

ubezpieczenia

Ogólne warunki ubezpieczenia **Plan Elastyczny**

**indywidualne
ubezpieczenie na życie
z ubezpieczeniowymi
funduszami kapitałowymi**

więcej / niż standard



Spis treści

Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi Plan Elastyczny	8
Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	17
Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek trwałego uszczerbku i śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	20
Errata do Ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego na wypadek trwałego uszczerbku i śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – indeks ZSUW/14/05/05	23
Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek inwalidztwa i śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	24
Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego	27
Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego – Pomoc na Raka (wariant VIP)	31
Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego – Pomoc na Raka (wariant pełny)	41
Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego – Pomoc na Raka (wariant uzupełniający)	51
Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu	59
Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek operacji medycznej Ubezpieczonego	63
Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego uzyskania Drugiej Opinii Medycznej	73
Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego	79
Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek osierocenia dziecka przez drugiego rodzica	82
Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego przejęcia opłacania składek na wypadek niezdolności Ubezpieczonego do pracy	85
Regulamin świadczenia usług Assistance AXA 24	88

Podstawowe informacje o umowie ubezpieczenia Plan Elastyczny



Czym jest Plan Elastyczny

Cel i charakter umowy

Plan Elastyczny jest umową ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (UFK). Ubezpieczenie ma charakter ochronno-inwestycyjny.

Służy zabezpieczeniu finansowemu wskazanych przez Ubezpieczonego osób na wypadek jego śmierci oraz daje możliwość rozszerzenia zakresu na wypadek pogorszenia stanu zdrowia Ubezpieczonego zarówno z powodu chorób, jak i nieszczęśliwych wypadków.

Plan Elastyczny umożliwia również długoterminowe inwestowanie poprzez dokonywanie regularnych wpłat składek podstawowych na UFK o różnych profilach ryzyka, dających dostęp do inwestycji polskich i międzynarodowych. UFK można dobrać w ramach wybranej przez siebie strategii inwestycyjnej samodzielnie lub można powierzyć dobór funduszy specjalistom, wybierając tzw. portfele modelowe. Lista UFK udostępnionych w ramach Planu Elastycznego zawarta jest w Wykazie ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych oraz na stronie internetowej: www.axa.pl



Dla kogo przeznaczony jest Plan Elastyczny

Rekomendowany minimalny okres trwania umowy

Plan Elastyczny jest umową na czas nieokreślony i o charakterze długoterminowym, przeznaczoną dla osób, które mają potrzebę posiadania zabezpieczenia finansowego Uposażonych na wypadek śmierci Ubezpieczonego lub pogorszenia stanu jego zdrowia. Jednocześnie Plan Elastyczny jest odpowiedni dla osób, które zamierzają gromadzić pieniądze na realizację długoterminowych celów poprzez systematyczne i regularne dokonywanie wpłat składek. Każdy Ubezpieczający powinien indywidualnie określić okres, w jakim jest mu potrzebne zabezpieczenie finansowe w wybranym przez siebie zakresie. Zalecany okres obowiązywania umowy Planu Elastycznego wynosi minimum 10 lat. Długoterminowy charakter umowy wynika również ze specyfiki inwestowania: im dłuższy horyzont inwestycyjny, tym większa szansa na osiągnięcie założonego celu inwestycyjnego.



Na co trzeba zwrócić uwagę, wybierając Plan Elastyczny

Wybierając Plan Elastyczny, Ubezpieczający powinien wnikliwie przeanalizować swoje potrzeby zabezpieczenia finansowego i adekwatnie do nich dobrać zakres ubezpieczenia, wysokości świadczeń i okres, w jakim to zabezpieczenie powinno obowiązywać.

Ubezpieczający ma możliwość samodzielnego określenia swojej strategii inwestycyjnej, czyli wyboru spośród UFK oferowanych przez AXA, lub może korzystać z oferty tzw. portfeli modelowych zarządzanych przez specjalistów AXA TFI. Podejmując decyzję o zakupie Planu Elastycznego, należy więc wziąć pod uwagę swoje doświadczenie w inwestowaniu oraz swoją skłonność do ryzyka. AXA nie gwarantuje realizacji założonego celu ani uzyskania określonego wyniku inwestycyjnego. Ubezpieczający powinien też liczyć się z ryzykiem uzyskania wyników inwestycyjnych gorszych niż spodziewane, a nawet poniesienia strat.

W związku z tym, zarówno przed podjęciem decyzji o wyborze UFK, jak i przy podejmowaniu decyzji inwestycyjnych w trakcie trwania umowy, należy zapoznać się ze szczegółowymi informacjami na temat UFK, w tym z profilem ryzyka inwestycyjnego poszczególnych UFK. Profile ryzyka prezentowane są w Wykazach ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych. Profile ryzyka inwestycyjnego UFK są zmienne w czasie. Aktualne informacje na ten temat podane są na Kartach funduszy oraz w Kluczowych Informacjach dla Inwestorów (KIID) zamieszczonych na stronie internetowej: www.axa.pl

Wybierając Plan Elastyczny, należy również zwrócić uwagę na opłaty związane z inwestowaniem oraz opłaty za udzielaną ochronę ubezpieczeniową. Niektóre opłaty będą pobierane regularnie, inne przy wykonaniu konkretnej operacji. Rodzaje i wysokość opłat zostały wskazane w Tabeli opłat i limitów, a poglądowo opisane również w niniejszym dokumencie, w sekcji dotyczącej opłat.

Plan Elastyczny ma charakter długoterminowy, a zalecany okres obowiązywania umowy wynosi minimum 10 lat. Ubezpieczenie nie powinno być wybierane przez osoby, które mają w planach odkładanie pieniędzy przez krótszy czas.



Jakie dokumenty otrzyma Ubezpieczający po złożeniu wniosku o zawarcie umowy

AXA potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia poprzez wystawienie polisy. Polisa wskazuje między innymi terminy opłacania składki, jej wysokość, świadczenia ubezpieczeniowe i datę zawarcia umowy. Polisa jest ważnym dokumentem, dlatego też należy uważnie zapoznać się ze wszystkimi jej zapisami.

Raz w roku AXA będzie przysyłać Ubezpieczającemu list rocznicowy, określający między innymi sumę ubezpieczenia, wartość podstawową i dodatkową polisy oraz wartość wykupu.

List rocznicowy jest przysyłany na konto w ramach serwisu transakcyjnego AXA On-Line, listownie lub w inny sposób, na który Ubezpieczający wyraził zgodę.



Jakie opłaty są pobierane w Planie Elastycznym

Posiadanie Planu Elastycznego wiąże się z ponoszeniem opłat. Rodzaje opłat zostały opisane poglądowo w poniższej tabeli, a szczegółowo zostały opisane w Tabeli opłat i limitów i OWU. Ważne jest, aby zapoznać się ze wszystkimi tymi dokumentami przed podpisaniem umowy.

Rodzaj opłaty	Rachunek podstawowy do obowiązkowych składek podstawowych	Rachunek dodatkowy do dobrowolnych składek dodatkowych inwestycyjnych
Opłata dystrybucyjna określona procentowo – z tytułu ponoszenia przez AXA kosztów związanych z zawarciem umowy ubezpieczenia	tak	
	zależna od roku polisy, wysokości składki podstawowej oraz wieku Ubezpieczonego, od 5% do 90% składki podstawowej	5% składki dodatkowej inwestycyjnej
Opłata administracyjna określona procentowo – z tytułu bieżącej obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia	tak	nie
	zależna od roku polisy, od 0,5% do 1% w skali roku	
Opłata administracyjna określona kwotowo – z tytułu bieżącej obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia	tak	nie
	12,18 zł miesięcznie z możliwością indeksacji o wskaźnik inflacji	
Opłata za ryzyko ubezpieczeniowe – z tytułu świadczenia ochrony ubezpieczeniowej	tak	nie
	standardowa wysokość miesięcznej opłaty za ryzyko zależna jest od wieku Ubezpieczonego, od 0,13 zł do 295,50 zł za każde 10 000 zł kwoty na ryzyku kwotą na ryzyku jest różnica pomiędzy aktualną sumą ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej a aktualną wartością podstawową polisy.	

Podstawowe informacje o umowie ubezpieczenia Plan Elastyczny

Rodzaj opłaty	Rachunek podstawowy do obowiązkowych składek podstawowych	Rachunek dodatkowy do dobrowolnych składek dodatkowych inwestycyjnych
Opłata za zarządzanie pobierana przez AXA Życie TU S.A. – z tytułu zarządzania funduszami będącymi portfelami modelowymi	tak	
	dotyczy jedynie portfeli modelowych, zależna od wybranego portfela modelowego, od 0,1% do 0,5% w skali roku	
Opłata transakcyjna – w szczególnych przypadkach określonych w Tabeli opłat i limitów – z tytułu realizacji dyspozycji zleczanych przez Ubezpieczającego	tak	
	zależna od rodzaju transakcji	
Opłata dystrybucyjna określona kwotowo – w przypadku rozwiązania umowy od 2. do upływu 10. roku polisy – z tytułu ponoszenia przez AXA kosztów związanych z zawarciem umowy ubezpieczenia	tak	nie
	250 zł	

Stan z 21.12.2015 r.



Jak ustalić warunki ubezpieczenia i swoją strategię inwestycyjną

WARUNKI UBEZPIECZENIA

Ustalenie zakresu i okresu ubezpieczenia oraz wysokości potrzebnych świadczeń jest kluczowe dla zrealizowania podstawowego celu ubezpieczenia, jakim jest zapewnienie bezpieczeństwa finansowego w przypadku zdarzeń losowych związanych z życiem i zdrowiem Ubezpieczonego. Trzeba przy tym wziąć pod uwagę:

- wysokość dochodów uzyskiwanych przez Ubezpieczonego i ew. innych członków jego rodziny,
- wartość innych składników majątku posiadanego przez Ubezpieczonego,
- wysokość zobowiązań finansowych, które bez względu na zmianę okoliczności będą musiały znaleźć swoje źródło finansowania (np. comiesięczne rachunki, spłaty kredytów itp.),
- wysokość szacowanych nowych wydatków, które pojawią się w konsekwencji pogorszenia stanu zdrowia Ubezpieczonego,
- inne czynniki wpływające na skalę potrzeb i prawdopodobieństwo pojawienia się ich w przyszłości, takie jak wykonywany zawód, styl życia, hobby, charakter wykonywanej pracy – umowa o pracę, działalność gospodarcza, wolny zawód itp.

Optymalne ustalenie warunków ubezpieczenia powinno przewidywać wysokość świadczenia zapewniającego sfinansowanie zidentyfikowanych potrzeb po śmierci Ubezpieczonego, przy obniżonym w związku z tym dochodzie, które nie mogą być sfinansowane z dochodu innych członków rodziny ani innych składników majątkowych. W przypadku pogorszenia stanu zdrowia Ubezpieczonego zakres ubezpieczenia i wysokości świadczeń z tego tytułu powinny zapewniać sfinansowanie nowych potrzeb, takich jak koszty leczenia czy rehabilitacji, na które zabraknie środków w domowym budżecie.

STRATEGIA INWESTYCYJNA



Ubezpieczający inwestuje środki pochodzące ze składek na własne ryzyko, dlatego też wybór strategii inwestycyjnej powinien być świadomą i dobrze przemyślaną decyzją. Ubezpieczający powinien więc zacząć od określenia swojego profilu inwestycyjnego, tzn. ustalić, jakiego zysku oczekuje i jaką stratę gotów jest zaakceptować. W ustaleniu profilu inwestycyjnego pomoże ankieta, która jest wypełniana przed zawarciem umowy przez Ubezpieczającego. Ankieta ma na celu zebranie informacji o potrzebach, wiedzy i doświadczeniu w dziedzinie inwestowania oraz sytuacji finansowej Ubezpieczającego.



Określenie strategii inwestycyjnej ma miejsce podczas zawierania umowy. Ubezpieczający samodzielnie wybiera UFK, w których jednostki uczestnictwa inwestowane są jego składki (alokacja). W wyborze UFK odpowiednie ze względu na profil ryzyka i profil inwestycyjny Ubezpieczającego pomocne są graficzne oznaczenia profilu ryzyka inwestycyjnego poszczególnych UFK. Profile ryzyka prezentowane są w Wykazach ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych. Profile ryzyka inwestycyjnego UFK są zmienne w czasie. Aktualne informacje na ten temat podane są na Kartach funduszy oraz w Kluczowych Informacjach dla Inwestorów (KIID) zamieszczonych na stronie internetowej: www.axa.pl.



Ubezpieczający może zmieniać swoją strategię inwestycyjną przez zmianę wybranych uprzednio UFK (zmiana alokacji) lub przez przenoszenie środków pomiędzy UFK (konwersja) w trakcie trwania umowy.



Osoby, które nie mają doświadczenia w samodzielnym inwestowaniu, mogą wybrać tzw. portfele modelowe, zarządzane przez specjalistów od zarządzania funduszami z AXA TFI. Należy przy tym pamiętać, że portfele modelowe różnią się od siebie poziomem ryzyka, przykładowo: AXA – Portfel Akcji inwestuje przede wszystkim w fundusze akcyjne i charakteryzuje się wysokim poziomem ryzyka inwestycyjnego, podczas gdy AXA – Portfel Bezpieczny, o umiarkowanym poziomie ryzyka inwestycyjnego, inwestuje głównie w fundusze dłużne i rynku pieniężnego.



Od czego zależy wielkość gromadzonego kapitału

Wielkość gromadzonego kapitału zależy przede wszystkim od wybranej przez Ubezpieczającego wysokości wpłacanych składek podstawowych oraz sumy ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej, wieku Ubezpieczonego oraz wybranej strategii inwestycyjnej. Skuteczność realizacji wybranej strategii zależy natomiast w głównej mierze od sytuacji na rynkach finansowych oraz od czasu trwania umowy.



Czy można dokonywać dodatkowych wpłat, jeśli dysponuje się wolnymi środkami

Tak, służy do tego rachunek dodatkowy. Na rachunek dodatkowy Ubezpieczający może w każdym czasie wpłacać składkę dodatkową inwestycyjną w dowolnej wysokości.



Czy jest możliwość dysponowania środkami w czasie trwania umowy

Tak, jednak bez ograniczeń można dysponować tylko pieniędzmi gromadzonymi na rachunku dodatkowym. Z rachunku dodatkowego Ubezpieczający może w każdym czasie dokonywać jednorazowych wypłat, które wiążą się z pobraniem opłat transakcyjnych wskazanych w Tabeli opłat i limitów.

Podstawowe informacje o umowie ubezpieczenia Plan Elastyczny

Dysponowanie środkami gromadzonymi na rachunku podstawowym jest natomiast ograniczone. W przypadku wypłacenia wszystkich środków przed upływem minimalnego rekomendowanego czasu trwania umowy (10 lat) Ubezpieczający utraci część zgromadzonego kapitału w związku z pobraniem opłaty dystrybucyjnej określonej kwotowo w wysokości 250 zł.

Częściowa wypłata środków z rachunku podstawowego, bez rozwiązywania umowy, możliwa jest od początku trwania umowy. Taka wypłata może powodować obniżenie sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci.



Co zrobić, gdy wystąpią przejściowe trudności w opłaceniu składek

W przypadku braku środków na opłacanie składek Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawieszenie ich opłacania. Jest to możliwe dopiero po 2. roku obowiązywania umowy. W przypadku zaległości w opłaceniu składek Ubezpieczającemu przysługuje prawo do prolongaty terminu ich płatności, wynoszącej 3 miesiące. Jeśli Ubezpieczający nie opłaci składek w okresie prolongaty, następuje automatyczne zawieszenie opłacania składek, powodujące rozwiązanie umów dodatkowych, rozszerzających zakres ubezpieczenia. Jeżeli na rachunku polisy zabraknie środków na pokrycie wymaganych opłat, umowa ulegnie rozwiązaniu. W przypadku zawieszenia opłacania składek na wniosek Ubezpieczającego, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umów dodatkowych nie jest udzielana.

Prawo do kolejnego zawieszenia opłacania składek na wniosek Ubezpieczającego przysługuje, o ile od daty ostatniego wznowienia opłacania składek po zawieszeniu na wniosek Ubezpieczającego upłynęło co najmniej 12 miesięcy.



Jakie są różnice pomiędzy odstąpieniem od umowy a wypowiedzeniem umowy

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

W terminie 45 dni od dnia zawarcia umowy (15 dni w przypadku przedsiębiorców) Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia. Odstąpienie od umowy w tym trybie wiąże się ze zwrotem wpłaconej składki, a w przypadku gdy składki te zostały już zaalokowane, Ubezpieczający otrzyma wartość polisy powiększoną o kwotę pobranych opłat dystrybucyjnych określonych procentowo. W takim wypadku od wypłaty środków AXA nie pobiera opłaty dystrybucyjnej określonej kwotowo (250 zł).

Prawo do odstąpienia od umowy przysługuje Ubezpieczającemu również w terminie 60 dni od otrzymania pierwszego listu rocznicowego. W takim przypadku AXA wypłaca Ubezpieczającemu wartość polisy.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia poprzez złożenie wniosku o wypłatę wartości wykupu. Kwota przeznaczona do wypłaty będzie stanowić wartość polisy pomniejszoną – w przypadku rozwiązania umowy od 2. do upływu 10. roku polisy – o opłatę dystrybucyjną określoną kwotowo (250 zł). W przypadku wypowiedzenia umowy AXA nie zwróci pobranych opłat dystrybucyjnych określonych procentowo. Plan Elastyczny to umowa ubezpieczenia o charakterze długoterminowym, dlatego nie należy pochopnie podejmować decyzji o jej wypowiedzeniu.



Jakie świadczenia zapewnia Plan Elastyczny

ŚWIADCZENIA O CHARAKTERZE OCHRONNYM

W przypadku śmierci Ubezpieczonego AXA wypłaca Uposażonemu świadczenie w wysokości wyższej z wartości: sumy ubezpieczenia powiększonej o wartość dodatkową polisy lub wartości podstawowej polisy powiększonej o wartość dodatkową. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia poprzez zawarcie umów dodatkowych, dodatkowo wypłacane są świadczenia na warunkach i w wysokości wynikających z postanowień tych umów dodatkowych.

ŚWIADCZENIA O CHARAKTERZE INWESTYCYJNYM

Świadczenia wypłacane w czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia

Ubezpieczającemu przysługują następujące rodzaje świadczeń o charakterze inwestycyjnym:

- wypłata wartości dodatkowej polisy,
- wypłata części wartości dodatkowej polisy,
- wypłata części wartości podstawowej polisy.

Świadczenie wypłacane w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia

W przypadku rozwiązania umowy podstawowej z przyczyn innych niż śmierć Ubezpieczonego AXA dokonuje wypłaty wartości wykupu. Wartość wykupu stanowi całość środków zgromadzonych na rachunkach podstawowym i dodatkowym, pomniejszona – w razie rozwiązania umowy od 2. do upływu 10. roku polisy – o opłatę dystrybucyjną określoną kwotowo (250 zł).



Jakie operacje można wykonać za pośrednictwem serwisu AXA On-Line

Warunkiem otrzymania dostępu do serwisu AXA On-Line jest zaakceptowanie Regulaminu korzystania z serwisu, który znajduje się poniżej okienka do logowania na stronie internetowej: www.axa.pl.

Za pośrednictwem serwisu AXA On-Line możliwe jest:

- składanie dyspozycji zmiany alokacji składek podstawowych i dodatkowych inwestycyjnych,
- składanie dyspozycji konwersji,
- obserwowanie bieżącej wartości zgromadzonych środków oraz historii inwestycji (daty i szczegóły zmian, transakcji, zleceń itd.),
- uzyskanie wglądu w swoje dane osobowe,
- kontaktowanie się z AXA.

Wszelkie dyspozycje składane za pomocą serwisu AXA On-Line są bezpłatne.



Jak można się kontaktować z AXA poza serwisem AXA On-Line



POPURZEZ E-MAIL:

ubezpieczenia@axa.pl



LISTOWNIE:

AXA Życie TU S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa



TELEFONICZNIE:

22 555 00 00*
801 200 200*

* koszt połączenia według taryf poszczególnych operatorów telefonicznych

Uwaga! Powyższa treść ma charakter wyłącznie informacyjny i powinna być czytana łącznie z OWU, które opisują wszelkie prawa i obowiązki stron umowy ubezpieczenia.

Formularz do OWU

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej
Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi Plan Elastyczny – indeks PE/16/01/01

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 § 31 ust. 1 i ust. 6–7 § 32 ust. 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 4 ust. 3 § 21 ust. 5 pkt 3
Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	§ 31 ust. 3 § 33 § 34 § 40 TOiL pkt 3–10
Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	§ 32 ust. 2–4 § 33 § 34 TOiL pkt 3–10

Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi Plan Elastyczny

Indeks PE/16/01/01

Rozdział I Postanowienia ogólne

§ 1 OWU

1. Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi Plan Elastyczny („OWU”) stosuje się do umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi zawieranych z Towarzystwem.
2. OWU wraz z dokumentami w nich wskazanymi kształtują treść umowy ubezpieczenia, w szczególności prawa i obowiązki Stron tej umowy (Towarzystwa i Ubezpieczającego), jak również Ubezpieczonego, Uposażonego i innych uprawnionych z umowy ubezpieczenia.
3. Załącznikami do OWU, stanowiącymi ich integralną część, są:
 - 1) Załącznik nr 1 – Tabela opłat i limitów;
 - 2) Załącznik nr 2 – Regulaminy ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych;
 - 3) Załącznik nr 3 – Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rozdział II Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 2 Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej obejmuje śmierć Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia.
3. Przedmiot i zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony poprzez zawarcie umów dodatkowych:
 - 1) jednocześnie z umową podstawową lub
 - 2) począwszy od pierwszej rocznicy polisy – w terminach wymagalności składki regularnej.

Rozdział III Zawarcie i rozwiązanie umowy ubezpieczenia i czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 3 Zawarcie umowy ubezpieczenia

1. Umowa podstawowa jest zawierana na czas nieokreślony.
2. Umowa podstawowa jest zawierana na podstawie wniosku ubezpieczeniowego składanego przez Ubezpieczającego i jego akceptacji przez Towarzystwo.
3. Przed zawarciem umowy podstawowej, w terminie 30 dni od dnia przedstawienia przez Ubezpieczającego oświadczenia o stanie zdrowia Ubezpieczonego, Towarzystwo może zażądać, aby Ubezpieczony, w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, przedstawił dokumentację medyczną potwierdzającą stan jego zdrowia lub poddał się na koszt Towarzystwa badaniu medycznemu, z wyłączeniem badań genetycznych.
4. Po dokonaniu analizy ryzyka ubezpieczeniowego Towarzystwo może:
 - 1) podjąć decyzję o zawarciu umowy podstawowej na warunkach określonych we wniosku ubezpieczeniowym i OWU albo
 - 2) odmówić zawarcia umowy podstawowej, albo
 - 3) zaproponować Ubezpieczającemu zawarcie umowy podstawowej na warunkach odmiennych od zawartych we wniosku ubezpieczeniowym i OWU.

§ 4 Skutki podania nieprawdziwych informacji

1. Ubezpieczający jest zobowiązany podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we wniosku o zawarcie umowy podstawowej albo przed zawarciem umowy

podstawowej w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę podstawową przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo umowy podstawowej mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

2. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązek 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 zawarcia umowy podstawowej, nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości.
4. Powyższe postanowienia stosuje się odpowiednio przy podwyższeniu sumy ubezpieczenia – w zakresie, w jakim suma ubezpieczenia została podwyższona.

§ 5 Okres ubezpieczenia

1. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się z datą zawarcia umowy podstawowej wskazanej w polisie, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki regularnej w wymaganej wysokości.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania umowy podstawowej;
 - 2) odstąpienia od umowy podstawowej.

§ 6 Odstąpienie od umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy podstawowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia o odstąpieniu, w formie pisemnej w terminie:
 - 1) 45 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 15 dni od dnia zawarcia umowy podstawowej. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 45 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie;
 - 2) 60 dni od dnia otrzymania pierwszego listu rocznicowego.Do oświadczenia o odstąpieniu Ubezpieczający zobowiązany jest dołączyć kopię dokumentu potwierdzającego jego tożsamość.

2. W przypadku odstąpienia od umowy podstawowej w trybie opisanym w § 6 ust. 1 pkt 1) Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu wpłaconą składkę podstawową oraz składkę dodatkową inwestycyjną. Jeżeli przed odstąpieniem od umowy składki zostały alokowane, Towarzystwo wypłaca Ubezpieczającemu wartość polisy powiększoną o kwotę pobranych opłat dystrybucyjnych. W celu dokonania wypłaty Towarzystwo odpisuje jednostki uczestnictwa po cenie obowiązującej nie później niż 10. dnia roboczego od dnia odstąpienia.
3. W przypadku odstąpienia od umowy podstawowej w trybie opisanym w § 6 ust. 1 pkt 2) Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu wartość polisy. W celu dokonania wypłaty Towarzystwo odpisuje jednostki uczestnictwa po cenie obowiązującej w dniu otrzymania informacji o odstąpieniu.
4. Wypłata następuje w terminie 14 dni roboczych od dnia złożenia Towarzystwu oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia.

§ 7 Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem:
 - 1) śmierci Ubezpieczonego;
 - 2) doręczenia Towarzystwu wypowiedzenia umowy podstawowej przez Ubezpieczającego;

- 3) zakończenia okresu prolongaty, jeżeli Ubezpieczający, pomimo wezwania do zapłaty, nie opłacił zaległych składek regularnych należnych w pierwszych 2. latach polisy w terminie wskazanym w wezwaniu, nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania wezwania.
2. Ubezpieczający ma prawo wypowiedzieć umowę podstawową poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia o wypowiedzeniu, w formie pisemnej. Złożenie przez Ubezpieczającego wniosku o wypłatę wartości wykupu jest równoznaczne ze złożeniem oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia.
3. Ponadto umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu z dniem, w którym wartość podstawowa polisy nie wystarcza na pokrycie opłaty administracyjnej określonej kwotowo i opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe, chyba że ta sytuacja zaistniała przed 10. rocznicą polisy, a Ubezpieczający w tym czasie:
 - 1) nie korzystał z prawa do zawieszenia opłacania składki regularnej ani
 - 2) nie dokonywał wypłat części wartości podstawowej polisy;
 w takim przypadku umowa ubezpieczenia pozostaje w mocy.

Rozdział IV

Prawa i obowiązki Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Towarzystwa

§ 8 Ubezpieczający, jego prawa i obowiązki

1. Ubezpieczającym może być osoba fizyczna, która w dniu podpisania wniosku ubezpieczeniowego ukończyła 18. rok życia, a także osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej.
2. Ubezpieczający ma obowiązek:
 - 1) opłacać składkę podstawową oraz składki dodatkowe ochronne – w przypadku zawarcia umów dodatkowych, co stanowi główne świadczenie Ubezpieczającego;
 - 2) powiadamiać Towarzystwo o zmianie danych kontaktowych oraz danych identyfikacyjnych podanych we wniosku ubezpieczeniowym.
3. Ubezpieczający jest uprawniony do:
 - 1) zawarcia umów dodatkowych zgodnie z § 2 ust. 3;
 - 2) odstąpienia od umowy ubezpieczenia zgodnie z § 6;
 - 3) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia zgodnie z § 7 ust. 2;
 - 4) zmiany sumy ubezpieczenia zgodnie z § 12;
 - 5) opłacania składki dodatkowej inwestycyjnej zgodnie z § 17;
 - 6) indeksacji składki regularnej zgodnie z § 18;
 - 7) zmiany składki podstawowej zgodnie z § 20;
 - 8) zawieszenia i wznowienia opłacania składki regularnej zgodnie z § 21;
 - 9) składania dyspozycji alokacji zgodnie z § 23;
 - 10) składania dyspozycji konwersji zgodnie z § 24;
 - 11) dokonywania wypłaty wartości dodatkowej polisy, jej części lub wypłaty części wartości podstawowej polisy zgodnie z § 31;
 - 12) wypłaty wartości wykupu zgodnie z § 32;
 - 13) składania reklamacji, skarg i zażaleń zgodnie z § 37.
4. W przypadku śmierci Ubezpieczającego, który nie jest Ubezpieczonym, wszelkie prawa i obowiązki Ubezpieczającego wynikające z umowy przechodzą na jego następców prawnych.

§ 9 Ubezpieczony i jego prawa

1. Ubezpieczonym może być osoba fizyczna, która w dniu podpisania przez Ubezpieczającego wniosku ubezpieczeniowego ukończyła 13. rok życia i nie ukończyła 61. roku życia.
2. Ubezpieczony ma prawo do wskazania Uposażonych i ich zmiany. W przypadku wskazania więcej niż jednego Uposażonego Ubezpieczony może określić procentowy udział każdej z tych osób w świadczeniu. W przypadku nieokreślenia procentowych udziałów Uposażonych w świadczeniu lub określenia procentowych udziałów, których suma nie stanowi 100%, Towarzystwo przyjmuje, że udziały Uposażonych są równe.

§ 10 Obowiązki Towarzystwa

1. Towarzystwo jest zobowiązane do:
 - 1) wypłaty świadczeń ochronnych i inwestycyjnych zgodnie z zasadami określonymi w umowie ubezpieczenia, co stanowi główne świadczenie Towarzystwa;

- 2) prowadzenia rachunku podstawowego oraz rachunku dodatkowego i alokowania składek podstawowych oraz dodatkowych inwestycyjnych na tych rachunkach;
- 3) spełnienia innych obowiązków wynikających z umowy ubezpieczenia oraz przepisów prawa.

2. Towarzystwo jest zobowiązane ustalić składki w wysokości, która powinna co najmniej zapewnić wykonanie wszystkich zobowiązań z umowy ubezpieczenia i pokrycie kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej.

