



Pakiety POMOC NA RAKA

Załącznik nr 2 do umowy generalnej w sprawie zawarcia grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA – Pakiety GSU (zwanej dalej „umową generalną Pakiety GSU”), zawartej pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. i GSU Stowarzyszenie Ubezpieczonych w dniu 29.07.2014 r. – Pakiety Pomoc na Raka

Pakiety Pomoc na Raka – tekst jednolity Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA zmienionych umową generalną Pakiety GSU

Spis treści

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA zmienione umową generalną Pakiety GSU – indeks GOW/07/11/01	1
Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego – Pomoc na Raka zmienione umową generalną Pakiety GSU – indeks GUPR/13/10/01	7
Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek rozpoznania nowotworu u dziecka Ubezpieczonego – Pomoc na Raka zmienione umową generalną Pakiety GSU – indeks GDPR/13/10/01	15

Ogólne warunki

grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA o indeksie GOW/07/11/01 zmienione umową generalną Pakiety GSU

Formularz do OWU (usunięto)

Postanowienia ogólne

§ 1 (otrzymuje brzmienie)

Niniejsze Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA zmienione umową generalną Pakiety GSU, zwane dalej OWU, stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A., zwanym dalej Towarzystwem, a Ubezpieczającym.

§ 2 (otrzymuje brzmienie)

Pojęcia użyte w niniejszych OWU, wniosku, polisie, dokumencie umowy ubezpieczenia, deklaracji uczestnictwa oraz innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia oznaczają:

- (usunięty)
- deklaracja uczestnictwa** – dokument deklaracji uczestnictwa lub zmian w grupowym ubezpieczeniu na życie Optymalny Wybór AXA, składany przez Ubezpieczonych przystępujących do ubezpieczenia;
- (otrzymuje brzmienie) **dzień wymagalności składki** – data określona w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, w której Towarzystwu należna jest składka;
- karancja** – okres, w którym ochrona ubezpieczeniowa ograniczona jest do zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia spowodowanych wyłącznie nieszczęśliwym wypadkiem;
- (usunięty)
- (usunięty)
- 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; jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu – w ostatnim dniu tego miesiąca;
- (otrzymuje brzmienie) **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego oraz odpowiednio – w zależności od przedmiotu ubezpieczenia wskazanego w umowie dodatkowej – dziecka

Ubezpieczonego, rodzica Ubezpieczonego; nie uważa się za nieszczęśliwy wypadek zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet występujących nagle;

- okres rozliczeniowy** – okres pomiędzy dwoma kolejnymi dniami wymagalności składki, rozpoczynający się w dniu wymagalności składki i kończący się w dniu poprzedzającym kolejny dzień wymagalności składki;
- (usunięty)
- polisa** – dokument wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
- rocznica polisy** – dzień obowiązywania umowy ubezpieczenia w każdym roku kalendarzowym, odpowiadający dacie rozpoczęcia ochrony; jeżeli nie ma takiego dnia w danym roku – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada data rozpoczęcia ochrony;
- rok polisy** – okres rozpoczynający się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej oraz w każdą rocznicę polisy, a kończący się w dniu bezpośrednio poprzedzającym rocznicę polisy;
- (usunięty)
- (otrzymuje brzmienie) **składka podstawowa** – kwota określona w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, należna Towarzystwu z tytułu udzielania danemu Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy podstawowej;
- (usunięty)
- (otrzymuje brzmienie) **składka dodatkowa** – kwota określona w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, należna Towarzystwu z tytułu udzielania danemu Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy dodatkowej;
- (otrzymuje brzmienie) **składka** – kwota stanowiąca sumę składki podstawowej i składki dodatkowej;
- (usunięty)
- (usunięty)
- (usunięty)
- (otrzymuje brzmienie) **składka łączna** – suma składek należnych za wszystkich Ubezpieczonych;
- (usunięty)
- suma ubezpieczenia** – kwota określona w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia;
- (usunięty)

- 26) **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, pozwalające na odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienionej postaci;
- 27) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, zawierająca umowę ubezpieczenia;
- 28) *(otrzymuje brzmienie)* **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia;
- 29) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego;
- 30) *(otrzymuje brzmienie)* **umowa dodatkowa** – umowa zawarta na podstawie ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia, jako rozszerzenie umowy podstawowej;
- 31) *(otrzymuje brzmienie)* **umowa podstawowa** – umowa zawarta na podstawie niniejszych OWU;
- 32) *(otrzymuje brzmienie)* **umowa ubezpieczenia** – umowa podstawowa, w przypadku gdy została ona rozszerzona o umowę dodatkową, wówczas obejmuje również tę umowę dodatkową;
- 33) *(usunięty)*
- 34) *(dodany)* **pakiet Ubezpieczonego** – zakres ubezpieczenia obejmujący umowę podstawową rozszerzoną o umowę dodatkową na wypadek rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego – Pomoc na Raka zmienione umową generalną Pakiety GSU; pakiet może występować w różnych wariantach;
- 35) *(dodany)* **pakiet dziecka Ubezpieczonego** – zakres ubezpieczenia obejmujący umowę podstawową rozszerzoną o umowę dodatkową na wypadek rozpoznania nowotworu u dziecka Ubezpieczonego – Pomoc na Raka zmienione umową generalną Pakiety GSU; pakiet może występować w różnych wariantach;
- 36) *(dodany)* **pakiet** – pakiet Ubezpieczonego lub pakiet dziecka Ubezpieczonego; Ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach dwóch różnych pakietów;
- 37) *(dodany)* **wariant** – zakres ubezpieczenia w ramach pakietu, zróżnicowany ze względu na wysokości sum ubezpieczenia i składki ubezpieczeniowej;
- 38) *(dodany)* **Tekst jednolity** – Tekst jednolity ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA zmienionych umową generalną Pakiety GSU.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
3. *(otrzymuje brzmienie)* Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony wyłącznie poprzez zawarcie jednej umowy dodatkowej, co potwierdzone jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. *(otrzymuje brzmienie)* Ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach tylko jednego wariantu danego pakietu.
5. *(usunięty)*

Zawarcie umowy ubezpieczenia

§ 4

1. *(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.
2. *(otrzymuje brzmienie)* Umowa ubezpieczenia jest zawierana na warunkach określonych w niniejszych OWU.
3. *(usunięty)*
4. *(usunięty)*

5. *(usunięty)*

6. *(usunięty)*

§ 5 *(usunięty)*

§ 6 *(usunięty)*

§ 7

1. Umowa podstawowa zawierana jest na okres 1 roku, licząc od daty początku ochrony ubezpieczeniowej określonej w polisie lub w dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Umowa podstawowa ulega przedłużeniu na kolejny roczny okres na tych samych warunkach, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia, o którym mowa w ust. 3 niniejszego paragrafu.
3. Ubezpieczający i Towarzystwo mają prawo na 2 miesiące przed rocznicą polisy złożyć oświadczenie o nieprzedłużeniu umowy podstawowej. W przypadku skorzystania z tego prawa przez którąkolwiek ze stron umowa podstawowa rozwiązuje się w ostatnim dniu roku polisy.

§ 8 *(otrzymuje brzmienie)*

1. Postanowienia § 7 stosuje się odpowiednio w przypadku zawarcia umów dodatkowych.
2. Umowa dodatkowa może być zawarta łącznie z umową podstawową.

