

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–3, pkt 5–7, pkt 9, pkt 10, pkt 12, pkt 13, pkt 15, pkt 19–23, pkt 28
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 14, pkt 16, pkt 24–27

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.
2. Ubezpieczeniem obejmujemy:
 - 1) podejrzenie nowotworu u Ciebie w okresie naszej ochrony,
 - 2) rozpoznanie nowotworu u Ciebie w okresie naszej ochrony.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– jakie świadczenia możesz otrzymać w związku z podejrzeniem nowotworu i jak z nich skorzystasz

3. Jeśli w okresie udzielania ochrony lekarz prowadzący Twoje leczenie umieści w dokumentacji medycznej informację o podejrzeniu nowotworu lub z dokumentacji medycznej będzie wynikało podejrzenie nowotworu, zorganizujemy i pokryjemy koszty:
 - 1) konsultacji onkologicznych,

2) badań diagnostycznych, aby zweryfikować podejrzenie nowotworu.

4. Liczba dostępnych konsultacji onkologicznych oraz wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu badań diagnostycznych zależą od wybranego wariantu ubezpieczenia i są przez nas potwierdzane w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
5. Zakres badań diagnostycznych obejmuje:
 - 1) badania obrazowe:
 - a) prześwietlenie rentgenowskie, w dwóch projekcjach: czaszki, żuchwy, układu kostnego twarzy, klatki piersiowej, żeber, mostka, stawów mostkowo-obojczykowych, kręgosłupa – każdego odcinka, kręgosłupa – całości (badanie przeglądowe), miednicy, stawów krzyżowo-biodrowych, kości krzyżowej i ogonowej, obojczyków, łopatek, barków, kończyn
 - b) mammografię,
 - c) ultrasonografię: klatki piersiowej, piersi, jamy brzusznej, miednicy, narządów jamy brzusznej i miednicy, moszny i jej zawartości, kończyn (nienaczyniowe), stawów, ginekologiczną, tarczycy, węzłów chłonnych,
 - d) tomografię komputerową: jednego wskazanego obszaru ciała,
 - e) rezonans magnetyczny: jednego wskazanego obszaru ciała,
 - f) scyntyografię: jednego wskazanego obszaru ciała,
 - g) badania endoskopowe z pobraniem materiału do badania histopatologicznego: gastroskopię, kolonoskopię, bronchoskopię, laryngoskopię, cystoskopię;

- 2) badania mikroskopowe:
 - a) badanie cytologiczne,
 - b) badanie histopatologiczne;
 - c) badania laboratoryjne, w tym na markery nowotworowe.
6. Konsultacje onkologiczne i badania diagnostyczne realizujemy wyłącznie na terenie Polski.
7. Jeśli chcesz umówić miejsce i termin konsultacji lub badań, zadzwoń do Centrum Operacyjnego i podaj następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko,
 - 2) PESEL albo w przypadku obcokrajowców numer dokumentu tożsamości wskazany w deklaracji,
 - 3) numer polisy
 oraz dostarcz dokumentację medyczną, w której opisane jest podejrzenie nowotworu przez lekarza prowadzącego. Niezbędne będzie też skierowanie od lekarza prowadzącego do lekarza specjalności onkologicznej lub na badania diagnostyczne.
8. Czas oczekiwania:
 - 1) na badania diagnostyczne – do 3 dni roboczych od zgłoszenia,
 - 2) na konsultację onkologiczną – do 5 dni roboczych od zgłoszenia.
 Świadczenia, o ile to możliwe, będą realizowane w miejscu i czasie preferowanym przez Ciebie.
9. Świadczenie obejmuje organizację i pokrycie kosztów konsultacji onkologicznych oraz badań diagnostycznych. Realizujemy je w okresie 12 miesięcy od daty udokumentowanego podejrzenia nowotworu. Obowiązuje limit i wysokość sumy ubezpieczenia, które zostały określone w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– jakie świadczenia możesz otrzymać w związku z rozpoznaniem nowotworu i jak z nich skorzystasz

