotu rynku finansowego, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, z wyjątkiem wystąpień składanych przez osoby fizyczne będące klientami brokera ubezpieczeniowego albo klientami agenta ubezpieczeniowego lub agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierających zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.
- W przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, z wyjątkiem wystąpień dotyczących brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych lub agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierających zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.
- Reklamacje można składać Towarzystwu w następujący sposób:
 - w formie pisemnej – przesyłką pocztową na adres siedziby Towarzystwa: AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Chłódna 51, 00-867 Warszawa, albo osobiście w siedzibie Towarzystwa;
 - w formie elektronicznej na adres e-mail: skargi.odwolania@axa.pl;
 - ustnie – telefonicznie pod numer 22 555 00 00 lub 801 200 200 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce Towarzystwa.
- Reklamacje wnosi się do Zarządu Towarzystwa. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów.
- Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
- Odpowiedź Towarzystwa na reklamację zostanie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji albo w przypadku reklamacji wniesionej przez osobę fizyczną – pocztą elektroniczną, jeżeli osoba fizyczna składająca reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo, na wniosek osoby składającej reklamację, Towarzystwo potwierdza pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.
- W przypadku gdy Towarzystwo nie posiada danych kontaktowych osoby składającej reklamację, przy składaniu reklamacji należy podać następujące dane: imię, nazwisko, a w przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej – nazwę firmy oraz imię i nazwisko osoby do kontaktu, a także w obu przypadkach adres do korespondencji, adres e-mail (w razie wyboru takiej formy kontaktu).
- Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
- W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie wyśle informację o przyczynie niemożności rozpatrzenia reklamacji. W takim przypadku odpowiedź na reklamację zostanie udzielona nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.
- Jeżeli osoba fizyczna składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego, a ponadto może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Towarzystwu według właściwości określonej w OWU.
- Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.

13. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

- W każdym przypadku klient Towarzystwa może wnieść reklamację, w tym skargę lub zażalenie, na działalność Towarzystwa.

14. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla Towarzystwa do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa; www.rf.gov.pl).

15. Podmiotom, którym nie przysługuje prawo do złożenia reklamacji zgodnie z postanowieniami ust. 1–3, przysługuje prawo do złożenia skargi lub zażalenia. Do skarg i zażaleń wnoszonych przez te podmioty mają odpowiednie zastosowanie postanowienia ust. 4–9 i 12, z zastrzeżeniem że w szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie poinformuje osobę składającą skargę lub zażalenie o przyczynie niemożności ich rozpatrzenia, i w takim przypadku odpowiedź na skargę lub zażalenie zostanie udzielona nie później niż w terminie 90 dni od dnia ich otrzymania.

Sąd właściwy do rozpatrywania sporów

§ 35

1. Powództwo o roszczenie wynikające z *umowy ubezpieczenia* można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby *Ubezpieczającego*, *Ubezpieczonego* lub *Uprawnionego* z umowy ubezpieczenia.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z *umowy ubezpieczenia* można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy *Ubezpieczonego* lub spadkobiercy *Uprawnionego* z umowy ubezpieczenia.

VIII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE ORAZ INFORMACJA O PRZEPISACH PODATKOWYCH

Postanowienia końcowe

§ 36

1. Za zgodą Stron do *umowy ubezpieczenia* mogą zostać wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od niniejszych OWU.
2. Wprowadzenie postanowień, o których mowa w ust. 1, wymaga pisemnej akceptacji przez obie Strony umowy.
3. O ile OWU nie stanowią inaczej, Strony mogą składać oświadczenia i zawiadomienia dotyczące *umowy ubezpieczenia* z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość.
4. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane będą na stronie internetowej Towarzystwa.
5. Integralną część niniejszych OWU stanowi Formularz do OWU, czyli informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Informacje o przepisach podatkowych

§ 37

1. Zasady opodatkowania podatkiem dochodowym kwot otrzymanych przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie określa ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.
2. Kwoty otrzymane przez osoby prawne z tytułu ubezpieczeń na życie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób prawnych zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.

IX. DEFINICJE

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 38

Pojęcia użyte w niniejszych OWU oraz innych dokumentach stanowiących integralną część *umowy ubezpieczenia* oznaczają:

- 1) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione *Ubezpieczonego*, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 18. roku życia; w zakresie dodatkowego ubezpieczenia na wypadek *pobytu dziecka w szpitalu* pod pojęciem dziecka rozumie się dziecko, które ukończyło 1. rok życia i nie ukończyło 18. roku życia; powyższe ma zastosowanie pod warunkiem, że zapisy *polisy* nie stanowią inaczej;
- 2) **dzień wymagalności składki** – określony w polisie dzień, w którym należna jest Towarzystwu składka;
- 3) **karencja** – okres, w którym odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona; okres *karencji* uwzględniany jest w wyliczeniu wysokości składki;
- 4) **miesiąc polisy** – miesiąc rozpoczynający się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej, określonym w polisie, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu – w ostatnim dniu tego miesiąca;

5) **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia *Ubezpieczonego* oraz odpowiednio – w zależności od przedmiotu ubezpieczenia wskazanego w *umowie dodatkowej* – *współmałżonka* lub *dziecka*, rodzica *Ubezpieczonego*, rodzica *współmałżonka*; *zawału serca*, *udar mózgu* i innych *chorób*, nawet występujących nagłe, nie uważa się za *nieszczęśliwy wypadek*; za *nieszczęśliwy wypadek* nie uznaje się także następstw zdrowotnych przecięcia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia;

6) **polisa** – dokument wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie *umowy ubezpieczenia* oraz warunki tej umowy, w tym wysokości *sum ubezpieczenia*;

7) **rocznica polisy** – dzień w każdym roku kalendarzowym obowiązywania *umowy ubezpieczenia*, odpowiadający dacie początku ochrony ubezpieczeniowej, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym roku – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada data rozpoczęcia ochrony;

8) **rok polisy** – okres rozpoczynający się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej oraz w każdą *rocznicę polisy*, a kończący się w dniu bezpośrednio poprzedzającym *rocznicę polisy*;

9) **suma ubezpieczenia** – kwota określona w polisie, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia;

10) **trwały nośnik** – materiał lub narzędzie umożliwiające *Ubezpieczającemu* lub *Ubezpieczonemu* przechowywanie informacji kierowanych osobiście do niego, w sposób zapewniający dostęp do informacji w przyszłości przez czas odpowiedni do celów, jakim te informacje służą, pozwalające na odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienionej postaci;

11) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna zawierająca *umowę ubezpieczenia* i zobowiązana do opłacania składek;

12) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia;

13) **Uprawniony** – podmiot wskazany przez *Ubezpieczającego* jako uprawniony do żądania spełnienia przez Towarzystwo świadczenia, w tym Uposażony lub inna osoba uprawniona;

14) **umowa dodatkowa** – umowa zawarta na podstawie ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia (OWUD) jako rozszerzenie *umowy podstawowej*;

15) **umowa podstawowa** – umowa zawarta na podstawie niniejszych OWU;

16) **umowa ubezpieczenia** – *umowa podstawowa*, a w przypadku gdy została ona rozszerzona o *umowę dodatkową*, wówczas obejmuje również tę *umowę dodatkową*;


17) **Uposażony** – osoba wskazana jako uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci *Ubezpieczonego*.

