



**więcej / niż standard**

**ubezpieczenia**

**Kod dokumentu: 581\_0118**

## **Pakiet Pomoc na Raka**

Załącznik nr 4 do umowy generalnej w sprawie zawarcia grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – Pakiety GSU (zwanej dalej „umową generalną Pakiety GSU”), zawartej pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. i GSU Stowarzyszenie Ubezpieczonych w dniu 18 stycznia 2018 r. – Pakiet Pomoc na Raka

Pakiet Pomoc na Raka – tekst jednolity Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem zmienionych umową generalną Pakiety GSU

### **Spis treści**

<b>Zakres ubezpieczenia dla Ubezpieczonego</b>	<b>Indeks</b>	<b>Strona</b>
1) Śmierć Ubezpieczonego	GNOW/14/03/01	3
2) Rozpoznanie nowotworu u Ubezpieczonego – Pomoc na Raka	GNUPR/14/11/01	8
3) Rozpoznanie nowotworu u dziecka – Pomoc na Raka	GNDPR/14/11/01	15

# Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem zmienione umową generalną Pakiety GSU

INDEKS GNOW/14/03/01

Formularz do OWU (usunięto)

## I. UMOWA UBEZPIECZENIA

### Postanowienia ogólne

#### § 1

(otrzymuje brzmienie) Niniejsze Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem zmienione umową generalną Pakiety GSU, zwane dalej OWU, stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy Stronami: AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A., zwanym dalej Towarzystwem, a Ubezpieczającym.

### Umowa ubezpieczenia

#### § 2

Na treść umowy ubezpieczenia składają się następujące dokumenty:

- wniosek o zawarcie umowy grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem, zwany dalej wnioskiem;
- OWU;
- polisa grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem, zwana dalej polisą;
- deklaracja uczestnictwa lub zmian w grupowym ubezpieczeniu na życie Ochrona z Plusem, zwana dalej deklaracją;
- każdy inny dokument złożony do Towarzystwa przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, który został zaakceptowany przez Towarzystwo jako część umowy ubezpieczenia.

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

### Co Towarzystwo ubezpiecza i za co odpowiada?

#### § 3

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
- (otrzymuje brzmienie) Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony poprzez zawarcie umów dodatkowych na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia, zwanych dalej OWUD.

! Ubezpieczenie zapewnia szeroki wachlarz świadczeń, niezbędny w przypadku wystąpienia nagłych zdarzeń losowych czy problemów ze zdrowiem.

### W jaki sposób zawierana jest umowa ubezpieczenia?

#### § 4

- (otrzymuje brzmienie) Treść umowy ubezpieczenia może zostać zawarta w następujących dokumentach: wniosku ubezpieczeniowym, OWU, polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, deklaracji uczestnictwa lub każdym innym dokumencie złożonym Towarzystwu przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, zaakceptowanym przez Towarzystwo jako część umowy ubezpieczenia.
- (otrzymuje brzmienie) Ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach tylko jednego wariantu.

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

#### § 5

- Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres 1 roku, licząc od daty początku ochrony ubezpieczeniowej określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
- Po upływie każdego rocznego okresu trwania umowy ubezpieczenia umowa ubezpieczenia ulega 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 piśmie 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.

### Czy warunki ubezpieczenia mogą ulec zmianie?

#### § 6

- Towarzystwo może zaproponować zmianę warunków umowy ubezpieczenia.
- (otrzymuje brzmienie) Propozycję zmiany warunków umowy ubezpieczenia na kolejny rok polisy Towarzystwo przedstawi Ubezpieczającemu na piśmie, nie później niż 50 dni przed rocznicą polisy, wyznaczając Ubezpieczającemu 14-dniowy termin na złożenie oświadczenia o wyrażeniu zgody na zaproponowane warunki.
- (otrzymuje brzmienie) Jeżeli Ubezpieczający w terminie 14 dni nie złoży pisemnego oświadczenia o wyrażeniu zgody na zaproponowane przez Towarzystwo warunki, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w ostatnim dniu roku polisy.
- (otrzymuje brzmienie) Jeżeli Ubezpieczający złoży oświadczenie o wyrażeniu zgody na zaproponowane warunki ubezpieczenia w terminie 14 dni, umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na nowych warunkach.

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

- 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, ochrona ubezpieczeniowa nie ulega wobec niego przedłużeniu i wygasa w ostatnim dniu roku polisy. Jeśli jednak najpóźniej na 15 dni przed końcem roku polisy Ubezpieczony przekaże Ubezpieczającemu pisemną zgodę na proponowane warunki, a Ubezpieczający przekaże ją w tym terminie Towarzystwu, ochrona ubezpieczeniowa ulegnie wobec niego przedłużeniu.

! Ubezpieczony, przystępując do ubezpieczenia, może upoważnić Ubezpieczającego do wyrażania w jego imieniu zgody na dokonywanie zmian w umowie ubezpieczenia. Jeśli Ubezpieczony nie złoży takiego upoważnienia, a Towarzystwo proponuje zmianę warunków ubezpieczenia przed rocznicą polisy, wówczas ochrona względem tego Ubezpieczonego wygaśnie. Jeśli jednak Ubezpieczony złoży oświadczenie na 15 dni przed rocznicą polisy, ochrona ubezpieczeniowa ulegnie wobec niego przedłużeniu.

## II. TWOJE UBEZPIECZENIE

### Kto może przystąpić do ubezpieczenia?

#### § 7

- (otrzymuje brzmienie) Do ubezpieczenia może przystąpić osoba, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 50. roku życia.
- (otrzymuje brzmienie) Towarzystwo ma prawo odmówić zgody na przystąpienie do umowy ubezpieczenia. O odmowie zgody na przystąpienie do ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego.

### Od kiedy jest świadczona ochrona względem Ubezpieczonego?

#### § 8

(otrzymuje brzmienie) Początek ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej dla danego Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w informacji przekazanej Ubezpieczonemu przez Towarzystwo pisemnie lub w formie elektronicznej, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki za danego Ubezpieczonego, tj. do 15. dnia roboczego miesiąca, w którym ma rozpocząć się ochrona ubezpieczeniowa.