Rozdział V

Suma ubezpieczenia

§ 11 Wysokość sumy ubezpieczenia

1. Sumę ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 2–3, stanowi kwota wskazana w polisie.
2. Sumę ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w okresie prolongaty stanowi kwota wskazana w polisie pomniejszona o składkę dodatkową ochronną, należną za okres od pierwszego dnia okresu prolongaty do ostatniego dnia miesiąca polisy, w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, nie mniejsza jednak niż minimalna suma ubezpieczenia wskazana w TOiL.
3. Sumę ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego stanowi wartość polisy, jeżeli śmierć Ubezpieczonego jest następstwem:
 - 1) działań wojennych, zbrojnych albo świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach, chyba że jego udział w tych aktach lub zamieszkach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego w okresie 2 lat od daty zawarcia umowy podstawowej.
4. Minimalna wysokość sumy ubezpieczenia wskazana jest w TOiL.

§ 12 Podwyższenie i obniżenie sumy ubezpieczenia

1. Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia jest możliwa, począwszy od 1. rocznicy polisy, w każdym terminie wymagalności składki podstawowej.
2. Towarzystwo odmówi podwyższenia sumy ubezpieczenia, jeżeli ta zmiana spowoduje podwyższenie składki podstawowej w 2. roku polisy.
3. Towarzystwo odmówi obniżenia sumy ubezpieczenia, jeżeli wysokość sumy ubezpieczenia wnioskowana przez Ubezpieczającego będzie niższa od minimalnej sumy ubezpieczenia określonej w TOiL.
4. W celu dokonania zmiany Ubezpieczający powinien złożyć Towarzystwu wniosek co najmniej na 21 dni roboczych przed terminem wymagalności składki podstawowej, od którego ma obowiązywać zmiana sumy ubezpieczenia.
5. Podwyższenie wysokości sumy ubezpieczenia jest możliwe pod warunkiem uzyskania pozytywnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W tym celu Towarzystwo może żądać od Ubezpieczającego przed wyrażeniem zgody na podwyższenie sumy ubezpieczenia:
 - 1) złożenia oświadczenia dotyczącego stanu zdrowia Ubezpieczonego lub
 - 2) przedstawienia dokumentacji medycznej stwierdzającej stan zdrowia Ubezpieczonego, lub
 - 3) poddania się przez Ubezpieczonego badaniu medycznemu, o którym mowa w § 3 ust. 3.
6. Po dokonaniu analizy ryzyka ubezpieczeniowego Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:
 - 1) zaproponowania innej wysokości sumy ubezpieczenia albo
 - 2) niewyrażenia zgody na dokonanie zmiany wysokości sumy ubezpieczenia.
7. Towarzystwo określa wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki podstawowej w dokumencie potwierdzającym zgodę Towarzystwa na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia albo w propozycji zmiany wysokości sumy ubezpieczenia na inną kwotę.
8. Jeżeli Ubezpieczający w terminie 10 dni roboczych od dnia doręczenia propozycji, o której mowa w ust. 7, nie zawiadomi Towarzystwa o odmowie jej przyjęcia, wówczas będzie obowiązywała wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki podstawowej zaproponowane przez Towarzystwo.
9. W okresie zawieszenia opłacania składki regularnej Ubezpieczającemu nie przysługuje prawo do podwyższenia sumy ubezpieczenia.

Rozdział VI**Składki z tytułu umowy ubezpieczenia****§ 13 Składka podstawowa**

1. Ubezpieczający może opłacać składkę podstawową z częstotliwością miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną.
2. Wysokość składki podstawowej ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej, wieku Ubezpieczonego i informacji o ryzyku ubezpieczeniowym zawartych we wniosku ubezpieczeniowym i innych dokumentach przekazanych Towarzystwu.
3. Składka podstawowa powinna być wpłacona na wskazany rachunek bankowy Towarzystwa w wysokości i w terminach określonych w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia. W razie zaległości w opłaceniu składki podstawowej Towarzystwo zalicza otrzymaną wpłatę z tytułu składki podstawowej w pierwszej kolejności na poczet zaległej składki najwcześniej wymagalnej.
4. Środki pieniężne pochodzące ze składek podstawowych przeliczane są na jednostki uczestnictwa, które następnie zapisywane są na rachunku podstawowym nie później niż 4. dnia roboczego po dniu zapłaty składki, według cen jednostek uczestnictwa obowiązujących w dniu zapisania.
5. Minimalna wysokość składki podstawowej wskazana jest w TOiL.

§ 14 Składka dodatkowa ochronna

1. W przypadku zawarcia umów dodatkowych Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składek dodatkowych ochronnych.
2. Składka dodatkowa ochronna płatna jest jednocześnie ze składką podstawową w terminach wymagalności składki podstawowej, na rachunek bankowy Towarzystwa wskazany w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia.

§ 15 Prolongata zapłaty składki regularnej

1. Prolongata jest to odroczenie zapłaty składki regularnej.
2. Okres prolongaty rozpoczyna się w dniu wymagalności pierwszej nieopłaconej składki regularnej i trwa 3 miesiące polisy.
3. Prolongata nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia należnych i wymagalnych składek regularnych i nie skutkuje zmianą terminu wymagalności składki regularnej.
4. W okresie prolongaty Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej i umów dodatkowych.

§ 16 Nadpłata składki regularnej

1. Jeżeli Ubezpieczający wpłaci składkę regularną w wysokości wyższej niż wymagana, wpłacone środki pieniężne w kwocie przewyższającej należną składkę regularną przekazywane są na rachunek nadpłat. Środki zewidencjonowane na rachunku nadpłat nie są oprocentowane i są zaliczane w pierwszej kolejności na poczet przyszłych, wymagalnych składek regularnych w terminach i na zasadach określonych dla tych składek.
2. W przypadku gdy środki pieniężne zgromadzone na rachunku nadpłat przewyższają sumę składek regularnych wymagalnych za okres 12 miesięcy polisy, kwota przewyższająca tę sumę podlega alokowaniu na zasadach określonych dla składki dodatkowej inwestycyjnej.

§ 17 Składka dodatkowa inwestycyjna

1. Ubezpieczający ma prawo wpłacania składki dodatkowej inwestycyjnej w każdym czasie obowiązywania umowy podstawowej, na rachunek bankowy Towarzystwa wskazany w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Środki pieniężne pochodzące ze składek dodatkowych inwestycyjnych przeliczane są na jednostki uczestnictwa, które następnie zapisywane są na rachunku dodatkowym nie później niż 4. dnia roboczego po dniu zapłaty składki, według cen jednostek uczestnictwa obowiązujących w dniu zapisania.
3. W razie zaległości w opłaceniu składki regularnej, o ile na rachunku nadpłat brak jest środków na pokrycie wymagalnych składek regularnych, wpłaconą przez Ubezpieczającego składkę dodatkową inwestycyjną Towarzystwo zalicza w pierwszej kolejności na poczet wymagalnych składek regularnych. Pozostała kwota podlega alokowaniu na rachunku dodatkowym.

Rozdział VII**Zmiany dotyczące opłacania składki****§ 18 Indeksacja składki regularnej**

1. W każdym roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu indeksację, czyli podwyższenie składki regularnej.
2. Prawo do indeksacji składki regularnej nie przysługuje w okresie zawieszenia opłacania składki regularnej.
3. Towarzystwo przesyła Ubezpieczającemu propozycję indeksacji składki regularnej nie później niż w terminie 30 dni przed rocznicą polisy.
4. Indeksacja składki regularnej dokonywana jest o wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych opublikowany przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego nie później niż na 3 miesiące przed rocznicą polisy. Zaproponowana indeksacja będzie wynosić nie mniej niż 3%.
5. We wniosku ubezpieczeniowym Ubezpieczający wybiera jeden z dwóch wariantów indeksacji składki regularnej:
 - 1) wariant I – podwyższeniu ulegają: składka podstawowa, składki dodatkowe ochronne oraz sumy ubezpieczenia, z wyłączeniem sum ubezpieczenia oraz składek dodatkowych ochronnych z tytułu:
 - a) umowy dodatkowej na wypadek osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego,
 - b) umowy dodatkowej na wypadek osierocenia dziecka przez drugiego rodzica,
 - c) umowy dodatkowej na wypadek rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego – Pomoc na Raka,
 - d) umowy dodatkowej Druga Opinia Medyczna;
 wraz z podwyższeniem składki regularnej Towarzystwo proponuje Ubezpieczającemu podwyższenie sum ubezpieczenia, odpowiadające aktualnemu kosztowi ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) wariant II – podwyższeniu ulega składka podstawowa, a kwota, o którą składka podstawowa została podwyższona, przeznaczona jest na zakup jednostek uczestnictwa.
6. W okresie pierwszych 5 lat polisy, jeżeli na skutek indeksacji składki podstawowej zgodnie z wariantem II suma ubezpieczenia byłaby niższa niż 10,1-krotność rocznej składki podstawowej, sumę ubezpieczenia po indeksacji stanowi kwota równa minimalnej sumie ubezpieczenia określonej w TOiL.
7. W przypadku niewyrażenia zgody na indeksację Ubezpieczający jest zobowiązany doręczyć Towarzystwu zawiadomienie o odmowie zgody na indeksację składki regularnej, nie później niż w terminie 14 dni przed rocznicą polisy, od której indeksacja ma obowiązywać. Niedoręczenie Towarzystwu zawiadomienia o odmowie zgody na indeksację w terminie określonym w zdaniu poprzedzającym oznacza akceptację propozycji Towarzystwa.
8. Ubezpieczający może dokonać zmiany wariantu indeksacji składki regularnej w każdą rocznicę polisy.

§ 19 Zmiana częstotliwości opłacania składki regularnej

1. Począwszy od 1. rocznicy polisy, Ubezpieczający może dokonać zmiany częstotliwości opłacania składki regularnej. Po każdej zmianie termin wymagalności co najmniej jednej składki regularnej powinien przypadać w rocznicę polisy.
2. Towarzystwo określa nowe terminy opłacania składki regularnej w dokumencie potwierdzającym wyrażenie zgody na zmianę częstotliwości opłacania składki regularnej.

§ 20 Zmiana wysokości składki podstawowej

1. Począwszy od 2. rocznicy polisy, Ubezpieczający może dokonać zmiany wysokości składki podstawowej.
2. Zmiana wysokości składki podstawowej jest możliwa w każdym terminie wymagalności składki podstawowej.
3. Ubezpieczający powinien wystąpić z wnioskiem o zmianę wysokości składki podstawowej co najmniej na 21 dni roboczych przed terminem wymagalności składki podstawowej, od którego ma skutkować przedmiotowa zmiana.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:
 - 1) zaproponowania innej wysokości składki podstawowej albo

- 2) niewyrażenia zgody na dokonanie zmiany wysokości składki podstawowej.
5. Towarzystwo określa nową wysokość składki podstawowej lub sumy ubezpieczenia w dokumencie potwierdzającym zgodę Towarzystwa na zmianę wysokości składki podstawowej albo w propozycji zmiany wysokości składki podstawowej na inną kwotę.
6. Jeżeli Ubezpieczający nie zawiadomi Towarzystwa o odmowie przyjęcia propozycji, o której mowa w ust. 5, w terminie 10 dni roboczych od dnia jej doręczenia, wówczas będzie obowiązywała wysokość składki podstawowej oraz sumy ubezpieczenia zaproponowane przez Towarzystwo.

§ 21 Zawieszenie opłacania składki regularnej

1. Zawieszenie opłacania składki regularnej może nastąpić, począwszy od 2. rocznicy polisy, pod warunkiem opłacenia przez Ubezpieczającego wszystkich składek regularnych należnych i wymagalnych do 2. rocznicy polisy.
2. Zawieszenie opłacania składki regularnej następuje:
 - 1) na wniosek Ubezpieczającego, złożony co najmniej na 14 dni przed terminem wymagalności składki regularnej, od którego wnioskowane jest zawieszenie jej opłacania – na okres wyrażony w pełnych miesiącach polisy, nie krótszy niż 4 miesiące polisy i nie dłuższy niż 36 miesięcy polisy, lub
 - 2) automatycznie po upływie okresu prolongaty, jeżeli Ubezpieczający nie opłacił wymagalnej składki regularnej – na czas nieokreślony.
3. We wniosku o zawieszenie opłacania składki regularnej Ubezpieczający jest zobowiązany wskazać okres zawieszenia. Jeżeli okres zawieszenia nie został wskazany, zawieszenie opłacania składki regularnej następuje na okres 36 miesięcy polisy.
4. Na wniosek Ubezpieczającego Towarzystwo może skrócić okres zawieszenia opłacania składki regularnej, jednak nie może on być krótszy od minimalnego okresu określonego w ust. 2 pkt 1.
5. W okresie zawieszenia opłacania składki regularnej:
 - 1) wpłacana składka regularna uznawana będzie za nadpłatę;
 - 2) Ubezpieczający może dokonywać wpłat składki dodatkowej inwestycyjnej;
 - 3) ochrona ubezpieczeniowa udzielana na podstawie umów dodatkowych ulega zawieszeniu, jeśli zawieszenie nastąpiło na wniosek Ubezpieczającego;
 - 4) umowy dodatkowe ulegają rozwiązaniu z upływem okresu prolongaty, jeśli zawieszenie nastąpiło w trybie automatycznym.
6. Jeżeli zawieszenie opłacania składki regularnej nastąpiło na wniosek Ubezpieczającego, prawo do kolejnego zawieszenia opłacania składki regularnej w tym trybie przysługuje Ubezpieczającemu po upływie 12 miesięcy polisy, liczonych od daty ostatniego wznowienia opłacania składki regularnej i po opłaceniu wszystkich składek regularnych należnych za ten okres.
7. Jeżeli zawieszenie opłacania składki regularnej nastąpiło na wniosek Ubezpieczającego, wznowienie opłacania następuje po upływie okresu zawieszenia. Wznowienie możliwe jest pod warunkiem opłacenia składki regularnej, nie później niż w dniu wymagalności przypadającym bezpośrednio po upływie okresu zawieszenia. Jeżeli Ubezpieczający nie opłacił składki regularnej w tym terminie, następuje automatyczne zawieszenie opłacania składki regularnej, bez prawa do prolongaty składki regularnej.
8. Jeżeli zawieszenie opłacania składki regularnej nastąpiło w trybie automatycznym, Ubezpieczający może wznowić opłacanie wyłącznie składki podstawowej. Wznowienie możliwe jest pod warunkiem złożenia przez Ubezpieczającego wniosku o wznowienie opłacania składki podstawowej i akceptacji tego wniosku przez Towarzystwo oraz pod warunkiem opłacenia przez Ubezpieczającego wymagalnych składek regularnych za okres prolongaty oraz składki podstawowej należnej w dniu wymagalności składki podstawowej przypadającym bezpośrednio po złożeniu wniosku przez Ubezpieczającego.
9. Wznowienie opłacania składki podstawowej nastąpi z dniem wymagalności składki podstawowej przypadającym bezpośrednio po złożeniu przez Ubezpieczającego wniosku o wznowienie opłacania składki podstawowej.

Rozdział VIII Rachunki i alokacja składki

§ 22 Rachunek podstawowy i rachunek dodatkowy

1. Towarzystwo prowadzi na rzecz Ubezpieczającego rachunek podstawowy oraz rachunek dodatkowy.
2. Na rachunku podstawowym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa zapisane za środki pieniężne pochodzące ze składek podstawowych.
3. Na rachunku dodatkowym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa zapisane za środki pieniężne pochodzące ze składek dodatkowych inwestycyjnych.

§ 23 Alokacja

1. We wniosku ubezpieczeniowym Ubezpieczający składa dyspozycję alokacji składki podstawowej oraz składki dodatkowej inwestycyjnej. Ubezpieczający może złożyć dla każdej z wymienionych składek odrębną dyspozycję alokacji.
2. Alokacja może być określona z dokładnością do 1%, z zastrzeżeniem że udział każdego funduszu nie może być niższy niż 10%.
3. Ubezpieczający jest uprawniony do zmian dyspozycji alokacji.
4. Towarzystwo dokonuje zmiany alokacji zgodnie z dyspozycją Ubezpieczającego, nie później niż w terminie 3 dni roboczych od dnia jej złożenia.
5. Jeżeli alokowanie całości albo części składki podstawowej lub składki dodatkowej inwestycyjnej nie może być zrealizowane, w szczególności z powodu zawieszenia wyceny funduszu lub transakcji na jego jednostkach uczestnictwa, Towarzystwo dokonuje bezpłatnej tymczasowej zmiany dyspozycji alokacji odpowiednio w całości albo w części, zastępując fundusz wybrany przez Ubezpieczającego funduszem o niskim poziomie ryzyka inwestycyjnego.

§ 24 Konwersja

1. Ubezpieczający może dokonywać konwersji jednostek uczestnictwa w ramach rachunku podstawowego lub rachunku dodatkowego.
2. W celu dokonania konwersji Ubezpieczający składa Towarzystwu dyspozycję konwersji.
3. Przy dokonywaniu konwersji stosuje się ceny jednostek uczestnictwa obowiązujące nie później niż 4. dnia roboczego od dnia złożenia Towarzystwu dyspozycji przez Ubezpieczającego poprzez indywidualne internetowe konto Ubezpieczającego (serwis transakcyjny AXA On-Line) albo nie później niż 10. dnia roboczego od dnia złożenia Towarzystwu dyspozycji w inny sposób.

Rozdział IX Ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe

§ 25 Ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe

1. Ryzyko inwestycyjne związane z inwestowaniem środków pieniężnych w jednostki uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych ponosi Ubezpieczający.
2. W celu inwestowania środków pieniężnych pochodzących ze składek podstawowych oraz dodatkowych inwestycyjnych Towarzystwo oferuje Ubezpieczającym ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, różniące się strukturą i kategoriami lokat, a tym samym wynikami inwestycyjnymi i profilem ryzyka.
3. W okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia Towarzystwo jest uprawnione do wprowadzenia do oferty nowych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, a także do wycofania z oferty oraz do likwidacji oferowanych funduszy.

§ 26 Zawieszenie wyceny jednostek uczestnictwa

1. Towarzystwo może zawiesić wycenę jednostek uczestnictwa funduszu, jak również transakcje zapisywania i odpisywania jego jednostek, jeżeli nie można dokonać wiarygodnej wyceny istotnej części aktywów funduszu z przyczyn niezależnych od Towarzystwa.
2. Zlecenia skutkujące zapisaniem jednostek uczestnictwa funduszu, którego wycena lub transakcje zostały zawieszona, nie będą realizowane. Postanowienia § 23 ust. 5 stosuje się odpowiednio.
3. Zlecenia skutkujące odpisaniem jednostek uczestnictwa funduszu, którego wycena lub transakcje zostały zawieszona, będą odrzucane, z wyjątkiem poniższych przypadków:

- 1) w przypadku wypłaty części wartości podstawowej polisy, wartości wykupu oraz wypłaty wartości dodatkowej polisy Towarzystwo wypłaci część środków pieniężnych pochodzącą z funduszy, których wycena lub transakcje nie zostały zawieszona, a pozostała część zostanie wypłacona niezwłocznie po wznowieniu wyceny lub transakcji, bez dodatkowej dyspozycji Ubezpieczającego;
- 2) w przypadku wypłaty części wartości podstawowej i dodatkowej polisy Towarzystwo zrealizuje zlecenie poprzez proporcjonalne odpisanie jednostek innych funduszy, których wycena lub transakcje nie uległy zawieszeniu.

§ 27 Wycofanie z oferty oraz likwidacja ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego

1. W przypadku wycofania z oferty lub likwidacji funduszu, nie później niż w terminie 60 dni przed datą wycofania lub likwidacji, Towarzystwo zawiadamia Ubezpieczającego o terminie i warunkach wycofania lub likwidacji funduszu, wyznaczając mu 30-dniowy termin, w którym może złożyć dyspozycję dokonania konwersji oraz zmiany alokacji w części dotyczącej jednostek uczestnictwa wycofywanego lub likwidowanego funduszu.
2. Terminów wskazanych powyżej nie stosuje się w przypadku likwidacji funduszu związanej z likwidacją lub wykreśleniem z rejestru funduszu inwestycyjnego lub subfunduszu, w który inwestowane jest 100% aktywów danego funduszu. W takim przypadku Towarzystwo zawiadamia Ubezpieczającego o terminie i warunkach likwidacji funduszu bez zbędnej zwłoki, wyznaczając mu odpowiedni, możliwie zbliżony do wskazanego w ust. 1, termin złożenia dyspozycji konwersji oraz zmiany alokacji w części dotyczącej jednostek uczestnictwa likwidowanego funduszu.
3. Jeżeli Ubezpieczający nie złoży w terminie wskazanym w ust. 1 lub w ust. 2 dyspozycji konwersji jednostek uczestnictwa wycofywanego lub likwidowanego funduszu, Towarzystwo dokona konwersji jednostek uczestnictwa tego funduszu na jednostki uczestnictwa funduszu – o zbliżonym, według przekonania Towarzystwa, profilu ryzyka – wskazanego Ubezpieczającemu w zawiadomieniu.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie złoży w terminie wskazanym w ust. 1 lub w ust. 2 dyspozycji zmiany alokacji w części dotyczącej jednostek uczestnictwa wycofywanego lub likwidowanego funduszu, Towarzystwo dokona zmiany alokacji, określając procentowo składki składki podstawowej lub odpowiednio składki dodatkowej inwestycyjnej zgodnie z zasadami określonymi w ust. 3 niniejszego paragrafu.
5. Jeżeli w terminie 30 dni przed dniem wycofania z oferty lub likwidacji funduszu Ubezpieczający złoży dyspozycję konwersji bądź zmiany alokacji składki podstawowej lub składki dodatkowej inwestycyjnej, która miałaby skutkować zapisaniem jednostek uczestnictwa wycofywanego lub likwidowanego funduszu, Towarzystwo odmówi realizacji takiej dyspozycji, informując o tym Ubezpieczającego w terminie 14 dni od dnia złożenia takiej dyspozycji.
6. Towarzystwo nie pobiera opłat za dokonanie konwersji i zmianę alokacji w przypadkach określonych w niniejszym paragrafie.

Rozdział X

Świadczenia o charakterze ochronnym

§ 28 Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego

1. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego stanowi wyższa z wartości:
 - 1) suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego powiększona o wartość dodatkową polisy;
 - 2) wartość podstawowa polisy powiększona o wartość dodatkową polisy.
2. W celu ustalenia wysokości świadczenia wartość podstawowa polisy oraz wartość dodatkowa polisy ustalane są na podstawie wartości jednostek uczestnictwa obowiązującej nie później niż 5. dnia roboczego po otrzymaniu przez Towarzystwo wniosku o wypłatę świadczenia wraz z dokumentem potwierdzającym śmierć Ubezpieczonego.

§ 29 Osoby uprawnione do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego

1. Świadczenie wypłacane jest na rzecz Uposażonych w częściach określonych przez Ubezpieczonego.
2. Jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego lub jednocześnie z Ubezpieczonym albo jeżeli Uposażony utracił prawo do świadcze-

nia, jego prawo przypada pozostałym Uposażonym proporcjonalnie do przypadających im procentowych udziałów w świadczeniu.

3. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uposażonych lub wszyscy Uposażeni utracili prawo do świadczenia, uprawnionymi do otrzymania świadczenia są wymienione niżej osoby w następującej kolejności:
 - 1) małżonek Ubezpieczonego;
 - 2) dzieci Ubezpieczonego w równych częściach;
 - 3) wnuki Ubezpieczonego w równych częściach;
 - 4) rodzice Ubezpieczonego w równych częściach;
 - 5) rodzeństwo Ubezpieczonego w równych częściach;
 - 6) spadkobiercy Ubezpieczonego zgodnie z zasadami dziedziczenia.
4. Towarzystwo nie wypłaci świadczenia osobie, która swoim umyślnym działaniem lub zaniechaniem przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego. W takim przypadku prawa do tej części świadczenia przypadają innym osobom, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 2–3.

§ 30 Zasady i terminy wypłat świadczeń ochronnych

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia ubezpieczeniowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na którą osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia losowego może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy ubezpieczenia.
2. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Towarzystwu dokumentów wskazanych we właściwym formularzu wniosku o wypłatę świadczenia. Wnioski znajdują się na stronie internetowej www.axa.pl.
3. Dokumenty wskazane we właściwym wniosku powinny zostać złożone w oryginałach lub kopiach, których zgodność z oryginałem została poświadczona przez notariusza, organ, który je wydał, lub przedstawiciela Towarzystwa. Zgodność dokumentacji medycznej z oryginałem może być poświadczona także przez pracownika przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym. Dokumenty sporządzone w języku obcym przed złożeniem Towarzystwu powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 21 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie wskazanym w zdaniu poprzedzającym, Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
5. Jeżeli wypłata świadczenia nie jest możliwa w terminach określonych w ust. 4, Towarzystwo zawiadomi pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także wypłaci bezsporną część świadczenia.
6. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Rozdział XI

Świadczenia o charakterze inwestycyjnym

§ 31 Świadczenia wypłacane w czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia

1. W okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający może na swój wniosek otrzymywać następujące rodzaje świadczeń o charakterze inwestycyjnym:
 - 1) wypłatę wartości dodatkowej polisy;
 - 2) wypłatę części wartości dodatkowej polisy;
 - 3) wypłatę części wartości podstawowej polisy.
2. W przypadku złożenia przez Ubezpieczającego wniosku o wypłatę części wartości podstawowej polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu:
 - 1) obniżenie sumy ubezpieczenia;
 - 2) zmniejszenie kwoty wypłacanych środków.
3. Kwota przeznaczona do wypłaty obejmuje środki pochodzące z odpisania jednostek uczestnictwa odpowiednio z rachunku podstawowego lub z rachunku dodatkowego i jest wyliczana z uwzględnieniem opłat pobieranych przez Towarzystwo.
4. W celu dokonania wypłaty Towarzystwo odpisuje jednostki uczestnictwa po cenie obowiązującej nie później niż 10. dnia roboczego od dnia złożenia wniosku, proporcjonalnie do udziału jednostek uczestnictwa poszczególnych funduszy w wartości podstawowej polisy lub wartości dodatkowej polisy, chyba że we wniosku o dokonanie wypłaty Ubezpieczający wskaże fundusze, których jednostki uczestnictwa podlegają odpisaniu.
5. Towarzystwo dokonuje wypłaty części wartości podstawowej polisy i części wartości dodatkowej polisy oraz wypłaty wartości dodatkowej polisy w terminie 14 dni roboczych od dnia doręczenia przez Ubezpieczającego wniosku o dokonanie wypłaty i przedstawienia kopii dokumentu potwierdzającego jego tożsamość.
6. Dyspozycja wypłaty części wartości podstawowej polisy skutkująca obniżeniem wartości podstawowej polisy poniżej wysokości opłaty dystrybucyjnej określonej kwotowo jest równoznaczna ze złożeniem dyspozycji wypłaty wartości wykupu.
7. Dyspozycja wypłaty części wartości podstawowej polisy skutkująca obniżeniem sumy ubezpieczenia poniżej minimalnej sumy ubezpieczenia określonej w TOiL jest równoznaczna ze złożeniem dyspozycji wypłaty wartości wykupu, o ile Ubezpieczający nie zmieni kwoty wnioskowanej wypłaty części wartości podstawowej do wysokości, która nie powoduje obniżenia sumy ubezpieczenia poniżej minimalnej sumy określonej w TOiL.

§ 32 Świadczenie wypłacane w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia

1. Wypłata wartości wykupu jest dokonywana w razie rozwiązania umowy ubezpieczenia z innych przyczyn niż śmierć Ubezpieczonego.
2. Wartość wykupu stanowi wartość podstawowa polisy pomniejszona o opłaty pobierane przez Towarzystwo. Dodatkowo wraz z wypłatą wartości wykupu Towarzystwo dokonuje wypłaty wartości dodatkowej polisy.
3. Kwota przeznaczona do wypłaty obejmuje środki pochodzące z odpisania jednostek uczestnictwa z rachunku podstawowego i z rachunku dodatkowego.
4. W celu dokonania wypłaty Towarzystwo odpisuje jednostki uczestnictwa po cenie obowiązującej nie później niż 10. dnia roboczego od dnia złożenia wniosku.
5. Towarzystwo dokonuje wypłaty wartości wykupu w terminie 14 dni roboczych od dnia doręczenia przez Ubezpieczającego wniosku o dokonanie wypłaty i przedstawienia kopii dokumentu potwierdzającego jego tożsamość.