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/21/01/2016 z dnia 21 stycznia 2016 r., zmienione uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/29/09/2016 z dnia 29 września 2016 r., nr 2/22/12/2016 z dnia 22 grudnia 2016 r. oraz nr 1/23/08/2018 z dnia 23 sierpnia 2018 r. i wchodzi w życie z dniem 1 października 2018 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego – Pomoc na Raka

INDEKS GNFUPR/16/05/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1; § 4 ust. 1; § 5 ust. 1; § 6 ust. 1; § 7 ust. 1; § 9 ust. 1, 2, 3; § 10 ust. 1, 2, 3, 4, 5; § 11 § 12 ust. 1, 2, 3, 4; § 13 ust. 1, 2, 3, 4; § 16 § 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNF/16/02/01 Załącznik nr 1 – Katalog świadczeń ambulatoryjnych Załącznik nr 2 – Katalog świadczeń assistance
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 2; § 6 ust. 2; § 7 ust. 2; § 10 ust. 7 § 12 ust. 7; § 14; § 15 ust. 1 pkt 2), ust. 2 § 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNF/16/02/01 w zw. z postanowieniami polisy lub innego dokumentu umowy ubezpieczenia § 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNF/16/02/01
Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.	
Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia	
§ 1 1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.	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.
 Definicja Ubezpieczonego znajduje się w § 38 OWU.	Jak określana jest suma ubezpieczenia
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje: 1) <i>rozpoznanie u Ubezpieczonego nowotworu w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD;</i> 2) <i>operację medyczną przeprowadzoną u Ubezpieczonego w okresie 24 miesięcy od daty rozpoznania nowotworu lub na którą skierowano Ubezpieczonego w tym okresie;</i> 3) <i>cykle chemioterapii, którym został poddany Ubezpieczony w okresie 24 miesięcy od daty rozpoznania nowotworu lub na które został skierowany w tym okresie;</i> 4) <i>cykle radioterapii, którym został poddany Ubezpieczony w okresie 24 miesięcy od daty rozpoznania nowotworu lub na które został skierowany w tym okresie;</i> 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;	§ 2 1. Suma ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu określona jest w polisie lub w dokumencie umowy ubezpieczenia i stanowi podstawę do ustalenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia następujących zdarzeń: 1) rozpoznania nowotworu; 2) operacji medycznej; 3) cykli chemioterapii; 4) cykli radioterapii. 2. Suma ubezpieczenia z tytułu świadczenia okresowego określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia i stanowi podstawę do ustalenia wysokości dodatkowego świadczenia okresowego. 3. Suma ubezpieczenia z tytułu świadczeń ambulatoryjnych określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia. 4. Suma ubezpieczenia z tytułu świadczeń assistance medycznego określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
	W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu rozpoznania nowotworu
	§ 3 1. W przypadku rozpoznania u Ubezpieczonego nowotworu, w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD Ubezpieczony nabywa prawo do świadczenia na zasadach opisanych w niniejszym paragrafie.

- Świadczenie należne *Ubezpieczonemu* z tytułu rozpoznania nowotworu stanowi odpowiedni procent sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu obowiązującej na dzień rozpoznania nowotworu:
 - w przypadku rozpoznania nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu – 40% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu;
 - w przypadku rozpoznania raka *in situ* – 20% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu.
- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu rozpoznania nowotworu ograniczona jest do wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu.

W przypadku rozpoznania u *Ubezpieczonego* nowotworu Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości:

- 40% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu w przypadku rozpoznania:
 - nowotworu złośliwego lub
 - niezłośliwego guza mózgu;
- 20% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu w przypadku rozpoznania raka *in situ*.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu operacji medycznej

§ 4

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

W przypadku przeprowadzenia lub skierowania *Ubezpieczonego* na operację medyczną Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości:

- 30% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu w przypadku operacji medycznej:
 - nowotworu złośliwego,
 - niezłośliwego guza mózgu;
- 15% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu w przypadku operacji medycznej raka *in situ*.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu cyklu chemioterapii

§ 5

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

W przypadku cyklu chemioterapii, któremu *Ubezpieczony* został poddany lub na który został skierowany, Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości:

- 3% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu – za każdy cykl:
 - chemioterapii nowotworu złośliwego lub
 - niezłośliwego guza mózgu;
 Towarzystwo wypłaci świadczenie maksymalnie za 5 cykli chemioterapii;
- 1,5% sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia i rozpoznania nowotworu – za każdy cykl chemioterapii raka *in situ*. Towarzystwo wypłaci świadczenie maksymalnie za 5 cykli chemioterapii.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu cyklu radioterapii

§ 6

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

W przypadku cyklu radioterapii, któremu *Ubezpieczony* został poddany lub na który został skierowany, Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości:

- 3% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu – za każdy cykl:
 - radioterapii nowotworu złośliwego lub
 - niezłośliwego guza mózgu;
 Towarzystwo wypłaci świadczenie maksymalnie za 5 cykli radioterapii;
- 1,5% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu – za każdy cykl radioterapii raka *in situ*; Towarzystwo wypłaci świadczenie maksymalnie za 5 cykli radioterapii.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie okresowe

§ 7

- W przypadku rozpoznania u *Ubezpieczonego* nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu, w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD, Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie okresowe, pod warunkiem przyznania prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu.
- 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*.

W przypadku rozpoznania u *Ubezpieczonego* nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu Towarzystwo będzie wypłacało *Ubezpieczonemu* comiesięczne świadczenie okresowe maksymalnie przez 12 miesięcy.

Wypłata świadczeń

§ 8

- Świadczenie z tytułu rozpoznania nowotworu, świadczenie z tytułu operacji medycznej, pierwsze świadczenie z tytułu cyklu chemioterapii, pierwsze świadczenie z tytułu cyklu radioterapii oraz pierwsze świadczenie okresowe wypłacane są w terminie 21 dni od dnia 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. Kolejne świadczenia okresowe wypłacane są w terminie do końca każdego miesiąca kalendarzowego, za który są należne.
3. Kolejne świadczenia z tytułu cyklu chemioterapii lub cyklu radioterapii wypłacane są w terminie 14 dni od daty przedstawienia Towarzystwu:
- 1) potwierdzenia odbycia przez Ubezpieczonego odpowiednio poprzedniego cyklu chemioterapii lub poprzedniego cyklu radioterapii, z tytułu których Towarzystwo wypłaciło ostatnie świadczenie, oraz
 - 2) skierowania Ubezpieczonego odpowiednio na kolejny cykl chemioterapii lub kolejny cykl radioterapii.
4. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczeń okazałoby się niemożliwe, w terminie o którym mowa w ust. 1 lub ust. 3, świadczenia ubezpieczeniowe zostaną spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia z tytułu cyklu chemioterapii oraz cyklu radioterapii Towarzystwo wypłaci w terminie przewidzianym w ust. 1 lub ust. 3.
5. Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu, świadczenia z tytułu operacji medycznej, pierwszego świadczenia z tytułu cyklu chemioterapii, pierwszego świadczenia z tytułu cyklu radioterapii oraz pierwszego świadczenia okresowego jest przedstawienie Towarzystwu dokumentów wskazanych we wniosku o wypłatę świadczenia, a w przypadku kolejnych świadczeń z tytułu cyklu chemioterapii lub cyklu radioterapii podstawą ich wypłaty jest przedstawienie Towarzystwu dokumentów, o których mowa w ust. 3. Formularze wniosków znajdują się na stronie internetowej www.axa.pl.