### Jak przebiega i na czym polega ocena ryzyka ubezpieczeniowego?

#### § 9

- (otrzymuje brzmienie) Względem każdej osoby zgłoszonej do ubezpieczenia Towarzystwo zastrzega sobie prawo do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym żądania:
  - udzielenia informacji o stanie zdrowia w zakresie zawartym w deklaracji, ankiecie medycznej lub dokumencie umowy ubezpieczenia;
  - dostarczenia dodatkowych dokumentów dotyczących stanu zdrowia;
  - skierowania na badania medyczne, z wyłączeniem badań genetycznych. Koszty badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.
- (otrzymuje brzmienie) Ocena ryzyka ubezpieczeniowego dotyczy w szczególności osoby, która:
  - (usunięto)

- 2) objęta jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu innej umowy ubezpieczenia na życie zawartej z Towarzystwem;
- 3) *(usunięto)*
- 4) *(usunięto)*
3. *(otrzymuje brzmienie)* Po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w odniesieniu do danej osoby zgłoszonej do ubezpieczenia, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:
  - 1) zaproponowania zmiany zakresu ubezpieczenia;
  - 2) zaproponowania podwyższenia składki należnej za osobę zgłoszoną do ubezpieczenia;
  - 3) obniżenia sumy ubezpieczenia w ramach umowy podstawowej lub poszczególnych umów dodatkowych;
  - 4) odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową, w szczególności jeżeli ocena ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie informacji zawartych w deklaracji w odniesieniu do danej osoby odbiega od ryzyka standardowego lub jeżeli osoba przystępująca do ubezpieczenia nie złoży prawidłowo wypełnionej deklaracji w ciągu 2 miesięcy od dnia jej podpisania; w przypadku odmowy objęcia osoby ochroną ubezpieczeniową Towarzystwo dokona zwrotu wpłaconej składki;
  - 5) określenia daty, od której ochrona ubezpieczeniowa może być świadczona.
4. O powyższych zmianach Towarzystwo informuje osobę zgłoszoną do ubezpieczenia za pośrednictwem *Ubezpieczającego*.
5. *(usunięto)*

### Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

#### § 10

1. *(otrzymuje brzmienie)* Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy podstawowej wygasa:
  - 1) w stosunku do wszystkich *Ubezpieczonych*:
    - a) w dniu rozwiązania umowy podstawowej,
    - b) *(usunięto)*
    - c) w dniu odstąpienia przez *Ubezpieczającego* od umowy podstawowej,
    - d) *(usunięto)*
  - 2) w stosunku do danego *Ubezpieczonego*:
    - a) w dniu śmierci *Ubezpieczonego*,
    - b) z ostatnim dniem okresu rozliczeniowego, za który została opłacona składka za danego *Ubezpieczonego* z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej w ramach danego pakietu,
    - c) z upływem ostatniego dnia miesiąca polisy, w którym *Ubezpieczony* złożył *Ubezpieczającemu* oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej w ramach danego pakietu,
    - d) z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym *Ubezpieczony* ukończył 65. rok życia,
    - e) z upływem ostatniego dnia roku polisy, jeżeli *Ubezpieczony* nie wyraził zgody na zmianę warunków w ramach danego pakietu,
    - f) z upływem ostatniego dnia miesiąca polisy, w którym wysokość składki z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej w ramach danego pakietu uległa obniżeniu poniżej minimalnej wysokości składki wynoszącej 10 złotych,
    - g) *(usunięto)*
2. *(usunięto)*
3. Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego *Ubezpieczonego* w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia nie zwalnia *Ubezpieczającego* z obowiązku opłacenia składki należnej za tego *Ubezpieczonego* za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
4. *(otrzymuje brzmienie)* W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego *Ubezpieczonego*, w okresie obowiązywania danej umowy ubezpieczenia (danego pakietu), wpłacona składka za okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej nie podlega zwrotowi.
5. *(otrzymuje brzmienie)* W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w ramach danego pakietu z tytułu umowy podstawowej ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa w tym samym terminie.
6. *(dodano)* W przypadku gdy *Ubezpieczony* jest objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach dwóch różnych pakietów, wygaśnięcie ochrony z tytułu jednego pakietu nie wpływa na wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach drugiego pakietu.

! Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w określonych sytuacjach. Należy pamiętać, że ochrona wygasa po upływie 1 miesiąca, licząc od końca okresu, za który została opłacona ostatnia składka należna za wszystkich *Ubezpieczonych*. W tym czasie ochrona ubezpieczeniowa będzie trwała, jednocześnie składka za ten okres będzie należna.

## III. SKŁADKA I SUMA UBEZPIECZENIA

### W jaki sposób ustalana jest wysokość składki i sumy ubezpieczenia?

#### § 11

1. *(otrzymuje brzmienie)* Wysokość składki należnej za danego *Ubezpieczonego* ustala się na podstawie taryfy składek obowiązującej w Towarzystwie w dniu złożenia wniosku. Wysokość składki za danego *Ubezpieczonego* określa Towarzystwo w zależności od:

1) wysokości sumy ubezpieczenia;

2) zakresu ubezpieczenia;

3) częstotliwości opłacania składek;

4) liczby, wieku i płci osób przystępujących do ubezpieczenia;

5) *(usunięto)*

6) informacji o ryzyku ubezpieczeniowym, zawartych w deklaracjach i innych dokumentach ubezpieczeniowych.

2. Wysokość składki należnej za danego *Ubezpieczonego* jest określana w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

! Wysokość składki zależy od wielu czynników i jest określona w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

3. Wysokość sumy ubezpieczenia wskazana jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

### W jaki sposób opłacana jest składka?

#### § 12

1. *(otrzymuje brzmienie)* *Ubezpieczający* opłaca składkę należną za wszystkich *Ubezpieczonych* z częstotliwością miesięczną.
2. *(otrzymuje brzmienie)* Składka opłacana jest przez *Ubezpieczającego* na wskazany rachunek bankowy Towarzystwa w pełnej wymaganej kwocie, w terminie wskazanym przez Towarzystwo potwierdzonym w dokumencie umowy ubezpieczenia.

! Należy pamiętać o terminowym opłacaniu składki zgodnie z wybraną częstotliwością.

### Jakie są konsekwencje nieopłacenia składki?

#### § 13

1. Składkę uważa się za nieopłaconą, gdy:
  - 1) wysokość opłaconej składki za wszystkich *Ubezpieczonych* jest niższa od składki należnej za wszystkich *Ubezpieczonych* znajdujących się na liście osób ubezpieczonych;
  - 2) składka należna za wszystkich *Ubezpieczonych* nie została opłacona na właściwy rachunek Towarzystwa;
  - 3) składka należna za wszystkich *Ubezpieczonych* nie została opłacona w terminie wymagalności wskazanym w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. *(otrzymuje brzmienie)* W przypadku zaległości w opłaceniu całości lub części składki należnej za wszystkich *Ubezpieczonych* Towarzystwo wezwie *Ubezpieczającego* do uzupełnienia zaległości, wskazując w wezwaniu 7-dniowy dodatkowy termin na dokonanie zapłaty oraz informując o skutkach nieopłacenia składki, to jest:
  - 1) wygaśnięciu ochrony w stosunku do *Ubezpieczonych* z upływem 1 miesiąca, licząc od końca okresu, za który została opłacona ostatnia składka należna za wszystkich *Ubezpieczonych*, nie wcześniej niż z upływem 7-dniowego terminu na dokonanie zapłaty;
  - 2) *(otrzymuje brzmienie)* uznaniu umowy ubezpieczenia za wypowiedzianą przez *Ubezpieczającego* – umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem 3. miesiąca zaległości w opłacaniu składki należnej za wszystkich *Ubezpieczonych*, licząc od końca okresu, za który została opłacona ostatnia składka, z tym że nie później niż z końcem okresu, na jaki umowa ubezpieczenia została zawarta.
3. W przypadku zaległości w opłacaniu składki należnej za wszystkich *Ubezpieczonych* opłacane kwoty przeznaczone są w pierwszej kolejności na pokrycie zaległości.

