



Ogólne warunki

dotaddkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego – Pomoc na Raka

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego – Pomoc na Raka mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a Ubezpieczającymi, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.

Definicje

§ 2

Pojęcia zdefiniowane w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA, używane w niniejszych OWUD, mają takie samo znaczenie, o ile w OWUD nie zostały zdefiniowane odmiennie. Do pojęć tych dodaje się:

- 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;
- 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;
- Druga Opinia Medyczna** – pisemna opinia dotycząca diagnozy, stanu zdrowia i leczenia Ubezpieczonego, sporządzona przez eksperta medycznego;
- dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego lub dziecko jego współmałżonka, które nie ukończyło 18. roku życia i zamieszkuje z Ubezpieczonym w *miejscu zamieszkania*;
- ekspert medyczny** – działający poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lekarz, wyznaczony przez *partnera medycznego* do współpracy w celu sporządzenia *Drugiej Opinii Medycznej*, którego specjalność oraz doświadczenie odpowiadają specyfice stanu zdrowia Ubezpieczonego;
- hospitalizacja** – leczenie w *szpitalu* trwające nieprzerwanie 24 godziny;
- ICD 10** – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych publikowana przez Światową Organizację Zdrowia;
- lekarz partnera medycznego** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z prawem polskim, wskazana przez *partnera medycznego* i uprawniona do występowania w imieniu *partnera medycznego*;
- lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad Ubezpieczonym z ramienia *placówki medycznej*, w której Ubezpieczony poddał się leczeniu;
- miejsce pobytu** – miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w którym Ubezpieczony przebywa tymczasowo;
- miejsce zamieszkania** – miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazane przez Ubezpieczonego jako miejsce, w którym przebywa z zamiarem stałego pobytu;

- niezłśliwy guz mózgu** – guz mózgu zakwalifikowany według ICD 10 do kategorii D33, który nie jest złśliwy, 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;

- nowotwór** – oznacza *nowotwór złśliwy*, *niezłśliwy guz mózgu* lub *rak in situ*;

- nowotwór złśliwy** – choroba zakwalifikowana według ICD 10 w rozdziale „Nowotwory złśliwe” (C00 - C97), charakteryzująca się niekontrolowanym wzrostem komórek nowotworowych z możliwością naciekania zdrowych tkanek i zdolnością do tworzenia odległych przerzutów. *Rozpoznanie nowotworu złśliwego* 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 złśliwych skóry (C44 wg ICD 10),
- czerniaka złśliwego (C43 wg ICD 10) w stopniu zaawansowania równym lub niższym niż 1A,
- nowotworów złśliwych gruczołu krokowego (C61 wg ICD 10) w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2NOMO lub poniżej 6 punktów w skali Gleasona,
- nowotworów złśliwych pęcherza moczowego (C67 wg ICD 10) w stopniu zaawansowania Tis oraz Ta,
- nowotworów złśliwych 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;

- operacja medyczna** – zabieg medyczny polegający na przecięciu tkanek, przeprowadzony przez lekarza uprawnionego do jego wykonania w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym w trakcie pobytu Ubezpieczonego w *szpitalu* na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów *nowotworu*. W rozumieniu OWUD operacją medyczną nie jest zabieg polegający wyłącznie na badaniu diagnostycznym;

- osoba bliska** – osoba pozostająca z Ubezpieczonym, w momencie realizacji świadczenia assistance medycznego, we wspólnym gospodarstwie domowym znajdującym się w *miejscu zamieszkania*, będąca dla Ubezpieczonego:

- 1) współmałżonkiem lub osobą pozostającą z nim w trwałym wspólnym pożyciu,
- 2) dzieckiem,