W jakich sytuacjach zostaną przyznane i jak są realizowane ambulatoryjne świadczenia medyczne

§ 9

1. W przypadku przyznania Ubezpieczonemu przez Towarzystwo 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. Towarzystwo 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 AXA, których aktualny wykaz znajduje się na stronie www.axa.pl. Informacje o aktualnym wykazie placówek medycznych, należących do sieci Partnera Medycznego AXA, Ubezpieczony może uzyskać także za pośrednictwem 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 uzgodnić za pośrednictwem infolinii medycznej miejsce i termin realizacji świadczenia w placówce medycznej należącej do sieci Partnera Medycznego AXA.
6. W celu skorzystania z ambulatoryjnego świadczenia medycznego Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) w uzgodnionym terminie zgłosić się do wskazanej przez Partnera Medycznego AXA placówki medycznej;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od pracowników placówki medycznej.

Od momentu przyznania Ubezpieczonemu prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu Ubezpieczony może korzystać ze świadczeń ambulatoryjnych realizowanych w placówkach medycznych należących do sieci Partnera Medycznego AXA.

W celu ustalenia miejsca lub terminu świadczenia Ubezpieczony powinien skontaktować się z infolinią medyczną, której numer otrzyma w dokumentacji informującej o przyznaniu przez Towarzystwo świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu.

W jakich sytuacjach zostaną przyznane i jak są realizowane świadczenia assistance medycznego

§ 10

1. W przypadku przyznania Ubezpieczonemu prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu Ubezpieczonemu przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń assistance medycznego. Prawo do dostępu do infolinii medycznej assistance przysługuje Ubezpieczonemu od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.
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 przyznania prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu.
4. W celu uzyskania zgody Towarzystwa na realizację świadczenia assistance medycznego Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) skontaktować się z infolinią medyczną assistance, której numer podany jest w dokumentacji ubezpieczeniowej, i podać wszelkie dostępne informacje potrzebne do udzielenia należytej pomocy z zakresu świadczeń assistance, a w szczególności:
 - a) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - b) PESEL lub datę urodzenia Ubezpieczonego,
 - c) krótki opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
 - d) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
 - e) inne informacje niezbędne do zorganizowania świadczenia assistance medycznego;
 - 2) postępować zgodnie z poleceniami i wskazówkami konsultanta infolinii medycznej assistance.
5. Ubezpieczony zobowiązany jest, zgodnie z dyspozycją konsultanta infolinii medycznej assistance, dostarczyć wskazane przez niego dokumenty niezbędne do ustalenia prawa do świadczenia assistance medycznego oraz jego realizacji.
6. W terminie 24 godzin od momentu dostarczenia przez Ubezpieczonego dokumentów, o których mowa w ust. 5, konsultant infolinii medycznej assistance skontaktuje się telefonicznie z Ubezpieczonym i poinformuje go o udzieleniu lub odmowie udzielenia zgody na realizację świadczenia.
7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wszelkich kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez porozumienia z konsultantem infolinii medycznej assistance i jest zwolnione z obowiązku zwrotu takich kosztów, chyba że skontaktowanie się z infolinią medyczną assistance w sposób wskazany w ust. 4 było niemożliwe z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego.

Numer infolinii medycznej assistance oraz zakres świadczeń assistance medycznego, z których może korzystać Ubezpieczony, znajdują się w Załączniku nr 2 do OWUD.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie Drugiej Opinii Medycznej oraz pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia

§ 11

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

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

W jaki sposób realizowane jest świadczenie Drugiej Opinii Medycznej

§ 12

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 AXA 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 AXA:

- 1) formularza zgłoszenia niezbędnego do sporządzenia *Drugiej Opinii Medycznej*, udostępnionego przez Towarzystwo lub Partnera Medycznego AXA;
- 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 AXA 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 AXA 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 AXA 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 AXA 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 AXA 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 AXA dokumentacji medycznej obciążają Ubezpieczonego.

W przypadku przyznania prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu, Ubezpieczony może skorzystać ze świadczenia *Drugiej Opinii Medycznej*.

W celu uzyskania świadczenia *Drugiej Opinii Medycznej* Ubezpieczony zobowiązany jest przekazać Partnerowi Medycznemu AXA:

- 1) formularz zgłoszeniowy udostępniony przez Towarzystwo lub Partnera Medycznego AXA;
- 2) dokumentację medyczną umożliwiającą wydanie *Drugiej Opinii Medycznej*.

W jaki sposób realizowane jest świadczenie polegające na pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia

§ 13

1. Towarzystwo za pośrednictwem Partnera Medycznego AXA 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 AXA, 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;

gicznego, 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 AXA 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 AXA.
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.

W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 14

Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje:

- 1) nowotworów, które są następstwem niezalecanego przez lekarza zażycia przez Ubezpieczonego leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych;
- 2) nowotworów, które są następstwem masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego;
- 3) nowotworów współistniejących z infekcją HIV w momencie rozpoznania u Ubezpieczonego nowotworu;
- 4) nowotworów, które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej;
- 5) nowotworów, których objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej;
- 6) nowotworów będących następstwem zdarzeń wymienionych w § 16 OWU.

Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w umowie podstawowej.

W jakich sytuacjach wygasa ochrona ubezpieczeniowa

§ 15

1. Poza przypadkami wskazanymi w § 23 OWU ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszych OWUD wygasa:
 - 1) z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia;
 - 2) z dniem przyznania Ubezpieczonemu prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu.
2. Z dniem wypłaty 100% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu wygasa ochrona ubezpieczeniowa względem następujących zdarzeń ubezpieczeniowych:
 - 1) rozpoznania nowotworu;
 - 2) operacji medycznej;
 - 3) cykli chemioterapii;
 - 4) cykli radioterapii.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszych OWUD wygasa w szczególności z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia, jak również z dniem przyznania Ubezpieczonemu prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 16

- 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) **ekspert medyczny** – działający poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lekarz, wyznaczony przez Partnera Medycznego AXA do współpracy w celu sporządzenia Drugiej Opinii Medycznej, którego specjalność oraz doświadczenie odpowiadają specyfice stanu zdrowia Ubezpieczonego;
- 5) **hospitalizacja** – leczenie w szpitalu trwające nieprzerwanie 24 godziny;
- 6) **lekarz Partnera Medycznego AXA** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z prawem polskim, wskazana przez Partnera Medycznego AXA i uprawniona do występowania w imieniu Partnera Medycznego AXA;
- 7) **lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad Ubezpieczonym z ramienia placówki medycznej, w której Ubezpieczony poddał się leczeniu;
- 8) **miejsce pobytu** – miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w którym Ubezpieczony przebywa tymczasowo;
- 9) **miejsce zamieszkania** – miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazane przez Ubezpieczonego jako miejsce, w którym przebywa z zamiarem stałego pobytu;
- 10) **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:
 - krwiałków,
 - ziarniaków,
 - cyst,
 - guzów szyszynki lub przysadki mózgowej,
 - malformacji naczyń mózgowych,
 - tętniaków;
- 11) **nowotwór** – oznacza nowotwór złośliwy, niezłośliwy guz mózgu lub rak in situ;
- 12) **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;
- 13) **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 niniejszych OWUD operacją medyczną nie jest zabieg polegający wyłącznie na badaniu diagnostycznym;
- 14) **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;
- 15) **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;
- 16) **Partner Medyczny AXA** – podmiot współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w ramach niniejszych OWUD;
- 17) **placówka medyczna** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa podmiot leczniczy, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodzienniej 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;
- 18) **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);
- 19) **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*;
- 20) **sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji, który umożliwia Ubezpieczonemu samodzielne funkcjonowanie.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/30/05/2016 z dnia 30 maja 2016 r. i wchodzi w życie z dniem 31 maja 2016 r.

Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego – Pomoc na Raka

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

Katalog świadczeń assistance

Infolinia medyczna assistance

1. Towarzystwo za pośrednictwem *Partnera Medycznego AXA* 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 AXA*, w szczególności: adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom *Ubezpieczonego*;
 - 10) placówek diagnostycznych, odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych, placówek sanatoryjnych oraz placówek leczenia zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki

uniwersytetów medycznych) znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, aptek znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów;

- 11) placówek opieki społecznej i hospicjów;
 - 12) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny.
2. Informacje, o których mowa powyżej, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa żądania roszczeń wobec *Partnera Medycznego AXA* lub Towarzystwa.

Transport medyczny z miejsca pobytu do placówki medycznej

W przypadku gdy w następstwie rozpoznania nowotworu zaistniała konieczność przewiezienia *Ubezpieczonego* z placówki medycznej do miejsca pobytu, Towarzystwo za pośrednictwem *Partnera Medycznego AXA* 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 AXA*.

Transport medyczny z placówki medycznej do miejsca pobytu

W przypadku gdy w następstwie rozpoznania nowotworu zaistniała konieczność przewiezienia *Ubezpieczonego* z placówki medycznej do miejsca pobytu, Towarzystwo za pośrednictwem *Partnera Medycznego AXA* 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 AXA*.

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 AXA* 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 AXA* i odbywa się środkami transportu dostosowanym do stanu zdrowia *Ubezpieczonego*. W przypadku gdy *Ubezpieczony* jest jedynie skierowany na zabieg 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 AXA* 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 AXA* zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdu oraz honorarium pielęgniarki w celu zapewnienia *Ubezpieczonemu* opieki pielęgniarskiej w miejscu pobytu w zakresie zaleconym przez lekarza prowadzącego. Zakres świadczenia nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu: żywności, leków, środków medycznych lub materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej. Koszty, o których mowa w zdaniu poprzednim, pokrywa *Ubezpieczony*.

Opieka domowa po hospitalizacji

1. Jeżeli w następstwie rozpoznania nowotworu *Ubezpieczony* był hospitalizowany, a po zakończonej hospitalizacji, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego lub zaleceniem lekarza *Partnera Medycznego AXA* wydanym na podstawie dokumentacji medycznej, konieczne jest zapewnienie *Ubezpieczonemu* pomocy w miejscu jego pobytu, Towarzystwo za pośrednictwem *Partnera Medycznego AXA* 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 AXA* wydanym na podstawie dokumentacji medycznej, konieczne jest zapewnienie *Ubezpieczonemu* pomocy w miejscu pobytu, Towarzystwo za pośrednictwem *Partnera Medycznego AXA* 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 zardynowane leki przez lekarza prowadzącego i zgodnie z jego pisemnym zaleceniem lub zaleceniem lekarza *Partnera Medycznego AXA* wydanym na podstawie dokumentacji medycznej *Ubezpieczony* nie może opuścić miejsca pobytu (z wyłączeniem pobytu w placówkach medycznych), Towarzystwo za pośrednictwem *Partnera Medycznego AXA* 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 AXA* 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 AXA* 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 AXA* 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 AXA* wydanym na podstawie dokumentacji medycznej, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego (z wyłączeniem pobytu w placówkach medycznych), Towarzystwo za pośrednictwem *Partnera Medycznego AXA* organizuje wypożyczenie albo zakup sprzętu rehabilitacyjnego i pokryje jego koszty. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki terapii prowadzonej w wyniku użycia wyżej wskazanego sprzętu.

Dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego

Jeżeli w następstwie rozpoznania nowotworu *Ubezpieczony* powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego lub zaleceniem lekarza *Partnera Medycznego AXA* wydanym na podstawie dokumentacji medycznej, Towarzystwo za pośrednictwem *Partnera Medycznego AXA* zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu *Ubezpieczonego* (z wyłączeniem pobytu w placówkach medycznych), który został wypożyczony lub zakupiony w ramach wyżej wskazanego świadczenia dotyczącego organizacji wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.

Opieka nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi

1. Jeżeli w następstwie rozpoznania nowotworu *Ubezpieczony* jest hospitalizowany albo musi przebywać w pozycji leżącej, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego, a konieczne jest zapewnienie opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi, Towarzystwo za pośrednictwem *Partnera Medycznego AXA* 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, Towarzystwo za pośrednictwem *Partnera Medycznego AXA* 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 assistance medycznego będzie istniała konieczność przedłużenia czasu opieki, Towarzystwo za pośrednictwem *Partnera Medycznego AXA* 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 AXA* 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 AXA* 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 AXA* udzieli *Ubezpieczonemu* informacji na temat:
 - 1) możliwości uzyskania przez *Ubezpieczonego* świadczeń z tytułu posiadanych przez niego umów ubezpieczenia,
 - 2) fundacji onkologicznych działających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz możliwości wpisania *Ubezpieczonego* na listę takich fundacji,

- 3) sposobu uzyskania usług opiekuńczych lub pielęgnacyjnych w ramach pomocy społecznej,
 - 4) formalności związanych z procedurą orzekania o stopniu niepełnosprawności,
 - 5) formalności związanych z adaptacją *miejsca zamieszkania* do potrzeb osoby niepełnosprawnej,
 - 6) formalności związanych z uzyskaniem świadczeń z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.
2. Świadczenie ma charakter wyłącznie informacyjny i nie stanowi porady prawnej. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki zastosowania się *Ubezpieczonego* do uzyskanych informacji.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek rozpoznania nowotworu u dziecka – Pomoc na Raka

INDEKS GNFDPR/16/05/01

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1; § 4 ust. 1; § 5 ust. 1; § 6 ust. 1; § 7 ust. 1; § 9 ust. 1, 2, 3; § 10 ust. 1, 2, 3, 4, 5; § 11 § 12 ust. 1, 2, 3, 4; § 13 ust. 1, 2, 3, 4; § 16 § 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFD/16/02/01 Załącznik nr 1 – Katalog świadczeń ambulatoryjnych Załącznik nr 2 – Katalog świadczeń assistance
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 2; § 6 ust. 2; § 7 ust. 2; § 10 ust. 7; § 12 ust. 7; § 14; § 15 § 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFD/16/02/01 w zw. z postanowieniami polisy lub innego dokumentu umowy ubezpieczenia § 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFD/16/02/01

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *dziecka*.



Definicja *dziecka* znajduje się w § 38 OWU.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:

- 1) *rozpoznanie nowotworu u dziecka* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWU;
- 2) *operację medyczną* przeprowadzoną u *dziecka* w okresie 24 miesięcy od daty *rozpoznania nowotworu* lub na którą skierowano *dziecko* w tym okresie;
- 3) *cykle chemioterapii*, którym *dziecko* zostało poddane w okresie 24 miesięcy od daty *rozpoznania nowotworu* lub na które zostało skierowane w tym okresie;

- 4) *cykle radioterapii*, którym *dziecko* zostało poddane w okresie 24 miesięcy od daty *rozpoznania nowotworu* lub na które zostało skierowane w tym okresie;
- 5) świadczenie okresowe w przypadku *rozpoznania nowotworu u dziecka* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 6) organizację i pokrycie kosztów ambulatoryjnych świadczeń medycznych realizowanych dla *dziecka* w okresie 24 miesięcy od daty przyznania prawa do świadczenia z tytułu *rozpoznania nowotworu u dziecka*;
- 7) *assistance medyczny* realizowany dla *dziecka* w okresie 24 miesięcy od daty przyznania prawa do świadczenia z tytułu *rozpoznania nowotworu u dziecka*;
- 8) *Drugą Opinię Medyczną* oraz pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia, o których realizację wystąpił *Ubezpieczony* w okresie 24 miesięcy od daty przyznania prawa do świadczenia z tytułu *rozpoznania nowotworu u dziecka*.