Przystępowanie do ubezpieczenia

§ 9

1. *(otrzymuje brzmienie)* Do ubezpieczenia może przystąpić osoba, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 50. roku życia.
2. *(usunięty)*
3. *(otrzymuje brzmienie)* Osoba przystępująca do ubezpieczenia może być objęta ochroną ubezpieczeniową po łącznym spełnieniu następujących warunków:
 - 1) udzieleniu informacji o swoim stanie zdrowia w zakresie określonym w deklaracji uczestnictwa;
 - 2) podpisaniu deklaracji uczestnictwa i przekazaniu poprawnie wypełnionej deklaracji uczestnictwa Towarzystwu za pośrednictwem Ubezpieczającego;
 - 3) opłaceniu składki w należytym wysokości.
4. *(otrzymuje brzmienie)* Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową osoby, która objęta jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu innej umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z Towarzystwem.
5. *(usunięty)*
6. Towarzystwu przysługuje prawo odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową w bieżącym okresie rozliczeniowym osoby zgłoszonej przez Ubezpieczającego niezgodnie z postanowieniami umowy ubezpieczenia.
7. *(usunięty)*
8. *(usunięty)*
9. *(dodany)* Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:
 - 1) zaproponowania podwyższenia składki za danego Ubezpieczonego;
 - 2) obniżenia sumy ubezpieczenia;
 - 3) zmiany zakresu ubezpieczenia w odniesieniu do danego Ubezpieczonego lub
 - 4) prawo do odmowy objęcia danej osoby ochroną ubezpieczeniową, w szczególności jeżeli ocena ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie informacji zawartych w deklaracji uczestnictwa lub w innym dokumencie zaakceptowanym przez Towarzystwo w odniesieniu do danej osoby odbiega od ryzyka standardowego lub jeżeli osoba przystępująca do ubezpieczenia nie złoży prawidłowo wypełnionej deklaracji uczestnictwa w ciągu 2 miesięcy od dnia jej podpisania bądź nie opłaciła składki w należytej wysokości. W przypadku odmowy objęcia osoby ochroną ubezpieczeniową Towarzystwo dokona zwrotu wpłaconej składki.

§ 10

1. *(usunięty)*
2. *(usunięty)*
3. *(otrzymuje brzmienie)* Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej z zastosowaniem 6-miesięcznej karencji. Karencja liczona jest od daty

objęcia danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową i dotyczy całego zakresu ochrony z tytułu umowy ubezpieczenia.

4. (usunięty)

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 11

1. (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.

2. (otrzymuje brzmienie) Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy podstawowej wygasa:

- 1) w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych:
 - a) w dniu rozwiązania umowy podstawowej,
 - b) w dniu odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy podstawowej;
- 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.

3. (usunięty)

4. (usunięty)

5. (otrzymuje brzmienie) W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego, w okresie obowiązywania danej umowy ubezpieczenia (danego pakietu), wpłacona składka za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej nie podlega zwrotowi.

6. (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.

7. (dodany) 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.

§ 12 (usunięty)

§ 13 (usunięty)

Suma ubezpieczenia

§ 14 (otrzymuje brzmienie)

Suma ubezpieczenia określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Składka

§ 15 (otrzymuje brzmienie)

1. Wysokość składki określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. Wysokość składki ustala się według taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i jest ona uzależniona od wysokości sumy ubezpieczenia, zakresu ubezpieczenia, wieku i płci Ubezpieczo-

nych, informacji o ryzyku ubezpieczeniowym, zawartych w deklaracjach uczestnictwa.

3. W taryfie składek nie stosuje się stopy technicznej.

§ 16 (otrzymuje brzmienie)

1. Ubezpieczający może opłacać składkę łączną z częstotliwością miesięczną.

2. Ubezpieczający wpłaca składkę łączną na wskazany przez Towarzystwo rachunek bankowy najpóźniej w dniu wymagalności składki.

3. W przypadku powstania zaległości w opłacaniu składki łącznej wpłacone składki zalicza się w pierwszej kolejności na poczet niezapłaconej składki łącznej najwcześniej wymagalnej.

4. Zmiana wysokości składki łącznej, wynikająca ze zmiany liczby Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową w danym okresie rozliczeniowym, następuje pod warunkiem zawiadomienia Towarzystwa o zmianach, jakie zaszły w grupie Ubezpieczonych. O ile nie umówiono się inaczej, zmiana ta jest skuteczna od kolejnego okresu rozliczeniowego.

§ 17 (usunięty)

Zmiany umowy ubezpieczenia i zmiana wariantu

§ 18

1. (otrzymuje brzmienie) Przed każdą rocznicą polisy Towarzystwo dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie aktualnych danych o Ubezpieczonych, a w szczególności: wieku i płci Ubezpieczonych, wysokości sum ubezpieczenia, a także zakresu ubezpieczenia.

2. (otrzymuje brzmienie) Na podstawie uzyskanych informacji, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo ustala wysokość składki należnej za każdego Ubezpieczonego, obowiązującej od najbliższej rocznicy polisy, informując o niej Ubezpieczającego najpóźniej w terminie 50 dni poprzedzających rocznicę polisy.

3. (otrzymuje brzmienie) Ubezpieczający ma prawo, w terminie 14 dni od dnia otrzymania informacji, o której mowa w ust. 2, złożyć Towarzystwu oświadczenie, że nie wyraża zgody na zaproponowaną zmianę wysokości składki. W takim przypadku Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu obniżenie sumy ubezpieczenia, adekwatne do wzrostu kosztu ochrony ubezpieczeniowej, z uwzględnieniem niezmięnionej wysokości składki.

§ 19 (otrzymuje brzmienie)

Ubezpieczający może wystąpić z wnioskiem o zmianę wysokości sumy ubezpieczenia, wysokości i częstotliwości opłacania składki oraz zakresu ubezpieczenia. Wniosek w tej sprawie należy złożyć Towarzystwu najpóźniej w terminie 2 miesięcy poprzedzających rocznicę polisy, od której zmiany mają obowiązywać.

§ 20

1. Niezależnie od postanowień §§ 18 i 19, każda ze stron umowy ubezpieczenia może zwrócić się do drugiej strony o zmianę innych postanowień umowy ubezpieczenia. W takim przypadku stosuje się odpowiednio postanowienia niniejszych OWU, dotyczące zawarcia umowy ubezpieczenia.

2. Jeżeli Towarzystwo i Ubezpieczający uzgodnią zmianę warunków umowy ubezpieczenia, umowa ubezpieczenia przedłuża się na kolejny okres roczny, ze skutkiem od najbliższej rocznicy polisy.

3. W przypadku gdy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa do dokonania zmiany umowy ubezpieczenia wymagana jest zgoda Ubezpieczonych, złożenie przez Ubezpieczającego oświadczenia dotyczącego zmiany warunków umowy ubezpieczenia jest równoznaczne ze złożeniem oświadczenia o wyrażeniu zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia w imieniu Ubezpieczonych, którzy upoważnili Ubezpieczającego do jej wyrażenia. Dodatkowo w takim przypadku, wraz z oświadczeniem dotyczącym zmiany warunków umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest doręczyć Towarzystwu oświadczenia Ubezpieczonych, o wyrażeniu zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia, którzy nie upoważnili Ubezpieczającego do dokonania tej czynności lub odwołali takie upoważnienie.

4. (dodany) W każdą rocznicę polisy Ubezpieczony może dokonać zmiany wariantu. Zmiana wariantu następuje poprzez złożenie przez Ubezpie-

czonego stosownego oświadczenia zawartego w deklaracji uczestnictwa, z uwzględnieniem zasad wskazanych poniżej.