- 3) rodzicem, przysposabiającym, rodzicem jego współmałżonka, ojczymem lub macochą,
 - 4) rodzeństwem, wnukiem, dziadkiem, babcią, małżonkiem *dziecka*;
- 17) **osoba niesamodzielna** – osoba bliska, która ze względu na podeszły wiek, zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb życiowych i wymaga stałej lub długotrwałej opieki oraz pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji;
- 18) **OWUD** – niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego – Pomoc na Raka;
- 19) **partner medyczny** – podmiot współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w ramach umowy dodatkowej;
- 20) **placówka medyczna** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa podmiot leczniczy, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodziennej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych. Za *placówkę medyczną* nie uważa się: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień w szczególności od: alkoholu, narkotyków lub leków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka SPA;
- 21) **rak in situ (Carcinoma in situ)** – choroba zakwalifikowana według ICD 10 w rozdziale „Nowotwory in situ” (D00-D09), polegająca na ogniskowym, miejscowym rozroście komórek nowotworowych, który nie przekroczył błony podstawnej nabłonka, z którego się wywodzi, i nie doprowadził do inwazji na tkanki otaczające. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego przeprowadzonego przez lekarza patomorfologa.
- Zakres ubezpieczenia nie obejmuje:**
- raka in situ skóry (D04 wg ICD 10),
 - czerniaka in situ (D03 wg ICD 10),
 - raka in situ tarczycy (D09.3 wg ICD 10), który nie jest leczony chirurgicznie,
 - raka in situ pęcherza moczowego (D09.0 wg ICD 10);
- 22) **rozpoznanie** – rozpoznanie *nowotworu* objętego zakresem ochrony ubezpieczeniowej, udokumentowane wynikiem badania histopatologicznego przeprowadzonego przez lekarza patomorfologa, a w przypadku *niezłośliwego guza mózgu* potwierdzone przez lekarza neurologa lub neurochirurga. Za datę *rozpoznania nowotworu złośliwego* oraz *raka in situ* przyjmuje się datę wyniku badania histopatologicznego potwierdzającego rozpoznanie. W przypadku *niezłośliwego guza mózgu* za datę *rozpoznania* przyjmuje się datę wskazaną w dokumentacji medycznej potwierdzającej w sposób jednoznaczny *rozpoznanie niezłośliwego guza mózgu*;
- 23) **sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji, który umożliwia Ubezpieczonemu samodzielne funkcjonowanie;
- 24) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych. Za *szpital* nie uważa się: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka, oddziału i pododdziału szpitalnego leczenia nerwic, ośrodka leczenia uzależnień w szczególności od: alkoholu, narkotyków lub leków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala rehabilitacji, oddziału i ośrodka rehabilitacji;
- 25) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4

1. *Umowa dodatkowa* może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej, jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy.
2. *Umowa dodatkowa* zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Przystępowanie do ubezpieczenia

§ 5

1. Do ubezpieczenia może przystąpić Ubezpieczony, który ukończył 18. rok życia i nie ukończył 50. roku życia.
2. W pozostałym zakresie stosuje się odpowiednio postanowienia umowy podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu *umowy dodatkowej* rozpoczyna się w dniu wskazanym w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej na podstawie *umowy dodatkowej* wygasa:
 - 1) w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych:
 - a) z dniem określonym w umowie podstawowej jako dzień wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej wobec wszystkich Ubezpieczonych,
 - b) z dniem rozwiązania *umowy dodatkowej*,
 - c) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od *umowy dodatkowej*;
 - 2) w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych:
 - a) z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia,

- b) z dniem przyznania Ubezpieczonemu prawa do świadczenia z tytułu *rozpoznania nowotworu złośliwego* lub *niezłośliwego guza mózgu*,
- c) z dniem określonym w umowie podstawowej jako dzień wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku od poszczególnych Ubezpieczonych.

§ 7 Wyłączenia odpowiedzialności

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadkach wskazanych w umowie podstawowej. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli wskazany w rozpoznaniu *nowotwór* jest następstwem:
 - 1) niezaleconego przez lekarza zażycia przez Ubezpieczonego leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych;
 - 2) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego.
2. Towarzystwo nie ponosi także odpowiedzialności z tytułu wszelkich *nowotworów* współistniejących z infekcją HIV w momencie *rozpoznania* u Ubezpieczonego *nowotworu*.
3. Prawo do świadczeń z tytułu *umowy dodatkowej* nie zostanie przyznane w związku z *rozpoznaniami nowotworów*.
 - 1) które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej lub w ciągu pierwszych 6 miesięcy ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) których objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 8

Ubezpieczający może wypowiedzieć *umowę dodatkową* w każdym czasie, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 9

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także:

1. z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział *umowę dodatkową*;
2. z dniem poprzedzającym przekształcenie umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe.