Jak określana jest suma ubezpieczenia

§ 2

- Suma ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu u dziecka określona jest w polisie lub w dokumencie umowy ubezpieczenia i stanowi podstawę do ustalenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia następujących zdarzeń:
 - rozpoznania nowotworu;
 - operacji medycznej;
 - cykli chemioterapii;
 - cykli radioterapii.
- Suma ubezpieczenia z tytułu świadczenia okresowego określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia i stanowi podstawę do ustalenia wysokości dodatkowego świadczenia okresowego.
- Suma ubezpieczenia z tytułu świadczeń ambulatoryjnych określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
- Suma ubezpieczenia z tytułu świadczeń assistance medycznego określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
- Sumy ubezpieczenia, o których mowa w niniejszym paragrafie, stanowią podstawę do ustalenia wysokości świadczeń ubezpieczeniowych przysługujących Ubezpieczonemu w zakresie dotyczącym danego dziecka.
- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu: rozpoznania nowotworu, operacji medycznej, cykli chemioterapii oraz cykli radioterapii wobec Ubezpieczonego w zakresie dotyczącym danego dziecka ograniczona jest do wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu rozpoznania nowotworu

§ 3

- W przypadku rozpoznania nowotworu u dziecka, w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD, Ubezpieczony nabywa prawo do świadczenia na zasadach opisanych w niniejszym paragrafie.
- Świadczenie należne Ubezpieczonemu z tytułu rozpoznania nowotworu u dziecka stanowi 40% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu obowiązującej na dzień rozpoznania nowotworu u dziecka.

W przypadku rozpoznania u dziecka nowotworu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 40% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu operacji medycznej

§ 4

- W przypadku operacji medycznej dziecka Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tego tytułu, pod warunkiem:
 - przyznania Ubezpieczonemu prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu u dziecka oraz
 - przeprowadzenia operacji medycznej dziecka lub wydania skierowania na operację medyczną dziecka w okresie 24 miesięcy liczonych od daty rozpoznania nowotworu u dziecka.
- Wysokość świadczenia z tytułu operacji medycznej stanowi 30% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu obowiązującej na dzień rozpoznania nowotworu u dziecka.

W przypadku przeprowadzenia operacji medycznej lub skierowania dziecka na operację medyczną Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 30% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu w przypadku operacji medycznej nowotworu.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu cyklu chemioterapii

§ 5

- W przypadku cyklu chemioterapii, któremu dziecko zostało poddane lub na który zostało skierowane w okresie 24 miesięcy od daty rozpoznania nowotworu u dziecka, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tego tytułu, pod warunkiem przyznania prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu u dziecka.
- Wysokość świadczenia z tytułu każdego cyklu chemioterapii stanowi 3% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu obowiązującej na dzień rozpoznania nowotworu u dziecka, jednak nie więcej niż za 5 cykli chemioterapii dotyczących danego dziecka.

W przypadku cyklu chemioterapii, któremu dziecko zostało poddane lub na który zostało skierowane, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 3% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu – za każdy cykl. Towarzystwo wypłaci świadczenie maksymalnie za 5 cykli chemioterapii.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu cyklu radioterapii

§ 6

- W przypadku cyklu radioterapii, któremu dziecko zostało poddane lub na który zostało skierowane w okresie 24 miesięcy od daty rozpoznania nowotworu u dziecka, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tego tytułu, pod warunkiem przyznania prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu u dziecka.
- Wysokość świadczenia z tytułu każdego cyklu radioterapii stanowi 3% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu obowiązującej na dzień rozpoznania nowotworu u dziecka, jednak nie więcej niż za 5 cykli radioterapii dotyczących danego dziecka.

W przypadku cyklu radioterapii, któremu dziecko zostało poddane lub na który zostało skierowane, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 3% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu – za każdy cykl. Towarzystwo wypłaci świadczenie maksymalnie za 5 cykli radioterapii.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie okresowe

§ 7

- W przypadku rozpoznania nowotworu u dziecka, w czasie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu dodatkowe świadczenie okresowe, pod warunkiem przyznania prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu u dziecka.
- Świadczenie okresowe, w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu świadczenia okresowego, wypłacane jest Ubezpieczonemu przez 12 kolejnych miesięcy z częstotliwością miesięczną i należyne jest za miesiące kalendarzowe, rozpoczynając od miesiąca kalendarzowego, w którym przyznano Ubezpieczonemu prawo do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu u dziecka, jednak nie dłużej niż do miesiąca kalendarzowego, w którym nastąpiła śmierć dziecka.

W przypadku rozpoznania u dziecka nowotworu Towarzystwo będzie wypłacało Ubezpieczonemu comiesięczne świadczenie okresowe maksymalnie przez 12 miesięcy.

Wypłata świadczeń

§ 8

- Świadczenie z tytułu rozpoznania nowotworu, świadczenie z tytułu operacji medycznej, pierwsze świadczenie z tytułu cyklu chemioterapii, pierwsze świadczenie z tytułu cyklu radioterapii oraz pierwsze świadczenie okresowe wypłacane są Ubezpieczonemu w terminie 21 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, czyli odpowiednio o:
 - rozpoznanu nowotworu u dziecka w przypadku świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu oraz pierwszego świadczenia okresowego;
 - operacji medycznej dziecka lub skierowaniu dziecka na operację medyczną;
 - cyklu chemioterapii dziecka lub skierowania dziecka na cykl chemioterapii, w przypadku świadczenia z tytułu pierwszego cyklu chemioterapii;
 - cyklu radioterapii dziecka lub skierowania dziecka na cykl radioterapii, w przypadku świadczenia z tytułu pierwszego cyklu radioterapii.
- Kolejne dodatkowe świadczenia okresowe wypłacane są Ubezpieczonemu w terminie do końca każdego miesiąca kalendarzowego, za który są należne.
- Kolejne świadczenia z tytułu cyklu chemioterapii lub cyklu radioterapii wypłacane są Ubezpieczonemu w terminie 14 dni od daty przedstawienia Towarzystwu:
 - potwierdzenia odbycia przez dziecko odpowiednio poprzedniego cyklu chemioterapii lub poprzedniego cyklu radioterapii, z tytułu których Towarzystwo wypłaciło ostatnie świadczenie, oraz
 - skierowania dziecka odpowiednio na kolejny cykl chemioterapii lub kolejny cykl radioterapii.
- Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczeń okazałoby się niemożliwe, w terminie o którym mowa w ust. 1 lub ust. 3, świadczenia ubezpieczeniowe zostaną spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia z tytułu cyklu chemioterapii oraz cyklu radioterapii Towarzystwo wypłaci w terminie przewidzianym w ust. 1 lub ust. 3.
- Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu, świadczenia z tytułu operacji medycznej, pierwszego świadczenia z tytułu cyklu chemioterapii, pierwszego świadczenia z tytułu cyklu radioterapii oraz pierwszego świadczenia okresowego jest przedstawienie Towarzystwu dokumentów wskazanych we wniosku o wypłatę świadczenia, a w przypadku kolejnych świadczeń z tytułu cyklu chemioterapii lub cyklu radioterapii podstawą ich wypłaty jest przedstawienie Towarzystwu dokumentów, o których mowa w ust. 3. Formularze wniosków znajdują się na stronie internetowej www.axa.pl.