5. (dodany) Warunkiem zmiany wariantu jest przekazanie Towarzystwu deklaracji uczestnictwa zawierającej informację o zmianie wariantu przez Ubezpieczonego, ze wskazaniem nowego wariantu wraz z wypełnioną deklaracją o stanie zdrowia, najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy oraz opłacenie za danego Ubezpieczonego składki należnej za dany okres rozliczeniowy w terminie do ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym zmiana wariantu ma wejść w życie.
6. (dodany) Ochrona ubezpieczeniowa w zmienionym zakresie, określonym dla danego wariantu, udzielana jest począwszy od pierwszego dnia miesiąca polisy następującego bezpośrednio po rocznicy polisy, z zastrzeżeniem ust. 7–8.
7. (dodany) W przypadku gdy zmiana przez Ubezpieczonego wariantu wiąże się z podwyższeniem sumy ubezpieczenia, w razie zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w okresie 6 miesięcy od dnia, w którym zmiana wariantu weszła w życie, świadczenie Towarzystwa ograniczone jest do wysokości niższego z następujących świadczeń: świadczenia, które byłoby należne Ubezpieczonemu w ramach danego pakietu przed zmianą wariantu lub świadczenia należnego po zmianie wariantu.
8. (dodany) Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zaproponowania Ubezpieczonemu objęcia go ochroną w ramach innego wariantu lub prawo do odmówienia Ubezpieczonemu zgody na zmianę wariantu, w szczególności gdy ocena ryzyka ubezpieczeniowego przeprowadzona na podstawie informacji zawartych w deklaracji uczestnictwa Ubezpieczonego zmieniającego wariant odbiega od ryzyka standardowego.

Podstawowe obowiązki stron umowy ubezpieczenia

§ 21 (otrzymuje brzmienie)

1. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, na warunkach określonych w umowie ubezpieczenia, oraz do prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych w umowie ubezpieczenia oraz przepisach prawa.
2. Towarzystwo zobowiązane jest do doręczenia Ubezpieczającemu:
 - 1) na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku ogólnych warunków ubezpieczenia przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
 - 2) polisy lub dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 3) przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia lub zmianę prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia – informacji w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia;
 - 4) nie rzadziej niż raz w roku – informacji o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia, w tym o wartości rachunku podstawowego oraz rachunku dodatkowego, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia, a także o każdej zmianie w zakresie sumy ubezpieczenia.

§ 22 (otrzymuje brzmienie)

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki łącznej w wysokości i terminach określonych w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek Ubezpieczający przekazuje osobom zainteresowanym, przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku Tekst jednolity.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Ubezpieczonemu, na piśmie lub – jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku informacji o:
 - 1) zmianach warunków umowy lub prawa właściwego dla zawartej umowy wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy – przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia;
 - 2) wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obo-

wiązywania umowy ubezpieczenia – nie rzadziej niż raz w roku, niezwłocznie po ich przekazaniu przez Towarzystwo Ubezpieczającemu;

- 3) zmianie w zakresie sumy ubezpieczenia, w przypadku gdy z umowy ubezpieczenia przysługuje świadczenie ustalone na podstawie sumy ubezpieczenia wyrażonej w ustalonej kwocie – nie rzadziej niż raz w roku, niezwłocznie po ich przekazaniu przez Towarzystwo Ubezpieczającemu.
4. W przypadku nieprzekazania przez Ubezpieczającego Ubezpieczonemu Tekstu jednolitego lub informacji, zgodnie z postanowieniami ust. 2 i 3 niniejszego paragrafu, Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczonych odpowiedzialność na zasadach ogólnych.
5. W sytuacji o której mowa w ust. 3 pkt 1) niniejszego paragrafu, Ubezpieczający obowiązany jest także poinformować Ubezpieczonych o skutkach niewyrażenia zgody na zmianę umowy ubezpieczenia określonych w Tekście jednolitym.
6. Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Towarzystwu wszystkich danych niezbędnych do należytego wykonywania postanowień umowy ubezpieczenia, w szczególności do przekazywania list osób przysługujących do ubezpieczenia wraz z deklaracjami uczestnictwa tych osób, list osób występujących z ubezpieczenia i innych wniosków Ubezpieczonych – w terminach określonych w umowie ubezpieczenia oraz w formie uzgodnionej z Towarzystwem.

§ 23

Obowiązki określone w postanowieniach §§ 21 i 22 nie wyczerpują obowiązków stron umowy ubezpieczenia, które zostały określone w pozostałych postanowieniach umowy ubezpieczenia.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 24 (otrzymuje brzmienie)

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie umowy podstawowej oraz umów dodatkowych, spowodowane zostało wskutek:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy oraz terroru, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) popełnionego przez Ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności, w okresie dwóch lat od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
2. W przypadku gdy przedmiotem ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej jest życie lub zdrowie dziecka Ubezpieczonego, postanowienia ust. 1 niniejszego paragrafu stosuje się odpowiednio do dziecka Ubezpieczonego.
3. W przypadku gdy zdarzenie ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie umowy podstawowej lub umów dodatkowych spowodowane zostało nieszczęśliwym wypadkiem, świadczenie z tytułu umowy ubezpieczenia zostanie wypłacone pod warunkiem, że zdarzenie to wystąpiło przed upływem 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

§ 25 (otrzymuje brzmienie)

1. Ubezpieczający jest zobowiązany podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
2. W razie zawarcia przez Towarzystwo umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w niniejszym paragrafie spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym.
3. W przypadku ujawnienia, że przed objęciem ochroną ubezpieczeniową podano wiadomości nieprawdziwe, 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.

Odstąpienie od umowy podstawowej

§ 26 (otrzymuje brzmienie)

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
2. Oświadczenie o odstąpieniu od umowy powinno być złożone w formie pisemnej.

Wypowiedzenie umowy podstawowej

§ 27

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę podstawową w każdym czasie w formie pisemnej, z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia, złożonego ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca polisy.
2. Ubezpieczony może w każdym czasie złożyć Ubezpieczającemu oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia w formie pisemnej, ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca polisy.

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

§ 28 (otrzymuje brzmienie)

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) z upływem 4 miesięcy, licząc od dnia wymagalności pierwszej nieopłaconej składki należnej za wszystkich Ubezpieczonych, jeżeli nie została ona zapłacona w tym terminie, mimo uprzedniego wezwania przez Towarzystwo do jej zapłaty w terminie nie krótszym niż 7 dni;
- 4) wskutek zaprzestania prowadzenia działalności przez Ubezpieczającego – z dniem wykreślenia Ubezpieczającego z właściwego rejestru bądź ewidencji.

§ 29 (otrzymuje brzmienie)

1. Rozwiązanie umowy podstawowej powoduje rozwiązanie z tą samą datą umowy dodatkowej.
2. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta, wpłacona składka za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej nie podlega zwrotowi.

Uposażony

§ 30

Ubezpieczony może wskazać jedną lub więcej osób jako Uposażonych. Prawo zmiany Uposażonych przysługuje Ubezpieczonemu w każdym czasie.

1. W przypadku wskazania więcej niż jednego Uposażonego Ubezpieczony określa procentowy udział każdej z tych osób w świadczeniu. Jeżeli jednak Ubezpieczony nie określi lub błędnie wskazał procentowy udział

poszczególnych Uposażonych w świadczeniu, wówczas przyjmuje się, że udziały poszczególnych Uposażonych w świadczeniu są równe.