Rozdział XII

Opłaty

§ 33 Rodzaje opłat pobieranych przez Towarzystwo

1. Towarzystwo pobiera następujące opłaty:

- 1) opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe – opłata określona kwotowo, ustalana na podstawie wieku Ubezpieczonego i pobierana z tytułu świadczenia przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej z tytułu śmierci Ubezpieczonego;
 - 2) opłatę dystrybucyjną – opłata określona procentowo w stosunku do składki podstawowej i składki dodatkowej inwestycyjnej oraz kwotowo, pobierana z tytułu ponoszenia przez Towarzystwo kosztów związanych z zawarciem umowy ubezpieczenia (koszty akwizycji), którymi w szczególności są:
 - a) prowizje pośredników ubezpieczeniowych,
 - b) wynagrodzenia z narzutami pracowników zajmujących się akwizycją,
 - c) koszty wystawienia polisy,
 - d) koszty włączenia umowy ubezpieczenia do portfela ubezpieczeń,
 - e) koszty reklamy i promocji produktów ubezpieczeniowych,
 - f) koszty ogólne związane z badaniem wniosków i wystawianiem polisy;
 - 3) opłatę administracyjną – opłata określona procentowo w stosunku do wartości rachunku podstawowego oraz kwotowo, pobierana z tytułu bieżącej obsługi i wykonywania umowy ubezpieczenia;
 - 4) opłatę za zarządzanie – opłata określona procentowo w stosunku do wartości jednostek uczestnictwa funduszy, pobierana z tytułu zarządzania funduszami, które są portfelami modelowymi;
 - 5) opłatę transakcyjną – opłata określona kwotowo, pobierana z tytułu:
 - a) realizacji dyspozycji konwersji,
 - b) realizacji dyspozycji zmiany alokacji,
 - c) zmiany wysokości składki podstawowej,
 - d) zmiany częstotliwości opłacania składki podstawowej,
 - e) zmiany wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej,
 - f) częściowej wypłaty wartości podstawowej polisy,
 - g) częściowej wypłaty wartości dodatkowej polisy;
 - 6) opłatę transakcyjną z tytułu zapisania jednostek uczestnictwa funduszu zagranicznego – opłata określona procentowo w stosunku do wartości zapisywanych jednostek uczestnictwa funduszu zagranicznego.
2. Wysokość opłat pobieranych przez Towarzystwo określa TOiL.

§ 34 Zasady pobierania opłat przez Towarzystwo

1. Towarzystwo pobiera opłaty poprzez odpisanie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa z rachunku podstawowego lub dodatkowego według cen jednostek obowiązujących w dniu pobrania każdej z opłat.
2. Opłaty pobierane przez Towarzystwo są odpisywane z rachunku podstawowego lub dodatkowego proporcjonalnie do udziału każdego z funduszy odpowiednio w wartości podstawowej polisy lub w wartości dodatkowej polisy, z wyjątkiem opłaty za zarządzanie i opłaty transakcyjnej z tytułu zapisania i odpisania z rachunku jednostek uczestnictwa funduszu zagranicznego, odpisywanych jedynie z tych funduszy, których dana opłata dotyczy.
3. Opłata za ryzyko ubezpieczeniowe jest pobierana w ostatnim dniu roboczym każdego miesiąca polisy, w którym Towarzystwo ponosiło odpowiedzialność, poprzez odpisanie jednostek uczestnictwa z rachunku podstawowego.
4. Opłata dystrybucyjna określona procentowo pobierana jest poprzez odpisanie jednostek uczestnictwa z rachunku podstawowego oraz z rachunku dodatkowego w dniu przeliczenia środków pieniężnych pochodzących ze składki podstawowej oraz składki dodatkowej inwestycyjnej na jednostki uczestnictwa.
5. Opłata dystrybucyjna określona kwotowo pobierana jest w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia z innych przyczyn niż śmierć Ubezpieczonego, poprzez odpisanie jednostek uczestnictwa z rachunku podstawowego w dniu odpisania jednostek uczestnictwa w celu wypłaty wartości wykupu.
6. Opłata administracyjna określona procentowo jest pobierana z rachunku podstawowego w ostatnim dniu roboczym każdego miesiąca polisy poprzez odpisanie jednostek uczestnictwa.

7. Oplata administracyjna określona kwotowo jest pobierana z rachunku podstawowego w ostatnim dniu roboczym każdego miesiąca polisy poprzez odpisanie jednostek uczestnictwa.
8. Oplata za zarządzanie pobierana jest z rachunku podstawowego oraz z rachunku dodatkowego w ostatnim dniu roboczym każdego miesiąca polisy.
9. Oplata transakcyjna jest pobierana w dniu realizacji dyspozycji, za której wykonanie oplata jest należna, poprzez odpisanie jednostek uczestnictwa z:
 - 1) rachunku dodatkowego – z tytułu zapisania na rachunek dodatkowy jednostek uczestnictwa funduszu zagranicznego, częściowej wypłaty wartości dodatkowej polisy;
 - 2) rachunku podstawowego – z tytułu zapisania na rachunek podstawowy jednostek uczestnictwa funduszu zagranicznego, realizacji dyspozycji konwersji, zmiany alokacji, zmiany wysokości składki podstawowej lub sumy ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej, zmiany częstotliwości opłacania składki podstawowej, częściowej wypłaty wartości podstawowej polisy.

§ 35 Indeksacja i zmiana wysokości opłat

1. W każdym roku kalendarzowym Towarzystwo może dokonać indeksacji opłaty administracyjnej określonej kwotowo oraz opłat transakcyjnych określonych kwotowo o wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych, opublikowany przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego na koniec trzeciego kwartału poprzedniego roku kalendarzowego.
2. TOiL w zakresie wysokości opłaty administracyjnej może być z ważnych przyczyn zmieniona uchwałą Zarządu Towarzystwa, z uwzględnieniem ust. 4. Ważną przyczyną jest zmiana lub wprowadzenie nowych przepisów prawa podatkowego.
3. W przypadku określonym w ust. 2 Towarzystwo jest uprawnione do zwiększenia opłaty administracyjnej maksymalnie o wysokość stawki podatku wprowadzonej poprzez zmianę lub wprowadzenie nowych przepisów prawa podatkowego.
4. Zmiana wskazana w ust. 2 następuje poprzez doręczenie Ubezpieczającemu nowego tekstu TOiL. Zmiana wchodzi w życie, o ile w terminie 14 dni od doręczenia Ubezpieczającemu nowego tekstu TOiL Ubezpieczający nie złoży oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia.

Rozdział XIII

Umowa ubezpieczenia na cudzy rachunek

§ 36

1. W przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu przed wyrażeniem zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową:
 - 1) OWU – na piśmie lub jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku;
 - 2) podstawowe informacje dotyczące umowy ubezpieczenia – na piśmie lub jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku.
2. Ponadto w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu, na piśmie lub – jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku, informacje o:
 - 1) zmianach warunków umowy lub prawa właściwego dla zawartej umowy wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy – przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia;
 - 2) wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia, a także o wartości wykupu – nie rzadziej niż raz w roku, niezwłocznie po przekazaniu ich przez Towarzystwo Ubezpieczającemu;
 - 3) zmianie w zakresie sumy ubezpieczenia, w przypadku gdy z umowy ubezpieczenia przysługuje świadczenie ustalane na podstawie sumy ubezpieczenia wyrażonej w ustalonej kwocie – nie rzadziej niż raz w roku, niezwłocznie po przekazaniu ich przez Towarzystwo Ubezpieczającemu;

3. Ubezpieczony ma prawo do żądania udzielenia mu informacji o postanowieniach umowy ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków, oraz do składania reklamacji, skarg i zażaleń zgodnie z § 37.
4. Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia ze skutkiem odstąpienia, poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia o wystąpieniu w formie pisemnej w terminie 60 dni od dnia otrzymania od Ubezpieczającego pierwszej informacji rocznej, o której mowa w ust. 2 pkt 2).
5. Ubezpieczony ma obowiązek powiadamiać Towarzystwo o zmianie danych kontaktowych oraz danych identyfikacyjnych podanych we wniosku ubezpieczeniowym.

Rozdział XIV

Zasady składania reklamacji, właściwość sądów, prawo właściwe

§ 37 Reklamacje, skargi i zażalenia

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 numer 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 § 38.
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.

§ 38 Właściwość sądów, prawo właściwe

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.
3. W sprawach nieuregulowanych w OWU do umowy ubezpieczenia stosuje się przepisy prawa polskiego.

Rozdział XV

Postanowienia końcowe

§ 39 Doręczenia

Korespondencja wysyłana przez Towarzystwo do Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego będzie przekazywana pisemnie pod ostatni wskazany adres Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego, lub w innej formie zaakceptowanej przez Strony lub przewidzianej przez przepisy prawa.

§ 40 Informacja o przepisach podatkowych

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

§ 41 Definicje

- 1) **alokacja** – ustalony przez Ubezpieczającego procentowy podział składki podstawowej lub składki dodatkowej inwestycyjnej pomiędzy wybrane ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe;
- 2) **alokowanie** – zapisanie jednostek uczestnictwa na odpowiednim rachunku Ubezpieczającego;
- 3) **data rozpoczęcia ochrony** – określony w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia dzień, w którym rozpoczyna się odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy podstawowej lub dodatkowej;
- 4) **dokument ubezpieczenia** – polisa lub każdy inny wystawiony przez Towarzystwo dokument potwierdzający zawarcie oraz warunki umowy ubezpieczenia;
- 5) **dzień roboczy** – dzień inny niż: sobota, niedziela lub dzień ustawowo wolny od pracy;
- 6) **fundusz zagraniczny** – ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy o całkowitej alokacji aktywów w fundusz inwestycyjny, którego tytuły uczestnictwa nie są notowane w walucie obowiązującej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 7) **jednostka uczestnictwa** – część ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego stanowiąca proporcjonalny udział w aktywach tego funduszu;
- 8) **konwersja** – przeniesienie środków z wybranego wcześniej przez Ubezpieczającego funduszu do innego funduszu;
- 9) **list rocznicowy** – informacja roczna, wysyłana Ubezpieczającemu, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, w tym o wartości wykupu;
- 10) **miesiąc polisy** – miesiąc rozpoczynający się z datą rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy podstawowej, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu – w ostatnim dniu tego miesiąca;
- 11) **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, z wyjątkiem zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet występujących nagłe, jak również następstw zdrowotnych przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylecia Ubezpieczonego;
- 12) **OWU** – niniejsze Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi Plan Elastyczny;
- 13) **OWUD** – ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego, stanowiące podstawę zawarcia umowy dodatkowej;
- 14) **polisa** – dokument wystawiany przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 15) **rocznica polisy** – dzień w każdym roku kalendarzowym obowiązywania umowy ubezpieczenia, odpowiadający dacie zawarcia umowy, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym roku – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada data rozpoczęcia ochrony (np. jeżeli umowa ubezpieczenia została zawarta 29 lutego, w niektórych latach rocznica polisy przypadnie 28 lutego);

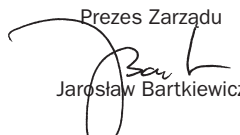
- 16) **rok polisy** – 12-miesięczny okres rozpoczynający się z datą rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy podstawowej oraz każdy kolejny 12-miesięczny okres rozpoczynający się od daty rocznicy polisy;
- 17) **składka dodatkowa inwestycyjna** – składka z tytułu umowy podstawowej; przeznaczona wyłącznie na zakup jednostek uczestnictwa;
- 18) **składka dodatkowa ochronna** – składka z tytułu umowy dodatkowej;
- 19) **składka podstawowa** – składka z tytułu umowy podstawowej przeznaczona na pokrycie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej oraz zakup jednostek uczestnictwa;
- 20) **składka regularna** – składka podstawowa, a jeżeli zakres ubezpieczenia został rozszerzony o umowy dodatkowe, składka podstawowa powiększona o składki dodatkowe ochronne;
- 21) **sporty wysokiego ryzyka** – sporty lub aktywności fizyczne, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: jazda konna, użycie broni białej lub palnej, użycie pojazdów silnikowych, walka wręcz, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywności fizyczne, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia, w szczególności sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczka wysokogórska, skalna, skałkowa, lodowa, speleologia, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazda po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe;
- 22) **TOiL** – tabela opłat i limitów, stanowiąca integralną część OWU, określająca opłaty i limity finansowe obowiązujące w ramach umowy ubezpieczenia;
- 23) **Towarzystwo** – AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie;
- 24) **ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy** lub **fundusz** – wydzielony fundusz aktywów inwestowany w sposób określony w umowie ubezpieczenia;
- 25) **Uposażony** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego;
- 26) **umowa dodatkowa** – umowa zawarta na podstawie OWUD, rozszerzająca zakres umowy podstawowej;
- 27) **umowa podstawowa** – umowa zawarta na podstawie OWU;
- 28) **umowa ubezpieczenia** – umowa podstawowa wraz z umowami dodatkowymi;
- 29) **wartość dodatkowa polisy** – wartość jednostek uczestnictwa zapisanych na rachunku dodatkowym;
- 30) **wartość podstawowa polisy** – wartość jednostek uczestnictwa zapisanych na rachunku podstawowym;
- 31) **wartość polisy** – suma wartości podstawowej polisy i wartości dodatkowej polisy;
- 32) **wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia Ubezpieczonego, liczona w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy podstawowej; w każdej rocznicę polisy liczba ta zwiększana jest o 1 (jeden).

§ 42 Publikacja sprawozdań o wypłacalności i kondycji finansowej

Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane będą na stronie internetowej Towarzystwa.

§ 43 Obowiązki OWU

Niniejsze Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi Plan Elastyczny zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 2/07/12/2015 z dnia 7 grudnia 2015 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od 21 grudnia 2015 r.

Prezes Zarządu

Jarosław Bartkiewicz

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Formularz do OWU

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – indeks ZSWU/14/05/05

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 § 9
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 4 ust. 3 § 5 § 6 ust. 1 § 10

Pamiętaj, że Formularz do umowy dodatkowej należy czytać łącznie z Formularzem do Ogólnych warunków ubezpieczenia Plan Elastyczny – indeks PE/16/01/01.

Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Indeks ZSWU/14/05/05

Ubezpieczony

§ 1

Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy dodatkowej ukończył 13. i nie ukończył 66. roku życia.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem, zaistniałym w czasie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy dodatkowej.

Umowa dodatkowa

§ 3

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na czas określony – jednak nie dłużej niż do rocznicy polisy, w której Ubezpieczony osiągnie wiek 70 lat.
2. Minimalny okres ubezpieczenia wynosi 5 lat.
3. Jeżeli umowa dodatkowa zawierana jest w innej dacie niż umowa podstawowa lub rocznica polisy, okres obowiązywania umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, zostaje wydłużony o liczbę pełnych miesięcy pozostałych do najbliższej rocznicy polisy.
4. Okres, na który zawierana jest umowa dodatkowa, kończy się w rocznicę polisy.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 4

1. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało we wniosku o zawarcie umowy dodatkowej albo przed zawarciem umowy dodatkowej w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo umowy dodatkowej mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. W razie zawarcia umowy dodatkowej 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 zawarcia umowy dodatkowej nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości.
4. Powyższe postanowienia stosuje się także przy podwyższeniu sumy ubezpieczenia – w zakresie, w jakim suma ubezpieczenia została podwyższona.

Treść umowy dodatkowej

§ 5

Treść umowy dodatkowej określają OWUD oraz dokument ubezpieczenia, a w zakresie nieuregulowanym – postanowienia umowy podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Do ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie umowy dodatkowej mają odpowiednie zastosowanie postanowienia dotyczące ochrony

ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie umowy podstawowej, z zastrzeżeniem że zawieszenie opłacania składki regularnej na wniosek Ubezpieczającego powoduje zawieszenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

2. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania umowy podstawowej lub dodatkowej;
 - 2) odstąpienia od umowy podstawowej lub dodatkowej.

Wysokość i zmiana sumy ubezpieczenia

§ 7

1. Sumę ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku stanowi kwota określona w dokumencie ubezpieczenia.
2. Do zmiany sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej odpowiednie zastosowanie mają postanowienia umowy podstawowej.

Składka z tytułu umowy dodatkowej

§ 8

Wysokość składki dodatkowej ochronnej ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego i informacji o ryzyku ubezpieczeniowym zawartych we wniosku ubezpieczeniowym i innych dokumentach przekazanych Towarzystwu.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

W razie śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w kwocie równej sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku, obowiązującej w dniu zaistnienia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, pod warunkiem że śmierć nastąpiła nie później niż w ciągu 6 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 10

Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną śmierci Ubezpieczonego jest następstwem:

- 1) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w jego organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
- 2) niezaleconego przez lekarza zażycia przez Ubezpieczonego leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych;
- 3) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
- 4) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka;
- 5) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
- 6) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych;
- 7) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych;

- 8) utraty przytomności poprzedzającej fizyczne obrażenia ciała, w tym napadów padaczkowych;
- 9) działań wojennych, zbrojnych albo świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach, chyba że jego udział w tych aktach lub zamieszkach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej.

Dokumenty potrzebne do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego

§ 11

Podstawą wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego jest przedstawienie przez osobę uprawnioną dokumentów, o których mowa w § 30 ust. 2 i 3 OWU.

Odstąpienie od umowy dodatkowej

§ 12

Do odstąpienia od umowy dodatkowej mają odpowiednie zastosowanie postanowienia dotyczące umowy podstawowej, z zastrzeżeniem że w przypadku odstąpienia od umowy dodatkowej Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu składkę dodatkową ochronną, pomniejszoną o kwotę odpowiadającą składce należnej za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 13

Do wypowiedzenia umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia dotyczące umowy podstawowej.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 14

1. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu:


- 1) z upływem okresu, na który została zawarta;
- 2) z dniem złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o wypowiedzeniu umowy dodatkowej lub z późniejszym dniem, wskazanym przez Ubezpieczającego w oświadczeniu o wypowiedzeniu umowy dodatkowej;
- 3) z dniem zakończenia okresu prolongaty, jeżeli Ubezpieczający, pomimo wezwania do zapłaty, nie opłacił zaległych składek regularnych w terminie wskazanym w wezwaniu, nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania wezwania;
- 4) z dniem rozwiązania lub odstąpienia od umowy podstawowej.

2. Jeżeli umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu przed upływem okresu, za który została opłacona składka dodatkowa ochronna, Towarzystwo dokona zwrotu składki dodatkowej ochronnej za niewykorzystany okres ochrony.

Postanowienia końcowe

§ 15

Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/25/04/2014 z dnia 25 kwietnia 2014 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawartych od dnia 5 maja 2014 r.

Prezes Zarządu

Jarosław Bartkiewicz

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Formularz do OWU

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek trwałego uszczerbku i śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – indeks ZSUW/14/05/05

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 § 5 ust. 2 § 9 ust. 1, 2, 5 i 7
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 4 ust. 3 § 5 ust. 1 § 6 ust. 1 § 9 ust. 4 i 6 § 10

Pamiętaj, że Formularz do umowy dodatkowej należy czytać łącznie z Formularzem do Ogólnych warunków ubezpieczenia Plan Elastyczny – indeks PE/16/01/01.

Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek trwałego uszczerbku i śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Indeks ZSUW/14/05/05

Ubezpieczony

§ 1

Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy dodatkowej ukończył 13. i nie ukończył 66. roku życia.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) śmierć Ubezpieczonego spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem, zaistniałym w czasie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy dodatkowej;
 - 2) trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, nie niższy niż 6%, spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, zaistniałym w czasie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy dodatkowej.

Umowa dodatkowa

§ 3

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na czas określony – jednak nie dłużej niż do rocznicy polisy, w której Ubezpieczony osiągnie wiek 70 lat.
2. Minimalny okres ubezpieczenia wynosi 5 lat.
3. Jeżeli umowa dodatkowa zawierana jest w innej dacie niż umowa podstawowa lub rocznica polisy, okres obowiązywania umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, zostaje wydłużony o liczbę pełnych miesięcy pozostałych do najbliższej rocznicy polisy.
4. Okres, na który zawierana jest umowa dodatkowa, kończy się w rocznicę polisy.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 4

1. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało we wniosku o zawarcie umowy dodatkowej albo przed zawarciem umowy dodatkowej w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo umowy dodatkowej mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. W razie zawarcia umowy dodatkowej 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 zawarcia umowy dodatkowej nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości.
4. Powyższe postanowienia stosuje się także przy podwyższeniu sumy ubezpieczenia – w zakresie, w jakim suma ubezpieczenia została podwyższona.

Treść umowy dodatkowej

§ 5

1. Treść umowy dodatkowej określają OWUD oraz dokument ubezpieczenia, a w zakresie nieuregulowanym – postanowienia umowy podstawowej.
2. Załącznikiem do OWUD jest tabela uszczerbków.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Do ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie umowy dodatkowej mają odpowiednie zastosowanie postanowienia dotyczące ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie umowy podstawowej, z zastrzeżeniem że zawieszenie opłacania składki regularnej na wniosek Ubezpieczającego powoduje zawieszenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania umowy podstawowej lub dodatkowej;
 - 2) odstąpienia od umowy podstawowej lub dodatkowej.

Wysokość i zmiana sumy ubezpieczenia

§ 7

1. Sumę ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku i śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, stanowi kwota określona w dokumencie ubezpieczenia.
2. Do zmiany sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej odpowiednie zastosowanie mają postanowienia umowy podstawowej.

Składka z tytułu umowy dodatkowej

§ 8

Wysokość składki dodatkowej ochronnej ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego i informacji o ryzyku ubezpieczeniowym zawartych we wniosku ubezpieczeniowym i innych dokumentach przekazanych Towarzystwu.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W razie śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w kwocie równej sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku, w wysokości obowiązującej w dniu nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, pod warunkiem że śmierć nastąpiła nie później niż w ciągu 6 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.
2. W przypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że trwały uszczerbek na zdrowiu wystąpił nie później niż po upływie 6 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.
3. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku, obliczone zostanie jako iloczyn sumy ubezpieczenia, o której mowa w § 7 ust. 1, obowiązującej w dniu wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, będącego przyczyną trwałego uszczerbku na zdrowiu, i procentu trwałego uszczerbku, ustalonego zgodnie z tabelą uszczerbków.
4. W przypadku powstania trwałego uszczerbku w obrębie narządu, którego czynności były upośledzone przed nieszczęśliwym wypadkiem, ustalony procent trwałego uszczerbku pomniejszany jest o procent uszczerbku wynikający z wcześniejszego upośledzenia czynności tego narządu.
5. Za trwały uszczerbek na zdrowiu uznaje się naruszenie sprawności organizmu Ubezpieczonego, spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, powodujące nierokujące poprawy upośledzenie czynności organizmu Ubezpieczonego, w zakresie określonym w tabeli uszczerbków.

6. Suma świadczeń wypłaconych na podstawie umowy dodatkowej z tytułu śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nie może łącznie przekroczyć limitu odpowiadającego świadczeniom z tytułu 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu.
7. Procent trwałego uszczerbku oraz odpowiadający mu procent sumy ubezpieczenia ustalane są po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji, nie później jednak niż po 24 miesiącach od dnia nieszczęśliwego wypadku.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 10

Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia, jest następstwem:

- 1) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w jego organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
- 2) niezaleconego przez lekarza zażycia przez Ubezpieczonego leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych;
- 3) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
- 4) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka;
- 5) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
- 6) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych;
- 7) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych;
- 8) utraty przytomności poprzedzającej fizyczne obrażenia ciała, w tym napadów padaczkowych;
- 9) działań wojennych, zbrojnych albo świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach, chyba że jego udział w tych aktach lub zamieszkach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej.

Dokumenty potrzebne do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego

§ 11

Podstawą wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego jest przedstawienie przez osobę uprawnioną dokumentów, o których mowa w § 30 ust. 2 i 3 OWU.

Odstąpienie od umowy dodatkowej

§ 12

Do odstąpienia od umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia dotyczące umowy podstawowej, z zastrzeżeniem że w przypadku odstąpienia od umowy dodatkowej Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu składkę dodatkową ochronną, pomniejszoną o kwotę odpowiadającą składce należnej za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 13

Do wypowiedzenia umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia dotyczące umowy podstawowej.

Rozwiązanie umowy dodatkowej


§ 14

1. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - 1) z upływem okresu, na który została zawarta;
 - 2) z dniem wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego odpowiadającego limitowi wskazanemu w § 9 ust. 6;
 - 3) z dniem złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o wypowiedzeniu umowy dodatkowej lub z późniejszym dniem, wskazanym przez Ubezpieczającego w oświadczeniu o wypowiedzeniu umowy dodatkowej;
 - 4) z dniem zakończenia okresu prolongaty, jeżeli Ubezpieczający, pomimo wezwania do zapłaty, nie opłacił zaległych składek regularnych w terminie wskazanym w wezwaniu, nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania wezwania;
 - 5) z dniem rozwiązania lub odstąpienia od umowy podstawowej.
2. Jeżeli umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu przed upływem okresu, za który została opłacona składka dodatkowa ochronna, Towarzystwo dokona zwrotu składki dodatkowej ochronnej za niewykorzystany okres ochrony.

Postanowienia końcowe

§ 15

Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek trwałego uszczerbku i śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/25/04/2014 z dnia 25 kwietnia 2014 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawartych od dnia 5 maja 2014 r.

Prezes Zarządu

Jarosław Bartkiewicz

Członek Zarządu

Janusz Arczewski



Errata

do Ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego na wypadek trwałego uszczerbku i śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – indeks ZSUW/14/05/05 (dalej: OWUD)

Biorąc pod uwagę, że Ubezpieczający zawarł z AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. umowę ubezpieczenia na podstawie Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi Plan Elastyczny – indeks PE/16/01/01 (dalej: OWU) i zawniósł o odstępstwo od zasad przewidzianych w OWUD w zakresie zniesienia jednego z wymogów przyznania świadczenia z tytułu OWUD, tj. wymogu orzeczenia uszczerbku na zdrowiu na minimalnym poziomie 6%, pod warunkiem opłacenia dodatkowej składki przez Ubezpieczającego, zakres ubezpieczenia zostaje rozszerzony zgodnie z poniższym:

§ 1

1. § 2 ust. 2 pkt 2) otrzymuje brzmienie:

„2) trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, zaistniałym w czasie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy dodatkowej.”

2. Na treść umowy ubezpieczenia w zakresie praw i obowiązków Stron składają się również postanowienia wynikające z niniejszej erraty.
3. Postanowienia w żaden sposób nie naruszają praw Ubezpieczających, Ubezpieczonych, Uposażonych oraz osób uprawnionych z umów ubezpieczenia zawartych z Towarzystwem.
4. W razie gdy Ubezpieczający jest inny niż Ubezpieczony, Ubezpieczający obowiązany jest przekazać Ubezpieczonemu informacje o prawach i obowiązkach wynikających z niniejszej erraty, w sposób przyjęty u danego Ubezpieczającego. W przypadku nieprzekazania Ubezpieczonemu informacji Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczonego odpowiedzialność na zasadach ogólnych.

§ 2

1. Pozostałe postanowienia umowy ubezpieczenia nie ulegają zmianie.
2. Postanowienia erraty zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu AXA nr 2/07/12/2015 z dnia 7 grudnia 2015 r. i wchodzi w życie z dniem 21 grudnia 2015 r.

Prezes Zarządu


Jarosław Bartkiewicz

Członek Zarządu


Janusz Arczewski

Formularz do OWU

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek inwalidztwa i śmierci

Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – indeks ZSŚW/14/05/05

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 § 9 ust. 1, 2, 5 i 6
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 4 ust. 3 § 5 § 6 ust. 1 § 9 ust. 3 i 4 § 10

Pamiętaj, że Formularz do umowy dodatkowej należy czytać łącznie z Formularzem do Ogólnych warunków ubezpieczenia Plan Elastyczny – indeks PE/16/01/01.

Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek inwalidztwa i śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Indeks ZSSW/14/05/05

Ubezpieczony

§ 1

Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy dodatkowej ukończył 13. i nie ukończył 66. roku życia.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) śmierć Ubezpieczonego spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem, zaistniałym w czasie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy dodatkowej;
 - 2) inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, zaistniałym w czasie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy dodatkowej.

Umowa dodatkowa

§ 3

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na czas określony – jednak nie dłużej niż do rocznicy polisy, w której Ubezpieczony osiągnie wiek 70 lat.
2. Minimalny okres ubezpieczenia wynosi 5 lat.
3. Jeżeli umowa dodatkowa zawierana jest w innej dacie niż umowa podstawowa lub rocznica polisy, okres obowiązywania umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, zostaje wydłużony o liczbę pełnych miesięcy pozostałych do najbliższej rocznicy polisy.
4. Okres, na który zawierana jest umowa dodatkowa, kończy się w rocznicę polisy.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 4

1. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało we wniosku o zawarcie umowy dodatkowej albo przed zawarciem umowy dodatkowej w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo umowy dodatkowej mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. W razie zawarcia umowy dodatkowej 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 zawarcia umowy dodatkowej nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości.
4. Powyższe postanowienia stosuje się także przy podwyższeniu sumy ubezpieczenia – w zakresie, w jakim suma ubezpieczenia została podwyższona.

Treść umowy dodatkowej

§ 5

Treść umowy dodatkowej określają OWUD oraz dokument ubezpieczenia, a w zakresie nieuregulowanym – postanowienia umowy podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Do ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie umowy dodatkowej mają odpowiednie zastosowanie postanowienia dotyczące ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie umowy podstawowej, z zastrzeżeniem że zawieszenie opłacania składki regularnej na wniosek Ubezpieczającego powoduje zawieszenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania umowy podstawowej lub dodatkowej;
 - 2) odstąpienia od umowy podstawowej lub dodatkowej.

Wysokość i zmiana sumy ubezpieczenia

§ 7

1. Sumę ubezpieczenia z tytułu inwalidztwa i śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku stanowi kwota określona w dokumencie ubezpieczenia.
2. Do zmiany sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej odpowiednie zastosowanie mają postanowienia umowy podstawowej.

Składka z tytułu umowy dodatkowej

§ 8

Wysokość składki dodatkowej ochronnej ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego i informacji o ryzyku ubezpieczeniowym zawartych we wniosku ubezpieczeniowym i innych dokumentach przekazanych Towarzystwu.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W razie śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w kwocie równej sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, obowiązującej w dniu nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, pod warunkiem że śmierć nastąpiła nie później niż w ciągu 6 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.
2. W przypadku inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że inwalidztwo wystąpiło nie później niż po upływie 6 miesięcy od dnia nieszczęśliwego wypadku. Świadczenie obliczone zostanie jako iloczyn sumy ubezpieczenia, o której mowa w § 7 ust. 1, obowiązującej w dniu wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, będącego przyczyną inwalidztwa i procentu inwalidztwa, ustalonego zgodnie z tabelą inwalidztwa.
3. W przypadku powstania inwalidztwa w obrębie narządu, którego czynności były upośledzone przed nieszczęśliwym wypadkiem, ustalony procent inwalidztwa pomniejszany jest o procent inwalidztwa wynikający z wcześniejszego upośledzenia czynności tego narządu.
4. Suma świadczeń wypłaconych na podstawie umowy dodatkowej z tytułu śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nie może łącznie przekroczyć limitu odpowiadającego świadczeniom z tytułu 100% inwalidztwa.