! Pamiętaj, że jesteś zobowiązany do terminowego opłacania składek. W przypadku, gdy nie opłacisz należnej składki w terminie, wezwiemy Cię do zapłaty. Ochrona wygaśnie z upływem miesiąca od końca okresu, za który została opłacona ostatnia składka. Umowa ubezpieczenia rozwiąże się po 3 miesiącach zaległości w opłacaniu składki należnej za wszystkich *Ubezpieczonych*, licząc od końca okresu, za który została opłacona ostatnia składka, nie wcześniej niż z upływem 7-dniowego terminu określonego w wezwaniu do zapłaty składki.

#### § 14 *(usunięto)*

## IV. ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWE

### Świadczenie z tytułu umowy podstawowej

#### § 15

W przypadku śmierci *Ubezpieczonego* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo wypłaci *Uposażonemu* świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWU.

! W przypadku śmierci *Ubezpieczonego* *Uposażony* otrzyma świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWU.

## Uposażony

### § 16

1. *Ubezpieczający*, za uprzednią zgodą *Ubezpieczonego*, może wskazać jednego lub więcej *Uposażonych* do otrzymania świadczenia w razie śmierci *Ubezpieczonego*. *Umowa ubezpieczenia* może przewidywać, że uprawnienie to *Ubezpieczony* może wykonywać samodzielnie.
2. W przypadku wskazania więcej niż jednego *Uposażonego* określa się procentowy udział każdej z tych osób w świadczeniu. W przypadku nieokreślenia 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 *Ubezpieczonego* nie zostanie wypłacone osobie, która swoim umyślnym działaniem spowodowała lub przyczyniła się do śmierci *Ubezpieczonego*.
4. Jeżeli *Uposażony* zmarł przed śmiercią *Ubezpieczonego* albo utracił prawo do świadczenia w myśl postanowień ust. 3, jego prawo do świadczenia przysługuje pozostałym *Uposażonym* proporcjonalnie do przypadających im procentowych udziałów w tym świadczeniu.
5. Jeżeli w chwili śmierci *Ubezpieczonego* nie ma *Uposażonych* albo wszyscy utracili prawo do świadczenia w myśl postanowień ust. 3, prawo do świadczenia przysługuje spadkobiercom *Ubezpieczonego*.
6. Za osobę zmarłą przed śmiercią *Ubezpieczonego* uważa się również osobę, która zmarła jednocześnie z *Ubezpieczonym*.

## Wypłata świadczenia

### § 17

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](http://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 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.
3. Dokumenty sporządzone w języku obcym, przed złożeniem Towarzystwu, powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
4. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo poinformuje o tym *Ubezpieczającego* lub *Ubezpieczonego*, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz osobę zgłaszającą roszczenie, pisemnie lub w inny sposób, na który zgłaszający wyraził 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 okoliczności 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, podając przyczyny późniejszego terminu spełnienia świadczenia.
8. Bezsporną 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 osobę zgłaszającą roszczenie, wskazując okoliczności i podstawę prawną, uzasadniając odmowę wypłaty świadczenia lub wypłacenie go w innej wysokości niż wynikająca ze zgłoszonego roszczenia.

! Towarzystwo informuje *Ubezpieczającego* lub *Ubezpieczonego* o zdarzeniu, jeżeli nie są oni osobami zawiadamiającymi o zdarzeniu, a ponadto osobę zgłaszającą roszczenie, jakie dokumenty 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. Bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie 21 dni.

## V. ZA CO TOWARZYSTWO NIE ODPOWIADA?

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

### Kiedy ochrona ubezpieczeniowa jest ograniczona?

#### § 18 (otrzymuje brzmienie)

Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej z zastosowaniem 6-miesięcznej karencji. Karencja liczona jest od daty zawarcia lub zmiany warunków umowy ubezpieczenia i dotyczy całego zakresu ochrony.

### Kiedy świadczenie nie zostanie wypłacone?

#### § 19

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie *umowy podstawowej* oraz *umów dodatkowych*, spowodowane zostało wskutek:
  - 1) działań wojennych, zbrojnych albo świadomego i dobrowolnego uczestnictwa *Ubezpieczonego* w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach, chyba że jego udział w tych aktach i zamieszkach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
  - 2) popełnionego przez *Ubezpieczonego* samobójstwa, w okresie dwóch lat od daty objęcia *Ubezpieczonego* ochroną ubezpieczeniową.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie *umów dodatkowych* spowodowane zostało wskutek:
  - 1) samookaleczenia lub okaleczenia *Ubezpieczonego* na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
  - 2) choroby AIDS lub zakażenia *Ubezpieczonego* wirusem HIV;
  - 3) masowego skażenia chemicznego, biologicznego i radioaktywnego.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli *nieszczęśliwy wypadek* będący przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia na podstawie *umów dodatkowych* jest następstwem:
  - 1) spożycia przez *Ubezpieczonego* alkoholu w ilości powodującej, że zawartość 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 dm<sup>3</sup>; niezależnego przez lekarza zażycia leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych; poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
  - 2) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez *Ubezpieczonego* czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
  - 3) udziału *Ubezpieczonego* w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: wszelkich sportach lotniczych, wspinaczce, speleologii, skokach na linie, nurkowaniu z użyciem specjalistycznego sprzętu, sportach motorowych i motorowodnych, sportach spadochronowych, sportach walki oraz udziału *Ubezpieczonego* we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniami;
  - 4) pełnienia przez *Ubezpieczonego* służby wojskowej;
  - 5) prowadzenia przez *Ubezpieczonego* pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli *Ubezpieczony* nie posiadał odpowiednich uprawnień do kierowania i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie posiadał wymaganego przepisami świadectwa kwalifikacyjnego;
  - 6) (*usunięto*)
4. Wyłączenia, o których mowa w ust. 3, stosuje się również w odniesieniu do *umowy podstawowej* oraz wszystkich *umów dodatkowych*, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w okresie karencji.
5. (*otrzymuje brzmienie*) W przypadku gdy przedmiotem ubezpieczenia z tytułu *umowy dodatkowej* jest życie lub zdrowie innych osób niż *Ubezpieczony*, postanowienia ust. 1–4 stosuje się odpowiednio do *dziecka*.
6. W przypadku gdy zdarzenie ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie *umowy podstawowej* lub *umów dodatkowych* spowodowane zostało *nieszczęśliwym wypadkiem*, świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że zdarzenie to wystąpiło przed upływem 12 miesięcy od daty *nieszczęśliwego wypadku*.