2. Świadczenie w związku ze śmiercią Ubezpieczonego nie zostanie wypłacone osobie, która swoim umyślnym działaniem spowodowała lub przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego.
3. 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.
4. 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.
5. Za osobę zmarłą przed śmiercią Ubezpieczonego uważa się również osobę, która zmarła jednocześnie z Ubezpieczonym.

Wypłata świadczenia

§ 31 (otrzymuje brzmienie)

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie z tytułu umowy podstawowej w wysokości sumy ubezpieczenia.
2. 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.
3. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie, o którym mowa w ust. 2, Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
4. Bezsprawną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie, o którym mowa w ust. 2.
5. Jeżeli wypłata świadczenia nie jest możliwa w terminach określonych w powyższych ustępach niniejszego paragrafu, Towarzystwo zawiadomi o tym pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, podając przyczyny niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub części.
6. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo poinformuje o tym pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.
7. Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu umowy podstawowej jest przedstawienie dokumentów wskazanych we wniosku o wypłatę świadczenia. Aktualne wnioski znajdują się na stronie internetowej www.axa.pl.

§ 32 (usunięty)

§ 33

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 uzasadniającą odmowę wypłaty świadczenia lub wypłacenie go w innej wysokości niż wynikająca ze zgłoszonego roszczenia.

§ 34 (usunięty)

Reklamacje

§ 35 (otrzymuje brzmienie)

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 § 36 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.

Właściwość sądowa

§ 36

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

Postanowienia końcowe

§ 37 (otrzymuje brzmienie)


1. O ile umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej, odwołanie oświadczenia, w tym wniosku lub dyspozycji, jest skuteczne, jeżeli zostało doręczone Towarzystwu nie później niż wraz z tym wnioskiem lub dyspozycją.
2. (usunięty)
3. Z zastrzeżeniem ust. 4 niniejszego paragrafu, wszelkie oświadczenia i zawiadomienia dotyczące umowy ubezpieczenia powinny być dokonywane na piśmie.
4. O ile umowa ubezpieczenia nie wymaga zachowania formy pisemnej, strony mogą ustalić, że oświadczenia i zawiadomienia dotyczące umowy ubezpieczenia będą składane z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość. Zawiadomienia i oświadczenia składane przez Ubezpieczającego będą dostarczane Ubezpieczonemu za pomocą listu elektronicznego (e-mail), wiadomości tekstowej SMS, faksu lub telefonu, odpowiednio na wskazany w deklaracji uczestnictwa przez Ubezpieczonego adres poczty elektronicznej, numer telefonu lub numer faksu.
5. 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 (tekst jednolity: Dz.U. z 2000 r. nr 14, poz. 176 z późniejszymi zmianami).
6. 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.
7. 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 (tekst jednolity: Dz.U. z 2000 r. nr 54, poz. 654 z późniejszymi zmianami).
8. Integralną część niniejszych OWU stanowi Formularz do OWU, czyli informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
9. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane będą na stronie internetowej Towarzystwa.

§ 38 (otrzymuje brzmienie)

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU stosuje się odpowiednie przepisy prawa polskiego.

§ 39

1. Niniejsze OWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/01/10/2007 z dnia 1 października 2007 r. i zmienione uchwałami Zarządu AXA nr 1/11/12/2009 z dnia 11 grudnia 2009 r., nr 1/10/11/2011 z dnia 10 listopada 2011 r. oraz nr 1/03/12/2015 z dnia 3 grudnia 2015 r.
2. Niniejsze OWU wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.

Prezes Zarządu

Jarosław Bartkiewicz

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Ogólne warunki

dotaddkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego – Pomoc na Raka o indeksie GUPR/13/10/01 zmienione umowd generalnq Pakietu GSU

Formularz do OWUD (usunięto)

Postanowienia ogólne

§ 1 (otrzymuje brzmienie)

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego – Pomoc na Raka zmienione umowd generalnq Pakietu GSU stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A., zwanym dalej Towarzystwem, a Ubezpieczającym, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA zmienionych umowd generalnq Pakietu GSU.

Definicje

§ 2

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

- 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) **ICD 10** – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych publikowana przez Światowd 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 Ubezpieczonym z ramienia placówki medycznej, w której Ubezpieczony poddał się leczeniu;
- 10) **miejsce pobytu** – miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w którym Ubezpieczony przebywa tymczasowo;
- 11) **miejsce zamieszkania** – miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazane przez Ubezpieczonego jako miejsce, w którym 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, niezłośliwy guz mózgu lub raka *in situ*;
- 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 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;
- 15) **operacja medyczna** – zabieg medyczny polegający na przecięciu tkanki, przeprowadzony przez lekarza uprawnionego do jej wykonania w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodnim w trakcie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów nowotworu; w rozumieniu OWUD operacją medyczną nie jest zabieg polegający wyłącznie na badaniu diagnostycznym;
- 16) **osoba bliska** – osoba pozostająca z Ubezpieczonym, w momencie realizacji świadczenia assistance medycznego, we wspólnym gospodarstwie domowym znajdującym się w miejscu zamieszkania, będąca dla Ubezpieczonego:
 - a) współmałżonkiem lub osobą pozostającą z nim w trwałym wspólnym pożyciu,
 - b) dzieckiem,
 - c) rodzicem, przysposabiającym, rodzicem jego współmałżonka, ojczymem lub macochą,
 - d) rodzeństwem, wnukiem, dziadkiem, babcią, małżonkiem dziecka;
- 17) **osoba niesamodzielna** – osoba bliska, która ze względu na podeszły wiek, zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb życiowych i wymaga stałej lub długotrwałej opieki oraz pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji;
- 18) **OWUD** – niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego – Pomoc na Raka;
- 19) **partner medyczny AXA** – podmiot współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w ramach umowy dodatkowej;
- 20) **placówka medyczna** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa podmiot leczniczy, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowanq kadre pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodziennej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za placówkę medyczną nie uważa się: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, w szczególności od: alkoholu, narkotyków lub leków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa;

- 21) rak in situ (Carcinoma in situ)** – choroba zakwalifikowana według ICD 10 w rozdziale „Nowotwory in situ” (D00-D09), polegająca na ogniskowym, miejscowym rozroście komórek nowotworowych, który nie przekroczył błony podstawnej nabłonka, z którego się wywodzi, i nie doprowadził do inwazji na tkanki otaczające; rozpoznanie musi zostać potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego przeprowadzonego przez lekarza patomorfologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
- raka *in situ* skóry (D04 wg ICD 10),
 - czerniaka *in situ* (D03 wg ICD 10),
 - raka *in situ* tarczycy (D09.3 wg ICD 10), który nie jest leczony chirurgicznie,
 - raka *in situ* pęcherza moczowego (D09.0 wg ICD 10);
- 22) rozpoznanie** – rozpoznanie nowotworu objętego zakresem ochrony ubezpieczeniowej, udokumentowane wynikiem badania histopatologicznego przeprowadzonego przez lekarza patomorfologa, a w przypadku niezłośliwego guza mózgu potwierdzone przez lekarza neurologa lub neurochirurga; za datę rozpoznania nowotworu złośliwego oraz raka *in situ* przyjmuje się datę wyniku badania histopatologicznego potwierdzającego rozpoznanie; w przypadku niezłośliwego guza mózgu za datę rozpoznania przyjmuje się datę wskazaną w dokumentacji medycznej potwierdzającej w sposób jednoznaczny rozpoznanie niezłośliwego guza mózgu;
- 23) sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji, który umożliwia Ubezpieczonemu samodzielne funkcjonowanie;
- 24) szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka, oddziału i pododdziału szpitalnego leczenia nerwic, ośrodka leczenia uzależnień, w szczególności od: alkoholu, narkotyków lub leków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala rehabilitacji, oddziału i ośrodka rehabilitacji;
- 25) umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4 (otrzymuje brzmienie)

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

§ 5 (usunięty)

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6 (otrzymuje brzmienie)

1. Początek ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej 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.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy dodatkowej wygasa:
 - 1) w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych:
 - a) z dniem określonym w umowie podstawowej jako dzień wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej wobec wszystkich Ubezpieczonych,
 - b) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - c) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy dodatkowej;
 - 2) w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych:
 - d) z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia,
 - e) z dniem przyznania Ubezpieczonemu prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu,
 - f) z dniem określonym w umowie podstawowej jako dzień wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 7

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

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 8 (otrzymuje brzmienie)

Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę dodatkową w każdym czasie, z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 9 (otrzymuje brzmienie)

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także z ostatnim dniem okresu wypowiedzenia, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową.