Okres ubezpieczenia

§ 10

Umowa dodatkowa zostaje zawarta na okres 1 roku i ulega przedłużeniu, zgodnie z zasadami określonymi w umowie podstawowej.

Składka

§ 11

1. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej ustala się według taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia *umowy dodatkowej* i uzależniona jest od wysokości sumy ubezpieczenia, informacji o ryzyku ubezpieczeniowym oraz informacji o stanie zdrowia zawartych w deklaracji uczestnictwa lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Wysokość składki dodatkowej indywidualnej określona jest w polisie lub w dokumencie umowy ubezpieczenia.
3. Składka dodatkowa stanowi część składki łącznej i płatna jest przez Ubezpieczającego w tych samych terminach co składka podstawowa.

Sumy ubezpieczenia

§ 12

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.

Świadczenia ubezpieczeniowe

§ 13 Świadczenie z tytułu rozpoznania nowotworu

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

§ 14 Świadczenie z tytułu operacji medycznej

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

§ 15 Świadczenie z tytułu cyklu chemioterapii

1. W przypadku *cyklu chemioterapii*, któremu Ubezpieczony został poddany lub na który został skierowany w okresie 24 miesięcy od daty *rozpoznania nowotworu*, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tego tytułu, pod warunkiem przyznania prawa do świadczenia z tytułu *rozpoznania nowotworu*.
2. Wysokość świadczenia z tytułu *cyklu chemioterapii* stanowi odpowiedni procent sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia *nowotworu* obowiązującej na dzień *rozpoznania nowotworu*:

- 1) 3% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu – za każdy cykl chemioterapii nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu,
- 2) 1,5% sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia i rozpoznania nowotworu – za każdy cykl chemioterapii raka *in situ*, jednak nie więcej niż za pięć cykli chemioterapii.

§ 16 Świadczenie z tytułu cyklu radioterapii

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

§ 17 Świadczenie okresowe

1. W przypadku rozpoznania u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu, w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie okresowe, pod warunkiem przyznania prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu.
2. Świadczenie okresowe, w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu świadczenia okresowego, wypłacane jest Ubezpieczonemu przez 12 kolejnych miesięcy z częstotliwością miesięczną i należne jest za miesiące kalendarzowe, rozpoczynając od miesiąca kalendarzowego, w którym przyznano Ubezpieczonemu prawo do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu, jednak nie dłużej niż do miesiąca kalendarzowego, w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego.

§ 18

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

§ 19 Wypłata świadczeń

1. 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, w przypadku świadczenia z tytułu pierwszego cyklu chemioterapii;
 - 4) cyklu radioterapii Ubezpieczonego, 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,

pii, 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 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. Aktualne formularze wniosków znajdują się na stronie internetowej www.axa.pl.
6. Dokumenty, o których mowa w ust. 5, powinny zostać złożone w oryginałach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza lub przedstawiciela Towarzystwa. Dokumentacja medyczna może być poświadczona za zgodność z oryginałem także przez pracownika przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym.
7. Dokumenty sporządzone w języku obcym przed złożeniem Towarzystwu powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
8. Towarzystwo, w terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia, o którym mowa w ust. 1 lub ust. 3, pisemnie lub drogą elektroniczną, jeżeli zawiadamiający wyraził zgodę na taki sposób komunikacji, przekazuje informację, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia prawa oraz wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.

Ambulatoryjne świadczenia medyczne

§ 20

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, których aktualny wykaz znajduje się na stronie www.axa.pl. Informacje o aktualnym wykazie placówek medycznych, należących do sieci partnera medycznego, Ubezpieczony może uzyskać także na infolinii medycznej udostępnionej mu niezwłocznie po przyznaniu prawa do wypłaty świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu.
5. W celu ustalenia miejsca i terminu realizacji ambulatoryjnego świadczenia medycznego Ubezpieczony zobowiązany jest zadzwonić na infolinię medyczną oraz uzgodnić z konsultantem miejsce i termin realizacji świadczenia w placówce medycznej należącej do sieci partnera medycznego.
6. W celu skorzystania z ambulatoryjnego świadczenia medycznego Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) w uzgodnionym terminie zgłosić się do wskazanej przez partnera medycznego placówki medycznej;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;

- 3) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od pracowników *placówki medycznej*.