10. Jeśli w okresie naszej ochrony zostanie u Ciebie rozpoznany nowotwór zgodny z definicją wskazaną w pkt 28 ppkt 2, wypłacimy Ci świadczenie. W zależności od rodzaju nowotworu wypłacimy świadczenie w wysokości:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia w przypadku nowotworu złośliwego typu I lub niezłośliwego guza mózgu,
 - 2) 25% sumy ubezpieczenia w przypadku nowotworu złośliwego typu II lub nowotworu in situ (*Carcinoma in situ*).
11. Rodzaj nowotworu i datę jego wystąpienia ustalamy na podstawie dokumentacji medycznej.
12. Jeśli w okresie naszej ochrony zostanie zdiagnozowany u Ciebie kolejny nowotwór złośliwy typu II lub nowotwór in situ zgodny z definicją, otrzymasz świadczenie, jeżeli zdiagnozowany nowotwór nie jest wznową nowotworu, za który wypłaciliśmy już świadczenie, z zastrzeżeniem pkt 13.

Jeżeli zostanie u Ciebie rozpoznany nowotwór złośliwy typu II lub nowotwór in situ, za który przysługuje Ci świadczenie w wysokości 25% sumy ubezpieczenia, to takich rozpoznań możesz mieć maksymalnie 4 w czasie trwania ochrony, pod warunkiem że nie jest to ten sam nowotwór, który wznawiał się 4 razy (czyli powinien mieć inny kod rozpoznania choroby).

Przykład:

Jeśli rozpoznano u Ciebie czerniaka złośliwego (C43 wg ICD-10) w stopniu zaawansowania równym lub niższym niż 2A, otrzymasz świadczenie w wysokości 25% sumy ubezpieczenia. Jeśli zostaniesz wyleczony, a następnie czerniak złośliwy w stopniu zaawansowania równym lub niższym niż 2A zostanie u Ciebie rozpoznany ponownie, to nie otrzymasz świadczenia.

Jeśli zostanie u Ciebie rozpoznany kolejny inny nowotwór, np. nowotwór złośliwy tarczycy (C73 wg ICD-10) o średnicy poniżej 2 cm, otrzymasz kolejne świadczenie w wysokości 25% sumy ubezpieczenia.

13. Jeśli otrzymałeś świadczenie z tytułu rozpoznania nowotworu złośliwego typu II lub nowotworu in situ, a następnie w okresie naszej ochrony nowotwór ten rozwinie się w nowotwór złośliwy typu I lub niezłośliwy guz mózgu, otrzymasz dopłatę świadczenia do wysokości 100% sumy ubezpieczenia.

Jeżeli wypłaciliśmy Ci świadczenie w wysokości 25% sumy ubezpieczenia, a następnie złożyłeś wniosek o wypłatę z tytułu rozpoznania nowotworu złośliwego typu I lub niezłośliwego guza mózgu, za który przysługuje świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia, wówczas otrzymasz dopłatę do świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia (tj. 100% sumy ubezpieczenia pomniejszone o wcześniejsze wypłaty).

Przykład:

Jeśli rozpoznano u Ciebie czerniaka złośliwego (C43 wg ICD-10) w stopniu zaawansowania równym lub niższym niż 2A, a następnie zostanie rozpoznany czerniak w stopniu zaawansowania wyższym niż 2A, otrzymasz dopłatę do 100% sumy ubezpieczenia (czyli, jeśli wypłacono tylko jedno świadczenie w wysokości 25%, to otrzymasz kolejne świadczenie w wysokości 75% sumy ubezpieczenia).