Okres ubezpieczenia

§ 10

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

Składka

§ 11 (otrzymuje brzmienie)

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

Suma ubezpieczenia

§ 12

1. Suma ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu określona jest w polisie lub w dokumencie umowy ubezpieczenia i stanowi podstawę do ustalenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia następujących zdarzeń:
 - 1) rozpoznania nowotworu;
 - 2) operacji medycznej;
 - 3) cykli chemioterapii;
 - 4) cykli radioterapii.
2. Suma ubezpieczenia z tytułu świadczenia okresowego określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia i stanowi podstawę do ustalenia wysokości dodatkowego świadczenia okresowego.
3. Suma ubezpieczenia z tytułu świadczeń ambulatoryjnych określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. Suma ubezpieczenia z tytułu świadczeń assistance medycznego określona jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 13 Świadczenie z tytułu rozpoznania nowotworu

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

§ 14 Świadczenie z tytułu operacji medycznej

1. W przypadku operacji medycznej Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tego tytułu, pod warunkiem:
 - 1) przyznania Ubezpieczonemu prawa do świadczenia z tytułu 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.

§ 15 Świadczenie z tytułu cyklu chemioterapii

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

§ 16 Świadczenie z tytułu cyklu radioterapii

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

§ 17 Świadczenie okresowe

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

§ 18

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

§ 19 Wypłata świadczeń

1. Świadczenie z tytułu rozpoznania nowotworu, świadczenie z tytułu operacji medycznej, pierwsze świadczenie z tytułu cyklu chemioterapii, pierwsze świadczenie z tytułu cyklu radioterapii oraz pierwsze świadczenie okresowe wypłacane są w terminie 21 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, czyli odpowiednio o:
 - 1) rozpoznaniu u Ubezpieczonego nowotworu, w przypadku świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu oraz pierwszego świadczenia okresowego;

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

Ambulatoryjne świadczenia medyczne

§ 20

1. W przypadku przyznania Ubezpieczonemu przez Towarzystwo prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu Ubezpieczonemu przysługuje prawo do korzystania z ambulatoryjnych świadczeń medycznych.
2. Zakres ambulatoryjnych świadczeń medycznych przysługujący Ubezpieczonemu określony jest w Katalogu świadczeń ambulatoryjnych stanowiącym Załącznik nr 1 do OWUD.
3. Towarzystwo organizuje i pokrywa koszty świadczeń, o których mowa w ust. 2, realizowanych w okresie 24 miesięcy od daty przyznania prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu, do wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu ambulatoryjnych świadczeń medycznych.
4. Ambulatoryjne świadczenia medyczne realizowane są przez placówki medyczne należące do sieci partnera medycznego AXA, których aktualny wykaz znajduje się na stronie www.axa.pl. Informacje o aktualnym wykazie placówek medycznych, należących do sieci partnera medycznego AXA, Ubezpieczony może uzyskać także za pośrednictwem infolinii

medycznej udostępnionej mu niezwłocznie po przyznaniu prawa do wypłaty świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu.

5. W celu ustalenia miejsca i terminu realizacji ambulatoryjnego świadczenia medycznego Ubezpieczony zobowiązany jest uzgodnić za pośrednictwem infolinii medycznej miejsce i termin realizacji świadczenia w placówce medycznej należącej do sieci partnera medycznego AXA.
6. W celu skorzystania z ambulatoryjnego świadczenia medycznego Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) w uzgodnionym terminie zgłosić się do wskazanej przez partnera medycznego AXA placówki medycznej;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od pracowników placówki medycznej.

Assistance medyczny

§ 21

1. W przypadku przyznania Ubezpieczonemu prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu Ubezpieczonemu przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń assistance medycznego. Prawo do dostępu do infolinii medycznej assistance przysługuje Ubezpieczonemu od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
2. Zakres świadczeń assistance medycznego przysługujący Ubezpieczonemu określony jest w katalogu świadczeń assistance stanowiącym Załącznik nr 2 do OWUD. Świadczenia assistance medycznego realizowane są wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
3. Towarzystwo organizuje i pokrywa koszty świadczeń, o których mowa w ust. 2, do wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu świadczeń assistance medycznego w okresie 24 miesięcy od daty przyznania prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu.
4. W celu uzyskania zgody Towarzystwa na realizację świadczenia assistance medycznego Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) 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:
 - g) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - h) PESEL lub datę urodzenia Ubezpieczonego,
 - i) krótki opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
 - j) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
 - k) 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.

Dруга Opinia Medyczna oraz pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia

§ 22

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

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

§ 23 Druga Opinia Medyczna

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

- 6) informacje o osiągnięciach zawodowych i doświadczeniach zawodowych eksperta medycznego, który przygotował Drugą Opinię Medyczną.
10. Druga Opinia Medyczna nie ma wartości dowodu sądowego. Towarzystwo i partner medyczny AXA nie ponoszą odpowiedzialności za skutki interpretacji informacji zawartych w Drugiej Opinii Medycznej ani jakichkolwiek działań lub zaniechania działania w oparciu o te interpretacje.
11. Treść Drugiej Opinii Medycznej uzależniona jest od prawdziwości i jakości dostarczonych informacji.
12. Koszty dostarczenia do partnera medycznego AXA dokumentacji medycznej obciążają Ubezpieczonego.


§ 24 Pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia

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 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 placówek medycznych 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.

Postanowienia końcowe

§ 25 (otrzymuje brzmienie)

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

Prezes Zarządu

 Jarosław Bartkiewicz

Członek Zarządu

 Janusz Arczewski

Załącznik nr 1

do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego – Pomoc na Raka o indeksie GUPR/13/10/01 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:
 - a) hematologiczne,
 - b) krzepliwości,
 - c) biochemiczne i enzymatyczne,
 - d) immunologiczne,
 - e) moczu i kału,
 - f) serologiczne,
 - g) hormonalne i metaboliczne,
 - h) mikrobiologiczne,
 - i) markery nowotworowe,
 - j) 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 o indeksie GUPR/13/10/01 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 Ubezpieczonego,
 - 1) placówek diagnostycznych, odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych, placówek sanatoryjnych oraz placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki uniwersytetów medycznych) znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, aptek znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
 - 2) placówek opieki społecznej i hospicjów,
 - 3) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny.
2. Informacje, o których mowa powyżej, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa żądania roszczeń wobec partnera medycznego AXA lub Towarzystwa.