Assistance medyczny

§ 21

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

Druga Opinia Medyczna oraz pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia

§ 22

1. W przypadku przyznania Ubezpieczonemu przez Towarzystwo prawa do świadczenia z tytułu *rozpoznania nowotworu złośliwego* lub *niezłośliwego guza mózgu* Towarzystwo za pośrednictwem *partnera medycznego* zorganizuje lub pokryje koszty następujących świadczeń:
 - 1) *Drugiej Opinii Medycznej*,
 - 2) pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia.

§ 23 Druga Opinia Medyczna

1. Świadczenie ubezpieczeniowe polega na organizacji procesu sporządzenia i pokrycia kosztów sporządzenia przez *eksperta medycznego Drugiej Opinii Medycznej*.
2. Organizacja procesu sporządzenia *Drugiej Opinii Medycznej* przez Towarzystwo za pośrednictwem *partnera medycznego* polega na podjęciu następujących czynności:

- 1) udzieleniu Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji *medycznej* umożliwiającej wydanie *Drugiej Opinii Medycznej*;
 - 2) zapewnieniu tłumaczenia dokumentacji *medycznej* dotyczącej stanu zdrowia Ubezpieczonego niezbędnej do wydania *Drugiej Opinii Medycznej*;
 - 3) przekazaniu przetłumaczonej dokumentacji *medycznej* *ekspertowi medycznemu*;
 - 4) zapewnieniu wydania przez *eksperta medycznego Drugiej Opinii Medycznej*;
 - 5) przetłumaczeniu *Drugiej Opinii Medycznej* na język polski;
 - 6) udostępnieniu *Drugiej Opinii Medycznej* Ubezpieczonemu.
3. W celu uzyskania świadczenia *Drugiej Opinii Medycznej* Ubezpieczony zobowiązany jest do przekazania *partnerowi medycznemu*:
 - 1) formularza zgłoszenia niezbędnego do sporządzenia *Drugiej Opinii Medycznej*, udostępnionego przez Towarzystwo lub *partnera medycznego*,
 - 2) dokumentacji *medycznej* umożliwiającej wydanie *Drugiej Opinii Medycznej*.
 4. Jeżeli zgodnie z opinią *eksperta medycznego* zachodzi konieczność uzupełnienia dokumentacji *medycznej* złożonej przez Ubezpieczonego lub sporządzenia opinii *medycznej*, Ubezpieczony zobowiązany jest do dostarczenia dokumentacji niezbędnej do realizacji świadczenia. W przypadku *nowotworów*, dla których wynik badania histopatologicznego zdaniem *eksperta medycznego* jest konieczny do wydania *Drugiej Opinii Medycznej*, *partner medyczny* pokryje koszty ponownego badania histopatologicznego tkanek pobranych od Ubezpieczonego, pod warunkiem ich dostarczenia przez Ubezpieczonego.
 5. *Druga Opinia Medyczna* realizowana jest przy wykorzystaniu metod komunikacji, które nie obejmują bezpośrednich konsultacji ani żadnych innych bezpośrednich kontaktów pomiędzy Ubezpieczonym a *ekspertem medycznym*.
 6. *Druga Opinia Medyczna* zostanie sporządzona i przesłana Ubezpieczonemu w terminie 30 dni od daty dostarczenia *partnerowi medycznemu* dokumentów, o których mowa w ust. 3. W przypadku, gdy sporządzenie *Drugiej Opinii Medycznej* w terminie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, okazało się niemożliwe, w szczególności ze względu na konieczność uzupełnienia dokumentacji *medycznej*, *partner medyczny* sporządzi *Drugą Opinię Medyczną* w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności jej sporządzenie było możliwe.
 7. Ubezpieczony ma prawo do jednego świadczenia z tytułu *Drugiej Opinii Medycznej* w stosunku do tego samego *rozpoznania*, z tym że w przypadku zaistnienia zmian w obrazie stanu chorobowego, potwierdzonych nowymi wynikami badań diagnostycznych, Ubezpieczonemu na jego wniosek przysługuje kolejna *Druga Opinia Medyczna*.
 8. *Lekarz partnera medycznego* współpracuje z Ubezpieczonym lub jego opiekunem prawnym w celu zgromadzenia pełnej historii choroby oraz dokumentacji *medycznej*, jak i w celu omówienia wszelkich pytań i zagadnień z nią związanych.
 9. Raport *Drugiej Opinii Medycznej* zawiera:
 - 1) opis historii choroby Ubezpieczonego,
 - 2) opinie *eksperta medycznego* na temat postawionej diagnozy i dotychczasowego procesu leczenia,
 - 3) propozycje dotyczące dalszego postępowania i leczenia zalecanego przez *eksperta medycznego*,
 - 4) odpowiedzi na pytania Ubezpieczonego dotyczące jego przypadku *medycznego* – jeśli zostały zadane,
 - 5) bibliografię czasopism i artykułów odpowiednich dla przypadku *medycznego* Ubezpieczonego,
 - 6) informacje o osiągnięciach zawodowych i doświadczeniach zawodowych *eksperta medycznego*, który przygotował *Drugą Opinię Medyczną*.
 10. *Druga Opinia Medyczna* nie ma wartości dowodu sądowego. Towarzystwo i *partner medyczny* nie ponoszą odpowiedzialności za skutki interpretacji informacji zawartych w *Drugiej Opinii Medycznej* ani jakichkolwiek działań lub zaniechania działania w oparciu o te interpretacje.
 11. Treść *Drugiej Opinii Medycznej* uzależniona jest od prawdziwości i jakości dostarczonych informacji.