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

### Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji

#### § 20

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 danego *Ubezpieczonego* 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 danego *Ubezpieczonego*.

## VI. OBOWIĄZKI

### Jakie są obowiązki Ubezpieczającego względem Towarzystwa?

#### § 21

1. *Ubezpieczający* zobowiązany jest do informowania Towarzystwa o zmianach swoich danych kontaktowych i adresowych.
2. (otrzymuje brzmienie) *Ubezpieczający* zobowiązany jest do przekazania Towarzystwu wszystkich danych niezbędnych do należytego wykonywania postanowień *umowy ubezpieczenia*, w szczególności do przekazywania list osób przystępujących do ubezpieczenia, list osób, względem których ochrona ubezpieczeniowa nie będzie kontynuowana, jak również list osób, względem których ochrona ubezpieczeniowa ma ulec zawieszeniu lub wznowieniu. Listy osób przystępujących do ubezpieczenia zostaną dostarczone do Towarzystwa w formie elektronicznej do 3 dnia roboczego *miesiąca polisy*, w którym ma być świadczona ochrona ubezpieczeniowa. Listy elektroniczne, przekazane w formie zwyczajowo przyjętej przez Towarzystwo, będą zabezpieczone przez *Ubezpieczającego* hasłem, a hasła zostaną przekazane osobno wskazanemu pracownikowi Towarzystwa. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w przekazanym raporcie *Ubezpieczający* zobowiązany jest niezwłocznie, ale nie później niż w okresie 7 dni roboczych od dnia przekazania listy, powiadomić o tym Towarzystwo. *Ubezpieczający* ma prawo do zgłoszenia osób występujących z ubezpieczenia przed upływem 2 miesięcy od początku okresu, w którym ma mieć miejsce wystąpienie danej osoby z ubezpieczenia. Jednocześnie *Ubezpieczający* zobowiązany jest do:
  - 1) informowania osób uprawnionych do przystąpienia do ubezpieczenia o zasadach i warunkach ubezpieczenia oraz doręczania warunków ubezpieczenia przed wyrażeniem zgody na przystąpienie do *umowy ubezpieczenia* oraz wyrażeniem zgody na finansowanie składki,
  - 2) informowania osób zgłaszających chęć przystąpienia do ubezpieczenia o odmowie objęcia ochroną ubezpieczeniową lub o obowiązku uzupełnienia deklaracji lub innych dokumentów związanych z ubezpieczeniem,
  - 3) posługiwania się w ramach wykonywania *umowy ubezpieczenia* oraz udostępniania *Ubezpieczonym* obowiązujących formularzy i dokumentów związanych z ubezpieczeniem przekazanych przez Towarzystwo,
  - 4) zapewnienia prawidłowego obiegu dokumentów, informacji i korespondencji pomiędzy Towarzystwem a *Ubezpieczającym* i *Ubezpieczonymi*, między innymi poprzez:
    - a) pozyskiwanie podpisanej i poprawnie wypełnionej deklaracji;
    - b) zgłaszanie do Towarzystwa informacji o zajściu zdarzeń ubezpieczeniowych oraz niezwłoczne przekazywanie do Towarzystwa dokumentacji roszczeniowej otrzymanej od *Ubezpieczonych*.
3. *Ubezpieczający* zobowiązany jest do terminowego opłacenia składki za wszystkich *Ubezpieczonych* znajdujących się na liście osób ubezpieczonych.
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.

! Do obowiązków *Ubezpieczającego* należy w szczególności:

- 1) informowanie o zmianach swoich danych kontaktowych i adresowych;
- 2) przekazywanie list osób przystępujących do ubezpieczenia i względem których ochrona nie będzie kontynuowana, jak również osób, względem których ochrona ma ulec zawieszeniu bądź wznowieniu;
- 3) opłacanie składki należnej za wszystkich *Ubezpieczonych* zgodnie z warunkami zawartej umowy;
- 4) udzielanie odpowiedzi na pytania Towarzystwa zawarte we wniosku i innych dokumentach.

### Jakie są obowiązki Ubezpieczającego względem Ubezpieczonych?

#### § 22

1. *Ubezpieczający* przekazuje osobom zainteresowanym, przed przystąpieniem do *umowy ubezpieczenia* lub wyrażeniem zgody na finansowanie składki (w przypadku gdy koszt składki jest finansowany przez *Ubezpieczonego*), na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym *trwałym nośniku* warunki ubezpieczenia.
2. *Ubezpieczający* zobowiązany jest do przekazania *Ubezpieczonym*, na piśmie lub – jeżeli *Ubezpieczony* wyrazi na to zgodę – na innym *trwałym nośniku* informacji o:
  - 1) zmianach warunków *umowy ubezpieczenia* lub prawa właściwego dla zawartej *umowy ubezpieczenia* wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej *umowy*

*ubezpieczenia* – przed wyrażeniem przez *Ubezpieczającego* zgody na zmianę warunków *umowy ubezpieczenia* 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 ustalane na podstawie *sumy ubezpieczenia* wyrażonej w ustalonej kwocie – nie rzadziej niż raz w roku, niezwłocznie po ich przekazaniu przez Towarzystwo *Ubezpieczającemu*;
- 4) (usunięto)

### Jakie są obowiązki Towarzystwa?

#### § 23

Towarzystwo jest zobowiązane do:

- 1) doręczenia *Ubezpieczającemu* na piśmie lub – jeżeli *Ubezpieczający* wyrazi na to zgodę – na innym *trwałym nośniku* OWU i OWUD przed zawarciem *umowy ubezpieczenia*;
- 2) doręczenia *Ubezpieczającemu* *polisy* lub dokumentu potwierdzającego zawarcie *umowy ubezpieczenia*;
- 3) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych w *umowie ubezpieczenia* oraz przepisach prawa.

### Jakie są obowiązki Ubezpieczonego?

#### § 24

*Ubezpieczony* jest zobowiązany do informowania Towarzystwa o zmianach danych osobowych, kontaktowych i adresowych zawartych w deklaracji.

## VII. REZYGNACJA, WYPOWIEDZENIE, ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

### Kiedy Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia?

#### § 25

*Ubezpieczający* może odstąpić od *umowy ubezpieczenia* w terminie 30 dni, a gdy jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia *umowy ubezpieczenia* 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 należnej za wszystkich *Ubezpieczonych* 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 odstąpienia i formie.