Transport medyczny z miejsca pobytu do placówki medycznej

W przypadku gdy w następstwie rozpoznania nowotworu zaistniała konieczność przewiezienia Ubezpieczonego 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 zamieszkania

W przypadku gdy w następstwie rozpoznania nowotworu zaistniała konieczność przewiezienia Ubezpieczonego z placówki medycznej do miejsca zamieszkania, 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 piśmie 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 skierowany jedynie na zabieg lub badania do innej placówki medycznej, świadczenie obejmuje również transport powrotny do placówki medycznej, w której Ubezpieczony jest leczony.

Transport do lub z placówki medycznej na cykl chemioterapii lub cykl radioterapii

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

Opieka pielęgniarska w miejscu pobytu

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

Opieka domowa po hospitalizacji

1. Jeżeli w następstwie rozpoznania nowotworu Ubezpieczony był hospitalizowany, a po zakończonej hospitalizacji, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego lub zaleceniem lekarza partnera medycznego AXA wydanym na podstawie dokumentacji medycznej, konieczne jest zapewnienie Ubezpieczonemu pomocy w miejscu jego pobytu, Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego AXA zapewnia Ubezpieczonemu zorganizowanie opieki nad Ubezpieczonym i pokrycie kosztów honorarium oraz dojazdu osoby wyznaczonej do pełnienia opieki nad Ubezpieczonym w miejscu pobytu w następującym zakresie:

- 1) zakupy artykułów spożywczych pierwszej potrzeby,
 - 2) codzienne porządki domowe,
 - 3) dostawa oraz przygotowanie posiłków,
 - 4) opieka nad zwierzętami domowymi, przez które rozumie się kota należącego do ras domowych lub psa, z wyłączeniem ras uznanych za agresywne zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa,
 - 5) podlewanie kwiatów.
2. Niniejsze świadczenie przysługuje jedynie w przypadku, gdy w miejscu pobytu Ubezpieczonego nie ma osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić.
3. Zakres świadczenia obejmuje wyłącznie dostawę wyżej wskazanych artykułów bez kosztów samych produktów, które pokrywa Ubezpieczony.

Opieka domowa po cyklu chemioterapii lub cyklu radioterapii

1. Jeżeli w następstwie rozpoznania nowotworu Ubezpieczony odbył cykl chemioterapii lub cykl radioterapii i po zakończeniu cyklu chemioterapii lub cyklu radioterapii, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego lub zaleceniem lekarza partnera medycznego AXA wydanym na podstawie dokumentacji medycznej, konieczne jest zapewnienie Ubezpieczonemu pomocy w miejscu pobytu, Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego AXA zapewnia Ubezpieczonemu zorganizowanie

opieki nad Ubezpieczonym i pokrycie kosztów honorarium oraz dojazdu osoby wyznaczonej do pełnienia opieki nad Ubezpieczonym w miejscu pobytu w następującym zakresie:

- 1) zakupy artykułów spożywczych pierwszej potrzeby,
 - 2) codzienne porządki domowe,
 - 3) dostawa oraz przygotowanie posiłków,
 - 4) opieka nad zwierzętami domowymi, przez które rozumie się kota należącego do ras domowych lub psa, z wyłączeniem ras uznanych za agresywne zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa,
 - 5) podlewanie kwiatów.
2. Niniejsze świadczenie przysługuje jedynie w przypadku, gdy w miejscu pobytu Ubezpieczonego nie ma osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić.
3. Zakres świadczenia obejmuje wyłącznie dostawę wyżej wskazanych artykułów bez kosztów samych produktów, które pokrywa Ubezpieczony.

Dostarczenie lekarstw

1. Jeżeli w następstwie rozpoznania nowotworu Ubezpieczonemu zostały zaordynowane 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 organizuje zakup i pokryje koszty dostarczenia do Ubezpieczonego leków przepisanych przez lekarza prowadzącego.
2. Niniejsze świadczenie przysługuje jedynie w przypadku, gdy w miejscu pobytu Ubezpieczonego nie ma osoby, która mogłaby zapewnić Ubezpieczonemu taką pomoc.
3. Koszt leków pokrywa Ubezpieczony. W celu realizacji świadczenia należy udostępnić przedstawicielowi partnera medycznego AXA receptę niezbędną do wykupienia leku.

Rehabilitacja

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

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

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

Organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

Jeżeli w następstwie rozpoznania nowotworu Ubezpieczony, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego lub zaleceniem lekarza partnera medycznego AXA wydanym na podstawie dokumentacji medycznej, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego (z wyłączeniem pobytu w placówkach medycznych), Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego AXA organizuje wypożyczenie albo zakup sprzętu rehabilitacyjnego i pokryje jego koszty. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki terapii prowadzonej w wyniku użycia wyżej wskazanego sprzętu.

Dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego

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

Opieka nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi

1. Jeżeli w następstwie rozpoznania nowotworu Ubezpieczony jest hospitalizowany albo musi przebywać w pozycji leżącej, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego, a konieczne jest zapewnienie opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi, Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego AXA 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 zapewni 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

dotaddkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek rozpoznania nowotworu u dziecka Ubezpieczonego – Pomoc na Raka o indeksie GDPR/13/10/01 zmienione umową generalną Pakietu GSU

Formularz do OWUD (usunięto)

Postanowienia ogólne

§ 1 (otrzymuje brzmienie)

Niniejsze Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek rozpoznania nowotworu u dziecka Ubezpieczonego – Pomoc na Raka zmienione umową generalną Pakietu GSU stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. a Ubezpieczającymi, jako rozszerzenie umów grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór AXA zmienionych umową generalną Pakietu GSU.

Definicje

§ 2 (otrzymuje brzmienie)

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

- 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 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:
 - krwaków,
 - 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 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;
- 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 Ubezpieczonego w szpitalu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów nowotworu; w rozumieniu OWUD operacją medyczną nie jest zabieg polegający wyłącznie na badaniu diagnostycznym;
- 16) **OWUD** – niniejsze Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek rozpoznania nowotworu u dziecka Ubezpieczonego – Pomoc na Raka;
- 17) **partner medyczny AXA** – podmiot współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w ramach umowy dodatkowej;
- 18) **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;
- 19) **rozpoznanie** – rozpoznanie nowotworu objętego zakresem ochrony ubezpieczeniowej, udokumentowane wynikiem badania histopatologicznego przeprowadzonego przez lekarza patomorfologa, a w przypadku niezłośliwego guza mózgu potwierdzone przez lekarza neurologa lub neurochirurga; w przypadku niezłośliwego guza mózgu za datę rozpoznania przyjmuje się datę wskazaną w dokumentacji medycznej potwierdzającej w sposób jednoznaczny rozpoznanie niezłośliwego guza mózgu;
- 20) **sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji, który umożliwia dziecku samodzielne funkcjonowanie;
- 21) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka, oddziału i pododdziału szpitalnego leczenia nerwic, ośrodka leczenia uzależnień, w szczególności od: alkoholu, narkotyków, lub leków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala rehabilitacji, oddziału i ośrodka rehabilitacji;

22) umowa dodatkowa – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie dziecka Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) rozpoznanie nowotworu u dziecka w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej;
 - 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) asystancje medycznej realizowanej 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.