W jakich sytuacjach zostaną przyznane i jak są realizowane ambulatoryjne świadczenia medyczne

§ 9

1. W przypadku przyznania *Ubezpieczonemu* przez Towarzystwo prawa do świadczenia z tytułu *rozpoznania nowotworu u dziecka*, *Ubezpieczonemu* przysługuje prawo do korzystania z ambulatoryjnych świadczeń medycznych realizowanych na rzecz *dziecka*.
2. Zakres ambulatoryjnych świadczeń medycznych realizowanych na rzecz *dziecka* 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 odniesieniu do danego *dziecka* w okresie 24 miesięcy od daty przyznania prawa do świadczenia z tytułu *rozpoznania nowotworu u dziecka* do wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu ambulatoryjnych świadczeń medycznych.
4. Ambulatoryjne świadczenia medyczne realizowane są przez placówki medyczne należące do sieci *Partnera Medycznego AXA*, których aktualny wykaz znajduje się na stronie www.axa.pl. Informacje o aktualnym wykazie placówek medycznych, należących do sieci *Partnera Medycznego AXA*, *Ubezpieczony* może uzyskać także za pośrednictwem infolinii medycznej udostępnionej mu niezwłocznie po przyznaniu prawa do wypłaty świadczenia z tytułu *rozpoznania nowotworu u dziecka*.
5. W celu ustalenia miejsca i terminu realizacji ambulatoryjnego świadczenia medycznego *Ubezpieczony* zobowiązany jest uzgodnić za pośrednictwem infolinii medycznej miejsce i termin realizacji świadczenia w placówce medycznej należącej do sieci *Partnera Medycznego AXA*.
6. W celu skorzystania z ambulatoryjnego świadczenia medycznego wymagane jest:
 - 1) w uzgodnionym terminie zgłoszenie się wraz z *dzieckiem* do wskazanej przez *Partnera Medycznego AXA* placówki medycznej;
 - 2) przedstawienie w placówce medycznej dokumentu potwierdzającego tożsamość *dziecka*;
 - 3) zastosowanie się do poleceń i wskazówek otrzymanych od pracowników placówki medycznej.

Od momentu przyznania *Ubezpieczonemu* prawa do świadczenia z tytułu *rozpoznania nowotworu u dziecka*, *dziecko Ubezpieczonego* może korzystać ze świadczeń ambulatoryjnych realizowanych w placówkach medycznych należących do sieci *Partnera Medycznego AXA*. W celu ustalenia miejsca lub terminu świadczenia *Ubezpieczony* powinien skontaktować się z infolinią medyczną, której numer otrzyma w dokumentacji informującej o przyznaniu przez Towarzystwo świadczenia z tytułu *rozpoznania nowotworu*.

W jakich sytuacjach zostaną przyznane i jak są realizowane świadczenia assistance medycznego

§ 10

1. W przypadku przyznania *Ubezpieczonemu* prawa do świadczenia z tytułu *rozpoznania nowotworu u dziecka* *Ubezpieczonemu* przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń assistance medycznego realizowanych na rzecz *dziecka*. Prawo do dostępu do infolinii medycznej assistance przysługuje *Ubezpieczonemu* od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
2. Zakres świadczeń assistance medycznego realizowanych na rzecz *dziecka* 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, w odniesieniu do danego *dziecka* do wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu świadczeń assistance medycznego w okresie 24 miesięcy od daty przyznania prawa do świadczenia z tytułu *rozpoznania nowotworu u dziecka*.
4. W celu uzyskania zgody Towarzystwa na realizację świadczenia assistance medycznego *Ubezpieczony* zobowiązany jest:
 - 1) skontaktować się z infolinią 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) imię i nazwisko *dziecka*,
 - c) PESEL lub datę urodzenia *Ubezpieczonego*,
 - d) PESEL lub datę urodzenia *dziecka*,
 - e) krótki opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
 - f) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
 - g) inne informacje niezbędne do zorganizowania świadczenia assistance medycznego;
 - 2) postępować zgodnie z poleceniami i wskazówkami konsultanta infolinii medycznej assistance;
5. *Ubezpieczony* zobowiązany jest, zgodnie z dyspozycją konsultanta infolinii medycznej assistance, dostarczyć wskazane przez niego dokumenty niezbędne do ustalenia prawa do świadczenia assistance medycznego oraz jego realizacji.

6. W terminie 24 godzin od momentu dostarczenia przez *Ubezpieczonego* dokumentów, o których mowa w ust. 5, konsultant infolinii medycznej assistance skontaktuje się telefonicznie z *Ubezpieczonym* i poinformuje go o udzieleniu lub odmowie udzielenia zgody na realizację świadczenia.
7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wszelkich kosztów poniesionych przez *Ubezpieczonego* bez porozumienia z konsultantem infolinii medycznej assistance i jest zwolnione z obowiązku zwrotu takich kosztów, chyba że skontaktowanie się z infolinią medyczną assistance w sposób wskazany w ust. 4 było niemożliwe z przyczyn niezależnych od *Ubezpieczonego*.

Numer infolinii medycznej assistance oraz zakres świadczeń assistance medycznego, z których może korzystać *Ubezpieczony* znajdują się w Załączniku nr 2 do OWUD.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie Drugiej Opinii Medycznej oraz pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia

§ 11

W przypadku przyznania *Ubezpieczonemu* przez Towarzystwo prawa do świadczenia z tytułu *rozpoznania nowotworu u dziecka* Towarzystwo za pośrednictwem *Partnera Medycznego AXA* zorganizuje lub pokryje koszty następujących świadczeń:

- 1) *Druga Opinia Medyczna*;
- 2) pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia.

W jaki sposób realizowane jest świadczenie Drugiej Opinii Medycznej

§ 12

1. Świadczenie ubezpieczeniowe polega na organizacji procesu sporządzenia i pokrycia kosztów sporządzenia przez eksperta medycznego *Drugiej Opinii Medycznej* dotyczącej danego *dziecka*.
2. Organizacja procesu sporządzenia *Drugiej Opinii Medycznej* przez Towarzystwo za pośrednictwem *Partnera Medycznego AXA* 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 *dziecka* 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 AXA*;
 - 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 przeprowadzenia zagraicznej konsultacji medycznej i wydania *Drugiej Opinii Medycznej*, *Partner Medyczny AXA* pokryje koszty ponownego badania histopatologicznego tkanek pobranych od *dziecka*, 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* oraz *dzieckiem* a ekspertem medycznym.
6. *Druga Opinia Medyczna* zostanie sporządzona i przesłana *Ubezpieczonemu* w terminie 30 dni od daty dostarczenia *Partnerowi Medycznemu AXA* 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 AXA* 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 u *dziecka*, 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 AXA* współpracuje z *Ubezpieczonym* 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 *dziecka 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 przypadku medycznego dziecka – 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 Opinię Medyczną nie ma wartości dowodu sądowego. Towarzystwo i Partner Medyczny AXA nie ponoszą odpowiedzialności za skutki interpretacji informacji zawartych w Drugiej Opini Medycznej ani jakichkolwiek działań lub zaniechania działania w oparciu o te interpretacje.
11. Treść Drugiej Opini Medycznej uzależniona jest od prawdziwości i jakości dostarczonych informacji.
12. Koszty dostarczenia do Partnera Medycznego AXA dokumentacji medycznej obciążają Ubezpieczonego.

! W przypadku przyznania prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania u dziecka nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu, Ubezpieczony może skorzystać ze świadczenia Drugiej Opini Medycznej.

W celu uzyskania świadczenia Drugiej Opini Medycznej Ubezpieczony zobowiązany jest przekazać Partnerowi Medycznemu AXA:

- 1) formularz zgłoszeniowy udostępniony przez Towarzystwo lub Partnera Medycznego AXA;
- 2) dokumentację medyczną umożliwiającą wydanie Drugiej Opini Medycznej.