### Kiedy Ubezpieczony może zrezygnować z umowy ubezpieczenia?

#### § 26

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

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

### Kiedy umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu?

#### § 27

*Umowa ubezpieczenia* ulega rozwiązaniu:

- 1) na skutek wypowiedzenia jej przez *Ubezpieczającego* – z ostatnim dniem okresu wypowiedzenia;
- 2) z upływem okresu, na jaki została zawarta:
  - a) jeżeli Strony nie przedłużyły okresu jej obowiązywania,
  - b) jeżeli Strony nie uzgodniły warunków zmiany *umowy ubezpieczenia* do rocznicy *polisy*,
  - c) jeżeli liczba *Ubezpieczonych*, którzy wyrazili zgodę na zmianę warunków *umowy ubezpieczenia* zaproponowaną przez Towarzystwo lub *Ubezpieczającego*, jest niższa od minimalnej liczby *Ubezpieczonych* określonej w *polisie* lub dokumencie *umowy ubezpieczenia*, chyba że Towarzystwo i *Ubezpieczający* w drodze negocjacji ustalą inaczej;
- 3) (otrzymuje brzmienie) z upływem 3 miesięcy, licząc od końca okresu, za który została opłacona ostatnia składka należna za wszystkich *Ubezpieczonych*, jeżeli nie została ona zapłacona w dniu *wymagalności składki*, mimo uprzedniego wezwania przez Towarzystwo do jej zapłaty w terminie 7 dni;

4) wskutek zawieszenia lub zaprzestania prowadzenia działalności przez Ubezpieczającego – z dniem zawieszenia działalności przez Ubezpieczającego lub wykreślenia Ubezpieczającego z właściwego rejestru bądź ewidencji.

#### Kiedy można wypowiedzieć umowę ubezpieczenia?

##### § 28

1. Umowa ubezpieczenia może być w każdym czasie wypowiedziana przez Ubezpieczającego na piśmie, z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia. Okres wypowiedzenia rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca polisy następującego bezpośrednio po miesiącu polisy, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie o wypowiedzeniu.
2. Od momentu doręczenia Towarzystwu oświadczenia o wypowiedzeniu do ubezpieczenia nie mogą przystępować nowe osoby.

! Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w dowolnym momencie, z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia.

3. Umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego w przypadku zaległości w opłacaniu składki należnej za wszystkich Ubezpieczonych – umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem 3. miesiąca zaległości, z tym że nie później niż z końcem okresu, na jaki została zawarta.
4. Obowiązek opłacania składki należnej za wszystkich Ubezpieczonych istnieje przez cały czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa.

#### Zmiana umowy ubezpieczenia

##### § 29

Wszelkie zmiany w umowie ubezpieczenia są dokonywane w drodze negocjacji Stron, w trybie ofertowym bądź w inny przewidziany ogólnie obowiązujący mi przepisami prawa sposób i potwierdzane w formie pisemnej.

#### Zmiana zakresu i sum ubezpieczenia względem Ubezpieczonego

##### § 30

1. Jeżeli w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia zdefiniowane są odmienne zakresy i sumy ubezpieczenia dla poszczególnych Ubezpieczonych, wówczas zmiana zakresu i sum ubezpieczenia względem Ubezpieczonego jest możliwa w rocznicę polisy. Towarzystwo może wyrazić zgodę na zmianę zakresu i sum ubezpieczenia również w innym czasie.
2. W przypadku zmiany zakresu i sum ubezpieczenia względem Ubezpieczonego mogą mieć zastosowanie karencje.
3. Możliwość zmiany zakresu i sum ubezpieczenia, jak również zastosowanie karencji, potwierdzane są w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

! Zmiana zakresu i sum ubezpieczenia w stosunku do danego Ubezpieczonego możliwa jest w rocznicę polisy lub w innym czasie, o ile Towarzystwo wyraziło na to zgodę. W przypadku zmiany zakresu i sum ubezpieczenia mogą mieć zastosowanie karencje.

## VIII. UMOWY DODATKOWE

Wszystkie umowy dodatkowe opisane w OWUD mają pewne wspólne postanowienia. Poniżej opisane są zasady, na jakich umowy dodatkowe mogą być zawierane, wyprowadzane 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?

##### § 31

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej.
2. 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?

##### § 32

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się po spełnieniu warunków opisanych w § 8 OWU.

2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa, ulega zawieszeniu lub wznowieniu, odpowiednio z dniem wygaśnięcia, zawieszenia lub wznowienia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, w trybie określonym w umowie podstawowej, a ponadto wygasa także:

- 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej;
- 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej.

#### Kiedy można wypowiedzieć umowę dodatkową?

##### § 33

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?

##### § 34

(otrzymuje brzmienie) 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?

##### § 35

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie lub w dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości składki należnej z tytułu umowy dodatkowej za danego Ubezpieczonego stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki z tytułu umowy podstawowej.
3. Wysokość składki należnej z tytułu umowy dodatkowej za danego Ubezpieczonego określona jest w polisie lub w dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Składka należna z tytułu umowy dodatkowej za danego Ubezpieczonego opłacana jest wraz ze składką należną z tytułu umowy podstawowej.

#### Kiedy ochrona ubezpieczeniowa jest ograniczona?

##### § 36

1. (otrzymuje brzmienie) W umowach dodatkowych zastosowanie mają karencje, które określone są w § 18 niniejszych OWU.
2. Karencji nie stosuje się, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe zostało nieszczęśliwym wypadkiem.

#### Postanowienia końcowe

##### § 37

W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.

##### § 38 (usunięto)

## X. REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA

#### Reklamacje, skargi i zażalenia

##### § 39

1. Reklamacja to wystąpienie, w tym skarga i zażalenie, skierowane do Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
2. Reklamacje można składać Towarzystwu w następujący sposób:
  - 1) w formie pisemnej – drogą pocztową na adres siedziby Towarzystwa: AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, albo osobiście w siedzibie Towarzystwa;
  - 2) w formie elektronicznej na adres e-mail: skargi.odwolania@axa.pl;
  - 3) ustnie – telefonicznie pod numerami 22 555 00 00 lub 801 200 200 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce Towarzystwa.
3. Reklamacje wnosi się do Zarządu Towarzystwa. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów.
4. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
5. Odpowiedź Towarzystwa na reklamację zostanie udzielona w formie pisemnej albo pocztą elektroniczną, jeżeli osoba 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.
6. W przypadku gdy Towarzystwo nie posiada danych kontaktowych osoby składającej reklamację, przy składaniu reklamacji należy podać następujące dane: imię, nazwisko, adres do korespondencji, adres e-mail (w przypadku wyboru takiej formy kontaktu).
7. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
8. 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.
9. Jeżeli osoba składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić

z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego. Osoba składająca reklamację może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Towarzystwu, według właściwości określonej w § 40 ust. 1 i 2.

10. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
11. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

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

12. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla AXA Życie TU S.A. 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).

#### Sąd właściwy do rozpatrywania sporów

##### § 40

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 lub 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.