Tabela inwalidztwa

Rodzaj inwalidztwa	Procent inwalidztwa
Utrata wzroku w obu oczach	100%
Całkowita utrata słuchu	100%
Niedowład czterokończynowy	100%
Utrata mowy	100%
Utrata obu kończyn dolnych lub obu podudzi	100%
Utrata obu kończyn górnych lub obu przedramion	100%
Utrata ramienia	75%
Utrata przedramienia	70%
Utrata kończyny dolnej powyżej kolana	70%
Utrata kończyny dolnej poniżej kolana	60%
Utrata wzroku w jednym oku	50%
Utrata dłoni	50%
Utrata stopy	50%
Utrata słuchu w jednym uchu	30%
Utrata kciuka	15%
Utrata dużego palca u stopy	10%
Utrata każdego z palców dłoni oprócz kciuka	5%
Utrata każdego z palców u stopy oprócz palucha	4%

Utrata – oznacza amputację lub całkowitą i trwałą utratę funkcji danego organu.

5. Za inwalidztwo spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem uznaje się upośledzenie czynności organizmu Ubezpieczonego, w zakresie określonym w tabeli inwalidztwa zawartej w ust. 4.
6. Procent inwalidztwa oraz odpowiadający mu procent sumy ubezpieczenia ustalane są po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji, nie później jednak niż po 24 miesiącach od dnia nieszczęśliwego wypadku.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 10

Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia, został spowodowany wskutek:

- 1) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w jego organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
- 2) niezaleconego przez lekarza zażycia przez Ubezpieczonego leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych;
- 3) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
- 4) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka;
- 5) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
- 6) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych;
- 7) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych;

- 8) utraty przytomności poprzedzającej fizyczne obrażenia ciała, w tym napaadów padaczkowych;
- 9) działań wojennych, zbrojnych albo świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach, chyba że jego udział w tych aktach lub zamieszkach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej.

Dokumenty potrzebne do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego

§ 11

Podstawą wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego jest przedstawienie przez osobę uprawnioną dokumentów, o których mowa w § 30 ust. 2 i 3 OWU.

Odstąpienie od umowy dodatkowej

§ 12

Do odstąpienia od umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia dotyczące umowy podstawowej, z zastrzeżeniem że w przypadku odstąpienia od umowy dodatkowej Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu składkę dodatkową ochronną, pomniejszoną o kwotę odpowiadającą składce należnej za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 13

Do wypowiedzenia umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia dotyczące umowy podstawowej.

Rozwiązanie umowy dodatkowej


§ 14

1. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - 1) z upływem okresu, na który została zawarta;
 - 2) z dniem wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego odpowiadającego limitowi wskazanemu w § 9 ust. 4;
 - 3) z dniem złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o wypowiedzeniu umowy dodatkowej lub z późniejszym dniem, wskazanym przez Ubezpieczającego w oświadczeniu o wypowiedzeniu umowy dodatkowej;
 - 4) z dniem zakończenia okresu prolongaty, jeżeli Ubezpieczający, pomimo wezwania do zapłaty, nie opłacił zaległych składek regularnych w terminie wskazanym w wezwaniu, nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania wezwania;
 - 5) z dniem rozwiązania lub odstąpienia od umowy podstawowej.
2. Jeżeli umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu przed upływem okresu, za który została opłacona składka dodatkowa ochronna, Towarzystwo dokona zwrotu składki dodatkowej ochronnej za niewykorzystany okres ochrony.

Postanowienia końcowe

§ 15

Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek inwalidztwa i śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/25/04/2014 z dnia 25 kwietnia 2014 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawartych od dnia 5 maja 2014 r.

Prezes Zarządu

Jarosław Bartkiewicz

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Formularz do OWU

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego – indeks ZSCU/14/05/05

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2
	§ 10
	§ 16
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 3
	§ 6
	§ 7 ust. 1
	§ 10 ust. 2
	§ 11

Pamiętaj, że Formularz do umowy dodatkowej należy czytać łącznie z Formularzem do Ogólnych warunków ubezpieczenia Plan Elastyczny – indeks PE/16/01/01.

Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego

Indeks ZSCU/14/05/05

Ubezpieczony

§ 1

Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy dodatkowej ukończył 13. i nie ukończył 61. roku życia.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, którego pierwsze rozpoznanie miało miejsce w czasie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy dodatkowej.
3. Jeżeli poważnym zachorowaniem jest wykonanie zabiegu przeszczepu dużych narządów lub leczenie operacyjne naczyń wieńcowych, zakres ubezpieczenia obejmuje te zabiegi, które zostały przeprowadzone w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Umowa dodatkowa

§ 3

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat, licząc od daty rozpoczęcia ochrony.
2. Jeżeli umowa dodatkowa zawierana jest w innej dacie niż umowa podstawowa lub rocznica polisy, okres obowiązywania umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 1, zostaje wydłużony o liczbę pełnych miesięcy pozostałych do najbliższej rocznicy polisy.
3. Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na kolejne 5-letnie okresy (zgodnie z § 4) przez okres wskazany przez Ubezpieczającego, nie dłużej jednak niż do rocznicy polisy, w której Ubezpieczony osiągnie wiek 65 lat.
4. Umowa nie ulegnie przedłużeniu, jeżeli Ubezpieczający na 1 miesiąc przed upływem okresu, o którym mowa w ust. 1–3, złoży pisemne oświadczenie o nieprzedłużeniu umowy dodatkowej.

Przedłużenie umowy dodatkowej

§ 4

1. Na 1 miesiąc przed upływem okresu, na który została zawarta umowa dodatkowa, Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu warunki przedłużenia umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczający ma prawo w terminie 14 dni od otrzymania takiej propozycji złożyć Towarzystwu oświadczenie, że nie wyraża na nią zgody. W takim przypadku umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu z upływem okresu, na który została zawarta.
3. Jeżeli w terminie 14 dni od otrzymania takiej propozycji, Ubezpieczający nie złoży Towarzystwu oświadczenia, o którym mowa w ust. 2, Strony umowy dodatkowej uznają, że umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na kolejny okres, na zaproponowanych przez Towarzystwo warunkach.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 5

1. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało we wniosku o zawarcie umowy dodatkowej albo przed zawarciem umowy dodatkowej w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przed-

stawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo umowy dodatkowej mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

2. W razie zawarcia umowy dodatkowej 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 zawarcia umowy dodatkowej nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości.
4. Powyższe postanowienia stosuje się także przy podwyższeniu sumy ubezpieczenia – w zakresie, w jakim suma ubezpieczenia została podwyższona.

Treść umowy dodatkowej

§ 6

Treść umowy dodatkowej określają OWUD oraz dokument ubezpieczenia, a w zakresie nieuregulowanym – postanowienia umowy podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 7

1. Do ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie umowy dodatkowej mają odpowiednie zastosowanie postanowienia dotyczące ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie umowy podstawowej, z zastrzeżeniem że zawieszenie opłacania składki regularnej na wniosek Ubezpieczającego powoduje zawieszenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania umowy podstawowej lub dodatkowej;
 - 2) odstąpienia od umowy podstawowej lub dodatkowej.

Wysokość i zmiana sumy ubezpieczenia

§ 8

1. Sumę ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego stanowi kwota określona w dokumencie ubezpieczenia.
2. Do zmiany sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej mają odpowiednie zastosowanie postanowienia umowy podstawowej.

Składka z tytułu umowy dodatkowej

§ 9

Wysokość składki dodatkowej ochronnej ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego i informacji o ryzyku ubezpieczeniowym zawartych we wniosku ubezpieczeniowym i innych dokumentach przekazanych Towarzystwu.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 10

1. W przypadku poważnego zachorowania Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia, obowiązującej w dniu:
 - 1) rozpoznania poważnego zachorowania, o którym mowa w § 16 pkt 2), w definicji poważnego zachorowania lit. a)–j), albo (w zależności od rodzaju poważnego zachorowania);

- 2) wykonania zabiegu, o którym mowa w § 16 pkt 2), w definicji poważnego zachorowania lit. k)–l).
2. Prawo do świadczenia ubezpieczeniowego zostanie przyznane pod warunkiem, że Ubezpieczony pozostał przy życiu przez okres co najmniej 1 miesiąca od daty:
 - 1) rozpoznania poważnego zachorowania, o którym mowa w § 16 pkt 2), w definicji poważnego zachorowania lit. a)–j), albo (w zależności od rodzaju poważnego zachorowania);
 - 2) wykonania zabiegu, o którym mowa w § 16 pkt 2), w definicji poważnego zachorowania lit. k)–l).

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 11

1. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje poważnych zachorowań:
 - 1) które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed datą rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej lub przed upływem 3 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej;
 - 2) których objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed datą rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy poważne zachorowanie jest następstwem choroby AIDS lub zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV.
3. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone także w przypadku, gdy poważne zachorowanie jest następstwem:
 - 1) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w jego organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 2) niezaleconego przez lekarza zażycia przez Ubezpieczonego leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych;
 - 3) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 4) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka;
 - 5) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
 - 6) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych;
 - 7) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego, zaburzeń psychicznych;
 - 8) utraty przytomności poprzedzającej fizyczne obrażenia ciała, w tym napadów padaczkowych;
 - 9) działań wojennych, zbrojnych albo świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach, chyba że jego udział w tych aktach lub zamieszkach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 10) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę; niezależnie od stanu poczytalności.

Dokumenty potrzebne do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego

§ 12

Podstawą wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego jest przedstawienie przez osobę uprawnioną dokumentów, o których mowa w § 30 ust. 2 i 3 OWU.

Odstąpienie od umowy dodatkowej

§ 13

Do odstąpienia od umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia dotyczące umowy podstawowej, z zastrzeżeniem że w przypadku odstąpienia od umowy dodatkowej Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu składkę dodatkową ochronną, pomniejszoną o kwotę odpowiadającą składce należnej za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 14

Do wypowiedzenia umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia dotyczące umowy podstawowej.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 15

1. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - 1) z upływem okresu, na który została zawarta;
 - 2) z dniem wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu umowy dodatkowej;
 - 3) z dniem złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o wypowiedzeniu umowy dodatkowej lub z późniejszym dniem, wskazanym przez Ubezpieczającego w oświadczeniu o wypowiedzeniu umowy dodatkowej;
 - 4) z dniem zakończenia okresu prolongaty, jeżeli Ubezpieczający, pomimo wezwania do zapłaty, nie opłacił zaległych składek regularnych w terminie wskazanym w wezwaniu, nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania wezwania;
 - 5) z dniem rozwiązania lub odstąpienia od umowy podstawowej.
2. Jeżeli umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu przed upływem okresu, za który została opłacona składka dodatkowa ochronna, Towarzystwo dokona zwrotu składki dodatkowej ochronnej za niewykorzystany okres ochrony.

Definicje

§ 16

- 1) **niezdolność do wykonywania czynności życia codziennego** – trwała i nieodwracalna niezdolność do samodzielnego (bez pomocy innej osoby) wykonywania co najmniej 3 z 6 następujących czynności:
 - kąpiel – zdolność do mycia się w wannie lub pod prysznicem (włączając wchodzenie do wanny lub prysznica i wychodzenie z wanny lub spod prysznica), umożliwiająca utrzymywanie zadowalającego poziomu higieny,
 - ubieranie się – zdolność do ubrania, rozebrania się, wiązania (zapięcia) oraz rozwiązywania (rozpinania) elementów ubrania, zdolność do zakładania protez,
 - przemieszczanie się – zdolność do przemieszczania się z łóżka na wózek inwalidzki oraz z wózka inwalidzkiego na łóżko oraz zdolność do korzystania z toalety lub umywalki,
 - mobilność – zdolność do poruszania się w domu po równej powierzchni,
 - kontrolowanie czynności fizjologicznych – samokontrola w zakresie oddawania kału i moczu z zachowaniem zadowalającego poziomu higieny osobistej,
 - spożywanie przygotowanych posiłków;
- 2) **poważne zachorowanie** – jedna z niżej wymienionych chorób Ubezpieczonego:
 - a) **zawał serca** – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego; rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu typowego wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, ze współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - jeden z następujących objawów EKG, wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa; ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych,
 - b) **udar mózgu** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do

tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:

- wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
 - obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
 - obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone); z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
 - wtórne krwotoki do istniejących ognisk poudarowych; jakiegolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych,
- c) nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek; rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym; ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka; z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
- rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
 - rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2NOMO,
 - wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,
 - rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV,
- d) niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek (niewydolność nerek), wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii,
- e) guzy mózgu** – wszystkie guzy mózgu, które nie są klasyfikowane jako złośliwe; potwierdzone przez specjalistę neurologa lub neurochirurga, wymagające usunięcia lub, w przypadku zaniechania operacji, powodujące trwały ubytek neurologiczny; wykluczeniu podlegają: krwaki, ziarniaki, cysty, guzy szyszynki lub przysadki mózgowej oraz malformacje naczyń mózgowych,
- f) utrata wzroku wskutek choroby** – całkowita, nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach spowodowana chorobą; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę z ośrodka prowadzącego leczenie; ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym,
- g) oparzenia** – głębokie termiczne lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych, uznane za oparzenia III stopnia, obejmujące nie mniej niż 20% całkowitej powierzchni ciała; przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek” lub tabelę Lunda i Browdera,
- h) utrata mowy** – całkowita, nieodwracalna utrata funkcji mowy na skutek:
- uszkodzenia krtani lub strun głosowych w przebiegu choroby przewlekłej,

- uszkodzenia ośrodka mowy w OUN,
- resekcji narządu mowy (krtani), trwająca nieprzerwanie co najmniej 8 miesięcy i potwierdzona orzeczeniem lekarza specjalisty foniatrii lub laryngologa;


wyłączeniu podlegają wszystkie przypadki utraty mowy na tle schorzeń psychicznych;

- i) choroba Alzheimera (demencja przedstarca) przed 65. rokiem życia** – jednoznaczne rozpoznanie choroby Alzheimera (demencja przedstarca) przed 65. rokiem życia, które musi zostać potwierdzone przez specjalistę i udokumentowane typowymi wynikami badań dodatkowych, w tym neuroradiologicznych (np. tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, pozytronowa tomografia emisyjna mózgu); choroba musi skutkować trwałą niezdolnością do wykonywania czynności życia codziennego lub też musi skutkować koniecznością stałej opieki osób trzecich w związku z chorobą; wszystkie powyższe warunki muszą być potwierdzone w stosownej dokumentacji medycznej przez okres co najmniej 3 ostatnich miesięcy poprzedzających zgłoszenie roszczenia,
- j) choroba Parkinsona przed 65. rokiem życia** – jednoznaczne rozpoznanie idiopatycznej lub pierwotnej choroby Parkinsona przed 65. rokiem życia musi zostać potwierdzone przez specjalistę; choroba musi skutkować trwałą niezdolnością do wykonywania czynności życia codziennego lub musi skutkować koniecznością stałego przebywania chorego w łóżku i niezdolnością do podniesienia się bez pomocy zewnętrznej; wszystkie powyższe warunki muszą być potwierdzone w stosownej dokumentacji medycznej przez okres co najmniej 3 ostatnich miesięcy poprzedzających zgłoszenie roszczenia; wykluczeniu podlegają wszystkie pozostałe, poza wymienionymi, postacie parkinsonizmu,
- k) przeszczep dużych narządów** – przeszczepienie osobie ubezpieczonej, jako biorcy, jednego z niżej wymienionych kompletnych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na oficjalną listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów: serca, płuca, wątroby, nerki lub trzustki; ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy narządów innych niż wymienione powyżej, części narządów, tkanek lub komórek,
- l) leczenie operacyjne naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego; zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.

Postanowienia końcowe

§ 17

Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/25/04/2014 z dnia 25 kwietnia 2014 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawartych od dnia 5 maja 2014 r.

Prezes Zarządu

Jarosław Bartkiewicz

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Formularz do OWU

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego – Pomoc na Raka (wariant VIP) – indeks ZSPRV/14/05/05

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 § 11 ust. 1 § 12 ust. 1 § 13 ust. 1 § 14 ust. 1 § 18 ust. 1, 2, 3 § 19 ust. 1, 2, 3, 4 i 5 § 20 § 21 ust. 1, 2, 3 i 4 § 22 ust. 1, 2, 3 i 4 § 23 ust. 1 § 28 Załącznik nr 1 – Katalog świadczeń ambulatoryjnych Załącznik nr 2 – Katalog świadczeń assistance
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 3 § 6 § 7 ust. 1 § 12 ust. 2 § 13 ust. 2 § 15 § 19 ust. 7 § 21 ust. 7 § 24

Pamiętaj, że Formularz do umowy dodatkowej należy czytać łącznie z Formularzem do Ogólnych warunków ubezpieczenia Plan Elastyczny – indeks PE/16/01/01.

Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego – Pomoc na Raka (wariant VIP)

Indeks ZSPRV/14/05/05

Ubezpieczony

§ 1

Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy dodatkowej ukończył 18. rok życia i nie ukończył 61. roku życia.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 2

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;
 - 9) organizację i pokrycie kosztów konsultacji Ubezpieczonego u dietetyka, realizowanej w okresie udzielania ochrony.

Umowa dodatkowa

§ 3

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 1 roku, licząc od daty rozpoczęcia ochrony.
2. Jeżeli umowa dodatkowa zawierana jest w innej dacie niż umowa podstawowa lub rocznica polisy, okres obowiązywania umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 1, zostaje wydłużony o liczbę pełnych miesięcy pozostałych do najbliższej rocznicy polisy.
3. Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na kolejne roczne okresy (zgodnie z § 4) przez okres wskazany przez Ubezpieczającego, nie dłużej jednak niż do rocznicy polisy, w której Ubezpieczony osiągnie wiek 65 lat.
4. Umowa nie ulegnie przedłużeniu, jeżeli Ubezpieczający na 1 miesiąc przed upływem okresu, o którym mowa w ust. 1–3, złoży pisemne oświadczenie o nieprzedłużaniu umowy dodatkowej.

Przedłużenie umowy dodatkowej

§ 4

1. Na 1 miesiąc przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa dodatkowa, Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu warunki przedłużenia umowy dodatkowej.

2. Ubezpieczający ma prawo w terminie 14 dni od otrzymania takiej propozycji złożyć Towarzystwu oświadczenie, że nie wyraża na nią zgody. W takim przypadku umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu z upływem okresu, na jaki została zawarta.
3. Jeżeli w terminie 14 dni od otrzymania takiej propozycji Ubezpieczający nie złoży Towarzystwu oświadczenia, o którym mowa w ust. 2, Strony umowy dodatkowej uznają, że umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na kolejny okres na zaproponowanych przez Towarzystwo warunkach.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 5

1. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało we wniosku o zawarcie umowy dodatkowej albo przed zawarciem umowy dodatkowej w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo umowy dodatkowej mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. W razie zawarcia umowy dodatkowej 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 zawarcia umowy dodatkowej nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości.
4. Powyższe postanowienia stosuje się także przy podwyższeniu sumy ubezpieczenia – w zakresie, w jakim suma ubezpieczenia została podwyższona.

Treść umowy dodatkowej

§ 6

Treść umowy dodatkowej określają OWUD oraz dokument ubezpieczenia, a w zakresie nieuregulowanym – postanowienia umowy podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 7

1. Do ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie umowy dodatkowej mają odpowiednie zastosowanie postanowienia dotyczące ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie umowy podstawowej, z zastrzeżeniem że zawieszenie opłacania składki regularnej na wniosek Ubezpieczającego powoduje zawieszenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania umowy podstawowej lub dodatkowej;
 - 2) odstąpienia od umowy podstawowej lub dodatkowej.

Wysokość i zmiana sum ubezpieczenia

§ 8

1. Sumę ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu stanowi kwota określona w dokumencie ubezpieczenia, która jest podstawą do ustalenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia następujących zdarzeń:
 - 1) rozpoznania nowotworu;
 - 2) operacji medycznej;

- 3) cykli chemioterapii;
- 4) cykli radioterapii.
2. Sumę ubezpieczenia z tytułu świadczenia okresowego stanowi kwota określona w dokumencie ubezpieczenia, która jest podstawą do ustalenia wysokości świadczenia okresowego.
3. Sumę ubezpieczenia z tytułu świadczeń ambulatoryjnych stanowi kwota określona w dokumencie ubezpieczenia.
4. Sumę ubezpieczenia z tytułu świadczeń assistance medycznego stanowi kwota określona w dokumencie ubezpieczenia.
5. Do zmiany sum ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej mają odpowiednie zastosowanie postanowienia umowy podstawowej.

Składka z tytułu umowy dodatkowej

§ 9

Wysokość składki dodatkowej ochronnej ustalana jest na podstawie wysokości sum ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego i informacji o ryzyku ubezpieczeniowym zawartych we wniosku ubezpieczeniowym oraz innych dokumentach przekazanych Towarzystwu.

Świadczenia ubezpieczeniowe

Świadczenie z tytułu rozpoznania nowotworu

§ 10

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.

Świadczenie z tytułu operacji medycznej

§ 11

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 u Ubezpieczonego operacji medycznej nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu lub skierowania Ubezpieczonego na taką operację – 30% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu;
 - 2) w przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego operacji medycznej raka in situ lub skierowania Ubezpieczonego na taką operację – 15% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu.

Świadczenie z tytułu cyklu chemioterapii

§ 12

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 rozpoznania i leczenia nowotworu – za każdy cykl chemioterapii raka in situ, jednak nie więcej niż za pięć cykli chemioterapii.

Świadczenie z tytułu cyklu radioterapii

§ 13

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.

Świadczenie okresowe

§ 14

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.

§ 15

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 wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w ust. 1.

Wypłata świadczeń ubezpieczeniowych

§ 16

1. Świadczenie z tytułu rozpoznania nowotworu, świadczenie z tytułu operacji medycznej, świadczenie z tytułu pierwszego cyklu chemioterapii, świadczenie z tytułu pierwszego cyklu radioterapii oraz świadczenie okresowe za pierwszy miesiąc kalendarzowy 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. Świadczenie okresowe za kolejne miesiące kalendarzowe wypłacane jest w terminie do końca każdego miesiąca kalendarzowego, za który jest należne.
 3. Świadczenia z tytułu kolejnego 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.

Dokumenty potrzebne do wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych

§ 17

1. Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu, świadczenia z tytułu operacji medycznej, świadczenia z tytułu pierwszego cyklu chemioterapii, świadczenia z tytułu pierwszego cyklu radioterapii oraz świadczenia okresowego za pierwszy miesiąc kalendarzowy jest przedstawienie przez osobę uprawnioną dokumentów wskazanych we właściwym formularzu wniosku o wypłatę świadczenia, a w przypadku świadczeń z tytułu kolejnego cyklu chemioterapii lub cyklu radioterapii podstawą ich wypłaty jest przedstawienie Towarzystwu dokumentów, o których mowa w § 16 ust. 3. Wnioski znajdują się na stronie internetowej www.axa.pl.
2. Postanowienia § 30 ust. 3 OWU stosuje się odpowiednio do dokumentów, o których mowa w ust. 1.

Ambulatoryjne świadczenia medyczne

§ 18

1. W przypadku przyznania Ubezpieczonemu przez Towarzystwo prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu Ubezpieczonemu przysługuje prawo do korzystania z ambulatoryjnych świadczeń medycznych.
2. Zakres ambulatoryjnych świadczeń medycznych przysługujący Ubezpieczonemu określony jest w katalogu świadczeń ambulatoryjnych stanowiącym Załącznik nr 1 do OWUD.
3. Towarzystwo organizuje i pokrywa koszty świadczeń, o których mowa w ust. 2, realizowanych w okresie 24 miesięcy od daty przyznania prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu, do wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu ambulatoryjnych świadczeń medycznych.
4. Ambulatoryjne świadczenia medyczne realizowane są przez placówki medyczne należące do sieci partnera medycznego, których aktualny wykaz znajduje się na stronie www.axa.pl. Informacje o aktualnym wykazie placówek medycznych, należących do sieci partnera medycznego, Ubezpieczony może uzyskać także na infolinii medycznej udostępnionej mu niezwłocznie po przyznaniu prawa do wypłaty świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu.
5. W celu ustalenia miejsca i terminu realizacji ambulatoryjnego świadczenia medycznego Ubezpieczony zobowiązany jest zadzwonić na infolinię medyczną oraz uzgodnić z konsultantem miejsce i termin realizacji świadczenia w placówce medycznej należącej do sieci partnera medycznego.
6. W celu skorzystania z ambulatoryjnego świadczenia medycznego Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) w uzgodnionym terminie zgłosić się do wskazanej przez partnera medycznego placówki medycznej;

- 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
- 3) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od pracowników placówki medycznej.

Assistance medyczny

§ 19

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

Druga Opinia Medyczna oraz pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia

§ 20

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

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

Druga Opinia Medyczna

§ 21

1. Świadczenie ubezpieczeniowe polega na organizacji procesu sporządzenia i pokryciu kosztów sporządzenia przez eksperta medycznego Drugiej Opinii Medycznej.

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

11. Treść Drugiej Opinii Medycznej uzależniona jest od prawdziwości i jakości dostarczonych informacji.
12. Koszty dostarczenia do partnera medycznego dokumentacji medycznej obciążają Ubezpieczonego.

Pomoc w planowaniu leczenia

§ 22

1. Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego zapewnia Ubezpieczonemu pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia zalecanego w raporcie Drugiej Opinii Medycznej, polegającą na organizacji świadczeń wskazanych ust. 3.
2. Świadczenie pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia przysługuje Ubezpieczonemu wyłącznie w przypadku wcześniejszego wydania Drugiej Opinii Medycznej.
3. W ramach pomocy w planowaniu leczenia lub w organizacji leczenia partner medyczny, według wyboru i w porozumieniu z Ubezpieczonym:
 - 1) udziela Ubezpieczonemu, drogą telefoniczną, informacji o: nazwie, adresie oraz numerze telefonu placówki medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w której Ubezpieczony będzie miał możliwość uzyskania świadczenia medycznego, w szczególności zabiegu chirurgicznego, badania diagnostycznego lub wizyty u lekarza specjalisty, zalecanego w raporcie Drugiej Opinii Medycznej, oraz o możliwym terminie uzyskania tego świadczenia;
 - 2) umawia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej: wizyty lekarskie, wizyty domowe, wizyty pielęgniarki, rehabilitanta lub inne świadczenia medyczne dostępne w placówkach medycznych, dotyczące leczenia zalecanego w Drugiej Opinii Medycznej;
 - 3) wskazuje Ubezpieczonemu maksymalnie trzech zagranicznych lekarzy lub trzy placówki medyczne poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które mogą podjąć się leczenia Ubezpieczonego w zakresie wskazanym w Drugiej Opinii Medycznej;
 - 4) organizuje proces leczenia w placówkach medycznych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej specjalizujących się w leczeniu nowotworu rozpoznanego u Ubezpieczonego;
 - 5) organizuje transport Ubezpieczonego do placówki medycznej poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, gdzie będzie przeprowadzone leczenie w zakresie wskazanym w Drugiej Opinii Medycznej, oraz organizuje zakwaterowanie Ubezpieczonego w hotelu poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
4. Zapewnienie Ubezpieczonemu pomocy w organizacji leczenia polega wyłącznie na organizacji przez partnera medycznego wskazanych wyżej świadczeń na koszt Ubezpieczonego.
5. Świadczenia w ramach pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia realizowane są na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez Ubezpieczonego do partnera medycznego.
6. Zgłaszając wniosek o realizację świadczenia w ramach pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia, Ubezpieczony zobowiązany jest podać wszelkie informacje potrzebne do udzielenia należytej pomocy z zakresu tego świadczenia.

Konsultacja dietetyka

§ 23

1. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej obejmuje organizację i pokrycie kosztów jednej – w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy polisy obowiązywania umowy dodatkowej – konsultacji Ubezpieczonego u dietetyka. Prawo do świadczenia przysługuje w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
2. Konsultacja dietetyka realizowana jest przez placówki medyczne należące do sieci partnera medycznego, których aktualny wykaz znajduje się na stronie www.axa.pl. Informacje o aktualnym wykazie placówek medycznych należących do sieci partnera medycznego Ubezpieczony może uzyskać także na infolinii medycznej assistance pod numerem +48 22 575 92 83, udostępnionej mu niezwłocznie po dniu rozpoczęcia ochrony.
3. W celu ustalenia miejsca i terminu konsultacji dietetyka Ubezpieczony zobowiązany jest zadzwonić na infolinię medyczną assistance, o której

mowa w ust. 2, oraz uzgodnić z konsultantem miejsce i termin realizacji świadczenia w placówce medycznej należącej do sieci partnera medycznego.

4. W celu skorzystania z konsultacji dietetyka Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) w uzgodnionym terminie zgłosić się do wskazanej przez partnera medycznego placówki medycznej;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od pracowników placówki medycznej.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 24

1. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje rozpoznania nowotworów:
 - 1) które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed datą rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej lub przed upływem 3 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej;
 - 2) których objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed datą rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe z tytułu umowy dodatkowej nie zostaną wypłacone w przypadku, gdy 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;
 - 3) działań wojennych, zbrojnych albo świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach, chyba że jego udział w tych aktach lub zamieszkach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej.
3. Towarzystwo nie ponosi także odpowiedzialności z tytułu wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV w momencie rozpoznania u Ubezpieczonego nowotworu.