14. Łączne świadczenie z tytułu rozpoznania nowotworu w okresie ochrony, bez względu na liczbę rozpoznanych nowotworów objętych zakresem ubezpieczenia, nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia.
 15. Jeśli przyznamy Ci świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu, otrzymasz także prawo do świadczeń assistance na zasadach opisanych poniżej.
 16. Łączne świadczenie z tytułu assistance nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia na jedno zdarzenie. Jeśli w roku polisy okaże się, że rozpoznano u Ciebie więcej niż jeden nowotwór, to łączne świadczenie z tytułu assistance w związku z tymi zdarzeniami nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia.
- W przypadku rozpoznania 2 nowotworów w danym roku polisy, za które otrzymasz świadczenie, przyznamy świadczenie assistance maksymalnie do wysokości 100% sumy ubezpieczenia. Jeśli każdy z nowotworów zostanie rozpoznany w innym roku polisy, świadczenie assistance zostanie przyznane maksymalnie do wysokości 100% na każdy z nowotworów, czyli 200% sumy ubezpieczenia assistance na oba nowotwory.
17. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania nowotworu i świadczeń assistance zależy od wybranego wariantu ubezpieczenia i jest potwierdzona w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
 18. Uzyskujesz prawo do korzystania ze świadczeń assistance, wymienionych poniżej w tabeli świadczeń assistance, na zasadach w niej opisanych.
 19. Świadczenia assistance realizuje Centrum Operacyjne wyłącznie na terytorium Polski.
 20. Organizujemy i pokrywamy koszty świadczeń assistance w okresie 24 miesięcy od daty przyznania prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu, zgodnie z limitem lub do wysokości sumy ubezpieczenia.
 21. W celu uzyskania świadczenia skontaktuj się z Centrum Operacyjnym i podaj niezbędne informacje, w szczególności:
 - 1) imię i nazwisko,
 - 2) PESEL albo w przypadku obcokrajowców numer dokumentu tożsamości,
 - 3) adres i miejsce zamieszkania,
 - 4) telefon kontaktowy,
 - 5) inne dane, o które poprosi Centrum Operacyjne.

Tabela świadczeń assistance

Rodzaj świadczenia	Na czym polega świadczenie		
Pomoc domowa	Organizacja i pokrycie kosztów usług wspierających Cię w życiu codziennym we wskazanym zakresie	przygotowywanie posiłków	Centrum Operacyjne pokryje koszt pracy usługodawcy, ale nie zapewnia pokrycia kosztów zakupów, kosztów materiałów i surowców zużytych w trakcie wykonywania usług pomocy domowej – koszty te pokrywasz we własnym zakresie
		codzienne porządki domowe	
		opieka nad roślinami doniczkowymi	
		zakupy artykułów spożywczych i innych niezbędnych w prowadzeniu domu	
		opieka nad zwierzętami domowymi	Warunkiem organizacji opieki nad zwierzętami domowymi jest przedstawienie książeczki zdrowia zwierzęcia, która potwierdza aktualne szczepienia w zakresie wymaganym dla zwierząt danego gatunku
		opieka nad dziećmi	W przypadku gdy Centrum Operacyjne organizuje opiekę nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi bez Twojej obecności lub innej osoby pełnoletniej, potrzebne jest pisemne upoważnienie od Ciebie oraz zapewnienie dostępu do miejsca pobytu tych osób
		opieka nad osobami niesamodzielnymi	
		korepetycje dla Twoich dzieci	
transport osób w celu wypełniania codziennych obowiązków, np. dowóz dzieci do szkoły			
Wizyty domowe pielęgniarki	Organizacja i pokrycie kosztów wizyt pielęgniarki w miejscu Twojego pobytu w celu wykonania zabiegów pielęgniarskich, które zgodnie ze zleceniem lekarskim mogą być przeprowadzone w warunkach domowych		
Transport medyczny	Organizacja i pokrycie kosztów transportu z miejsca Twojego pobytu do placówek medycznych, które udzielają Ci pomocy medycznej zarówno stacjonarnie, jak i ambulatoryjnie; zapewniamy również transport powrotny oraz, jeśli zaistnieje taka potrzeba, transport pomiędzy placówkami medycznymi; transport jest dostosowany do stanu Twojego zdrowia		
Transport na chemio- i radioterapię	Organizacja i pokrycie kosztów transportu z Twojego miejsca pobytu do placówki medycznej, w której odbywać się będą zabiegi, wraz z transportem powrotnym; transport jest dostosowany do stanu Twojego zdrowia		
Organizacja i pokrycie kosztów zakwaterowania	Organizacja i pokrycie kosztów Twojego pobytu w hotelu lub innym obiekcie hotelowym o standardzie najwyżej trzech gwiazdek; zapewniamy pobyt przez okres odbywania terapii – jeśli zostałeś skierowany na chemio-, radioterapię lub inną formę regularnej terapii w trybie ambulatoryjnym; świadczenie to przysługuje, jeśli miejsce Twojego stałego pobytu jest oddalone więcej niż 50 km od placówki medycznej, w której odbywają się zabiegi		
Katering dietetyczny	Organizacja i pokrycie kosztów lub zwrot kosztów dostarczenia do miejsca Twojego pobytu (w tym również do szpitala) całodziennego katering lub pojedynczych posiłków przez nie więcej niż 30 dni; posiłki w ramach katering dietetycznego będą przygotowane zgodnie z Twoją dietą, będą uwzględniały alergię i inne wymagania dietetyczne, o ile przekażesz informacje o nich do Centrum Operacyjnego; Świadczenie zorganizujemy w miarę lokalnych możliwości; zastrzegamy sobie możliwość realizacji świadczenia w formie zwrotu udokumentowanych kosztów poniesionych przez Ciebie, jeśli w odległości mniejszej niż 20 km od Twojego miejsca pobytu nie działa profesjonalny dostawca usług kateringowych, który daje gwarancję prawidłowego wykonania świadczenia; Centrum Operacyjne nie bierze odpowiedzialności za konsekwencje nieprzestrzegania przez Ciebie szpitalnego reżimu dietetycznego		