12. Koszty dostarczenia do *partnera medycznego* dokumentacji medycznej obciążają Ubezpieczonego.

§ 24 Pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia


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

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

Postanowienia końcowe

§ 25

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA.
2. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą zarządu Towarzystwa nr 1/05/09/2013 z dnia 5 września 2013 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 1 października 2013 r.

Prezes Zarządu

Jarosław Bartkiewicz

Członek Zarządu

Janusz Arczewski



Załącznik nr 1

do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego 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 grupowego ubezpieczenia na wypadek rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego – Pomoc na Raka

Katalog świadczeń assistance

Infolinia medyczna assistance

1. Towarzystwo za pośrednictwem *partnera medycznego* zapewnia Ubezpieczonemu możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem infolinii medycznej assistance pod numerem +48 22 575 92 83, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu ustnej ogólnej informacji na temat:
 - 1) czynników wpływających na rozwój *nowotworów*,
 - 2) profilaktyki i stylu życia pozwalającego zmniejszyć ryzyko wystąpienia *nowotworu*,
 - 3) rodzaju badań kontrolnych i profilaktycznych w określonych grupach wiekowych dotyczących *nowotworów*,
 - 4) sposobów przygotowania się do zabiegów i badań medycznych związanych z leczeniem lub diagnostyką *nowotworów*,
 - 5) sposobów zerwania lub radzenia sobie z nałogiem nikotynowym,
 - 6) leków, objawów niepożądanych przy ich przyjmowaniu oraz interakcji z innymi lekami,
 - 7) możliwości przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji,
 - 8) poziomu refundacji leków,
 - 9) *placówek medycznych* (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich) rekomendowanych przez *lekarza partnera medycznego*, w szczególności: adresów, godzin pracy i numerów telefonów *placówek* odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego,
 - 10) *placówek diagnostycznych*, odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych, *placówek sanatoryjnych* oraz *placówek leczenia* zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki uniwersytetów medycznych) znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, 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* lub Towarzystwa.

Transport medyczny z miejsca pobytu do placówki medycznej

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

Transport medyczny z placówki medycznej do miejsca zamieszkania

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

Transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi

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

Transport do lub z Placówki medycznej na Cykl chemioterapii lub Cykl radioterapii