W jaki sposób realizowane jest świadczenie polegające na pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia

§ 13

1. Towarzystwo za pośrednictwem Partnera Medycznego AXA zapewnia Ubezpieczonemu pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia dziecka zalecanego w raporcie Drugiej Opini 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 Opini Medycznej dotyczącej danego dziecka.
3. W ramach pomocy w planowaniu leczenia lub w organizacji leczenia Partner Medyczny AXA, 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 dziecko będzie miało możliwość uzyskania świadczenia medycznego, w szczególności zabiegu chirurgicznego, badania diagnostycznego lub wizyty u lekarza specjalisty, zalecanego w raporcie Drugiej Opini 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 dziecka zalecanego w Drugiej Opini Medycznej;
 - 3) wskazuje Ubezpieczonemu maksymalnie trzech zagranicznych lekarzy lub placówki medyczne poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które mogą podjąć się leczenia dziecka w zakresie wskazanym w Drugiej Opini Medycznej;
 - 4) organizuje proces leczenia dziecka w placówkach medycznych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, specjalizujących się w leczeniu nowotworu rozpoznanego u dziecka;
 - 5) organizuje transport dziecka do placówki medycznej poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, gdzie będzie przeprowadzone leczenie w zakresie wskazanym w Drugiej Opini Medycznej, oraz organizuje zakwaterowanie dziecka w hotelu poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
4. Zapewnienie pomocy w organizacji leczenia dziecka polega wyłącznie na organizacji przez Partnera Medycznego AXA 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 AXA.
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.

W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 14

Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje:

- 1) nowotworów, które są następstwem niezalecanego przez lekarza zażycia przez dziecko leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych;

- 2) nowotworów, które są następstwem masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego;
- 3) nowotworów współistniejących z infekcją HIV w momencie rozpoznania u dziecka nowotworu;
- 4) nowotworów, które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej;
- 5) nowotworów, których objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej;
- 6) nowotworów będących następstwem zdarzeń wymienionych w § 16 OWU.

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w umowie podstawowej.

W jakich sytuacjach wygasa ochrona ubezpieczeniowa

§ 15

Poza przypadkami wskazanymi w § 23 OWU ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszych OWUD wygasa z dniem przyznania Ubezpieczonemu prawa do wypłaty świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu u danego dziecka. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa wyłącznie w zakresie dotyczącym danego dziecka.

! Z dniem przyznania prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu u danego dziecka ochrona ubezpieczeniowa wygasa wyłącznie w zakresie dotyczącym tego dziecka.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 16

- 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 Opini Medyczna** – pisemna opinia dotycząca diagnozy, stanu zdrowia i leczenia dziecka, sporządzona przez eksperta medycznego;
- 4) **ekspert medyczny** – działający poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lekarz, wyznaczony przez Partnera Medycznego AXA do współpracy w celu sporządzenia Drugiej Opini Medycznej, którego specjalność oraz doświadczenie odpowiadają specyfice stanu zdrowia dziecka;
- 5) **hospitalizacja** – leczenie w szpitalu trwające nieprzerwanie 24 godziny;
- 6) **ICD-10** – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych publikowana przez Światową Organizację Zdrowia;
- 7) **lekarz Partnera Medycznego AXA** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z prawem polskim, wskazana przez Partnera Medycznego AXA i uprawniona do występowania w imieniu Partnera Medycznego AXA;
- 8) **lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad dzieckiem z ramienia placówki medycznej, w której dziecko poddało się leczeniu;
- 9) **miejsce pobytu** – miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w którym dziecko przebywa tymczasowo;
- 10) **miejsce zamieszkania** – miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazane jako miejsce, w którym dziecko przebywa z zamiarem stałego pobytu;
- 11) **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:
 - krwaków,
 - ziarniaków,
 - cyst,
 - guzów szyszynki lub przysadki mózgowej,
 - malformacji naczyń mózgowych,
 - tętniaków;
- 12) **nowotwór** – oznacza nowotwór złośliwy lub niezłośliwy guz mózgu;
- 13) **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;
- 14) **operacja medyczna** – zabieg medyczny polegający na przecięciu tkanek, przeprowadzony przez lekarza uprawnionego do jego wykonania w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym w trakcie pobytu *dziecka* w szpitalu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów nowotworu;
- w rozumieniu niniejszych OWUD operacją medyczną nie jest zabieg polegający wyłącznie na badaniu diagnostycznym;
- 15) **Partner Medyczny AXA** – podmiot współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w ramach umowy dodatkowej;

- 16) **placówka medyczna** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa podmiot leczniczy, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodzienniej lub dołącznej 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;
- 17) **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* przyjmuje się datę wyniku badania histopatologicznego potwierdzającego rozpoznanie; z przypadku *niezłośliwego guza mózgu* za datę *rozpoznania* przyjmuje się datę wskazaną w dokumentacji medycznej potwierdzającej w sposób jednoznaczny *rozpoznanie niezłośliwego guza mózgu*;
- 18) **sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji, który umożliwia *dziecku* samodzielne funkcjonowanie.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/30/05/2016 z dnia 30 maja 2016 r. i wchodzi w życie z dniem 31 maja 2016 r.

Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek rozpoznania nowotworu u dziecka – Pomoc na Raka

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 dziecka – Pomoc na Raka

Katalog świadczeń assistance

Infolinia medyczna assistance

1. Towarzystwo za pośrednictwem *Partnera Medycznego AXA* 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 AXA*, w szczególności: adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom dziecka;
 - 10) placówek diagnostycznych, odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych, placówek sanatoryjnych oraz placówek leczenia zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki uniwersytektów medycznych) znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, aptek znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów;
 - 11) placówek opieki społecznej i hospicjów;
 - 12) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny.
2. Informacje, o których mowa powyżej, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa żądania roszczeń wobec *Partnera Medycznego AXA* lub Towarzystwa.

Transport medyczny z miejsca pobytu do placówki medycznej

W przypadku gdy w następstwie rozpoznania nowotworu u dziecka zaistniała konieczność przewiezienia dziecka do placówki medycznej, Towarzystwo za pośrednictwem *Partnera Medycznego AXA* zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu dziecka wraz z osobą wskazaną przez *Ubezpieczonego* z miejsca jego pobytu do placówki medycznej środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia dziecka. O wyborze środka transportu decyduje lekarz *Partnera Medycznego AXA*.

Transport medyczny z placówki medycznej do miejsca pobytu

W przypadku gdy w następstwie rozpoznania nowotworu u dziecka zaistniała konieczność przewiezienia dziecka z placówki medycznej do miejsca pobytu, Towarzystwo za pośrednictwem *Partnera Medycznego AXA* zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu dziecka wraz z osobą wskazaną przez *Ubezpieczonego* z placówki medycznej do miejsca zamieszkania dziecka środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia dziecka. O wyborze środka transportu decyduje lekarz *Partnera Medycznego AXA*.

Transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi

W przypadku gdy placówka medyczna, w której na skutek rozpoznania nowotworu przebywa dziecko, nie zapewnia opieki medycznej dostosowanej do stanu jego zdrowia lub jest ono skierowane na zabieg lub badania lekarskie do innej placówki medycznej, Towarzystwo za pośrednictwem *Partnera Medycznego AXA* zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu dziecka wraz z osobą wskazaną przez *Ubezpieczonego* pomiędzy placówkami medycznymi. Świadczenie realizowane jest na pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, po konsultacji z lekarzem *Partnera Medycznego AXA* i odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia dziecka. W przypadku gdy dziecko jest jedynie skierowane na zabiegi lub badania do innej placówki medycznej, świadczenie obejmuje również transport powrotny do placówki medycznej, w której dziecko jest leczone.