Zawarcie umowy dodatkowej

§ 4 (otrzymuje brzmienie)

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

§ 5 (usunięto)

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6 (otrzymuje brzmienie)

1. Początek ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej 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.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy dodatkowej wygasa:
 - 1) w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych:
 - a) z dniem określonym w umowie podstawowej jako dzień wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej wobec wszystkich Ubezpieczonych,
 - b) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - c) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy dodatkowej;
 - 2) w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych:
 - a) z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia,
 - b) z dniem określonym w umowie podstawowej jako dzień wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych.
3. Z dniem przyznania Ubezpieczonemu prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu u danego dziecka ochrona ubezpieczeniowa wygasa wyłącznie w zakresie dotyczącym tego dziecka.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 7

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

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 8 (otrzymuje brzmienie)

Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę dodatkową w każdym czasie, z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca polisy.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 9 (otrzymuje brzmienie)

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, określonym w umowie podstawowej, a także z ostatnim dniem okresu wypowiedzenia, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową.

Okres ubezpieczenia

§ 10

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

Składka

§ 11 (otrzymuje brzmienie)

1. Wysokość składki dodatkowej ustala się według taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia umowy dodatkowej i uzależniona jest od wysokości sumy ubezpieczenia.
2. Wysokość składki dodatkowej określona jest w polisie lub w dokumencie umowy ubezpieczenia.
3. Składka dodatkowa stanowi część składki i płatna jest w tych samych terminach i na tych samych zasadach co składka podstawowa.

Suma ubezpieczenia

§ 12

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 assistance medycznego 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.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 13 Świadczenie z tytułu rozpoznania nowotworu

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

§ 14 Świadczenie z tytułu operacji medycznej

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.

§ 15 Świadczenie z tytułu cyklu chemioterapii

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 pięć cykli chemioterapii dotyczących danego dziecka.

§ 16 Świadczenie z tytułu cyklu radioterapii

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 pięć cykli radioterapii dotyczących danego dziecka.

§ 17 Świadczenie okresowe

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 nowotworu u dziecka, jednak nie dłużej niż do miesiąca kalendarzowego, w którym nastąpiła śmierć dziecka.

§ 18

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu: rozpoznania nowotworu, operacji medycznej, cykli chemioterapii oraz cykli radioterapii wobec Ubezpie-

czonego w zakresie dotyczącym danego dziecka ograniczona jest do wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu.

2. Z dniem wykorzystania 100% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu ochrona ubezpieczeniowa z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w ust. 1, wygasa wyłącznie w zakresie dotyczącym danego dziecka.

§ 19 Wypłata świadczeń

1. Świadczenie z tytułu rozpoznania nowotworu, świadczenie z tytułu operacji medycznej, pierwsze świadczenie z tytułu cyklu chemioterapii, pierwsze świadczenie z tytułu cyklu radioterapii oraz pierwsze świadczenie okresowe wypłacane są Ubezpieczonemu w terminie 21 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, czyli odpowiednio o:
 - 1) rozpoznaniu nowotworu u dziecka w przypadku świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu oraz pierwszego świadczenia okresowego;
 - 2) operacji medycznej dziecka lub skierowaniu dziecka na operację medyczną;
 - 3) cyklu chemioterapii dziecka lub skierowaniu dziecka na cykl chemioterapii, w przypadku świadczenia z tytułu pierwszego cyklu chemioterapii;
 - 4) cyklu radioterapii dziecka lub skierowania dziecka na cykl radioterapii, w przypadku świadczenia z tytułu pierwszego cyklu radioterapii.
2. Kolejne dodatkowe świadczenia okresowe wypłacane są Ubezpieczonemu w terminie do końca każdego miesiąca kalendarzowego, za który są należne.
3. Kolejne świadczenia z tytułu cyklu chemioterapii lub cyklu radioterapii wypłacane są Ubezpieczonemu w terminie 14 dni od daty przedstawienia Towarzystwu:
 - 1) potwierdzenia odbycia przez dziecko odpowiednio poprzedniego cyklu chemioterapii lub poprzedniego cyklu radioterapii, z tytułu których Towarzystwo wypłaciło ostatnie świadczenie, oraz
 - 2) skierowania dziecka odpowiednio na kolejny cykl chemioterapii lub kolejny cykl radioterapii.
4. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczeń okazałoby się niemożliwe w terminie, o którym mowa w ust. 1 lub ust. 3, świadczenia ubezpieczeniowe zostaną spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaci w terminie przewidzianym w ust. 1 lub ust. 3.
5. Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu, świadczenia z tytułu operacji medycznej, pierwszego świadczenia z tytułu cyklu chemioterapii, pierwszego świadczenia z tytułu cyklu radioterapii oraz pierwszego świadczenia okresowego jest przedstawienie Towarzystwu dokumentów wskazanych we wniosku o wypłatę świadczenia, a w przypadku kolejnych świadczeń z tytułu cyklu chemioterapii lub cyklu radioterapii podstawą ich wypłaty jest przedstawienie Towarzystwu dokumentów, o których mowa w ust. 3. Formularze wniosków znajdują się na stronie internetowej www.axa.pl.
6. Dokumenty, o których mowa w ust. 5, powinny zostać złożone w oryginałach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza lub przedstawiciela Towarzystwa. Dokumentacja medyczna może być poświadczona za zgodność z oryginałem także przez pracownika przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której dziecko było zarejestrowane i leczone w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym.
7. Dokumenty sporządzone w języku obcym, przed złożeniem Towarzystwu, powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
8. Towarzystwo, w terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia, o którym mowa w ust. 1 lub ust. 3, pisemnie lub drogą elektroniczną, jeżeli zawiadamiający wyraził zgodę na taki sposób komunikacji, przekazuje informację, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia prawa oraz wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.

Ambulatoryjne świadczenia medyczne

§ 20

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

Assistance medyczny

§ 21

1. W przypadku przyznania Ubezpieczonemu prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu u dziecka Ubezpieczonemu przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń assistance medycznego realizowanych na rzecz dziecka. Prawo do dostępu do infolinii medycznej assistance przysługuje Ubezpieczonemu od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
2. Zakres świadczeń assistance medycznego realizowanych na rzecz dziecka określony jest w katalogu świadczeń assistance stanowiącym Załącznik nr 2 do OWUD. Świadczenia assistance medycznego realizowane są wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
3. Towarzystwo organizuje i pokrywa koszty świadczeń, o których mowa w ust. 2, w odniesieniu do danego dziecka do wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu świadczeń assistance medycznego w okresie 24 miesięcy od daty przyznania prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu u dziecka.
4. W celu uzyskania zgody Towarzystwa na realizację świadczenia assistance medycznego Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) skontaktować się z infolinią medyczną assistance, której numer podany jest w dokumentacji ubezpieczeniowej, i podać wszelkie dostępne informacje potrzebne do udzielenia należytej pomocy z zakresu świadczeń assistance, a w szczególności:
 - a) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - b) imię i nazwisko dziecka,
 - c) PESEL lub datę urodzenia Ubezpieczonego,
 - d) PESEL lub datę urodzenia dziecka,
 - e) krótki opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
 - f) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
 - g) inne informacje niezbędne do zorganizowania świadczenia assistance medycznego.

- 2) postępować zgodnie z poleceniami i wskazówkami konsultanta infolinii medycznej assistance.
5. Ubezpieczony zobowiązany jest, zgodnie z dyspozycją konsultanta infolinii medycznej assistance, dostarczyć wskazane przez niego dokumenty niezbędne do ustalenia prawa do świadczenia assistance medycznego oraz jego realizacji.
6. W terminie 24 godzin od momentu dostarczenia przez Ubezpieczonego dokumentów, o których mowa w ust. 5, konsultant infolinii medycznej assistance skontaktuje się telefonicznie z Ubezpieczonym i poinformuje go o udzieleniu lub odmowie udzielenia zgody na realizację świadczenia.
7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wszelkich kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez porozumienia z konsultantem infolinii medycznej assistance i jest zwolnione z obowiązku zwrotu takich kosztów, chyba że skontaktowanie się z infolinią medyczną assistance w sposób wskazany w ust. 4 było niemożliwe z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego.