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

Opieka pielęgniarska w miejscu pobytu

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

Opieka domowa po hospitalizacji

- Jeżeli w następstwie *rozpoznania nowotworu* Ubezpieczony był hospitalizowany, a po zakończonej *hospitalizacji*, zgodnie z pisemnym zaleceniem *lekarza prowadzącego* lub zaleceniem *lekarza partnera medycznego* wydanym na podstawie dokumentacji medycznej, konieczne jest zapewnienie Ubezpieczonemu pomocy w *miejscu jego pobytu*, Towarzystwo za pośrednictwem *partnera medycznego* zapewnia Ubezpieczonemu zorganizowanie opieki nad Ubezpieczonym i pokrycie kosztów honorarium oraz dojazdu osoby wyznaczonej do pełnienia opieki nad Ubezpieczonym w *miejscu pobytu* w następującym zakresie:
 - zakupy artykułów spożywczych pierwszej potrzeby,
 - codzienne porządki domowe,
 - dostawa oraz przygotowanie posiłków,
 - opieka nad zwierzętami domowymi, przez które rozumie się kota należącego do ras domowych lub psa, z wyłączeniem ras uznanych za agresywne zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa,
 - podlewanie kwiatów.
- Niniejsze świadczenie przysługuje jedynie w przypadku, gdy w *miejscu pobytu* Ubezpieczonego nie ma osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić.
- Zakres świadczenia obejmuje wyłącznie dostawę wyżej wskazanych artykułów bez kosztów samych produktów, które pokrywa Ubezpieczony.

Opieka domowa po cyklu chemioterapii lub cyklu radioterapii

- Jeżeli w następstwie *rozpoznania nowotworu* Ubezpieczony odbył cykl *chemioterapii* lub cykl *radioterapii* i po zakończonym cyklu *chemioterapii* lub *radioterapii*, zgodnie z pisemnym zaleceniem *lekarza prowadzącego* lub zaleceniem *lekarza partnera medycznego* wydanym na podstawie dokumentacji medycznej, konieczne jest zapewnienie Ubezpieczonemu pomocy w *miejscu pobytu*, Towarzystwo za pośrednictwem *partnera medycznego* zapewnia Ubezpieczonemu zorganizowanie opieki nad Ubezpieczonym i pokrycie kosztów honorarium oraz dojazdu osoby wyznaczonej do pełnienia opieki nad Ubezpieczonym w *miejscu pobytu* w następującym zakresie:
 - zakupy artykułów spożywczych pierwszej potrzeby,
 - codzienne porządki domowe,
 - dostawa oraz przygotowanie posiłków,
 - opieka nad zwierzętami domowymi, przez które rozumie się kota należącego do ras domowych lub psa, z wyłączeniem ras uznanych za agresywne zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa,
 - podlewanie kwiatów.
- Niniejsze świadczenie przysługuje jedynie w przypadku, gdy w *miejscu pobytu* Ubezpieczonego nie ma osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić.
- Zakres świadczenia obejmuje wyłącznie dostawę wyżej wskazanych artykułu bez kosztów samych produktów, które pokrywa Ubezpieczony.

Dostarczenie lekarstw

- Jeżeli w następstwie *rozpoznania nowotworu* Ubezpieczonemu zostały zaordynowane leki przez *lekarza prowadzącego* i zgodnie z jego pisemnym zaleceniem lub zaleceniem *lekarza partnera medycznego* wydanym na podstawie dokumentacji medycznej Ubezpieczony nie może opuścić *miejsca pobytu* (z wyłączeniem pobytu w *placówkach medycznych*), Towarzystwo za pośrednictwem *partnera medycznego* zorganizuje zakup i pokryje koszty dostarczenia do Ubezpieczonego leków przepisanych przez *lekarza prowadzącego*.
- Niniejsze świadczenie przysługuje jedynie w przypadku, gdy w *miejscu pobytu* Ubezpieczonego nie ma osoby, która mogłaby zapewnić Ubezpieczonemu taką pomoc.

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

Rehabilitacja

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

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

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

Organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

Jeżeli w następstwie *rozpoznania nowotworu* Ubezpieczony, zgodnie z pisemnym zaleceniem *lekarza prowadzącego* lub zaleceniem *lekarza partnera medycznego* wydanym na podstawie dokumentacji medycznej, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego (z wyłączeniem pobytu w *placówkach medycznych*), Towarzystwo za pośrednictwem *partnera medycznego* zorganizuje wypożyczenie albo zakup sprzętu rehabilitacyjnego i pokryje jego koszty.

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

Dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego

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

Opieka nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi

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

a Ubezpieczony zapewnił dostęp do miejsca przebywania *dzieci* lub osób *niesamodzielnych*.

Pomoc psychologa, psychoonkologa lub terapeuty

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

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za przebieg i skutki terapii.

Informacja onkologiczna

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

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

Wsparcie w nowej sytuacji życiowej

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