Profilaktyka nowotworowa – pomoc informacyjna – na czym polega

22. W czwartym miesiącu ochrony ubezpieczeniowej Centrum Operacyjne skontaktuje się z Tobą i za Twoją zgodą przeprowadzi wywiad, na podstawie którego przygotujemy listę badań profilaktycznych dla Ciebie. Listę opracuje lekarz i będzie ona dostosowana do Twojej indywidualnej sytuacji.
23. Na Twoją prośbę Centrum Operacyjne:
 - 1) będzie przypominać Ci o terminie, w którym powinieneś wykonać zalecone badania profilaktyczne,
 - 2) przekaże Ci informację, w jakiej placówce medycznej możesz wykonać poszczególne badania profilaktyczne.
24. Koszty badań profilaktycznych pokrywasz we własnym zakresie.

Wyłączenia odpowiedzialności – kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

25. Nie ponosimy odpowiedzialności za powstanie podejrzenia nowotworu lub rozpoznanie go u Ciebie w okresie pierwszych 3 miesięcy od rozpoczęcia ochrony (karencja).
26. Karencja ma także zastosowanie do zmiany wariantu ubezpieczenia, w wyniku której zostają podwyższone sumy ubezpieczenia. W takim przypadku przez pierwsze 3 miesiące od daty zmiany wariantu świadczenie jest ograniczone do wysokości sumy ubezpieczenia, która obowiązywała przed zmianą wariantu ubezpieczenia.
27. Świadczenia nie przysługują w przypadku nowotworów, które:
 - 1) zostały rozpoznane w ciągu pierwszych 3 miesięcy od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu niniejszych OWUD,

- 2) są wznową, progresją, przerzutem nowotworu rozpoznanego przed rozpoczęciem naszej odpowiedzialności z tytułu OWUD,
- 3) są następstwem niezalecanego przez lekarza zażycia leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
- 4) są następstwem masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego,
- 5) współistnieją z infekcją HIV w momencie rozpoznania nowotworu.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD?

28. W OWUD używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:

1) **Centrum Operacyjne** – jednostka zajmująca się przygotowaniem informacji o badaniach profilaktycznych, organizacją oraz realizacją konsultacji onkologicznych i badań diagnostycznych, które mają na celu potwierdzenie wstępnej diagnozy, oraz świadczeń assistance; numer telefonu do Centrum Operacyjnego znajduje się w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia;

2) **nowotwór:**

Nowotwory zostały opisane na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. W razie wątpliwości będziemy brali pod uwagę klasyfikację ICD-10 z dnia wejścia w życie OWU.