Opieka pielęgniarska w miejscu pobytu

Jeżeli w następstwie rozpoznania nowotworu u dziecka, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego, dziecko wymaga opieki pielęgniarskiej w miejscu pobytu (z wyłączeniem pobytu w placówkach medycznych), Towarzystwo za pośrednictwem *Partnera Medycznego AXA* zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdu oraz honorarium pielęgniarki w celu zapewnienia dziecku opieki pielęgniarskiej w miejscu pobytu w zakresie zaleconym przez lekarza prowadzącego. Zakres świadczenia nie obejmuje pokrycia kosztów

zakupu: żywności, leków, środków medycznych lub materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej. Koszty, o których mowa w zdaniu poprzednim, pokrywa *Ubezpieczony*.

Opieka domowa po hospitalizacji

1. Jeżeli w następstwie rozpoznania nowotworu dziecko było hospitalizowane, a po zakończonej hospitalizacji, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego lub zaleceniem lekarza *Partnera Medycznego AXA* wydanym na podstawie dokumentacji medycznej, konieczne jest zapewnienie dziecku pomocy w miejscu jego pobytu, Towarzystwo za pośrednictwem *Partnera Medycznego AXA* zapewnia *Ubezpieczonemu* zorganizowanie opieki nad dzieckiem i pokrycie kosztów honorarium oraz dojazdu osoby wyznaczonej do pełnienia pomocy 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 *Ubezpieczony* nie może pozostawić dziecka bez opieki, a w miejscu pobytu dziecka nie ma innej 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 dziecko odbyło cykl chemioterapii lub cykl radioterapii i po zakończonym cyklu chemioterapii lub radioterapii, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego lub zaleceniem lekarza *Partnera Medycznego AXA* wydanym na podstawie dokumentacji medycznej, konieczne jest zapewnienie dziecku pomocy w miejscu pobytu, Towarzystwo za pośrednictwem *Partnera Medycznego AXA* zapewnia *Ubezpieczonemu* zorganizowanie opieki nad dzieckiem i pokrycie kosztów honorarium oraz dojazdu osoby wyznaczonej do pełnienia pomocy 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 *Ubezpieczony* nie może pozostawić dziecka bez opieki, a w miejscu pobytu dziecka nie ma innej 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 dziecku zostały zaordynowane leki przez lekarza prowadzącego i zgodnie z jego pisemnym zaleceniem lub zaleceniem lekarza *Partnera Medycznego AXA* wydanym na podstawie dokumentacji medycznej dziecko nie może opuścić miejsca pobytu (z wyłączeniem pobytu w placówkach medycznych), Towarzystwo za pośrednictwem *Partnera Medycznego AXA* organizuje zakup i pokryje koszty dostarczenia dziecku leków przepisanych przez lekarza prowadzącego.
2. Niniejsze świadczenie przysługuje jedynie w przypadku, gdy *Ubezpieczony* nie może pozostawić dziecka bez opieki, a w miejscu pobytu dziecka nie ma innej osoby, która mogłaby zapewnić dziecku taką pomoc.
3. Koszt leków pokrywa *Ubezpieczony*. W celu realizacji świadczenia należy udostępnić przedstawicielowi *Partnera Medycznego AXA* receptę niezbędną do wykupienia leku.

Rehabilitacja

Jeżeli w następstwie rozpoznania nowotworu dziecko wymaga rehabilitacji, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego, Towarzystwo za pośrednictwem *Partnera Medycznego AXA* organizuje i pokryje koszty jednego z poniższych świadczeń:

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

W przypadku transportu do poradni rehabilitacyjnej o wyborze środka transportu decyduje lekarz *Partnera Medycznego AXA* w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.

Organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

Jeżeli w następstwie rozpoznania nowotworu dziecko, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego lub zaleceniem lekarza *Partnera Medycznego AXA* wydanym na podstawie dokumentacji medycznej, powinno używać sprzętu rehabilitacyjnego (z wyłączeniem pobytu w placówkach medycznych), Towarzystwo za pośrednictwem *Partnera Medycznego AXA* organizuje wypożyczenie albo zakup sprzętu rehabilitacyjnego i pokryje jego koszty.

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

Dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego

Jeżeli w następstwie rozpoznania nowotworu dziecko powinno używać sprzętu rehabilitacyjnego, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego lub zaleceniem lekarza *Partnera Medycznego AXA* wydanym na podstawie dokumentacji medycznej, Towarzystwo za pośrednictwem *Partnera Medycznego AXA* zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu dziecka (z wyłączeniem pobytu w placówkach medycznych), który został wypożyczony lub zakupiony w ramach wyżej wskazanego świadczenia dotyczącego organizacji wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.

Pomoc psychologa, psychoonkologa lub terapeuty

Jeżeli w następstwie rozpoznania nowotworu u dziecka, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza, niezbędna jest mu pomoc psychologa, psychoonkologa lub terapeuty, Towarzystwo za pośrednictwem *Partnera Medycznego AXA* zapewnia pomoc polegającą na organizacji i pokryciu kosztów wizyt dziecka u tych specjalistów.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za przebieg i skutki terapii.

Informacja onkologiczna

W przypadku rozpoznania nowotworu u dziecka Towarzystwo za pośrednictwem *Partnera Medycznego AXA* zapewni *Ubezpieczonemu* pomoc w:

- 1) zinterpretowaniu przez lekarza onkologa dokumentów potwierdzających rozpoznanie nowotworu u dziecka oraz dokumentów dotyczących zalecanego procesu leczenia dziecka;

- 2) uzyskaniu informacji dotyczących możliwości leczenia nowotworu dziecka wskazanego w rozpoznaniu w polskim powszechnym systemie opieki zdrowotnej.

Wsparcie w nowej sytuacji życiowej

1. W przypadku rozpoznania nowotworu u dziecka Towarzystwo za pośrednictwem *Partnera Medycznego AXA* udzieli *Ubezpieczonemu* informacji na temat:

- 1) możliwości uzyskania świadczeń z tytułu umów ubezpieczenia zawartych na rzecz dziecka;
- 2) fundacji onkologicznych działających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz możliwości wpisania dziecka na listę takich fundacji;
- 3) sposobu uzyskania usług opiekuńczych lub pielęgnacyjnych w ramach pomocy społecznej w zakresie dotyczącym dziecka;
- 4) formalności związanych z procedurą orzekania o stopniu niepełnosprawności w zakresie dotyczącym dziecka;
- 5) formalności związanych z adaptacją miejsca zamieszkania dziecka do potrzeb osoby niepełnosprawnej;
- 6) formalności związanych z uzyskaniem świadczeń z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w zakresie dotyczącym dziecka.

Świadczenie ma charakter wyłącznie informacyjny i nie stanowi porady prawnej. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki zastosowania się *Ubezpieczonego* do uzyskanych informacji.

Łóżko szpitalne dla opiekuna prawnego dziecka

Jeżeli w następstwie rozpoznania nowotworu u dziecka jest ono hospitalizowane, Towarzystwo za pośrednictwem *Partnera Medycznego AXA* organizuje i pokryje koszty:

- 1) pobytu jednego prawnego opiekuna dziecka w szpitalu, w którym dziecko jest hospitalizowane, o ile szpital oferuje taką możliwość albo
- 2) pobytu jednego opiekuna prawnego dziecka w hotelu, który jest najbliższy miejscu hospitalizacji dziecka – wyłącznie jeżeli szpital, w którym dziecko jest hospitalizowane, znajduje się w odległości powyżej 50 km od miejsca zamieszkania dziecka oraz nie ma możliwości zorganizowania pobytu opiekuna prawnego w szpitalu.