Odstąpienie od umowy dodatkowej

§ 25

Do odstąpienia od umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia dotyczące umowy podstawowej, z zastrzeżeniem że w przypadku odstąpienia od umowy dodatkowej Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu składkę dodatkową ochronną, pomniejszoną o kwotę odpowiadającą składce należnej za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 26

Do wypowiedzenia umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia dotyczące umowy podstawowej.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 27

1. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - 1) z upływem okresu, na jaki została zawarta;
 - 2) z dniem przyznania Ubezpieczonemu prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu;
 - 3) z dniem złożenia przez Ubezpieczającego wypowiedzenia umowy dodatkowej lub z późniejszym dniem, wskazanym przez Ubezpieczającego w oświadczeniu o wypowiedzeniu umowy dodatkowej;
 - 4) z dniem przejścia przez Towarzystwo obowiązku opłacania składek należnych z tytułu umowy ubezpieczenia zgodnie z Ogólnymi warunkami ubezpieczenia dodatkowego przejścia opłacania składek na wypadek niezdolności Ubezpieczonego do pracy;
 - 5) z dniem zakończenia okresu prolongaty, jeżeli Ubezpieczający, pomimo wezwania do zapłaty, nie opłacił zaległych składek regularnych w terminie wskazanym w wezwaniu, nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania wezwania;
 - 6) z dniem rozwiązania lub odstąpienia od umowy podstawowej.

2. Jeżeli umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu przed upływem okresu, za który została opłacona składka dodatkowa ochronna, Towarzystwo dokona zwrotu składki dodatkowej ochronnej za niewykorzystany okres ochrony.

Definicje

§ 28

- 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 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 Światową Organizację Zdrowia;
- 8) **lekarz partnera medycznego** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z prawem polskim, wskazana przez partnera medycznego i uprawniona do występowania w imieniu partnera medycznego;
- 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 trwałe ubytki neurologiczne; zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
 - krwiałków,
 - ziarniaków,
 - cyst,
 - guzów szyszynki lub przysadki mózgowej,
 - malformacji naczyń mózgowych,
 - tętniaków;
- 13) **nowotwór** – oznacza nowotwór złośliwy, niezłośliwego guza mózgu lub raka in situ;
- 14) **nowotwór złośliwy** – choroba zakwalifikowana według ICD 10 w dziale „Nowotwory złośliwe” (C00-C97), charakteryzująca się niekontrolowanym wzrostem komórek nowotworowych z możliwością naciekania zdrowych tkanek i zdolnością do tworzenia odległych przerzutów; rozpoznanie nowotworu złośliwego musi zostać potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego przeprowadzonego przez lekarza patomorfologa; za datę zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się datę wyniku badania histopatologicznego potwierdzającego rozpoznanie; zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
 - nowotworów złośliwych skóry (C44 wg ICD 10),
 - czerniaka złośliwego (C43 wg ICD 10) w stopniu zaawansowania równym lub niższym niż 1A,

- nowotworów złośliwych gruczołu krokowego (C61 wg ICD 10) w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0 lub poniżej 6 punktów w skali Gleasona,
 - nowotworów złośliwych pęcherza moczowego (C67 wg ICD 10) w stopniu zaawansowania Tis oraz Ta,
 - nowotworów złośliwych tarczycy (C73 wg ICD 10) o średnicy poniżej 2 cm oraz w stopniu zaawansowania T1N0M0,
 - przewlekłej białaczki limfatycznej (C91 wg ICD 10) w stopniu A (wg klasyfikacji Bineta),
 - dysplazji,
 - wszelkich zmian przedrakowych;
- 15) operacja medyczna** – zabieg medyczny polegający na przecięciu tkanek, przeprowadzony przez lekarza uprawnionego do jego wykonania w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym w trakcie pobytu 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:
- współmałżonkiem lub osobą pozostającą z nim w trwałym wspólnym pożyciu,
 - dzieckiem,
 - rodzicem, przysposabiającym, rodzicem jego współmałżonka, ojczymem lub macochą,
 - rodzeństwem, wnukiem, dziadkiem, babcią, małżonkiem dziecka;
- 17) osoba niesamodzielną** – osoba bliska, która ze względu na podeszły wiek, zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb życiowych i wymaga stałej lub długotrwałej opieki oraz pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji;
- 18) partner medyczny** – podmiot współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w ramach umowy dodatkowej;
- 19) 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;
- 20) 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);

- 21) 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;
- 22) sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji, który umożliwi Ubezpieczonemu samodzielne funkcjonowanie;
- 23) 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.

Postanowienia końcowe

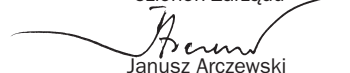
§ 29

Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego – Pomoc na Raka (wariant VIP) zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/25/04/2014 z dnia 25 kwietnia 2014 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawartych od dnia 5 maja 2014 r.

Prezes Zarządu


Jarosław Bartkiewicz

Członek Zarządu


Janusz Arczewski

Załącznik nr 1

do Ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego
na wypadek rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego
– Pomoc na Raka (wariant VIP)

Katalog świadczeń ambulatoryjnych

Badania

Badania wykonywane są na podstawie skierowania od lekarza.

Badania objęte zakresem świadczeń:

- 1) badanie PET;
- 2) badania laboratoryjne:
 - a) hematologiczne,
 - b) krzepliwości,
 - c) biochemiczne i enzymatyczne,
 - d) immunologiczne,
 - e) badanie moczu i kału,
 - f) badania serologiczne,
 - g) hormonalne i metaboliczne,
 - h) mikrobiologiczne,
 - i) markery nowotworowe,
 - j) badania cytologiczne;
- 3) biopsje i badania endoskopowe,
- 4) badania radiologiczne z kontrastem lub bez;
- 5) tomografia komputerowa z kontrastem lub bez;
- 6) rezonans magnetyczny z kontrastem lub bez;
- 7) ultrasonografia.

Konsultacja dietetyka

Jedna konsultacja Ubezpieczonego u dietetyka w ciągu każdego kolejnych 12 miesięcy polisy, w których obowiązuje umowa dodatkowa. Maksymalny limit refundacyjny jednej konsultacji u dietetyka wynosi 400 zł.

Konsultacje lekarzy specjalistów

Konsultacje specjalistyczne nie wymagają skierowania od lekarza.

Zakres świadczeń obejmuje konsultacje takich lekarzy specjalistów, jak:

- 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 ubezpieczenia dodatkowego
na wypadek rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego
– Pomoc na Raka (wariant VIP)

Katalog świadczeń assistance

Infolinia medyczna assistance

1. Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego zapewnia Ubezpieczonemu możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem infolinii medycznej assistance pod numerem +48 22 575 92 83, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu ustnej ogólnej informacji na temat:
 - 1) czynników wpływających na rozwój nowotworów;
 - 2) profilaktyki i stylu życia pozwalającego zmniejszyć ryzyko wystąpienia nowotworu;
 - 3) rodzaju badań kontrolnych i profilaktycznych w określonych grupach wiekowych, dotyczących nowotworów;
 - 4) sposobów przygotowania się do zabiegów i badań medycznych związanych z leczeniem lub diagnostyką nowotworów;
 - 5) sposobów zerwania lub radzenia sobie z nałogiem nikotynowym;
 - 6) leków, objawów niepożądanych przy ich przyjmowaniu oraz interakcji z innymi lekami;
 - 7) możliwości przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji;
 - 8) poziomowi refundacji leków;
 - 9) placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich) rekomendowanych przez lekarza partnera medycznego, w szczególności: adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego;
 - 10) placówek diagnostycznych, odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych, placówek sanatoryjnych oraz placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki uniwersytetów medycznych) znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 11) aptek znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów;
 - 12) placówek opieki społecznej i hospicjów;
 - 13) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny.
2. Informacje, o których mowa powyżej, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa wysuwania roszczeń wobec partnera medycznego lub Towarzystwa.

Przypomnienie o badaniach profilaktycznych i umawianie na nie

Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego przypomina Ubezpieczonemu o badaniach profilaktycznych w określonych grupach wiekowych, dotyczących nowotworów, oraz umawia Ubezpieczonego na wizyty związane z wykonaniem tych badań.

Transport medyczny z miejsca pobytu do placówki medycznej

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

Transport medyczny z placówki medycznej do miejsca zamieszkania

W przypadku gdy w następstwie rozpoznania nowotworu zaistniała konieczność przewiezienia Ubezpieczonego z placówki medycznej do miejsca za-

mieszkania, Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną z placówki medycznej do miejsca zamieszkania środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego. O wyborze środka transportu decyduje lekarz partnera medycznego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.

Transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi

W przypadku gdy placówka medyczna, w której na skutek rozpoznania nowotworu przebywa Ubezpieczony, nie zapewnia opieki medycznej dostosowanej do stanu jego zdrowia lub jest on skierowany na zabieg lub badania lekarskie do innej placówki medycznej, Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną pomiędzy placówkami medycznymi. Świadczenie realizowane jest na pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, po konsultacji z lekarzem partnera medycznego, i odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego. W przypadku gdy Ubezpieczony jest skierowany do innej placówki medycznej jedynie na zabiegi lub badania, 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 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 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 wydanym na podstawie dokumentacji medycznej, konieczne jest zapewnienie Ubezpieczonemu pomocy w miejscu jego pobytu, Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego zapewnia Ubezpieczonemu zorganizowanie opieki nad Ubezpieczonym i pokrycie kosztów honorarium oraz dojazdu osoby wyznaczonej do pełnienia opieki nad Ubezpieczonym w miejscu pobytu, w następującym zakresie:

- 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 zakończonym cyklu chemioterapii lub cyklu radioterapii, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego lub zaleceniem lekarza partnera medycznego wydanym na podstawie dokumentacji medycznej, konieczne jest zapewnienie Ubezpieczonemu pomocy w miejscu pobytu, Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego zapewnia Ubezpieczonemu zorganizowanie opieki nad Ubezpieczonym i pokrycie kosztów honorarium oraz dojazdu osoby wyznaczonej do pełnienia opieki nad Ubezpieczonym w miejscu pobytu, w następującym zakresie:
 - 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 wydanym na podstawie dokumentacji medycznej Ubezpieczony nie może opuszczać miejsca pobytu (z wyłączeniem pobytu w placówkach medycznych), Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego 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 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 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 w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.

Organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

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

Opieka nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi

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 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 zorganizuje opiekę nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi przez pielęgniarkę w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego i pokryje koszty takiej opieki.
3. Jeżeli po wyczerpaniu sumy ubezpieczenia z tytułu świadczeń asystanckich medycznego będzie istniała konieczność przedłużenia czasu opieki, Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną. Świadczenie jest realizowane za pisemną zgodą Ubezpieczonego, w sytuacji gdy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić, a Ubezpieczony zapewnił dostęp do miejsca przebywania dzieci lub osób 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 me-

dycznego 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 zapewni Ubezpieczonemu pomoc w:

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

Wsparcie w nowej sytuacji życiowej

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

Formularz do OWU

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego – Pomoc na Raka (wariant pełny) – ZSPRP/14/05/05

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2
	§ 11 ust. 1
	§ 12 ust. 1
	§ 13 ust. 1
	§ 14 ust. 1
	§ 18 ust. 1, 2 i 3
	§ 19 ust. 1, 2, 3, 4 i 5
	§ 20
	§ 21 ust. 1, 2, 3 i 4
	§ 22 ust. 1, 2, 3 i 4
	§ 27
	Załącznik nr 1 – Katalog świadczeń ambulatoryjnych
	Załącznik nr 2 – Katalog świadczeń assistance
	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
§ 6	
§ 7 ust. 1	
§ 12 ust. 2	
§ 13 ust. 2	
§ 15	
§ 19 ust. 7	
§ 21 ust. 7	
§ 23	

Pamiętaj, że Formularz do umowy dodatkowej należy czytać łącznie z Formularzem do Ogólnych warunków ubezpieczenia Plan Elastyczny – indeks PE/16/01/01.

Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego – Pomoc na Raka (wariant pełny)

Indeks ZSPRP/14/05/05

Ubezpieczony

§ 1

Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy dodatkowej ukończył 18. rok życia i nie ukończył 61. roku życia.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 2

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.

Umowa dodatkowa

§ 3

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 1 roku, licząc od daty rozpoczęcia ochrony.
2. Jeżeli umowa dodatkowa zawierana jest w innej dacie niż umowa podstawowa lub rocznica polisy, okres obowiązywania umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 1, zostaje wydłużony o liczbę pełnych miesięcy pozostałych do najbliższej rocznicy polisy.
3. Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na kolejne roczne okresy (zgodnie z § 4) przez okres wskazany przez Ubezpieczającego, nie dłużej jednak niż do rocznicy polisy, w której Ubezpieczony osiągnie wiek 65 lat.
4. Umowa nie ulegnie przedłużeniu, jeżeli Ubezpieczający na 1 miesiąc przed upływem okresu, o którym mowa w ust. 1–3, złoży pisemne oświadczenie o nieprzedłużaniu umowy dodatkowej.

Przedłużenie umowy dodatkowej

§ 4

1. Na 1 miesiąc przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa dodatkowa, Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu warunki przedłużenia umowy dodatkowej.

2. Ubezpieczający ma prawo w terminie 14 dni od otrzymania takiej propozycji złożyć Towarzystwu oświadczenie, że nie wyraża na nią zgody. W takim przypadku umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu z upływem okresu, na jaki została zawarta.
3. Jeżeli w terminie 14 dni od otrzymania takiej propozycji Ubezpieczający nie złoży Towarzystwu oświadczenia, o którym mowa w ust. 2, Strony umowy dodatkowej uznają, że umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na kolejny okres na zaproponowanych przez Towarzystwo warunkach.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 5

1. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało we wniosku o zawarcie umowy dodatkowej albo przed zawarciem umowy dodatkowej w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo umowy dodatkowej mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. W razie zawarcia umowy dodatkowej 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 zawarcia umowy dodatkowej, nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości.
4. Powyższe postanowienia stosuje się także przy podwyższeniu sumy ubezpieczenia – w zakresie, w jakim suma ubezpieczenia została podwyższona.

Treść umowy dodatkowej

§ 6

Treść umowy dodatkowej określają OWUD oraz dokument ubezpieczenia, a w zakresie nieuregulowanym – postanowienia umowy podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 7

1. Do ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie umowy dodatkowej mają odpowiednie zastosowanie postanowienia dotyczące ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie umowy podstawowej, z zastrzeżeniem że zawieszenie opłacania składki regularnej na wniosek Ubezpieczającego powoduje zawieszenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania umowy podstawowej lub dodatkowej;
 - 2) odstąpienia od umowy podstawowej lub dodatkowej.

Wysokość i zmiana sum ubezpieczenia

§ 8

1. Sumę ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu stanowi kwota określona w dokumencie ubezpieczenia, która jest podstawą do ustalenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia następujących zdarzeń:
 - 1) rozpoznania nowotworu;
 - 2) operacji medycznej;

- 3) cykli chemioterapii;
- 4) cykli radioterapii.
2. Sumę ubezpieczenia z tytułu świadczenia okresowego stanowi kwota określona w dokumencie ubezpieczenia, która jest podstawą do ustalenia wysokości świadczenia okresowego.
3. Sumę ubezpieczenia z tytułu świadczeń ambulatoryjnych stanowi kwota określona w dokumencie ubezpieczenia.
4. Sumę ubezpieczenia z tytułu świadczeń assistance medycznego stanowi kwota określona w dokumencie ubezpieczenia.
5. Do zmiany sum ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej mają odpowiednie zastosowanie postanowienia umowy podstawowej.

Składka z tytułu umowy dodatkowej

§ 9

Wysokość składki dodatkowej ochronnej ustalana jest na podstawie wysokości sum ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego i informacji o ryzyku ubezpieczeniowym zawartych we wniosku ubezpieczeniowym oraz innych dokumentach przekazanych Towarzystwu.

Świadczenia ubezpieczeniowe

Świadczenie z tytułu rozpoznania nowotworu

§ 10

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.

Świadczenie z tytułu operacji medycznej

§ 11

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 u Ubezpieczonego operacji medycznej nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu lub skierowania Ubezpieczonego na taką operację – 30% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu;
 - 2) w przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego operacji medycznej raka in situ lub skierowania Ubezpieczonego na taką operację – 15% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia nowotworu.

Świadczenie z tytułu cyklu chemioterapii

§ 12

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 rozpoznania i leczenia nowotworu – za każdy cykl chemioterapii raka in situ, jednak nie więcej niż za pięć cykli chemioterapii.

Świadczenie z tytułu cyklu radioterapii

§ 13

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.

Świadczenie okresowe

§ 14

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.

§ 15

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 wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w ust. 1.

Wypłata świadczeń ubezpieczeniowych

§ 16

1. Świadczenie z tytułu rozpoznania nowotworu, świadczenie z tytułu operacji medycznej, świadczenie z tytułu pierwszego cyklu chemioterapii, świadczenie z tytułu pierwszego cyklu radioterapii oraz świadczenie okresowe za pierwszy miesiąc kalendarzowy 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. Świadczenie okresowe za kolejne miesiące kalendarzowe wypłacane jest w terminie do końca każdego miesiąca kalendarzowego, za który jest należne.
 3. Świadczenia z tytułu kolejnego 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.

Dokumenty potrzebne do wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych

§ 17

1. Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu, świadczenia z tytułu operacji medycznej, świadczenia z tytułu pierwszego cyklu chemioterapii, świadczenia z tytułu pierwszego cyklu radioterapii oraz świadczenia okresowego za pierwszy miesiąc kalendarzowy jest przedstawienie przez osobę uprawnioną dokumentów wskazanych we właściwym formularzu wniosku o wypłatę świadczenia, a w przypadku świadczeń z tytułu kolejnego cyklu chemioterapii lub cyklu radioterapii podstawą ich wypłaty jest przedstawienie Towarzystwu dokumentów, o których mowa w § 16 ust. 3. Wnioski znajdują się na stronie internetowej www.axa.pl.
2. Postanowienia § 30 ust. 3 OWU stosuje się odpowiednio do dokumentów, o których mowa w ust. 1.

Ambulatoryjne świadczenia medyczne

§ 18

1. W przypadku przyznania Ubezpieczonemu przez Towarzystwo prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu Ubezpieczonemu przysługuje prawo do korzystania z ambulatoryjnych świadczeń medycznych.
2. Zakres ambulatoryjnych świadczeń medycznych przysługujący Ubezpieczonemu określony jest w katalogu świadczeń ambulatoryjnych stanowiącym Załącznik nr 1 do OWUD.
3. Towarzystwo organizuje i pokrywa koszty świadczeń, o których mowa w ust. 2, realizowanych w okresie 24 miesięcy od daty przyznania prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu, do wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu ambulatoryjnych świadczeń medycznych.
4. Ambulatoryjne świadczenia medyczne realizowane są przez placówki medyczne należące do sieci partnera medycznego, których aktualny wykaz znajduje się na stronie www.axa.pl. Informacje o aktualnym wykazie placówek medycznych, należących do sieci partnera medycznego, Ubezpieczony może uzyskać także na infolinii medycznej udostępnionej mu niezwłocznie po przyznaniu prawa do wypłaty świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu.
5. W celu ustalenia miejsca i terminu realizacji ambulatoryjnego świadczenia medycznego Ubezpieczony zobowiązany jest zadzwonić na infolinię medyczną oraz uzgodnić z konsultantem miejsce i termin realizacji świadczenia w placówce medycznej należącej do sieci partnera medycznego.
6. W celu skorzystania z ambulatoryjnego świadczenia medycznego Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) w uzgodnionym terminie zgłosić się do wskazanej przez partnera medycznego placówki medycznej;

- 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
- 3) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od pracowników placówki medycznej.

Assistance medyczny

§ 19

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

Druga Opinia Medyczna oraz pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia

§ 20

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

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

Druga Opinia Medyczna

§ 21

1. Świadczenie ubezpieczeniowe polega na organizacji procesu sporządzenia i pokryciu kosztów sporządzenia przez eksperta medycznego Drugiej Opinii Medycznej.

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

11. Treść Drugiej Opinii Medycznej uzależniona jest od prawdziwości i jakości dostarczonych informacji.
12. Koszty dostarczenia do partnera medycznego dokumentacji medycznej obciążają Ubezpieczonego.

Pomoc w planowaniu leczenia

§ 22

1. Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego zapewnia Ubezpieczonemu pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia zalecanego w raporcie Drugiej Opinii Medycznej, polegającą na organizacji świadczeń wskazanych w ust. 3.
2. Świadczenie pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia przysługuje Ubezpieczonemu wyłącznie w przypadku wcześniejszego wydania Drugiej Opinii Medycznej.
3. W ramach pomocy w planowaniu leczenia lub w organizacji leczenia partner medyczny, 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 trzy placówki medyczne poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które mogą podjąć się leczenia Ubezpieczonego w zakresie wskazanym w Drugiej Opinii Medycznej;
 - 4) organizuje proces leczenia w placówkach medycznych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej specjalizujących się w leczeniu nowotworu rozpoznanego u Ubezpieczonego;
 - 5) organizuje transport Ubezpieczonego do placówki medycznej poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, gdzie będzie przeprowadzone leczenie w zakresie wskazanym w Drugiej Opinii Medycznej, oraz organizuje zakwaterowanie Ubezpieczonego w hotelu poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
4. Zapewnienie Ubezpieczonemu pomocy w organizacji leczenia polega wyłącznie na organizacji przez partnera medycznego wskazanych wyżej świadczeń na koszt Ubezpieczonego.
5. Świadczenia w ramach pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia realizowane są na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez Ubezpieczonego do partnera medycznego.
6. Zgłaszając wniosek o realizację świadczenia w ramach pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia, Ubezpieczony zobowiązany jest podać wszelkie informacje potrzebne do udzielenia należytej pomocy z zakresu tego świadczenia.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 23

1. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje rozpoznania nowotworów:
 - 1) które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed datą rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej lub przed upływem 3 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej;
 - 2) których objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed datą rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe z tytułu umowy dodatkowej nie zostaną wypłacone w przypadku, gdy 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;
 - 3) działań wojennych, zbrojnych albo świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy lub

zamieszkach, chyba że jego udział w tych aktach lub zamieszkach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej.

3. Towarzystwo nie ponosi także odpowiedzialności z tytułu wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV w momencie rozpoznania u Ubezpieczonego nowotworu.

Odstąpienie od umowy dodatkowej

§ 24

Do odstąpienia od umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia dotyczące umowy podstawowej, z zastrzeżeniem że w przypadku odstąpienia od umowy dodatkowej Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu składkę dodatkową ochronną, pomniejszoną o kwotę odpowiadającą składce należnej za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 25

Do wypowiedzenia umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia dotyczące umowy podstawowej.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 26

1. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - 1) z upływem okresu, na jaki została zawarta;
 - 2) z dniem przyznania Ubezpieczonemu prawa do świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu;
 - 3) z dniem złożenia przez Ubezpieczającego wypowiedzenia umowy dodatkowej lub z późniejszym dniem, wskazanym przez Ubezpieczającego w oświadczeniu o wypowiedzeniu umowy dodatkowej;
 - 4) z dniem przejścia przez Towarzystwo obowiązku opłacania składek należnych z tytułu umowy ubezpieczenia zgodnie z Ogólnymi warunkami ubezpieczenia dodatkowego przejścia opłacania składek na wypadek niezdolności Ubezpieczonego do pracy;
 - 5) z dniem zakończenia okresu prolongaty, jeżeli Ubezpieczający, pomimo wezwania do zapłaty, nie opłacił zaległych składek regularnych w terminie wskazanym w wezwaniu, nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania wezwania;
 - 6) z dniem rozwiązania lub odstąpienia od umowy podstawowej.
2. Jeżeli umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu przed upływem okresu, za który została opłacona składka dodatkowa ochronna, Towarzystwo dokona zwrotu składki dodatkowej ochronnej za niewykorzystany okres ochrony.

Definicje

§ 27

- 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 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 Światową Organizację Zdrowia;
- 8) **lekarz partnera medycznego** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z prawem polskim, wskazana przez partnera medycznego i uprawniona do występowania w imieniu partnera medycznego;
- 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, niezłośliwego guza 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 T2N0M0 lub poniżej 6 punktów w skali Gleasona,
 - nowotworów złośliwych pęcherza moczowego (C67 wg ICD 10) w stopniu zaawansowania Tis oraz Ta,
 - nowotworów złośliwych tarczycy (C73 wg ICD 10) o średnicy poniżej 2 cm oraz w stopniu zaawansowania T1N0M0,
 - przewlekłej białaczki limfatycznej (C91 wg ICD 10) w stopniu A (wg klasyfikacji Bineta),
 - dysplazji,
 - wszelkich zmian przedrakowych;
- 15) **operacja medyczna** – zabieg medyczny polegający na przecięciu tkanek, przeprowadzony przez lekarza uprawnionego do jego wykonania w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym w trakcie pobytu 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:
 - współmałżonkiem lub osobą pozostającą z nim w trwałym wspólnym pożyciu,
 - dzieckiem,

- rodzicem, przysposabiającym, rodzicem jego współmałżonka, ojczy-
mem lub macochą,
– 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 samodziel-
nie zaspokajać swoich potrzeb życiowych i wymaga stałej lub długo-
trwałej opieki oraz pomocy innych osób w związku z niezdolnością do
samodzielnej egzystencji;
- 18) partner medyczny** – podmiot współpracujący z Towarzystwem w zakre-
sie udzielania świadczeń w ramach umowy dodatkowej;
- 19) placówka medyczna** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami
prawa podmiot leczniczy, którego zadaniem jest świadczenie przez wy-
kwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodzien-
nej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów
chirurgicznych; za placówkę medyczną nie uważa się: ośrodka opieki
społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka le-
czenia uzależnień, w szczególności od: alkoholu, narkotyków lub le-
ków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa;
- 20) rak in situ (carcinoma in situ)** – choroba zakwalifikowana według ICD
10 w rozdziale „Nowotwory in situ” (D00-D09), polegająca na ogni-
skowym, 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 przeprowadzone-
go 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 chi-
rurgicznie,
– raka in situ pęcherza moczowego (D09.0 wg ICD 10);
- 21) rozpoznanie** – rozpoznanie nowotworu objętego zakresem ochrony
ubezpieceniowej, udokumentowane wynikiem badania histopatolo-

gicznego przeprowadzonego przez lekarza patomorfologa, a w przy-
padku niezłośliwego guza mózgu potwierdzone przez lekarza neurolo-
ga 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 me-
dycznej potwierdzającej w sposób jednoznaczny rozpoznanie niezłośli-
wego guza mózgu;

- 22) sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji, który
umożliwia Ubezpieczonemu samodzielne funkcjonowanie;
- 23) 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 psy-
chicznie chorych, hospicjum, ośrodka, oddziału i pododdziału szpital-
nego leczenia nerwic, ośrodka leczenia uzależnień, w szczególności
od: alkoholu, narkotyków lub leków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka
wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala rehabili-
tacji, oddziału i ośrodka rehabilitacji.

Postanowienia końcowe

§ 28

Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek rozpo-
znania nowotworu u Ubezpieczonego – Pomoc na Raka (wariant pełny) zo-
stały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/25/04/2014 z dnia
25 kwietnia 2014 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawartych
od dnia 5 maja 2014 r.

Prezes Zarządu

Jarosław Bartkiewicz

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Załącznik nr 1

do Ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego
na wypadek rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego
– Pomoc na Raka (wariant pełny)

Katalog świadczeń ambulatoryjnych

Badania

Badania wykonywane są na podstawie skierowania od lekarza.

Badania objęte zakresem świadczeń:

- 1) badanie PET;
- 2) badania laboratoryjne:
 - a) hematologiczne,
 - b) krzepliwości,
 - c) biochemiczne i enzymatyczne,
 - d) immunologiczne,
 - e) badanie moczu i kału,
 - f) badania serologiczne,
 - g) hormonalne i metaboliczne,
 - h) mikrobiologiczne,
 - i) markery nowotworowe,
 - j) badania cytologiczne;
- 3) biopsje i badania endoskopowe;
- 4) badania radiologiczne z kontrastem lub bez;
- 5) tomografia komputerowa z kontrastem lub bez;
- 6) rezonans magnetyczny z kontrastem lub bez;
- 7) ultrasonografia.

Konsultacje lekarzy specjalistów

Konsultacje specjalistyczne nie wymagają skierowania od lekarza.

Zakres świadczeń obejmuje konsultacje takich lekarzy specjalistów, jak:

- 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 ubezpieczenia dodatkowego
na wypadek rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego
– Pomoc na Raka (wariant pełny)

Katalog świadczeń assistance

Infolinia medyczna assistance

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

Transport medyczny z miejsca pobytu do placówki medycznej

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

Transport medyczny z placówki medycznej do miejsca pobytu

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

O wyborze środka transportu decyduje lekarz partnera medycznego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.

Transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi

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

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

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

Opieka pielęgniarska w miejscu pobytu

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

Opieka domowa po hospitalizacji

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

- 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 zakończonym cyklu chemioterapii lub cyklu radioterapii, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego lub zaleceniem lekarza partnera medycznego wydanym na podstawie dokumentacji medycznej, konieczne jest zapewnienie Ubezpieczonemu pomocy w miejscu pobytu, Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego zapewnia Ubezpieczonemu zorganizowanie opieki nad Ubezpieczonym i pokrycie kosztów honorarium oraz dojazdu osoby

wyznaczonej do pełnienia opieki nad Ubezpieczonym w miejscu pobytu, w następującym zakresie:

- 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 wydanym na podstawie dokumentacji medycznej Ubezpieczony nie może opuścić miejsca pobytu (z wyłączeniem pobytu w placówkach medycznych), Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego zorganizuje zakup i pokryje koszty dostarczenia do Ubezpieczonego leków przepisanych przez lekarza prowadzącego.

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 receptę niezbędną do wykupienia leku.

Rehabilitacja

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

- 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 w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.

Organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

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

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

Dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego

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

Opieka nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi

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 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 zorganizuje opiekę nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi przez pielęgniarkę w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego i pokryje koszty takiej opieki.
3. Jeżeli po wyczerpaniu sumy ubezpieczenia z tytułu świadczeń asystanckich medycznych będzie istniała konieczność przedłużenia czasu opieki, Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną. Świadczenie jest realizowane za pisemną zgodą Ubezpieczonego, w sytuacji gdy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić, a Ubezpieczony zapewnił dostęp do miejsca przebywania dzieci lub osób niesamodzielnych.

Pomoc psychologa, psychoonkologa lub terapeuty

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

Informacja onkologiczna

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

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

Wsparcie w nowej sytuacji życiowej

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

Formularz do OWU

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego – Pomoc na Raka (wariant uzupełniający) – indeks ZSPRU/14/05/05

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 § 10 ust. 1 § 13 ust. 1, 2 i 3 § 14 ust. 1, 2, 3, 4 i 5 § 15 § 16 ust. 1, 2, 3 i 4 § 17 ust. 1, 2, 3 i 4 § 22 Załącznik nr 1 – Katalog świadczeń ambulatoryjnych Załącznik nr 2 – Katalog świadczeń assistance
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 3 § 6 § 7 ust. 1 § 14 ust. 7 § 16 ust. 7 § 18

Pamiętaj, że Formularz do umowy dodatkowej należy czytać łącznie z Formularzem do Ogólnych warunków ubezpieczenia Plan Elastyczny – indeks PE/16/01/01.

Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego – Pomoc na Raka (wariant uzupełniający)

Indeks ZSPRU/14/05/05

Ubezpieczony

§ 1

Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy dodatkowej ukończył 18. rok życia i nie ukończył 61. roku życia.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) świadczenie okresowe w przypadku rozpoznania u Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu;
 - 2) organizację i pokrycie kosztów ambulatoryjnych świadczeń medycznych realizowanych w okresie 24 miesięcy od daty potwierdzenia przez Towarzystwo rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego, które to rozpoznanie nastąpiło w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) assistance medyczny realizowany w okresie 24 miesięcy od daty potwierdzenia przez Towarzystwo rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego, które to rozpoznanie nastąpiło w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 4) Drugą Opinię Medyczną oraz pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia, o których realizację wystąpił Ubezpieczony w okresie 24 miesięcy od daty potwierdzenia przez Towarzystwo rozpoznania nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu u Ubezpieczonego, które to rozpoznanie nastąpiło w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Umowa dodatkowa

§ 3

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 1 roku, licząc od daty rozpoczęcia ochrony.
2. Jeżeli umowa dodatkowa zawierana jest w innej dacie niż umowa podstawowa lub rocznica polisy, okres obowiązywania umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 1, zostaje wydłużony o liczbę pełnych miesięcy pozostałych do najbliższej rocznicy polisy.
3. Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na kolejne roczne okresy (zgodnie z § 4) przez okres wskazany przez Ubezpieczającego, nie dłużej jednak niż do rocznicy polisy, w której Ubezpieczony osiągnie wiek 65 lat.
4. Umowa nie ulegnie przedłużeniu, jeżeli Ubezpieczający na 1 miesiąc przed upływem okresu, o którym mowa w ust. 1–3, złoży pisemne oświadczenie o nieprzedłużaniu umowy dodatkowej.

Przedłużenie umowy dodatkowej

§ 4

1. Na 1 miesiąc przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa dodatkowa, Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu warunki przedłużenia umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczający ma prawo w terminie 14 dni od otrzymania takiej propozycji złożyć Towarzystwu oświadczenie, że nie wyraża na nią zgody. W takim przypadku umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu z upływem okresu, na jaki została zawarta.
3. Jeżeli w terminie 14 dni od otrzymania takiej propozycji Ubezpieczający nie złoży Towarzystwu oświadczenia, o którym mowa w ust. 2, Strony umowy dodatkowej uznają, że umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na kolejny okres na zaproponowanych przez Towarzystwo warunkach.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 5

1. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało we wniosku o zawarcie umowy dodatkowej albo przed zawarciem umowy dodatkowej w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo umowy dodatkowej mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. W razie zawarcia umowy dodatkowej 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 zawarcia umowy dodatkowej nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości.
4. Powyższe postanowienia stosuje się także przy podwyższeniu sumy ubezpieczenia – w zakresie, w jakim suma ubezpieczenia została podwyższona.

Treść umowy dodatkowej

§ 6

Treść umowy dodatkowej określają OWUD oraz dokument ubezpieczenia, a w zakresie nieuregulowanym – postanowienia umowy podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 7

1. Do ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie umowy dodatkowej mają odpowiednie zastosowanie postanowienia dotyczące ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie umowy podstawowej, z zastrzeżeniem że zawieszenie opłacania składki regularnej na wniosek Ubezpieczającego powoduje zawieszenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania umowy podstawowej lub dodatkowej;
 - 2) odstąpienia od umowy podstawowej lub dodatkowej.

Wysokość i zmiana sum ubezpieczenia

§ 8

1. Sumę ubezpieczenia z tytułu świadczenia okresowego stanowi kwota określona w dokumencie ubezpieczenia, która jest podstawą do ustalenia wysokości świadczenia okresowego.
2. Sumę ubezpieczenia z tytułu świadczeń ambulatoryjnych stanowi kwota określona w dokumencie ubezpieczenia.
3. Sumę ubezpieczenia z tytułu świadczeń assistance medycznego stanowi kwota określona w dokumencie ubezpieczenia.
4. Do zmiany sum ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej mają odpowiednie zastosowanie postanowienia umowy podstawowej.

Składka z tytułu umowy dodatkowej

§ 9

Wysokość składki dodatkowej ochronnej ustalana jest na podstawie wysokości sum ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego i informacji o ryzyku ubezpieczeniowym zawartych we wniosku ubezpieczeniowym oraz innych dokumentach przekazanych Towarzystwu.

Świadczenia ubezpieczeniowe

Świadczenie okresowe

§ 10

1. W przypadku rozpoznania u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu, w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, Ubezpieczony nabywa prawa do świadczenia okresowego na zasadach opisanych poniżej.
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 Towarzystwo potwierdziło rozpoznanie u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu, jednak nie dłużej niż do miesiąca kalendarzowego, w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego.

Wypłata świadczenia okresowego

§ 11

1. Świadczenie okresowe za pierwszy miesiąc kalendarzowy wypłacane jest w terminie 21 dni od dnia otrzymania przez Towarzystwo zawiadomienia o rozpoznaniu u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu.
2. Świadczenie okresowe za kolejne miesiące kalendarzowe wypłacane jest w terminie do końca każdego miesiąca kalendarzowego, za który jest należne.
3. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazałoby się niemożliwe w terminie, o którym mowa w ust. 1, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie 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.

Dokumenty potrzebne do wypłaty świadczenia okresowego

§ 12

Podstawą wypłaty świadczenia okresowego za pierwszy miesiąc kalendarzowy jest przedstawienie przez osobę uprawnioną dokumentów, o których mowa w § 30 ust. 2 i 3 OWU.

Ambulatoryjne świadczenia medyczne

§ 13

1. W przypadku potwierdzenia przez Towarzystwo rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego, które to rozpoznanie nastąpiło w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, 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 potwierdzenia przez Towarzystwo rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego, które to rozpoznanie nastąpiło w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, do wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu ambulatoryjnych świadczeń medycznych.
4. Ambulatoryjne świadczenia medyczne realizowane są przez placówki medyczne należące do sieci partnera medycznego, których aktualny wykaz znajduje się na stronie www.axa.pl. Informacje o aktualnym wykazie placówek medycznych, należących do sieci partnera medycznego, Ubezpieczony może uzyskać także na infolinii medycznej udostępnionej mu niezwłocznie po przyznaniu prawa do wypłaty świadczenia z tytułu rozpoznania nowotworu.
5. W celu ustalenia miejsca i terminu realizacji ambulatoryjnego świadczenia medycznego Ubezpieczony zobowiązany jest zadzwonić na infolinię medyczną oraz uzgodnić z konsultantem miejsce i termin realizacji świadczenia w placówce medycznej należącej do sieci partnera medycznego.

6. W celu skorzystania z ambulatoryjnego świadczenia medycznego Ubezpieczony zobowiązany jest:

- 1) w uzgodnionym terminie zgłosić się do wskazanej przez partnera medycznego placówki medycznej;
- 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
- 3) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od pracowników placówki medycznej.

Assistance medyczny

§ 14

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

Druga Opinia Medyczna oraz pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia

§ 15

W przypadku potwierdzenia przez Towarzystwo rozpoznania u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego lub niezłośliwego guza mózgu, które to rozpoznanie nastąpiło w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo, za pośrednictwem partnera medycznego, zorganizuje lub pokryje koszty następujących świadczeń:

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

Druga Opinia Medyczna

§ 16

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

- Druga Opinia Medyczna nie ma wartości dowodu sądowego. Towarzystwo i partner medyczny nie ponoszą odpowiedzialności za skutki interpretacji informacji zawartych w Drugiej Opinii Medycznej ani jakichkolwiek działań lub zaniechania działania w oparciu o te interpretacje.
- Treść Drugiej Opinii Medycznej uzależniona jest od prawdziwości i jakości dostarczonych informacji.
- Koszty dostarczenia do partnera medycznego dokumentacji medycznej obciążają Ubezpieczonego.

Pomoc w planowaniu leczenia

§ 17

- Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego zapewnia Ubezpieczonemu pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia zalecanego w raporcie Drugiej Opinii Medycznej, polegającą na organizacji świadczeń wskazanych w ust. 3.
- Świadczenie pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia przysługuje Ubezpieczonemu wyłącznie w przypadku wcześniejszego wydania Drugiej Opinii Medycznej.
- W ramach pomocy w planowaniu leczenia lub w organizacji leczenia partner medyczny, według wyboru i w porozumieniu z Ubezpieczonym:
 - 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;
 - 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;
 - wskazuje Ubezpieczonemu maksymalnie trzech zagranicznych lekarzy lub trzy placówki medyczne poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które mogą podjąć się leczenia Ubezpieczonego w zakresie wskazanym w Drugiej Opinii Medycznej;
 - organizuje proces leczenia w placówkach medycznych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej specjalizujących się w leczeniu nowotworu rozpoznanego u Ubezpieczonego;
 - 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.
- Zapewnienie Ubezpieczonemu pomocy w organizacji leczenia polega wyłącznie na organizacji przez partnera medycznego wskazanych wyżej świadczeń na koszt Ubezpieczonego.
- Świadczenia w ramach pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia realizowane są na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez Ubezpieczonego do partnera medycznego.
- 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.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 18

- Zakres ubezpieczenia nie obejmuje rozpoznania nowotworów:
 - które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed datą rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej lub przed upływem 3 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej;
 - których objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed datą rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej.
- Świadczenia ubezpieczeniowe z tytułu umowy dodatkowej nie zostaną wypłacone w przypadku, gdy 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;
 - 3) działań wojennych, zbrojnych albo świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach, chyba że jego udział w tych aktach lub zamieszkach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej.
3. Towarzystwo nie ponosi także odpowiedzialności z tytułu wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV w momencie rozpoznania u Ubezpieczonego nowotworu.

Odstąpienie od umowy dodatkowej

§ 19

Do odstąpienia od umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia dotyczące umowy podstawowej, z zastrzeżeniem że w przypadku odstąpienia od umowy dodatkowej Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu składkę dodatkową ochronną, pomniejszoną o kwotę odpowiadającą składce należnej za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 20

Do wypowiedzenia umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia dotyczące umowy podstawowej.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 21

1. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu:

- 1) z upływem okresu, na jaki została zawarta;
 - 2) z dniem przyznania Ubezpieczonemu prawa do świadczenia okresowego;
 - 3) z dniem złożenia przez Ubezpieczającego wypowiedzenia umowy dodatkowej lub z późniejszym dniem, wskazanym przez Ubezpieczającego w oświadczeniu o wypowiedzeniu umowy dodatkowej;
 - 4) z dniem przejścia przez Towarzystwo obowiązku opłacania składek należnych z tytułu umowy ubezpieczenia zgodnie z Ogólnymi warunkami ubezpieczenia dodatkowego przejścia opłacania składek na wypadek niezdolności Ubezpieczonego do pracy;
 - 5) z dniem zakończenia okresu prolongaty, jeżeli Ubezpieczający, pomimo wezwania do zapłaty, nie opłacił zaległych składek regularnych z tytułu umowy dodatkowej w terminie wskazanym w wezwaniu, nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania wezwania;
 - 6) z dniem rozwiązania lub odstąpienia od umowy podstawowej.
2. Jeżeli umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu przed upływem okresu, za który została opłacona składka dodatkowa ochronna, Towarzystwo dokona zwrotu składki dodatkowej ochronnej za niewykorzystany okres ochrony.

Definicje

§ 22

- 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 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 Światową Organizację Zdrowia;
- 8) **lekarz partnera medycznego** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z prawem polskim, wskazana przez partnera medycznego i uprawniona do występowania w imieniu partnera medycznego;
- 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) **niezłśliwy 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 trwałe ubytki neurologiczne. zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
 - krwiałków,
 - ziarniaków,
 - cyst,
 - guzów szyszynki lub przysadki mózgowej,
 - malformacji naczyń mózgowych,
 - tętniaków;
- 13) **nowotwór** – oznacza nowotwór złośliwy, niezłśliwego guza mózgu lub raka in situ;
- 14) **nowotwór złośliwy** – choroba zakwalifikowana według ICD 10 w dziale „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) **osoba bliska** – osoba pozostająca z Ubezpieczonym, w momencie realizacji świadczenia assistance medycznego, we wspólnym gospodarstwie domowym znajdującym się w miejscu zamieszkania, będąca dla Ubezpieczonego:
 - współmałżonkiem lub osobą pozostającą z nim w trwałym wspólnym pożyciu,
 - dzieckiem,
 - rodzicem, przysposabiającym, rodzicem jego współmałżonka, ojczymem lub macochą,
 - rodzeństwem, wnukiem, dziadkiem, babcią, małżonkiem dziecka;

- 16) **osoba niesamodzielną** – osoba bliska, która ze względu na podeszły wiek, zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb życiowych i wymaga stałej lub długotrwałej opieki oraz pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji;
- 17) **partner medyczny** – podmiot współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w ramach umowy dodatkowej;
- 18) **placówka medyczna** – działająca zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa podmiot leczniczy, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodzienniej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za placówkę medyczną nie uważa się: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień w szczególności od: alkoholu, narkotyków lub leków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa;
- 19) **rak in situ (carcinoma in situ)** – choroba zakwalifikowana według ICD 10 w rozdziale „Nowotwory in situ” (D00-D09), polegająca na ogniskowym, miejscowym rozroście komórek nowotworowych, który nie przekroczył błony podstawnej nabłonka, z którego się wywodzi, i nie doprowadził do inwazji na tkanki otaczające; rozpoznanie musi zostać potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego przeprowadzonego przez lekarza patomorfologa;
- zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
- raka in situ skóry (D04 wg ICD 10),
 - czerniaka in situ (D03 wg ICD 10),
 - raka in situ tarczycy (D09.3 wg ICD 10), który nie jest leczony chirurgicznie,
 - raka in situ pęcherza moczowego (D09.0 wg ICD 10);
- 20) **rozpoznanie** – rozpoznanie nowotworu objętego zakresem ochrony ubezpieczeniowej, udokumentowane wynikiem badania histopatologicznego przeprowadzonego przez lekarza patomorfologa, a w przypadku niezłośliwego guza mózgu potwierdzone przez lekarza neurologa lub neurochirurga; za datę rozpoznania nowotworu złośliwego oraz raka in situ przyjmuje się datę wyniku badania histopatologicznego potwierdzającego rozpoznanie; w przypadku niezłośliwego guza mózgu za datę rozpoznania przyjmuje się datę wskazaną w dokumentacji medycznej potwierdzającej w sposób jednoznaczny rozpoznanie niezłośliwego guza mózgu;
- 21) **sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji, który umożliwia Ubezpieczonemu samodzielne funkcjonowanie;
- 22) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład opieki leczniczej 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.

Postanowienia końcowe

§ 23

Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego – Pomoc na Raka (wariant uzupełniający) zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/25/04/2014 z dnia 25 kwietnia 2014 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawartych od dnia 5 maja 2014 r.

Załącznik nr 1

do Ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego na wypadek rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego – Pomoc na Raka (wariant uzupełniający)

Katalog świadczeń ambulatoryjnych

Badania

Badania wykonywane są na podstawie skierowania od lekarza.

Badania objęte zakresem świadczeń:

- 1) badanie PET;
- 2) badania laboratoryjne:
 - a) hematologiczne,
 - b) krzepliwości,
 - c) biochemiczne i enzymatyczne,
 - d) immunologiczne,
 - e) badanie moczu i kału,
 - f) badania serologiczne,
 - g) hormonalne i metaboliczne,
 - h) mikrobiologiczne,
 - i) markery nowotworowe,
 - j) badania cytologiczne;
- 3) biopsje i badania endoskopowe,
- 4) badania radiologiczne z kontrastem lub bez;
- 5) tomografia komputerowa z kontrastem lub bez;
- 6) rezonans magnetyczny z kontrastem lub bez;
- 7) ultrasonografia.

Konsultacje lekarzy specjalistów

Konsultacje specjalistyczne nie wymagają skierowania od lekarza.

Zakres świadczeń obejmuje konsultacje takich lekarzy specjalistów, jak:

- 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.

Prezes Zarządu

Jarosław Bartkiewicz

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Załącznik nr 2

do Ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego na wypadek rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego – Pomoc na Raka (wariant uzupełniający)

Katalog świadczeń assistance

Infolinia medyczna assistance

- Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego zapewnia Ubezpieczonemu możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem infolinii medycznej assistance pod numerem +48 22 575 92 83, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu ustnej ogólnej informacji na temat:
 - czynników wpływających na rozwój nowotworów;
 - profilaktyki i stylu życia pozwalającego zmniejszyć ryzyko wystąpienia nowotworu;
 - rodzaju badań kontrolnych i profilaktycznych w określonych grupach wiekowych, dotyczących nowotworów;
 - sposobów przygotowania się do zabiegów i badań medycznych związanych z leczeniem lub diagnostyką nowotworów;
 - sposobów zerwania lub radzenia sobie z nałogiem nikotynowym;
 - leków, objawów niepożądanych przy ich przyjmowaniu oraz interakcji z innymi lekami;
 - możliwości przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji;
 - poziomu refundacji leków;
 - placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich) rekomendowanych przez lekarza partnera medycznego, w szczególności: adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego;
 - placówek diagnostycznych, odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych, placówek sanatoryjnych oraz placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki uniwersytetów medycznych) znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - apteki znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów;
 - placówek opieki społecznej i hospicjów;
 - placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny.
- Informacje, o których mowa powyżej, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa żądania roszczeń wobec partnera medycznego lub Towarzystwa.

Transport medyczny z miejsca pobytu do placówki medycznej

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

Transport medyczny z placówki medycznej do miejsca pobytu

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

O wyborze środka transportu decyduje lekarz partnera medycznego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.

Transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi

W przypadku gdy placówka medyczna, w której na skutek rozpoznania nowotworu przebywa Ubezpieczony, nie zapewnia opieki medycznej dostosowanej do stanu jego zdrowia lub jest on skierowany na zabieg lub badania lekarskie do innej placówki medycznej, Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną pomiędzy placówkami medycznymi. Świadczenie realizowane jest na pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, po konsultacji z lekarzem partnera medycznego, i odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego. W przypadku gdy Ubezpieczony jest skierowany do innej placówki medycznej jedynie na zabieg lub badania, 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 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 zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdu oraz honorarium pielęgniarki w celu zapewnienia Ubezpieczonemu opieki pielęgniarskiej w miejscu pobytu w zakresie zaleconym przez lekarza prowadzącego. Zakres świadczenia nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu: żywności, leków, środków medycznych lub materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej. Koszty, o których mowa w zdaniu poprzednim, pokrywa Ubezpieczony.

Opieka domowa po hospitalizacji

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

Opieka domowa po cyklu chemioterapii lub cyklu radioterapii

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

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

- 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 leków

1. Jeżeli w następstwie rozpoznania nowotworu Ubezpieczonemu zostały zaordynowane leki przez lekarza prowadzącego i zgodnie z jego pisemnym zaleceniem lub zaleceniem lekarza partnera medycznego wydanym na podstawie dokumentacji medycznej Ubezpieczony nie może opuszczać miejsca pobytu (z wyłączeniem pobytu w placówkach medycznych), Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego zorganizuje zakup i pokryje koszty dostarczenia do Ubezpieczonego leków przepisanych przez lekarza prowadzącego.
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 receptę niezbędną do wykupienia leku.

Rehabilitacja

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

- 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 w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.

Organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

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

Dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego

Jeżeli w następstwie rozpoznania nowotworu Ubezpieczony powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego lub zaleceniem lekarza partnera medycznego wydanym na podstawie dokumentacji medycznej, Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego zapewni zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego (z wyłącze-

niem 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 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 zorganizuje opiekę nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi przez pielęgniarkę w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego i pokryje koszty takiej opieki.
3. Jeżeli po wyczerpaniu sumy ubezpieczenia z tytułu świadczeń asystanckich medycznych będzie istniała konieczność przedłużenia czasu opieki, Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną. Świadczenie jest realizowane za pisemną zgodą Ubezpieczonego, w sytuacji gdy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić, a Ubezpieczony zapewnił dostęp do miejsca przebywania dzieci lub osób 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 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 zapewni Ubezpieczonemu pomoc w:

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

Wsparcie w nowej sytuacji życiowej

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

Formularz do OWU

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu – indeks ZSSU/14/05/05

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 § 16
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 3 § 6 § 7 ust. 1 § 10 ust. 3 i 4 § 11

Pamiętaj, że Formularz do umowy dodatkowej należy czytać łącznie z Formularzem do Ogólnych warunków ubezpieczenia Plan Elastyczny – indeks PE/16/01/01.

Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu

Indeks ZSSU/14/05/05

Ubezpieczony

§ 1

Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy dodatkowej ukończył 13. i nie ukończył 61. roku życia.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, w celu leczenia:
 - 1) choroby rozpoznanej w okresie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) obrażeń ciała powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej.

Umowa dodatkowa

§ 3

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 1 roku, licząc od daty rozpoczęcia ochrony.
2. Jeżeli umowa dodatkowa zawierana jest w innej dacie niż umowa podstawowa lub rocznica polisy, okres obowiązywania umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 1, zostaje wydłużony o liczbę pełnych miesięcy pozostałych do najbliższej rocznicy polisy.
3. Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu (zgodnie z § 4) na okres 1 roku – nie dłużej jednak niż do rocznicy polisy, w której Ubezpieczony osiągnie wiek 65 lat.
4. Umowa nie ulegnie przedłużeniu, jeżeli Ubezpieczający na 1 miesiąc przed upływem okresu, o którym mowa w ust. 1–3, złoży pisemne oświadczenie o nieprzedłużaniu umowy dodatkowej.

Przedłużenie umowy dodatkowej

§ 4

1. Na 1 miesiąc przed upływem okresu, na który została zawarta umowa dodatkowa, Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu warunki przedłużenia umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczający ma prawo w terminie 14 dni od otrzymania takiej propozycji złożyć Towarzystwu oświadczenie, że nie wyraża na nią zgody. W takim przypadku umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu z upływem okresu, na który została zawarta.
3. Jeżeli w terminie 14 dni od otrzymania takiej propozycji Ubezpieczający nie złoży Towarzystwu żadnego oświadczenia, Strony umowy dodatkowej uznają, że umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na kolejny okres na zaproponowanych przez Towarzystwo warunkach, z zastrzeżeniem § 3 ust. 4.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 5

1. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało we wniosku o zawarcie umowy dodatkowej albo przed zawarciem umowy dodatkowej w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę

dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo umowy dodatkowej mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

2. W razie zawarcia umowy dodatkowej 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 zawarcia umowy dodatkowej nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości.
4. Powyższe postanowienia stosuje się także przy podwyższeniu sumy ubezpieczenia – w zakresie, w jakim suma ubezpieczenia została podwyższona.

Treść umowy dodatkowej

§ 6

Treść umowy dodatkowej określają OWUD oraz dokument ubezpieczenia, a w zakresie nieuregulowanym – postanowienia umowy podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 7

1. Do ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie umowy dodatkowej mają odpowiednie zastosowanie postanowienia dotyczące ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie umowy podstawowej, z zastrzeżeniem że zawieszenie opłacania składki regularnej na wniosek Ubezpieczającego powoduje zawieszenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania umowy podstawowej lub dodatkowej;
 - 2) odstąpienia od umowy podstawowej lub dodatkowej.

Wysokość i zmiana sumy ubezpieczenia

§ 8

1. Sumę ubezpieczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w okresie odpowiedzialności Towarzystwa stanowi kwota określona w dokumencie ubezpieczenia.
2. Do zmiany sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej mają odpowiednie zastosowanie postanowienia umowy podstawowej.

Składka z tytułu umowy dodatkowej

§ 9

Wysokość składki dodatkowej ochronnej ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego i informacji o ryzyku ubezpieczeniowym zawartych we wniosku ubezpieczeniowym i innych dokumentach przekazanych Towarzystwu.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 10

1. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie, ustalone na podstawie sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu rozpoczęcia pobytu w szpitalu, w następującej wysokości:

- 1) w przypadku pobytu w szpitalu w celu leczenia obrażeń ciała:
 - a) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu,
 - b) 0,5% sumy ubezpieczenia za 15. i każdy kolejny dzień pobytu w szpitalu;
- 2) w przypadku pobytu w szpitalu w celu leczenia choroby – 0,5% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za każdy dzień pobytu w szpitalu;
- 3) jeżeli pobyt w szpitalu spowodowany był zarówno chorobą, jak i obrażeniami ciała:
 - a) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu,
 - b) 0,5% sumy ubezpieczenia za 15. i każdy kolejny dzień pobytu w szpitalu.
2. Do obliczania wysokości świadczenia, za dzień pobytu w szpitalu uważa się każde pełne 24 godziny.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa ogranicza się do świadczeń ubezpieczeniowych za 100 dni pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w danym roku polisy.
4. W przypadku gdy umowa dodatkowa została zawarta w innej dacie niż umowa podstawowa lub rocznica polisy, w okresie od daty rozpoczęcia ochrony do najbliższej rocznicy polisy limit świadczeń ubezpieczeniowych, o którym mowa w ust. 4, ulega proporcjonalnemu zmniejszeniu w zależności od długości okresu od daty zawarcia umowy dodatkowej do najbliższej rocznicy polisy.
5. Świadczenie wypłacane jest po zakończeniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Po każdym 30 kolejnych dniach pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, na wniosek Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci część świadczenia przypadającą na ten 30-dniowy okres.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 11

1. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje pobytu w szpitalu:
 - 1) jeśli pobyt ten rozpoczął się przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej;
 - 2) w celu leczenia choroby, który rozpoczął się w pierwszych 3 miesiącach od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej;
 - 3) w celu leczenia chorób, których przyczyny zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej;
 - 4) w celu leczenia obrażeń ciała, będących następstwem nieszczęśliwych wypadków, które miały miejsce przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy pobyt w szpitalu został spowodowany wskutek:
 - 1) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w jego organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 2) niezaleconego przez lekarza zażycia przez Ubezpieczonego leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych;
 - 3) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 4) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka;
 - 5) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
 - 6) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych;
 - 7) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych;
 - 8) utraty przytomności poprzedzającej fizyczne obrażenia ciała, w tym napadów padaczkowych;

- 9) działań wojennych, zbrojnych albo świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach, chyba że jego udział w tych aktach lub zamieszkach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 10) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę; niezależnie od stanu poczytalności.
3. Ponadto świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli celem pobytu w szpitalu jest:
 - 1) leczenie lub poddanie się przez Ubezpieczonego zabiegowi pozostającemu w związku z ciążą, porodem lub pociąganiem;
 - 2) poddanie się Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, któremu uległ Ubezpieczony w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej;
 - 3) wykonanie Ubezpieczonemu zabiegów rehabilitacyjnych;
 - 4) wykonanie Ubezpieczonemu rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie jest choroba lub obrażenia ciała Ubezpieczonego;
 - 5) leczenie dysfunkcji psychicznych lub umysłowych, w tym nerwic;
 - 6) leczenie choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV Ubezpieczonego;
 - 7) leczenie wad wrodzonych Ubezpieczonego.

Dokumenty potrzebne do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego

§ 12

Podstawą wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego jest przedstawienie przez osobę uprawnioną dokumentów, o których mowa w § 30 ust. 2 i 3 OWU.