## XI. POSTANOWIENIA KOŃCOWE ORAZ INFORMACJA O PRZEPISACH PODATKOWYCH

### Postanowienia końcowe

#### § 41 (otrzymuje brzmienie)

1. O ile OWU nie wymagają zachowania formy pisemnej, Strony mogą składać oświadczenia i zawiadomienia dotyczące umowy ubezpieczenia z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość.
2. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane będą na stronie internetowej Towarzystwa.
3. (usunięto)

### Informacje o przepisach podatkowych

#### § 42

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 fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie są wolne od podatku, z wyjątkiem dochodu z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia, w przypadku ubezpieczeń związanych z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi.
3. 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.

## XII. DEFINICJE

### Co oznaczają poszczególne pojęcia?

#### § 43

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

- 1) **choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 2) (otrzymuje brzmienie) **dzień wymagalności składki** – określona w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia data, w której należna jest Towarzystwu składka;
- 3) (usunięto)
- 4) (usunięto)
- 5) **karencja** – okres, w którym odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona; okres karencji uwzględniany jest w wyliczeniu wysokości składki za danego Ubezpieczonego;
- 6) (usunięto)
- 7) **miesiąc polisy** – miesiąc rozpoczynający się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej, określonym w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu – w ostatnim dniu tego miesiąca;
- 8) **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego oraz odpowiednio – w zależności od przedmiotu ubezpieczenia wskazane w umowie dodatkowej – *współmałżonka, dziecka, rodzica*

*Ubezpieczonego, rodzica współmałżonka; zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet występujących nagle, nie uważa się za nieszczęśliwy wypadek; za nieszczęśliwy wypadek nie uznaje się także następstw zdrowotnych przecięcia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia;*

- 9) (usunięto)
- 10) **obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 11) (usunięto)
- 12) (usunięto)
- 13) (usunięto)
- 14) (usunięto)
- 15) (usunięto)
- 16) **podgrupa** – grupa Ubezpieczonych wyodrębniona ze względu na zaakceptowane przez Towarzystwo kryterium, w szczególności zakres ubezpieczenia;
- 17) **polisa** – dokument wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia oraz warunki tej umowy, w tym wysokości sum ubezpieczenia;
- 18) (usunięto)
- 19) **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;
- 20) (usunięto)
- 21) **rok polisy** – okres rozpoczynający się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej oraz w każdą rocznicę polisy, a kończący się w dniu bezpośrednio poprzedzającym rocznicę polisy;
- 22) (usunięto)
- 23) **suma ubezpieczenia** – kwota określona w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia;
- 24) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całonocowej 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) (usunięto)
- 26) (usunięto)
- 27) **trwały nośnik** – materiał lub narzędzie umożliwiające Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu przechowywanie informacji kierowanych osobiście do niego, w sposób umożliwiający dostęp do informacji w przyszłości przez czas odpowiedni do celów, jakim te informacje służą, i które pozwalają na odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienionej postaci;
- 28) (otrzymuje brzmienie) **Ubezpieczający** – GSU Stowarzyszenie Ubezpieczonych;
- 29) (otrzymuje brzmienie) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia;
- 30) (usunięto)
- 31) **umowa dodatkowa** – umowa zawarta na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia (OWUD) jako rozszerzenie umowy podstawowej;
- 32) (usunięto)
- 33) **umowa podstawowa** – umowa zawarta na podstawie niniejszych OWU;
- 34) (otrzymuje brzmienie) **umowa ubezpieczenia** – umowa podstawowa, a w przypadku gdy została ona rozszerzona o umowy dodatkowe, wówczas obejmuje również te umowy dodatkowe;
- 35) **Uposażony** – osoba wskazana jako uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego;
- 36) (usunięto)
- 37) (usunięto)
- 38) (usunięto)
- 39) (usunięto)
- 40) (usunięto)
- 41) (usunięto)
- 42) (usunięto)
- 43) (usunięto)
- 44) (usunięto)
- 45) (usunięto)
- 46) (usunięto)
- 47) (dodano) **pakiet** – pakiet Ubezpieczonego lub pakiet dziecka Ubezpieczonego; Ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach dwóch różnych pakietów;
- 48) (dodano) **wariant** – zakres ubezpieczenia w ramach pakietu, zróżnicowany ze względu na wysokości sum ubezpieczenia i składki ubezpieczeniowej;
- 49) (dodano) **Tekst jednolity** – Tekst jednolity ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plussem zmienionych umową generalną Pakietu GSU.

# Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego – Pomoc na Raka zmienione umową generalną Pakiety GSU

INDEKS GNUMR/14/11/01

## Formularz do OWU (usunięto)

### Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

#### § 1

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

### Jak określana jest suma ubezpieczenia?

#### § 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*.

### Kto może przystąpić do ubezpieczenia?

#### § 3

Do ubezpieczenia może przystąpić osoba, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 50. roku życia.

### W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu rozpoznania nowotworu?

#### § 4

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.
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*.
3. 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:

- 1) 40% sumy ubezpieczenia z tytułu *rozpoznania i leczenia nowotworu* w przypadku *rozpoznania*:
  - *nowotworu złośliwego* lub
  - *niezłośliwego guza mózgu*;
- 2) 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?

#### § 5

1. W przypadku *operacji medycznej Ubezpieczonego* Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tego tytułu, pod warunkiem:
  - 1) przyznania Ubezpieczonemu prawa do świadczenia z tytułu *rozpoznania nowotworu* oraz
  - 2) przeprowadzenia *operacji medycznej Ubezpieczonego* lub wydania Ubezpieczonemu skierowania na *operację medyczną* w okresie 24 miesięcy liczonych od daty *rozpoznania u Ubezpieczonego nowotworu*.
2. Wysokość świadczenia z tytułu *operacji medycznej* stanowi odpowiedni procent sumy ubezpieczenia z tytułu *rozpoznania i leczenia nowotworu* obowiązującej na dzień *rozpoznania nowotworu*:
  - 1) w przypadku przeprowadzenia 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*.
3. 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:

- 1) 30% sumy ubezpieczenia z tytułu *rozpoznania i leczenia nowotworu* w przypadku *operacji medycznej*:
  - *nowotworu złośliwego*,
  - *niezłośliwego guza mózgu*;
- 2) 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?

#### § 6

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*, jednak nie więcej niż za 5 *cykli chemioterapii*;
  - 2) 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*.
3. 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:

- 1) 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;
- 2) 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?

##### § 7

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, jednak nie więcej niż za 5 cykli radioterapii;
  - 2) 1,5% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu – za każdy cykl radioterapii raka *in situ*, jednak nie więcej niż za 5 cykli radioterapii.
3. 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:

- 1) 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;
- 2) 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?

##### § 8

1. 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.
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*.

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

#### Wypłata świadczeń

##### § 9

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* 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](http://www.axa.pl).

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

##### § 10

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](http://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?

##### § 11

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?**

##### **§ 12**

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?**

##### **§ 13**

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 nowo-

tworów, 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 przysługują 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**

##### **§ 14**

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;
  - 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?

##### § 15

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 § 19 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 względem poszczególnych Ubezpieczonych?