a) **nowotwór złośliwy typu I** – choroba zakwalifikowana według ICD-10 w rozdziale „Nowotwory złośliwe” (C00–C97), z wyłączeniem nowotworów złośliwych typu II oraz nowotworów in situ (w tym także niewymagających zastosowania leczenia operacyjnego, radioterapii lub chemioterapii), która charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem komórek nowotworowych z możliwością naciekania zdrowych tkanek i zdolnością do tworzenia odległych przerzutów; do nowotworów złośliwych typu I zaliczamy także następujące nowotwory:

- złośliwy skóry (C44) w stadium zaawansowania nieoperacyjnym,
- czerniak złośliwy (C43) w stopniu zaawansowania wyższym niż 2A,
- nowotwór złośliwy gruczołu krokowego (C61) w stopniu zaawansowania równym lub wyższym niż T2N0M0 lub 6 punktów lub więcej w skali Gleasona,
- nowotwór złośliwy pęcherza moczowego (C67) w stopniu zaawansowania T1 oraz wyższym,
- nowotwór złośliwy tarczycy (C73) o średnicy 2 cm lub więcej oraz w stopniu zaawansowania wyższym niż T1N0M0 lub nowotwór złośliwy tarczycy typu anaplastycznego,
- przewlekła białaczka limfatyczna (C91) w stopniu wyższym niż A (według klasyfikacji Bineta);

b) **niezłośliwy guz mózgu** – guz mózgu zakwalifikowany według ICD-10 do kategorii D33, który nie jest złośliwy, rozpoznany przez lekarza neurologa lub lekarza neurochirurga; wymaga usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji powoduje trwałe ubytki neurologiczne;

- zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
- krwiaków,

- ziarniaków,
- cyst,
- guzów szyszynki lub przysadki mózgowej,
- malformacji naczyń mózgowych,
- tętniaków;

c) **nowotwór złośliwy typu II** – jedna z niżej wymienionych chorób, w przypadku której zastosowano leczenie operacyjne lub radioterapię, lub chemioterapię:

- nowotwór złośliwy skóry (C44), z wyjątkiem nowotworu w stadium zaawansowania nieoperacyjnym,
- czerniak złośliwy (C43) w stopniu zaawansowania równym lub niższym niż 2A,
- nowotwór złośliwy gruczołu krokowego (C61) w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0 lub poniżej 6 punktów w skali Gleasona,
- nowotwór złośliwy pęcherza moczowego (C67) w stopniu zaawansowania Tis oraz Ta,
- nowotwór złośliwy tarczycy (C73) o średnicy poniżej 2 cm oraz w stopniu zaawansowania T1N0M0, z wyjątkiem raka tarczycy typu anaplastycznego,
- przewlekła białaczka limfatyczna (C91) w stopniu A (wg klasyfikacji Bineta);

d) **nowotwór 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; w przypadku której zastosowano leczenie operacyjne lub radioterapię, lub chemioterapię;

zakres ubezpieczenia nie obejmuje:

- raka in situ skóry (D04),
- czerniaka in situ (D03),
- raka in situ tarczycy (D09.3), który nie jest leczony chirurgicznie,
- raka in situ pęcherza moczowego (D09.0);

3) **podejrzanie nowotworu** – wstępna diagnoza nowotworu, którą postawił Twój lekarz prowadzący na podstawie badania przedmiotowego i podmiotowego; diagnozę tę potwierdza dokumentacja medyczna; podlega ona dalszej weryfikacji w badaniach diagnostycznych lub diagnostyce różnicowej z innymi jednostkami chorobowymi;

4) **rozpoznanie** – rozpoznanie nowotworu objętego zakresem ochrony ubezpieczeniowej, które dokumentuje wynik badania histopatologicznego przeprowadzonego przez lekarza patomorfologa, a w przypadku niezłośliwego guza mózgu – rozpoznanie, które postawił lekarz neurolog lub neurochirurg i które jest potwierdzone wynikami badań obrazowych (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny); za datę rozpoznania nowotworu złośliwego typu I lub II oraz nowotworu in situ przyjmujemy datę wyniku badania histopatologicznego, które potwierdza rozpoznanie; w przypadku niezłośliwego guza mózgu za datę rozpoznania przyjmujemy datę wskazaną w dokumentacji medycznej, która potwierdza w sposób jednoznaczny rozpoznanie niezłośliwego guza mózgu.