Odstąpienie od umowy dodatkowej

§ 13

Do odstąpienia od umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia dotyczące umowy podstawowej, z zastrzeżeniem że w przypadku odstąpienia od umowy dodatkowej Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu składkę dodatkową ochronną, pomniejszoną o kwotę odpowiadającą składce należnej za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 14

Do wypowiedzenia umowy dodatkowej mają odpowiednie zastosowanie postanowienia dotyczące umowy podstawowej.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 15

1. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - 1) z upływem okresu, na który została zawarta;
 - 2) z dniem złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o wypowiedzeniu umowy dodatkowej lub z późniejszym dniem, wskazanym przez Ubezpieczającego w oświadczeniu o wypowiedzeniu umowy dodatkowej;
 - 3) z dniem zakończenia okresu prolongaty, jeżeli Ubezpieczający, pomimo wezwania do zapłaty, nie opłacił zaległych składek regularnych w terminie wskazanym w wezwaniu, nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania wezwania;
 - 4) z dniem rozwiązania lub odstąpienia od umowy podstawowej.
2. Jeżeli umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu przed upływem okresu, za który została opłacona składka dodatkowa ochronna, Towarzystwo dokona zwrotu składki dodatkowej ochronnej za niewykorzystany okres ochrony.

Definicje

§ 16

- 1) **choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu Ubezpieczonego na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju Ubezpieczonego;

- 2) **obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów Ubezpieczonego powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 3) **pobyt w szpitalu** – potwierdzony dokumentacją medyczną trwający nieprzerwanie co najmniej:
- 24 godziny – w przypadku pobytu w szpitalu wyłącznie w celu leczenia doznanych obrażeń ciała,
 - 4 dni – w przypadku pobytu w szpitalu w celu leczenia choroby;
- okres pobytu w szpitalu rozpoczyna się w momencie przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala, a kończy się w momencie wypisania Ubezpieczonego ze szpitala;
- 4) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, 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 od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala, oddziału i ośrodka rehabilitacji.

Postanowienia końcowe

§ 17

Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/25/04/2014 z dnia 25 kwietnia 2014 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawartych od dnia 5 maja 2014 r.

Prezes Zarządu

Jarosław Bartkiewicz

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Formularz do OWU

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek operacji medycznej

Ubezpieczonego – indeks ZSOM/14/05/05

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 1 i 2 § 16 Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego na wypadek operacji medycznej Ubezpieczonego – Tabela operacji medycznych
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 ust. 3 i 4 § 5 ust. 3 § 6 § 7 ust. 1 § 10 ust. 4 i 5 § 11

Pamiętaj, że Formularz do umowy dodatkowej należy czytać łącznie z Formularzem do Ogólnych warunków ubezpieczenia Plan Elastyczny – indeks PE/16/01/01.

Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek operacji medycznej Ubezpieczonego

Indeks ZSOM/14/05/05

Ubezpieczony

§ 1

Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy dodatkowej ukończył 13. i nie ukończył 61. roku życia.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje operację medyczną przeprowadzoną w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, będącą następstwem:
 - 1) choroby Ubezpieczonego – rozpoznanej w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, lub
 - 2) obrażeń ciała Ubezpieczonego powstałych wskutek nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w czasie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy dodatkowej.
3. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje operacji medycznych:
 - 1) dla których wskazania ustalono lub których termin wykonania ustalono jeszcze przed datą rozpoczęcia ochrony;
 - 2) wynikających z chorób, których przyczyny zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed datą rozpoczęcia ochrony.
4. W okresie 3 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej zakres ubezpieczenia jest ograniczony wyłącznie do operacji medycznych, będących następstwem obrażeń ciała Ubezpieczonego, powstałych wskutek nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Umowa dodatkowa

§ 3

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 1 roku, licząc od daty rozpoczęcia ochrony.
2. Jeżeli umowa dodatkowa zawierana jest w innej dacie niż umowa podstawowa lub rocznica polisy, okres obowiązywania umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 1, zostaje wydłużony o liczbę pełnych miesięcy pozostałych do najbliższej rocznicy polisy.
3. Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu (zgodnie z § 4) na okres 1 roku – nie dłużej jednak niż do rocznicy polisy, w której Ubezpieczony osiągnie wiek 65 lat.
4. Umowa nie ulegnie przedłużeniu, jeżeli Ubezpieczający na 1 miesiąc przed upływem okresu, o którym mowa w ust. 1–3, złoży pisemne oświadczenie o nieprzedłużaniu umowy dodatkowej.

Przedłużenie umowy dodatkowej

§ 4

1. Na 1 miesiąc przed upływem okresu, na który została zawarta umowa dodatkowa, Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu warunki przedłużenia umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczający ma prawo w terminie 14 dni od otrzymania takiej propozycji złożyć Towarzystwu oświadczenie, że nie wyraża na nią zgody. W takim przypadku umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu z upływem okresu, na który została zawarta.
3. Jeżeli w terminie 14 dni od otrzymania takiej propozycji Ubezpieczający nie złoży Towarzystwu żadnego oświadczenia, Strony umowy dodatkowej

uznają, że umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na kolejny okres na zaproponowanych przez Towarzystwo warunkach, z zastrzeżeniem § 3 ust. 4.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 5

1. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało we wniosku o zawarcie umowy dodatkowej albo przed zawarciem umowy dodatkowej w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo umowy dodatkowej mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. W razie zawarcia umowy dodatkowej 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 zawarcia umowy dodatkowej nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości.
4. Powyższe postanowienia stosuje się także przy podwyższeniu sumy ubezpieczenia – w zakresie, w jakim suma ubezpieczenia została podwyższona.

Treść umowy dodatkowej

§ 6

Treść umowy dodatkowej określają OWUD oraz dokument ubezpieczenia, a w zakresie nieuregulowanym – postanowienia umowy podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 7

1. Do ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie umowy dodatkowej mają odpowiednie zastosowanie postanowienia dotyczące ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie umowy podstawowej, z zastrzeżeniem że zawieszenie opłacania składki regularnej na wniosek Ubezpieczającego powoduje zawieszenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania umowy podstawowej lub dodatkowej;
 - 2) odstąpienia od umowy podstawowej lub dodatkowej.

Wysokość i zmiana sumy ubezpieczenia

§ 8

1. Sumę ubezpieczenia z tytułu operacji medycznej Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa stanowi kwota określona w dokumencie ubezpieczenia.
2. Do zmiany sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej mają odpowiednie zastosowanie postanowienia umowy podstawowej.

Składka z tytułu umowy dodatkowej

§ 9

Wysokość składki dodatkowej ochronnej ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego

i informacji o ryzyku ubezpieczeniowym zawartych we wniosku ubezpieczeniowym i innych dokumentach przekazanych Towarzystwu.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 10

- Świadczenie ubezpieczeniowe należne w przypadku operacji medycznej Ubezpieczonego stanowi wypłacany Ubezpieczonemu procent sumy ubezpieczenia (o której mowa w § 8 ust. 1) obowiązującej w dniu przeprowadzenia operacji medycznej.
- W zależności od klasy operacji medycznej (ustalonej w oparciu o tabelę operacji medycznych, stanowiącą załącznik do niniejszych OWUD) Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości:
 - 100% sumy ubezpieczenia – jeżeli przeprowadzona operacja należy do I klasy operacji medycznych;
 - 80% sumy ubezpieczenia – jeżeli przeprowadzona operacja należy do II klasy operacji medycznych;
 - 60% sumy ubezpieczenia – jeżeli przeprowadzona operacja należy do III klasy operacji medycznych;
 - 40% sumy ubezpieczenia – jeżeli przeprowadzona operacja należy do IV klasy operacji medycznych;
 - 20% sumy ubezpieczenia – jeżeli przeprowadzona operacja należy do V klasy operacji medycznych.
- Suma świadczeń wypłacanych z tytułu operacji medycznych przeprowadzonych w danym roku polisy nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- W przypadku gdy umowa dodatkowa została zawarta w innej dacie niż umowa podstawowa lub rocznica polisy, w okresie od daty rozpoczęcia ochrony do najbliższej rocznicy polisy limit świadczeń ubezpieczeniowych, o którym mowa w ust. 3, ulega proporcjonalnemu zmniejszeniu w zależności od długości okresu od daty zawarcia umowy dodatkowej do najbliższej rocznicy polisy.
- W okresie kolejnych 60 dni Ubezpieczonemu przysługuje jedno najwyższe świadczenie ubezpieczeniowe, ustalone zgodnie z tabelą operacji medycznych, w związku z leczeniem tej samej choroby lub tych samych obrażeń ciała.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 11

- Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu umowy dodatkowej nie przysługuje, jeżeli Ubezpieczony zmarł w trakcie operacji medycznej lub przed upływem 30 dni od daty przeprowadzenia operacji medycznej.
- Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy choroba lub obrażenia ciała będące przyczyną operacji medycznej są następstwem:
 - chorób rozpoznanych lub obrażeń ciała zaistniałych przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej;
 - zabiegów diagnostycznych;
 - leczenia wad wrodzonych oraz chorób dziedzicznych Ubezpieczonego;
 - pobrania organów i tkanek od Ubezpieczonego jako dawcy;
 - poddania się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, któremu uległ Ubezpieczony w okresie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej;
 - korekty ostrości wzroku Ubezpieczonego;
 - poddania się przez Ubezpieczonego zabiegowi w związku z ciążą, porodem, położeniem, powikłaniami ciąży, poronieniem samoistnym lub sztucznym;
 - chirurgicznej zmiany płci Ubezpieczonego;
 - leczenia niepłodności Ubezpieczonego;
 - sterylizacji, podwiązania i przecięcia jajowodów oraz antykoncepcji operacyjnej;
 - chirurgii szczękowej, włączając wszczepienie zębów, i innych zabiegów stomatologicznych;
 - chirurgii zwiadowczej i eksperymentalnej;

- poddania się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu;
 - leczenia choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV Ubezpieczonego.
- Ponadto świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy choroba lub obrażenia ciała będące przyczyną operacji medycznej są następstwem:
 - spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w jego organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - niezaleconego przez lekarza zażycia przez Ubezpieczonego leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych;
 - usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka;
 - prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
 - transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych;
 - choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego, zaburzeń psychicznych;
 - utruty przytomności poprzedzającej fizyczne obrażenia ciała, w tym napadów padaczkowych;
 - działań wojennych, zbrojnych albo świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach, chyba że jego udział w tych aktach lub zamieszkach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - samookałeczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę; niezależnie od stanu poczytalności.

Dokumenty potrzebne do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego

§ 12

Podstawą wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego jest przedstawienie przez osobę uprawnioną dokumentów, o których mowa w § 30 ust. 2 i 3 OWU.

Odstąpienie od umowy dodatkowej

§ 13

Do odstąpienia od umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia dotyczące umowy podstawowej, z zastrzeżeniem że w przypadku odstąpienia od umowy dodatkowej Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu składkę dodatkową ochronną, pomniejszoną o kwotę odpowiadającą składce należnej za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 14

Do wypowiedzenia umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia dotyczące umowy podstawowej.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 15

- Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - z upływem okresu, na który została zawarta;
 - z dniem złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o wypowiedzeniu umowy dodatkowej lub z późniejszym dniem, wskazanym przez Ubezpieczającego w oświadczeniu o wypowiedzeniu umowy dodatkowej;
 - z dniem zakończenia okresu prolongaty, jeżeli Ubezpieczający, pomimo wezwania do zapłaty, nie opłacił zaległych składek regularnych w terminie wskazanym w wezwaniu, nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania wezwania;
 - z dniem rozwiązania lub odstąpienia od umowy podstawowej.

2. Jeżeli umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu przed upływem okresu, za który została opłacona składka dodatkowa ochronna, Towarzystwo dokona zwrotu składki dodatkowej ochronnej za niewykorzystany okres ochrony.

Definicje

§ 16

- 1) **choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu Ubezpieczonego na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju Ubezpieczonego;
- 2) **obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów Ubezpieczonego powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 3) **operacja medyczna** – zabieg medyczny połączony z przecięciem tkanek, przeprowadzony przez lekarza w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym w trakcie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, wymieniony w tabeli operacji medycznych, stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych OWUD;
- 4) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, 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 od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala, oddziału i ośrodka rehabilitacji.

Postanowienia końcowe

§ 17

Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek operacji medycznej Ubezpieczonego zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/25/04/2014 z dnia 25 kwietnia 2014 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawartych od dnia 5 maja 2014 r.

Prezes Zarządu

 Jarosław Bartkiewicz

Członek Zarządu

 Janusz Arczewski

Załącznik nr 1

do Ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego na wypadek operacji medycznej Ubezpieczonego

Tabela operacji medycznych

Tabela operacji medycznych zawierająca wykaz operacji medycznych oraz ich przynależność do poszczególnych klas:

UKŁAD NERWOWY	Klasa
Tkanka mózgowa	
Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	I
Wycięcie zmiany w tkance mózgowej	I
Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	I
Drenaż zmiany w tkance mózgowej	II
Neurostymulacja mózgu	II
Komory mózgowe i przestrzeń podpajęczynówkowa	
Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii)	III
Rewizja wentrykulostomii	III
Endoskopowe zabiegi terapeutyczne na komorach mózgowych	III
Zabiegi dotyczące przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	II
Nerwy czaszkowe	
Przeszczep nerwów czaszkowych	I
Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwów czaszkowych	I
Pozaczaszkowe wycięcie nerwu błędnego (X)	II
Pozaczaszkowe wycięcie innego nerwu czaszkowego	II
Wycięcie zmiany w obrębie nerwu czaszkowego	I
Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	I
Wewnątrzczaszkowe stereotaktyczne uwolnienie nerwu czaszkowego	II
Neurostymulacja nerwu czaszkowego	III
Opony mózgowe	
Wycięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	I
Operacja naprawcza opony twardej	I
Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	I
Drenaż przestrzeni podoponowej	I
Rdzeń kręgowy i inne struktury kanału kręgowego	
Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	I
Operacje na korzeniach nerwów rdzeniowych	I
Nerwy obwodowe	
Wycięcie nerwu obwodowego	IV
Zniszczenie nerwu obwodowego	IV
Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	IV
Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	III
Inne części układu nerwowego	
Wycięcie nerwu współczulnego (sympatektomia) w odcinku szyjnym	III

UKŁAD WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO. SUTEK **Klasa****Przysadka i szyszynka**

Wycięcie przysadki	I
Operacje szyszynki	I

Tarczyca i przytarczycy

Wycięcie tarczycy	III
Operacje dotyczące nieprawidłowo umiejscowionej tkanki tarczycy	II
Operacje dotyczące przewodu tarczowo-językowego	III
Wycięcie przytarczyc(y)	II

Inne gruczoły wydzielania wewnętrznego

Wycięcie grasicy	III
Wycięcie nadnercza	III

Sutek

Kwadrantektomia	IV
Całkowita amputacja sutka	III
Operacje rekonstrukcyjne sutka	III
Nacięcie sutka	V
Operacje brodawki sutkowej	IV

OKO **Klasa****Oczodół**

Usunięcie oka (gałki ocznej) – enukleacja	IV
Wycięcie zmiany w obrębie oczodołu	III
Wszczepienie protezy oka	IV
Plastyczna operacja naprawcza oczodołu	III
Nacięcie oczodołu	IV

Mięśnie oka

Cofnięcie mięśnia oka	IV
Wycięcie mięśnia oka	IV
Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia oka	IV

Rogówka

Zeszycie rogówki	V
Usunięcie ciała obcego z rogówki	V
Nacięcie rogówki	IV

Twardówka i tęczówka

Wycięcie zmiany w obrębie twardówki	IV
Operacje odklejającej się siatkówki z klamrowaniem	III
Nacięcie twardówki	IV
Wycięcie tęczówki	IV
Operacje filtrujące tęczówki	III
Nacięcie tęczówki	IV

Komora przednia gałki ocznej i soczewka

Wycięcie ciała rzęskowego	IV
Zewnątrztorebkowe wycięcie soczewki	IV
Wewnątrztorebkowe wycięcie soczewki	IV
Nacięcie torebki soczewki	V

Siatkówka i inne części oka

Operacje ciała szklistego	III
Odklejenie siatkówki – leczenie fotokoagulacją	IV
Zniszczenie zmiany siatkówki	IV

UCHO **Klasa****Ucho zewnętrzne i przewód słuchowy zewnętrzny**

Drenaż ucha zewnętrznego	IV
--------------------------	----

Wyrostek sutkowaty i ucho środkowe

Wypatroszenie komórek powietrznych wyrostka sutkowatego	II
Operacje naprawcze błony bębenkowej	III
Drenaż ucha środkowego	V
Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	II
Wycięcie zmiany ucha środkowego	IV

UKŁAD ODDECHOWY **Klasa****Nos**

Korekcyjna plastyka nosa	III
Operacje przegrody nosa	IV
Operacje małżowiny nosa	V
Chirurgiczne zatrzymanie krwawienia z jamy nosowej	IV
Operacje nosa zewnętrznego	V

Zatoki przynosowe

Operacje zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	IV
Operacje zatoki czołowej	IV
Operacje zatoki klinowej	IV
Operacje niewyszczególnionej zatoki przynosowej	V

Gardło

Resekcja w obrębie gardła	II
Operacje naprawcze gardła	III
Terapeutyczne zabiegi endoskopowe gardła	III

Krtień

Wycięcie krtani	III
Otwarte wycięcie zmiany w obrębie krtani	III
Odtworzenie krtani	I
Endoskopowe zabiegi mikroterapeutyczne w obrębie krtani	III

Tchawica i oskrzela

Częściowe wycięcie tchawicy	I
Operacje plastyczne tchawicy	III
Otwarta implantacja protezy tchawicy	III
Wyłonienie tchawicy (tracheostomia)	IV
Otwarte operacje ostrogi tchawicy	III
Częściowe wycięcie oskrzela	III
Endofiberoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dolnych dróg oddechowych	III

Płuca i śródpiersie

Przeszczep płuca	I
------------------	---

Wycięcie płuca	I
Otwarte wycięcie zmiany w obrębie płuca	I
Otwarte operacje śródpiersia	IV
Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w śródpiersiu	III

JAMA USTNA

Klasa

Język i podniebienie

Wycięcie języka	III
Wycięcie zmiany w obrębie języka	V
Nacięcie języka	V
Wycięcie zmiany w obrębie podniebienia	V
Korekcja zniekształcenia podniebienia	IV

Migdałki i inne części jamy ustnej

Wycięcie migdałków podniebiennych	IV
Wycięcie zmiany w obrębie innych części jamy ustnej	V
Odtworzenie innej części jamy ustnej	IV

Ślinianki

Wycięcie ślinianki	IV
Wycięcie zmiany w obrębie ślinianki	IV
Nacięcie ślinianki	V
Przemieszczenie przewodu ślinianki (przeszczepienie ujścia przewodu ślinianki)	IV
Otwarte usunięcie kamienia z przewodu ślinianki	IV
Podwiązanie przewodu ślinianki	V
Poszerzenie przewodu ślinianki	V
Usunięcie kamienia ze światła przewodu ślinianki	IV

GÓRNY ODCINEK PRZEWODU POKARMOWEGO

Klasa

Przełyk, w tym przepuklina rozworu przełykowego przepony

Wycięcie przełyku i żołądka	I
Całkowite wycięcie przełyku	I
Częściowe wycięcie przełyku	III
Zespolenie omijające przełyku	II
Rewizja zespolenia przełykowego	III
Wytworzenie przetoki przełykowej	III
Otwarte operacje żyłaków przełyku	III
Otwarta implantacja protezy przełyku	III
Fiberoendoskopowe usunięcie zmiany w obrębie przełyku	IV
Usunięcie zmiany w obrębie przełyku przy użyciu sztywnego endoskopu	IV

Żołądek z odźwiernikiem oraz endoskopia górnego odcinka przewodu pokarmowego

Całkowite wycięcie żołądka	I
Częściowe wycięcie żołądka	II
Otwarte wycięcie zmiany w obrębie żołądka	III
Plastyka odźwiernika	III
Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	III
Zespolenie żołądka z przemieszczonym jelitem czczym	III

Wytworzenie przetoki żołądkowej (gastrostomii)	III
Operacje wrzodu żołądka	III
Nacięcie odźwiernika	III
Fiberoendoskopowe usunięcie zmiany w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego	IV

Dwunastnica

Wycięcie dwunastnicy	III
Otwarte usunięcie zmiany w obrębie dwunastnicy	II
Zespolenie omijające dwunastnicę	III
Operacje wrzodu dwunastnicy	III
Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dwunastnicy	IV

Jelito czcze

Wycięcie jelita czczego	III
Wycięcie zmiany w obrębie jelita czczego	III
Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomii)	III
Zespolenie omijające jelito czcze	III
Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita czczego	III

Jelito kręte

Wycięcie jelita krętego	III
Otwarte wycięcie zmiany w obrębie jelita krętego	III
Zespolenie omijające jelito kręte	III
Rewizja zespolenia jelita krętego	III
Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomii)	III
Rewizja przetoki jelita krętego (ileostomii)	III
Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita krętego	III

DOLNY ODCINEK PRZEWODU POKARMOWEGO

Klasa

Wyrostek robaczkowy

Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	IV
---	----

Okrężnica

Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	I
Całkowite wycięcie okrężnicy	I
Rozszerzone wycięcie prawej połowy okrężnicy	II
Wycięcie poprzeczny	II
Wycięcie lewej połowy okrężnicy	II
Wycięcie esicy	II
Wycięcie zmiany w obrębie okrężnicy	III
Zespolenie omijające okrężnicę	III
Wyłonienie kątnicy (cekostomia)	III
Wewnątrzbrzuszne manipulacje na okrężnicy	III
Otwarte operacje okrężnicy z użyciem endoskopu	III
Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie okrężnicy	IV
Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie dolnej części okrężnicy przy użyciu fiberosigmoidoskopu	IV
Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie dolnej części okrężnicy przy użyciu sztywnego sigmoidoskopu	IV

Odbytnica

Wycięcie odbytnicy	I
--------------------	---

Otwarte wycięcie zmiany w obrębie odbytnicy	III
Ufiksowanie odbytnicy z powodu jej wypadania	III
Przezświetlaczowe operacje odbytnicy	III
Operacje z powodu wypadania odbytnicy z dostępu przez krocze	III

Odbyt i okolica okołodbytowa

Wycięcie guzków krwawniczych (hemoroidów)	IV
Zniszczenie guzków krwawniczych (hemoroidów)	V
Wycięcie torbieli włosowej	IV

**INNE NARZĄDY JAMY BRZUSZNEJ
– GŁÓWNIIE UKŁADU POKARMOWEGO****Klasa****Wątroba**

Przeszczep wątroby	I
Częściowe wycięcie wątroby	I
Wycięcie zmiany w obrębie wątroby	I
Nacięcie wątroby	IV
Zabiegi terapeutyczne w obrębie wątroby przy użyciu laparoskopu	IV
Transluminalne (śródnacyniowe) zabiegi dotyczące naczyń krwionośnych wątroby	IV

Pęcherzyk żółciowy

Wycięcie pęcherzyka żółciowego	III
Zespolenie pęcherzyka żółciowego	II
Przezskórne zabiegi terapeutyczne dotyczące pęcherzyka żółciowego	IV

Przewody żółciowe

Wycięcie zmiany w obrębie przewodu żółciowego	III
Zespolenia dróg żółciowych	I
Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	III
Plastyka zwieracza Oddiego z dostępu przedwunastniczego	III
Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego (sfinkterotomia endoskopowa)	IV
Endoskopowe wsteczne (tj. od strony dwunastnicy) protezowanie dróg żółciowych	IV
Endoskopowe wsteczne protezowanie dróg trzustkowych	IV
Przezskórna rewizja zespolenia dróg żółciowych	IV
Przezskórna implantacja protezy dróg żółciowych	IV
Zabiegi terapeutyczne w obrębie dróg żółciowych z dostępu przez dren T	IV

Trzustka

Przeszczep trzustki	I
Całkowite wycięcie trzustki	I
Wycięcie głowy trzustki	I
Wycięcie zmiany w obrębie trzustki	III
Zespolenie przewodu trzustkowego	II
Otwarty drenaż zmiany w obrębie trzustki	III
Nacięcie trzustki	III
Przezskórne zabiegi terapeutyczne dotyczące trzustki	III

Śledziona

Całkowite wycięcie śledziony	III
------------------------------	-----

SERCE**Klasa****Ściany, przegrody i komory serca**

Przeszczep serca i płuc	I
Operacja naprawcza tetralogii Fallota	I
Korekcja przełożenia wielkich naczyń	I
Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żył płucnych	I
Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej	I
Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzykomorowej	I
Zamknięcie ubytku w nieokreślonej przegrodzie serca	I
Operacje przegrody serca metodą zamkniętą	II
Zabiegi terapeutyczne dotyczące przegrody serca wykonywane od strony jam serca	I
Plastyka przedsionka serca	I

Zastawki serca i struktury towarzyszące

Walwuloplastyka mitralna	I
Walwuloplastyka aortalna	I
Plastyka zastawki trójdziennej	I
Plastyka zastawki tętnicy płucnej	I
Plastyka nieokreślonej zastawki serca	I
Rewizja plastyki zastawki serca	I
Otwarta walwulotomia	I
Zabiegi terapeutyczne dotyczące zastawki serca z dostępu od strony światła serca	II
Usunięcie zwężenia w obrębie struktur towarzyszących zastawce serca	I

Tętnice wieńcowe

Pomost aortalno-wieńcowy z użyciem własnej żyły odpiszczelowej	I
Pomost tętnica piersiowa wewnętrzna – tętnica wieńcowa	I
Operacja naprawcza tętnicy wieńcowej	I
Przezskórna angioplastyka wieńcowa	I

Inne części serca i osierdzia

Otwarte zabiegi operacyjne dotyczące układu bodźcoprzewodzącego serca	I
Wszczepienie systemu wspomagania serca	II
Przezżylnie wprowadzenie systemu rozrusznika serca	III
Inny system rozrusznika serca	I
Wycięcie osierdzia	I
Drenaż osierdzia	II
Przecięcie osierdzia	IV

TĘTNICE I ŻYŁY**Klasa****Duże naczynia i tętnica płucna**

Operacje złożonych wad wielkich naczyń serca wykonywane przy otwartym sercu	I
Operacja przetrwałego przewodu tętniczego wykonywana przy otwartym sercu	I

Wytworzenie zespolenia naczyniowego tętnicy płucnej z aortą z użyciem wstawki naczyniowej	I
Wytworzenie połączenia naczyniowego tętnicy płucnej z tętnicą podobojczykową z użyciem protezy naczyniowej	I
Operacja naprawcza tętnicy płucnej	I
Zabiegi operacyjne dotyczące tętnicy płucnej wykonywane od strony światła naczynia	II
Tętnica główna (aorta)	
Nieanatomiczne pomostowanie aorty	I
Wymiana tętniakowato zmienionego odcinka aorty wykonywana z nagłych wskazań	I
Rewizja protezy aortalnej	I
Plastyczna operacja naprawcza aorty	I
Zabiegi operacyjne aorty wykonywane od strony światła aorty	II
Tętnica szyjna, tętnice mózgowe, tętnica podobojczykowa	
Operacja naprawcza tętnicy szyjnej	I
Zabiegi operacyjne tętnicy szyjnej wykonywane od strony światła tętnicy szyjnej	II
Operacje tętniaka tętnicy mózgowej	I
Zabiegi operacyjne tętnicy mózgowej wykonywane od strony światła tętnicy mózgowej	II
Odtworzenie tętnicy podobojczykowej	I
Zabiegi operacyjne tętnicy podobojczykowej wykonywane od strony światła tętnicy podobojczykowej	II
Odgałęzienia aorty brzusznej	
Odtworzenie tętnicy nerkowej	I
Zabiegi operacyjne tętnicy nerkowej wykonywane od strony światła tętnicy nerkowej	II
Odtworzenie innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	I
Zabiegi operacyjne innych gałęzi aorty brzusznej wykonywane od strony światła tych naczyń	II
Tętnica biodrowa i tętnica udowa	
Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej wykonywana z nagłych wskazań	I
Odtworzenie tętnicy biodrowej	I
Zabiegi operacyjne tętnicy biodrowej wykonywane od strony światła tętnicy biodrowej	II
Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej wykonywana z nagłych wskazań	I
Odtworzenie tętnicy udowej	I
Zabiegi dotyczące tętnicy udowej wykonywane od strony światła tętnicy udowej	III
Inne tętnice	
Rewizja odtworzonej tętnicy	II
Wycięcie innej tętnicy	II
Operacja naprawcza innej tętnicy metodą otwartą	II
Zabiegi terapeutyczne dotyczące innej tętnicy wykonywane od strony światła tej tętnicy	IV
UKŁAD MOCZOWY	
Nerki	
Przeszczep nerki	II

Całkowite wycięcie nerki	II
Częściowe wycięcie nerki	III
Wycięcie zmiany w nerce	III
Otwarta naprawcza operacja nerki	III
Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące kamieni nerkowych	III
Zabiegi terapeutyczne w obrębie nerek z dostępu przez nefrostomię	III
Moczowód	
Wycięcie moczowodu	III
Odprowadzenie moczu przez przetokę	II
Ponowne wszczepienie moczowodu	III
Nacięcie moczowodu	III
Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą nefroskopii	III
Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą ureteroskopii	IV
Operacje ujścia moczowodu	IV
Pęcherz moczowy	
Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	I
Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	III
Powiększenie pęcherza moczowego	II
Otwarty drenaż pęcherza moczowego	IV
Wycięcie zmiany pęcherza moczowego metodą endoskopową	V
Operacje mające na celu zwiększenie pojemności pęcherza moczowego wykonywane metodą endoskopową	IV
Operacje dotyczące odpływu z pęcherza moczowego oraz operacje gruczołu krokowego (prostaty)	
Operacje wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet	III
Endoskopowe zabiegi terapeutyczne ujścia pęcherza moczowego u kobiet	IV
Otwarte wycięcie gruczołu krokowego	III
Endoskopowa resekcja ujścia pęcherza moczowego u mężczyzn	III
Cewka moczowa i inne części układu moczowego	
Wycięcie cewki moczowej	III
Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące cewki moczowej	IV
Operacje ujścia cewki moczowej	V
MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE	
Moszna i jądra	
Obustronne wycięcie jąder	III
Wycięcie zmiany w obrębie jądra	IV
Obustronna implantacja jąder do moszny	III
Proteza jądra	IV
Operacja wodniaka jądra	IV
Powróżek nasienny i krocze (mężczyźni)	
Operacje najądrza	IV
Wycięcie nasieniowodu	V
Operacja żyłaków powróżka nasiennego	IV
Operacje pęcherzyków nasiennych	III
Operacje krocza u mężczyzn	V