##### § 16

1. Poza przypadkami wskazanymi w § 10 OWU „Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej”, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszych OWUD w odniesieniu do poszczególnych *Ubezpieczonych* 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 w odniesieniu do poszczególnych *Ubezpieczonych* 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?

##### § 17

- 1) **cykl chemioterapii** – systemowe leczenie przeciwnowotworowe polegające na podawaniu odpowiednich leków przeciwnowotworowych w celu radykalnego leczenia nowotworu wskazanego w rozpoznaniu, zgodnie z ustalonym przez lekarza chemioterapeutę, onkologa lub hematologa trybem leczenia;
  - 2) **cykl radioterapii** – leczenie przeciwnowotworowe polegające na kontrolowanym zastosowaniu promieniowania jonizującego w celu radykalnego leczenia nowotworu wskazanego w rozpoznaniu, zgodnie z ustalonym przez lekarza radioterapeutę, onkologa lub hematologa trybem leczenia;
- 3) **Druga Opinia Medyczna** – pisemna opinia dotycząca diagnozy, stanu zdrowia i leczenia *Ubezpieczonego*, sporządzona przez eksperta medycznego;
  - 4) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione *Ubezpieczonego* lub dziecko jego współmałżonka, które nie ukończyło 18. roku życia i zamieszkuje z *Ubezpieczonym* w miejscu zamieszkania;
  - 5) **ekspert medyczny** – działający poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lekarz, wyznaczony przez *Partnera Medycznego AXA* do współpracy w celu sporządzenia *Drugiej Opinii Medycznej*, którego specjalność oraz doświadczenie odpowiadają specyfice stanu zdrowia *Ubezpieczonego*;
  - 6) **hospitalizacja** – leczenie w szpitalu trwające nieprzerwanie 24 godziny;
  - 7) **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 *Ubezpieczonym* z ramienia placówki medycznej, w której *Ubezpieczony* poddał się leczeniu;
  - 9) **miejsce pobytu** – miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w którym *Ubezpieczony* przebywa tymczasowo;
  - 10) **miejsce zamieszkania** – miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazane przez *Ubezpieczonego* jako miejsce, w którym przebywa z zamiarem stałego pobytu;
  - 11) **niezłoshiwy guz mózgu** – guz mózgu zakwalifikowany według ICD 10 do kategorii D33, który nie jest złośliwy, potwierdzony przez lekarza neurologa lub lekarza neurochirurga, wymagający usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwały ubytek neurologiczny; zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
    - krwiaków,
    - ziarniaków,
    - cyst,
    - guzów szyszynki lub przysadki mózgowej,
    - malformacji naczyń mózgowych,
    - tętniaków;
  - 12) **nowotwór** – oznacza nowotwór złośliwy, niezłośliwy guz mózgu lub rak *in situ*;
  - 13) **nowotwór złośliwy** – choroba zakwalifikowana według ICD 10 w rozdziale „Nowotwory złośliwe” (C00–C97), charakteryzująca się niekontrolowaną wzrostem komórek nowotworowych z możliwością naciekania zdrowych tkanek i zdolnością do tworzenia odległych przerzutów; *rozpoznanie nowotworu złośliwego* musi zostać potwierdzone wynikami 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 *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;
  - 15) **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;
  - 16) **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;

- 17) **Partner Medyczny AXA** – podmiot współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w ramach niniejszych OWUD;
- 18) **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;
- 19) **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);
- 20) **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*;
- 21) **sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji, który umożliwia *Ubezpieczonemu* samodzielne funkcjonowanie;
- 22) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 65. roku życia, która przystąpiła do ubezpieczenia przed ukończeniem 50. roku życia.

## Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego – Pomoc na Raka zmienionych umową generalną Pakiety GSU

### 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 zmienionych umową generalną Pakietu GSU

## Katalog świadczeń assistance

### Infolinia medyczna assistance

- 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:
  - czynników wpływających na rozwój nowotworów;
  - profilaktyki i stylu życia pozwalającego zmniejszyć ryzyko wystąpienia nowotworu;
  - rodzaju badań kontrolnych i profilaktycznych w określonych grupach wiekowych dotyczących nowotworów;
  - sposobów przygotowania się do zabiegów i badań medycznych związanych z leczeniem lub diagnostyką nowotworów;
  - sposobów zerwania lub radzenia sobie z nałogiem nikotynowym;
  - leków, objawów niepożądanych przy ich przyjmowaniu oraz interakcji z innymi lekami,
  - możliwości przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji;
  - poziomu refundacji leków;
  - 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;
  - placówek diagnostycznych, odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych, placówek sanatoryjnych oraz placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki uniwersyteckie) znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, aptek znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów;
  - placówek opieki społecznej i hospicjów;
  - placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny.
- 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 do placówki medycznej, 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 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 AXA* zorganizuje i pokryje koszty transpor-

tu 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

- 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:
  - 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 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:
  - 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 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 opuszczać miejsca pobytu (z wyłączeniem pobytu w placówkach medycznych), Towarzystwo za pośrednictwem *Partnera Medycznego AXA* 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.

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* zorganizuje i pokryje koszty jednego z poniższych świadczeń:

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

W przypadku transportu do poradni rehabilitacyjnej o wyborze środka transportu decyduje lekarz *Partnera Medycznego 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* 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 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* zorganizuje i pokryje koszty opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi przez podmiot profesjonalnie zajmujący się świadczeniem tego typu usług w miejscu zamieszkania *Ubezpieczonego*.
2. W przypadku uzasadnionym stanem zdrowia osoby, której opieka ma dotyczyć, Towarzystwo za pośrednictwem *Partnera Medycznego AXA* zorganizuje opiekę na dziećmi lub osobami niesamodzielnymi przez pielęgniarkę w miejscu zamieszkania *Ubezpieczonego* i pokryje koszty takiej opieki.

3. Jeżeli po wyczerpaniu sumy ubezpieczenia z tytułu świadczeń 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 grupowego ubezpieczenia na wypadek rozpoznania nowotworu u dziecka – Pomoc na Raka zmienione umową generalną Pakietu GSU

INDEKS GNDPR/14/11/01

## Formularz do OWU (usunięto)

### Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

#### § 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *dziecka*.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
  - 1) *rozpoznanie nowotworu u dziecka* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD;
  - 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) *assistancę medyczną* realizowaną 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

1. 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:
  - 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 *assistancji medycznej* określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
5. Sumy ubezpieczenia, o których mowa w niniejszym paragrafie, stanowią podstawę do ustalenia wysokości świadczeń ubezpieczeniowych przysługujących *Ubezpieczonemu* w zakresie dotyczącym danego *dziecka*.
6. 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*.

### Kto może przystąpić do ubezpieczenia?

#### § 3

Do ubezpieczenia może przystąpić osoba, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia.

### W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu rozpoznania nowotworu?

#### § 4

1. 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.
2. 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?