Druga Opinia Medyczna oraz pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia

§ 22

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

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

§ 23 Druga Opinia Medyczna

1. Świadczenie ubezpieczeniowe polega na organizacji procesu sporządzenia i pokryciu kosztów sporządzenia przez eksperta medycznego Drugiej Opinii Medycznej dotyczącej 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 AXA:
 - 1) formularza zgłoszenia niezbędnego do sporządzenia Drugiej Opinii Medycznej, udostępnionego przez Towarzystwo lub partnera medycznego AXA,
 - 2) dokumentacji medycznej umożliwiającej wydanie Drugiej Opinii Medycznej.
4. Jeżeli zgodnie z opinią eksperta medycznego zachodzi konieczność uzupełnienia dokumentacji medycznej złożonej przez Ubezpieczonego lub sporządzenia opinii medycznej, Ubezpieczony zobowiązany jest do dostarczenia dokumentacji niezbędnej do realizacji świadczenia.

W przypadku nowotworów, dla których wynik badania histopatologicznego zdaniem eksperta medycznego jest konieczny do 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 dziecka 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.

§ 24 Pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia

1. Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego AXA zapewnia Ubezpieczonemu pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia dziecka, zalecanego w raporcie Drugiej Opinii Medycznej, polegającą na organizacji świadczeń wskazanych ust. 3.
2. Świadczenie pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia przysługuje Ubezpieczonemu wyłącznie w przypadku wcześniejszego wydania Drugiej Opinii Medycznej dotyczącej dziecka.

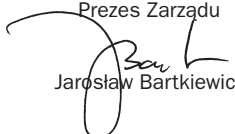
3. W ramach pomocy w planowaniu leczenia lub w organizacji leczenia partner medyczny AXA, według wyboru i w porozumieniu z Ubezpieczonym:
 - 1) udziela Ubezpieczonemu, drogą telefoniczną, informacji o: nazwie, adresie oraz numerze telefonu placówki medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w 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 medycznych 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.

Postanowienia końcowe

§ 25 (otrzymuje brzmienie)

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

Prezes Zarządu

 Jarosław Bartkiewicz

Członek Zarządu

 Janusz Arczewski

Załącznik nr 1

do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek rozpoznania nowotworu u dziecka Ubezpieczonego – Pomoc na Raka o indeksie GDPR/13/10/01 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:
 - a) hematologiczne,
 - b) krzepliwości,
 - c) biochemiczne i enzymatyczne,
 - d) immunologiczne,
 - e) moczu i kału,
 - f) serologiczne,
 - g) hormonalne i metaboliczne,
 - h) mikrobiologiczne,
 - i) markery nowotworowe,
 - j) 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) anesteziolog,
- 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 Ubezpieczonego – Pomoc na Raka o indeksie GDPR/13/10/01 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, spółdzielni lekarskich) rekomendowanych przez lekarza Partnera Medycznego AXA, w szczególności: adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom dziecka,
 - 10) placówek diagnostycznych, odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych, placówek sanatoryjnych oraz placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki uniwersyteckich medycznych) znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, aptek znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
 - 11) placówek opieki społecznej i hospicjów,
 - 12) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny.
2. Informacje, o których mowa powyżej, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa żądania roszczeń wobec partnera medycznego AXA lub Towarzystwa.

Transport medyczny z miejsca pobytu do placówki medycznej

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

Transport medyczny z placówki medycznej do miejsca zamieszkania

W przypadku gdy w następstwie rozpoznania nowotworu u dziecka zaistniała konieczność przewiezienia dziecka z placówki medycznej do miejsca zamieszkania, 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 cyklu radioterapii, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego lub zaleceniem lekarza partnera medycznego AXA wydanym na podstawie dokumentacji medycznej, konieczne jest zapewnienie dziecku pomocy w miejscu pobytu, Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego AXA zapewnia Ubezpieczonemu zorganizowanie opieki nad dzieckiem i pokrycie kosztów honorarium oraz dojazdu osoby wyznaczonej do pełnienia pomocy w następującym zakresie:

- 1) zakupy artykułów spożywczych pierwszej potrzeby,
- 2) codzienne porządki domowe,
- 3) dostawa oraz przygotowanie posiłków,
- 4) opieka nad zwierzętami domowymi, przez które rozumie się kota należącego do ras domowych lub psa, z wyłączeniem ras uznanych za agresywne zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa,
- 5) podlewanie kwiatów.

2. Niniejsze świadczenie przysługuje jedynie w przypadku, gdy Ubezpieczony nie może pozostawić dziecka bez opieki, a w miejscu pobytu dziecka nie ma innej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić.

3. Zakres świadczenia obejmuje wyłącznie dostawę wyżej wskazanych artykułów bez kosztów samych produktów, które pokrywa Ubezpieczony.

Dostarczenie lekarstw

1. Jeżeli w następstwie rozpoznania nowotworu dziecku zostały zaordynowane leki przez lekarza prowadzącego i zgodnie z jego pisemnym zaleceniem lub zaleceniem lekarza partnera medycznego AXA, wydanym na podstawie dokumentacji medycznej, dziecko nie może opuszczać miejsca pobytu (z wyłączeniem pobytu w placówkach medycznych), Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego AXA zorganizuje 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 zorganizuje 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 zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu dziecka (z wyłączeniem pobytu w placówkach medycznych), który został wypożyczony lub zakupiony w ramach wyżej wskazanego świadczenia dotyczącego organizacji wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.

Pomoc psychologa, psychoonkologa lub terapeuty

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

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za przebieg i skutki terapii.

Informacja onkologiczna

W przypadku rozpoznania nowotworu u dziecka Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego AXA zapewni Ubezpieczonemu pomoc w:

- 1) zinterpretowaniu przez lekarza onkologa dokumentów potwierdzających rozpoznanie nowotworu u dziecka oraz dokumentów dotyczących zalecanego procesu leczenia dziecka,
- 2) uzyskaniu informacji dotyczących możliwości leczenia nowotworu dziecka wskazanego w rozpoznaniu w polskim powszechnym systemie opieki zdrowotnej.

Wsparcie w nowej sytuacji życiowej

1. W przypadku rozpoznania nowotworu u dziecka Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego AXA udzieli Ubezpieczonemu informacji na temat:
 - 1) możliwości uzyskania świadczeń z tytułu umów ubezpieczenia zawartych na rzecz dziecka,
 - 2) fundacji onkologicznych działających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz możliwości wpisania dziecka na listę takich fundacji,
 - 3) sposobu uzyskania usług opiekuńczych lub pielęgnacyjnych w ramach pomocy społecznej w zakresie dotyczącym dziecka,
 - 4) formalności związanych z procedurą orzekania o stopniu niepełnosprawności w zakresie dotyczącym dziecka,

- 5) formalności związanych z adaptacją miejsca zamieszkania dziecka do potrzeb osoby niepełnosprawnej,
 - 6) formalności związanych z uzyskaniem świadczeń z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w zakresie dotyczącym dziecka.
2. Świadczenie ma charakter wyłącznie informacyjny i nie stanowi porady prawnej. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki zastosowania się Ubezpieczonego do uzyskanych informacji.

Łóżko szpitalne dla opiekuna prawnego dziecka

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

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