#### § 5

1. W przypadku *operacji medycznej dziecka* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie z tego tytułu, pod warunkiem:
  - 1) przyznania *Ubezpieczonemu* prawa do świadczenia z tytułu *rozpoznania nowotworu u dziecka* oraz
  - 2) przeprowadzenia *operacji medycznej dziecka* lub wydania skierowania na *operację medyczną dziecka* w okresie 24 miesięcy liczonych od daty *rozpoznania nowotworu u dziecka*.
2. 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?

#### § 6

1. 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*.
2. 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?

#### § 7

1. 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*.
2. 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?

#### § 8

1. 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*.
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 no-*

wotworu 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

### § 9

- 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:
  - rozpoznanie 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](http://www.axa.pl).

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

### § 10

- 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.
- Zakres ambulatoryjnych świadczeń medycznych realizowanych na rzecz dziecka określony jest w Katalogu świadczeń ambulatoryjnych stanowiącym Załącznik nr 1 do OWUD.
- 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.
- Ambulatoryjne świadczenia medyczne realizowane są przez placówki medyczne należące do sieci Partnera Medycznego AXA, których aktualny wykaz znajduje się na stronie [www.axa.pl](http://www.axa.pl). Informacje o aktualnym wykazie placówek medycznych, należących do sieci Partnera Medycznego AXA, Ubezpieczony może uzyskać także za pośrednictwem infolinii medycznej udostępnionej mu niezwłocznie po przyznaniu prawa do wypłaty świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu u dziecka.
- 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.
- W celu skorzystania z ambulatoryjnego świadczenia medycznego wymagane jest:
  - w uzgodnionym terminie zgłoszenie się wraz z dzieckiem do wskazanej przez Partnera Medycznego AXA placówki medycznej;

- przedstawienie w placówce medycznej dokumentu potwierdzającego tożsamość dziecka;
- 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?

### § 11

- 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.
- 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.
- 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.
- W celu uzyskania zgody Towarzystwa na realizację świadczenia assistance medycznego Ubezpieczony zobowiązany jest:
  - 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:
    - imię i nazwisko Ubezpieczonego,
    - imię i nazwisko dziecka,
    - PESEL lub datę urodzenia Ubezpieczonego,
    - PESEL lub datę urodzenia dziecka,
    - krótki opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
    - numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
    - inne informacje niezbędne do zorganizowania świadczenia assistance medycznego;
  - postępować zgodnie z poleceniami i wskazówkami konsultanta infolinii medycznej assistance;
- 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.
- 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.
- 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?

### § 12

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:

- Druga Opinia Medyczna;
- pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia.

## W jaki sposób realizowane jest świadczenie Drugiej Opinii Medycznej?

### § 13

- 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 zagranicznej 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 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 u *dziecka* 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

### § 14

1. Towarzystwo za pośrednictwem *Partnera Medycznego AXA* zapewni *Ubezpieczonemu* pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia *dziecka* 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* 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 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 *dziecka* zalecanego w *Drugiej Opinii Medycznej*;
  - 3) wskazuje *Ubezpieczonemu* maksymalnie trzech zagranicznych lekarzy lub placówek medyczne poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które mogą podjąć się leczenia *dziecka* w zakresie wskazanym w *Drugiej Opinii 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 Opinii 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?

### § 15

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 § 19 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 względem poszczególnych Ubezpieczonych?

### § 16

1. Poza przypadkami wskazanymi w § 10 OWU „Wygąśnięcie ochrony ubezpieczeniowej”, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszych OWUD w odniesieniu do poszczególnych *Ubezpieczonych* wygasa:
  - 1) z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym *Ubezpieczony* ukończył 69. rok życia;
  - 2) z dniem określonym w umowie podstawowej jako dzień wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do poszczególnych *Ubezpieczonych*.
2. Z dniem przyznania *Ubezpieczonemu* prawa do wypłaty świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu u danego *dziecka* ochrona ubezpieczeniowa wygasa wyłącznie w zakresie dotyczącym danego *dziecka*.

! Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej w odniesieniu do poszczególnych *Ubezpieczonych* wygasa w szczególności z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym *Ubezpieczony* ukończył 69. rok życia. 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?

### § 17

- 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 radioterapeutę, 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 *dziecka*, sporządzona przez *eksperta medycznego*;
- 4) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione *Ubezpieczonego*, które w chwili *rozpoznania nowotworu* nie ukończyło 18. roku życia;
- 5) **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 *dziecka*;
- 6) **hospitalizacja** – leczenie w *szpitalu* trwające nieprzerwanie 24 godziny;
- 7) **ICD 10** – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych publikowana przez Światową Organizację Zdrowia;
- 8) **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*;
- 9) **lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad *dzieckiem* z ramienia *placówki medycznej*, w której *dziecko* poddało się leczeniu;
- 10) **miejsce pobytu** – miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w którym *dziecko* przebywa tymczasowo;
- 11) **miejsce zamieszkania** – miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazane jako miejsce, w którym *dziecko* przebywa z zamiarem stałego pobytu;
- 12) **niezłośliwy guz mózgu** – guz mózgu zakwalifikowany według ICD 10 do kategorii D33, który nie jest złośliwy, potwierdzony przez lekarza neurologa lub lekarza neurochirurga, wymagający usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwały ubytek neurologiczny; zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
  - krwiaków,
  - ziarniaków,
  - cyst,
  - guzów szyszynki lub przysadki mózgowej,
  - malformacji naczyń mózgowych,
  - tętniaków;
- 13) **nowotwór** – oznacza *nowotwór złośliwy* lub *niezłośliwy guz mózgu*;
- 14) **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 T2N0M0 lub poniżej 6 punktów w skali Gleasona,
  - nowotworów złośliwych pęcherza moczowego (C67 wg ICD 10) w stopniu zaawansowania Tis oraz Ta,
  - nowotworów złośliwych tarczycy (C73 wg ICD 10) o średnicy poniżej 2 cm oraz w stopniu zaawansowania T1N0M0,
  - przewlekłej białaczki limfatycznej (C91 wg ICD 10) w stopniu A (wg klasyfikacji Bineta),
  - dysplazji,
  - wszelkich zmian przedrakowych;
- 15) **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;
- 16) **Partner Medyczny AXA** – podmiot współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w ramach umowy dodatkowej;
- 17) **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;
- 18) **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*;
- 20) **sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji, który umożliwia *dziecku* samodzielne funkcjonowanie;
- 21) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia.

# Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek rozpoznania nowotworu u dziecka - Pomoc na Raka zmienionych umową generalną Pakiety GSU

## 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 dziecka – Pomoc na Raka zmienionych umową generalną Pakiety GSU

## 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, spódzdzalni 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 lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki uniwersyteckie 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 rozszczeń 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 leków

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 opuszczać 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* 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 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* zapewni 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* zapewni 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* zorganizuje 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*.