Prącie i inne męskie narządy płciowe

Amputacja prącia	III
Wycięcie zmiany w obrębie prącia	IV
Proteza prącia	V
Operacje napletka	V

ZEWNĘTRZNE NARZĄDY PŁCIOWE KOBIECE **Klasa****Srom i krocze kobiece**

Amputacja łechtaczki	III
Operacje gruczołów Bartholina	IV
Wycięcie sromu	III
Wycięcie zmiany w obrębie sromu	V
Operacja naprawcza sromu	V
Wycięcie zmiany w obrębie krocza u kobiet	V

Pochwa

Nacięcie kanału pochwy	V
Wycięcie pochwy	V
Uwolnienie zrostów wewnątrzpochwowych	IV
Wycięcie zmiany w obrębie pochwy	IV
Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy	IV
Operacja naprawcza sklepienia pochwy	V
Operacje zatoki Douglasa	V

WEWNĘTRZNE NARZĄDY PŁCIOWE KOBIECE **Klasa****Macica**

Amputacja szyjki macicy	IV
Zniszczenie zmiany w obrębie szyjki macicy	V
Brzuszne wycięcie macicy	III
Przezpochwowe wycięcie macicy	III
Endoskopowe zabiegi terapeutyczne macicy	V

Jajowód

Obustronne wycięcie przydatków macicy	III
Jednostronne wycięcie przydatków macicy	IV
Częściowe wycięcie jajowodu	V
Implantacja protezy jajowodu	V
Otwarte obustronne zamknięcie światła jajowodów	V
Nacięcie jajowodu	III
Operacje strzępków jajowodu	V

Jajnik

Częściowe wycięcie jajnika	V
Otwarte zniszczenie zmiany w obrębie jajnika	III

TKANKI MIĘKKIE**Ściana klatki piersiowej, opłucna i przepona** **Klasa**

Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	II
Odtworzenie ściany klatki piersiowej	II
Otwarte wycięcie opłucnej	II

Otwarty drenaż opłucnej	III
Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej	IV
Nakłucie opłucnej	V
Wprowadzenie substancji do opłucnej	V
Operacja naprawcza pęknięcia przepony	I

Ściana brzucha

Pierwotna operacja przepukliny pachwinowej	IV
Operacja nawrotowej przepukliny pachwinowej	III
Pierwotna operacja przepukliny udowej	III
Operacja nawrotowej przepukliny udowej	III
Operacja przepukliny pępkowej	IV
Pierwotna operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	IV
Operacja nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	III
Operacja innej przepukliny ściany brzucha	IV
Operacje pępka	III
Otwarcie jamy brzusznej	III

Otrzewna

Otwarte wycięcie zmiany otrzewnej	III
Otwarty drenaż otrzewnej	III
Operacje sieci większej	III
Operacje krezki jelita cienkiego	III
Operacje krezki okrężnicy	III
Operacje dotyczące otrzewnej ściennej tylnej ściany brzucha	IV
Endoskopowe zabiegi terapeutyczne otrzewnej	IV

Powięź, pochewka ścięgna i kaletka

Przeszczep powięzi	V
Wycięcie powięzi brzucha	V
Wycięcie innej powięzi	IV
Wycięcie zmiany w obrębie powięzi	V
Rozdzielenie powięzi	V
Uwolnienie powięzi	V
Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	IV
Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	V
Operacja kaletki	IV

Ścięgna

Przemieszczenie ścięgna	III
Wycięcie ścięgna	V
Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	V
Wtórna operacja naprawcza ścięgna	III
Uwolnienie ścięgna	V
Zmiana długości ścięgna	V
Wycięcie pochewki ścięgna	V

Mięśnie

Przeszczep mięśni	I
Wycięcie mięśnia	V
Uwolnienie przykurczu mięśnia	IV

Układ limfatyczny

Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	III
Drenaż zmiany węzła chłonnego	V
Operacje przewodu limfatycznego	II
Operacje kieszonki skrzelowej	IV

KOŚCI I STAWY CZASZKI I KRĘGOSŁUPA Klasa

Kości i stawy czaszki i twarzy

Plastyka czaszki	II
Otwarcie czaszki	I
Wycięcie kości twarzy	IV
Nastawienie złamania szczęki	IV
Nastawienie złamania innej kości twarzy	IV
Stabilizacja kości twarzy	IV
Wycięcie żuchwy	III
Nastawienie złamania żuchwy	IV
Stabilizacja żuchwy	IV
Plastyka stawu skroniowo-żuchwowego	III

Kości i stawy kręgosłupa

Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	I
Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	II
Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym	I
Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	I
Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	I
Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	I
Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	I
Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	II
Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	I
Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	III
Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	I
Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w odcinku szyjnym	I
Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w innym odcinku	II
Rewizja zespolenia kręgów (artrodezy)	II
Korekcja zniekształcenia kręgosłupa przy użyciu urządzeń mechanicznych	I
Wycięcie zmiany kręgosłupa	II

Odbarczenie złamania kręgosłupa	II
Stabilizacja złamania kręgosłupa	II

INNE KOŚCI I STAWY Klasa

Operacje odtwórcze ręki i stopy

Całkowita rekonstrukcja kciuka	III
Całkowita rekonstrukcja przodostopia	III
Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	III

Kości

Wszczepienie protezy kości, przeszczep kości	III
Całkowite wycięcie kości	IV
Wycięcie kości ektopowej	V
Wycięcie zmiany w obrębie kości	III
Drenaż kości	IV
Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzną)	III
Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	III
Pierwotne nastawienie śródstawowego złamania kości	III
Wtórne otwarte nastawienie złamania kości	III
Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzną)	III
Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	III
Stabilizacja oddzielonej nasady kości	IV
Wyciąg szkieletowy kości	V
Przeszczep szpiku kostnego	IV

INNE ZABIEGI Klasa

Operacje dotyczące wielu układów

Replantacja kończyny górnej	III
Replantacja kończyny dolnej	III
Replantacja innego organu	III
Transplantacja międzyukładowa	III
Wszczepienie protezy kończyny	I
Amputacja w zakresie ramienia	II
Amputacja kończyny górnej na wysokości przedramienia	III
Amputacja kończyny górnej na wysokości dłoni	IV
Amputacja kończyny dolnej powyżej stawu skokowego	III
Amputacja stopy	IV
Amputacja kości palucha	IV
Operacje w zakresie kikuta po amputacji	IV

Formularz do OWU

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego uzyskania Drugiej Opinii Medycznej

– indeks ZSDO/14/05/05

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 1 i 2 § 9 ust. 1 § 9 ust. 14 § 16
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 ust. 3 § 5 ust. 3 § 6 § 7 ust. 1 § 9 ust. 8 i 15 § 10

Pamiętaj, że Formularz do umowy dodatkowej należy czytać łącznie z Formularzem do Ogólnych warunków ubezpieczenia Plan Elastyczny – indeks PE/16/01/01.

Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego uzyskania Drugiej Opinii Medycznej

Indeks ZSDO/14/05/05

Ubezpieczony

§ 1

Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy dodatkowej ukończył 13. rok życia i nie ukończył 61. roku życia.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego stanu medycznego w czasie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej oraz urazu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, zaistniałym w czasie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
3. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje stanów medycznych lub urazów powstałych, rozpoznanych lub leczonych przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

Umowa dodatkowa

§ 3

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 1 roku, licząc od daty rozpoczęcia ochrony.
2. Jeżeli umowa dodatkowa zawierana jest w innej dacie niż umowa podstawowa lub rocznica polisy, okres obowiązywania umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 1, zostaje wydłużony o liczbę pełnych miesięcy pozostałych do najbliższej rocznicy polisy.
3. Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu (zgodnie z § 4) na okres 1 roku – nie dłużej jednak niż do rocznicy polisy, w której Ubezpieczony osiągnie wiek 65 lat.
4. Umowa nie ulegnie przedłużeniu, jeżeli Ubezpieczający najpóźniej na 1 miesiąc przed upływem okresu, o którym mowa w ust. 1–3, złoży pisemne oświadczenie o nieprzedłużaniu umowy dodatkowej.

Przedłużenie umowy dodatkowej

§ 4

1. Na 1 miesiąc przed upływem okresu, na który została zawarta umowa dodatkowa, Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu warunki przedłużenia umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczający ma prawo w terminie 14 dni od otrzymania takiej propozycji złożyć Towarzystwu oświadczenie, że nie wyraża na nią zgody. W takim przypadku umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu z upływem okresu, na który została zawarta.
3. Jeżeli w terminie 14 dni od otrzymania takiej propozycji Ubezpieczający nie złoży Towarzystwu żadnego oświadczenia, Strony umowy dodatkowej uznają, że umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na kolejny okres na zaproponowanych przez Towarzystwo warunkach, z zastrzeżeniem § 3 ust. 3.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 5

1. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało we wniosku o zawarcie umowy dodatkowej albo przed zawarciem umowy dodatkowej w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawar-

cia przez Towarzystwo umowy dodatkowej mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

2. W razie zawarcia umowy dodatkowej 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 zawarcia umowy dodatkowej nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości.
4. Powyższe postanowienia stosuje się także przy podwyższeniu sumy ubezpieczenia – w zakresie, w jakim suma ubezpieczenia została podwyższona.

Treść umowy dodatkowej

§ 6

Treść umowy dodatkowej określają OWUD oraz dokument ubezpieczenia, a w zakresie nieuregulowanym – postanowienia umowy podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 7

1. Do ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie umowy dodatkowej mają odpowiednie zastosowanie postanowienia dotyczące ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie umowy podstawowej, z zastrzeżeniem że zawieszenie opłacania składki regularnej na wniosek Ubezpieczającego powoduje zawieszenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania umowy podstawowej lub dodatkowej;
 - 2) odstąpienia od umowy podstawowej lub dodatkowej.

Składka z tytułu umowy dodatkowej

§ 8

Wysokość składki dodatkowej ustalana jest według taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia umowy dodatkowej.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku wystąpienia zdarzenia medycznego, w oparciu o analizę dokumentacji Pierwszej opinii medycznej, Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego zorganizuje lub pokryje koszty następujących świadczeń:
 - 1) Drugiej Opinii Medycznej;
 - 2) pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia.

Druga Opinia Medyczna

2. Świadczenie ubezpieczeniowe polega na organizacji procesu sporządzenia i pokryciu kosztów sporządzenia Drugiej Opinii Medycznej przez eksperta medycznego.
3. Organizacja procesu sporządzenia Drugiej Opinii Medycznej przez Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego polega na podjęciu następujących czynności:
 - 1) udzieleniu Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej umożliwiającej wydanie Drugiej Opinii Medycznej;

- 2) zapewnieniu tłumaczenia dokumentacji medycznej, dotyczącej stanu zdrowia Ubezpieczonego, niezbędnej do wydania Drugiej Opinii Medycznej;
 - 3) przekazaniu przetłumaczonej dokumentacji medycznej ekspertowi medycznemu;
 - 4) zapewnieniu wydania Drugiej Opinii Medycznej przez eksperta medycznego;
 - 5) przetłumaczeniu Drugiej Opinii Medycznej na język polski;
 - 6) udostępnieniu Drugiej Opinii Medycznej Ubezpieczonemu.
4. W celu uzyskania świadczenia Drugiej Opinii Medycznej Ubezpieczony zobowiązany jest do przekazania partnerowi medycznemu:
- 1) formularza zgłoszenia niezbędnego do sporządzenia Drugiej Opinii Medycznej, udostępnionego przez Towarzystwo lub partnera medycznego;
 - 2) dokumentacji medycznej umożliwiającej wydanie Drugiej Opinii Medycznej.
5. 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 stanów medycznych, dla których wynik badania histopatologicznego zdaniem eksperta medycznego jest konieczny do wydania Drugiej Opinii Medycznej, partner medyczny pokryje koszty ponownego badania histopatologicznego tkanek pobranych od Ubezpieczonego, pod warunkiem ich dostarczenia przez Ubezpieczonego.
6. Druga Opinia Medyczna realizowana jest przy wykorzystaniu metod komunikacji, które nie obejmują bezpośrednich konsultacji ani żadnych innych bezpośrednich kontaktów pomiędzy Ubezpieczonym a ekspertem medycznym.
7. Druga Opinia Medyczna zostanie sporządzona i przesłana Ubezpieczonemu w terminie 30 dni od daty dostarczenia partnerowi medycznemu dokumentów, o których mowa w ust. 4. W przypadku gdy sporządzenie Drugiej Opinii Medycznej w terminie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, okazało się niemożliwe, partner medyczny zapewni, aby Druga Opinia Medyczna została sporządzona w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności jej sporządzenie było możliwe.
8. Ubezpieczony ma prawo do jednego świadczenia z tytułu Drugiej Opinii Medycznej w stosunku do tego samego zdarzenia medycznego, 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.
9. Lekarz partnera medycznego współpracuje z Ubezpieczonym lub jego opiekunem prawnym w celu zgromadzenia pełnej historii choroby oraz dokumentacji medycznej, jak i w celu omówienia wszelkich pytań i zagadnień z nią związanych.
10. 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 zalecane 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.
11. Druga Opinia Medyczna nie ma wartości dowodu sądowego. Towarzystwo i partner medyczny nie ponoszą odpowiedzialności za skutki interpretacji informacji zawartych w Drugiej Opinii Medycznej ani za skutki jakichkolwiek działań lub zaniechania działania w oparciu o te interpretacje.
12. Treść Drugiej Opinii Medycznej uzależniona jest od prawdziwości i jakości dostarczonych informacji.
13. Koszty dostarczenia dokumentacji medycznej do partnera medycznego obciążają Ubezpieczonego.

Pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia

14. Towarzystwo za pośrednictwem partnera medycznego zapewnia Ubezpieczonemu pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia zalecanego w raporcie Drugiej Opinii Medycznej, polegającą na organizacji świadczeń wskazanych w ust. 3.
15. Świadczenie pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia przysługuje Ubezpieczonemu wyłącznie w przypadku wcześniejszego wydania Drugiej Opinii Medycznej.
16. W ramach pomocy w planowaniu leczenia lub w organizacji leczenia partner medyczny, według wyboru i w porozumieniu z Ubezpieczonym:
 - 1) udziela Ubezpieczonemu, drogą telefoniczną, informacji o: nazwie, adresie oraz numerze telefonu placówki medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w której Ubezpieczony będzie miał możliwość uzyskania świadczenia medycznego, w szczególności zabiegu chirurgicznego, badania diagnostycznego lub wizyty u lekarza specjalisty, zalecanych w raporcie Drugiej Opinii Medycznej, oraz o możliwym terminie uzyskania tego świadczenia;
 - 2) umawia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej: wizyty lekarskie, wizyty domowe, wizyty pielęgniarki, rehabilitanta lub inne świadczenia medyczne dostępne w placówkach medycznych, dotyczące leczenia zalecanego w Drugiej Opinii Medycznej;
 - 3) wskazuje Ubezpieczonemu maksymalnie trzech zagranicznych lekarzy lub placówki medyczne poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które mogą podjąć się leczenia Ubezpieczonego w zakresie wskazanym w Drugiej Opinii Medycznej;
 - 4) organizuje proces leczenia w placówkach medycznych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej specjalizujących się w leczeniu stanu medycznego 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.
17. Zapewnienie Ubezpieczonemu pomocy w organizacji leczenia polega wyłącznie na organizacji przez partnera medycznego wskazanych wyżej świadczeń na koszt Ubezpieczonego.
18. Świadczenia w ramach pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia realizowane są na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez Ubezpieczonego do partnera medycznego.
19. 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.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 10

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, gdy wystąpienie zdarzenia medycznego Ubezpieczonego jest następstwem:

- 1) niezaleczonego przez lekarza zażycia przez Ubezpieczonego leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych;
- 2) działań wojennych, zbrojnych albo świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach, chyba że jego udział w tych aktach lub zamieszkach wynikał z wykonywania czynności służbowych.

Obowiązki Towarzystwa i partnera medycznego

§ 11

1. Towarzystwo zobowiązane jest do organizacji procesu sporządzenia, za pośrednictwem partnera medycznego, Drugiej Opinii Medycznej, na zasadach określonych w OWUD.
2. Partner medyczny jest zobowiązany do:
 - 1) pokrycia kosztów bezpośrednio związanych ze sporządzeniem Drugiej Opinii Medycznej, które zawierają koszt lekarza eksperta, koszty tłumaczeń i opracowania danych celem uzyskania świadczenia;

- 2) przestrzegania tajemnicy lekarskiej i ustawy o ochronie danych osobowych w związku z opracowywaniem tego rodzaju danych i danych dotyczących choroby Ubezpieczonego;
- 3) przechowywania w sposób bezpieczny i poufny kopii Drugiej Opinii Medycznej wydanej przez lekarza eksperta, w celu umożliwienia Ubezpieczonemu dostępu do niej w przypadku wątpliwości lub komentarzy.

Dokumenty potrzebne do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego

§ 12

Podstawą do realizacji świadczenia, zgodnie z zakresem ubezpieczenia, jest przedstawienie przez osobę uprawnioną dokumentów, o których mowa w § 30 ust. 2 i 3 OWU.

Odstąpienie od umowy dodatkowej

§ 13

Do odstąpienia od umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia dotyczące umowy podstawowej, z zastrzeżeniem że w przypadku odstąpienia od umowy dodatkowej Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu składkę dodatkową ochronną, pomniejszoną o kwotę odpowiadającą składce należnej za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 14

Do wypowiedzenia umowy dodatkowej mają odpowiednie zastosowanie postanowienia dotyczące umowy podstawowej.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 15

1. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu:

- 1) z upływem okresu, na który została zawarta;
- 2) z dniem złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o wypowiedzeniu umowy dodatkowej lub z późniejszym dniem, wskazanym przez Ubezpieczającego w oświadczeniu o wypowiedzeniu umowy dodatkowej;
- 3) z dniem przejęcia przez Towarzystwo obowiązku opłacania składek należnych z tytułu umowy ubezpieczenia zgodnie z Ogólnymi warunkami ubezpieczenia dodatkowego przejęcia opłacania składek na wypadek niezdolności Ubezpieczonego do pracy;
- 4) z dniem zakończenia okresu prolongaty, jeżeli Ubezpieczający, pomimo wezwania do zapłaty, nie opłacił zaległych składek regularnych w terminie wskazanym w wezwaniu, nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania wezwania;
- 5) z dniem rozwiązania lub odstąpienia od umowy podstawowej.

2. Jeżeli umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu przed upływem okresu, za który została opłacona składka dodatkowa ochronna, Towarzystwo dokona zwrotu składki dodatkowej ochronnej za niewykorzystany okres ochrony.

Definicje

§ 16

- 1) **Druga Opinia Medyczna** – pisemna opinia dotycząca diagnozy, stanu zdrowia i leczenia Ubezpieczonego, sporządzona przez eksperta medycznego;
- 2) **ekspert medyczny** – działający poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lekarz, wyznaczony przez partnera medycznego do współpracy w celu sporządzenia Drugiej Opinii Medycznej, którego specjalność oraz doświadczenie odpowiadają specyfice stanu zdrowia Ubezpieczonego;
- 3) **hospitalizacja** – leczenie w szpitalu trwające nieprzerwanie 24 godziny;
- 4) **lekarz partnera medycznego** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z prawem polskim, wskazana przez partnera medycznego i uprawniona do występowania w imieniu partnera medycznego;

5) **lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad Ubezpieczonym z ramienia placówki medycznej, w której Ubezpieczony poddał się leczeniu;

6) **partner medyczny** – podmiot współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w ramach umowy dodatkowej;

7) **Pierwsza opinia medyczna** – orzeczenie o stanie zdrowia Ubezpieczonego zawierające diagnozę oraz zalecenia dotyczące leczenia, wydane przez lekarza prowadzącego.

8) **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;

9) **stany medyczne** – rozpoznanie lub wystąpienie u Ubezpieczonego jednego z poniższych stanów lub skierowanie na przeprowadzenie jednego z poniższych zabiegów operacyjnych:

a) NEUROLOGIA:

- choroba Alzheimerera – upośledzenie lub utrata zdolności intelektualnej u osoby powyżej 40. roku życia spowodowana nieodwracalnym zaburzeniem czynności mózgu, potwierdzona testami klinicznymi i kwestionariuszami odpowiednimi do diagnostyki choroby Alzheimerera lub demencji, polegające na znaczącym upośledzeniu funkcji poznawczych; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa; ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje demencji spowodowanej chorobą AIDS, nadużywaniem alkoholu lub substancji odurzających;
- choroba neuronu ruchowego – grupa postępujących chorób zwyrodnieniowych układu nerwowego spowodowana uszkodzeniem komórek piramidowych mózgu, dróg piramidowych, komórek rogów przednich rdzenia kręgowego oraz jąder ruchowych nerwów czaszkowych, których objawy kliniczne są uzależnione od lokalizacji i rozległości uszkodzenia (lokalizacja w komórkach ruchowych rdzenia wywołuje postępujący zanik mięśni, lokalizacja w jądrach ruchowych opuszki i mostu wywołuje postępujące porażenie opuszkowe, lokalizacja w komórkach ruchowych rogów przednich rdzenia, drogach piramidowych i komórkach ruchowych kory mózgu wywołuje postać kliniczną stwardnienia bocznego zanikowego – SLA); rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa; podstawą rozpoznania jest obraz kliniczny i wynik badania EMG;
- choroba Parkinsona – samoistna postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zaniku komórek produkujących dopaminę, charakteryzująca się występowaniem: drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, sztywności mięśniowej i niestabilności postawy, zmniejszających się po podawaniu preparatów lewodopy; rozpoznanie choroby musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa;
- choroby mielodysplastyczne – grupa nabytych schorzeń krwi charakteryzujących się pancytopenią i niską liczbą retikulocytów przy bogato-, normo- lub ubogokomórkowym szpiku, z komórkami wykazującymi anomalie morfologiczne lub zmiany dysplastyczne; rozpoznanie choroby musi być potwierdzone przez specjalistę hematologa lub onkologa;
- leczenie chirurgiczne padaczki – zabieg operacyjny z powodu padaczki;
- stwardnienie rozsiane – zespół mnogich ubytków neurologicznych wywołanych demielinizacją mózgu lub rdzenia kręgowego, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy; rozpoznanie musi być ostateczne i postawione przez specjalistę neurologa oraz poprzedzone więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia;

- udar mózgu – nagle, w efekcie trwale uszkodzenie tkanki mózgo-
wej w następstwie wynacznienia krwi, niedokrwienia lub zatoru
tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwio-
nośnego; skutkujące wystąpieniem trwałych deficytów neurologicz-
nych; wykluczeniu podlegają: epizody przejściowego niedokrwienia
ośrodkowego układu nerwowego, udar niepozostawiający trwałego
ubytku funkcji ośrodkowego układu nerwowego, następstwa ura-
zów głowy; rozpoznanie choroby i trwałego uszkodzenia ośrod-
kowego układu nerwowego musi być potwierdzone badaniem
specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii kom-
puterowej i/lub rezonansu magnetycznego;
- b) KARDIOLOGIA:**
 - operacja chirurgiczna mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub
niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczępie-
nie pomostu omijającego; zakres ubezpieczenia obejmuje także
angioplastykę i inne zabiegi wewnątrznaczyniowe na tętnicach
wieńcowych, wykonywane od strony światła tętnicy wieńcowej i wy-
korzystujące techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub tech-
niki laserowe;
 - pierwszorazowe rozpoznanie nabytej choroby zastawki lub zasta-
wek serca;
 - operacja chirurgiczna mająca na celu plastykę lub przeszczepienie
zastawki serca z powodu choroby;
 - kardiomiopatia – choroba mięśnia sercowego rozwijająca się
w wyniku innych przyczyn niż miażdżycza naczyń wieńcowych, nad-
ciśnienie tętnicze układowe lub płucne, wrodzone lub nabyte wady
serca; rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę kardio-
loga w trakcie hospitalizacji;
 - pierwszorazowe rozpoznanie przez specjalistę kardiologa wrodzo-
nej wady serca u osoby powyżej 18. roku życia;
- c) ORTOPEDIA:**
 - zabieg operacyjny wszczępienia protezy całkowitej lub częściowej
dowolnego stawu;
- d) GINEKOLOGIA:**
 - choroba zapalna narządu rodnego – choroby zapalne narządu rod-
nego u kobiet wymagające hospitalizacji dłuższej niż 7 dni;
 - zaburzenia czynnościowe narządu rodnego – zaburzenia czynno-
ściowe narządu rodnego u kobiet, wymagające hospitalizacji dłuż-
szej niż 7 dni;
- e) INNE POWAŻNE CHOROBY:**
 - choroba zapalna jelit – bakteryjne, wirusowe, grzybicze, pasożyt-
niczne lub nieswoiste zapalenie jelit powodujące najczęściej bóle
brzucha, biegunkę, odwodnienie, niedokrwistość, wymagające ho-
spitalizacji dłuższej niż 7 dni;
 - cukrzyca – rozpoznanie przez specjalistę diabetologa choroby cha-
rakteryzującej się hiperglikemią, będącą następstwem zaburzeń
w wydzielaniu lub działaniu insuliny, która prowadzi do późnych
powikłań w obrębie narządu wzroku, nerek i naczyń krwionośnych;
 - głuchota – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata słuchu spo-
wodowana zachorowaniem; rozpoznanie musi nastąpić na podsta-
wie badań audiometrycznych i być potwierdzone przez laryngologa;
zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu moż-
liwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;
 - choroba nowotworowa – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący
się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komó-
rek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidło-
wych tkanek; rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem
histopatologicznym przeprowadzonym przez lekarza patomorfolo-
ga; zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka zło-
śliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory
szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie
przerzutów;
 - zapalenie wątroby – potwierdzenie przez specjalistę chorób za-
kaźnych wirusowego (ostrego lub przewlekłego) zapalenia z niewy-
dolnością wątroby – z objawami trwałej żółtaczki, wodobrzuszem
niepoddającym się leczeniu, żylakami przełyku i encefalopatią
wątrobową;
- f) POZOSTAŁE STANY MEDYCZNE:**
 - endarteriektomia tętnicy szyjnej – zabieg operacyjny tętnicy szyj-
nej z udrożnieniem jej światła celem poprawy przepływu w opero-
wanym naczyniu;
 - guz lub inna patologia rdzenia kręgowego – zabieg operacyjny z po-
wodu patologicznej, ogniskowej zmiany zlokalizowanej wewnątrz-
rdzeniowo, powodującej wystąpienie ubytku neurologicznego;
 - guz mózgu – każda tkanka chorobowa, znajdująca się w jamie
czaszki, skutkująca objawami wzmożonego ciśnienia wewnątrz-
czaszkowego;
 - infekcja wirusem HIV – pierwszorazowe stwierdzenie w surowicy
krwi przeciwciał przeciwko wirusowi HIV;
 - niewydolność nerek – przewlekłe, trwałe i całkowite uszkodzenie
obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu;
rozpoznanie musi być jednoznacznie potwierdzone dokumen-
tacją medyczną;
 - rozległe oparzenia:
 - II stopnia oraz II i III stopnia łącznie, obejmujące co najmniej
50% całkowitej powierzchni ciała,
 - III stopnia obejmujące co najmniej 15% powierzchni ciała;
 - rozległe uszkodzenie ręki – uszkodzenie kończyny górnej skutku-
jące trwałą niezdolnością do wykonywania dotychczasowej pracy
lub trwałą niezdolnością do wykonywania czynności życia codzien-
nego – jedzenie, picie, ubieranie, rozbieranie, mycie, korzystanie
z toalety;
 - przeszczep narządów – przeszczep jednego z głównych narządów,
tj. serca, nerki, wątroby, płuc, trzustki oraz allogeniczna transplan-
tacja szpiku kostnego;
 - choroby okulistyczne – zabieg operacyjny z powodu choroby narzą-
du wzroku, z wyłączeniem leczenia zaćmy i wad wzroku;
 - schyłkowy okres niewydolności narządów – schyłkowa niewydol-
ność jednego z głównych narządów, tj. serca, płuc, wątroby, nerek,
potwierdzona jednoznacznie przez odpowiedniego specjalistę, wy-
magająca leczenia na oddziale intensywnej terapii;
 - śpiączka – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce
zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wy-
magający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres
co najmniej 96 godzin; zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obej-
muje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu i innych
substancji odurzających;
 - utrata kończyny – utrata co najmniej jednej kończyny:
 - w obrębie kończyny górnej oznacza amputację powyżej stawu
łokciowego,
 - w obrębie kończyny dolnej oznacza amputację powyżej stawu
kolanowego;
 - utrata mowy – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówie-
nia, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy;
rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie
laryngologii, w oparciu o stwierdzenie choroby lub uszkodzenia fał-
dów głosowych; zakres ubezpieczenia nie obejmuje jakichkolwiek
przypadków utraty zdolności mówienia spowodowanych schorze-
niami psychicznymi oraz utraty zdolności mówienia, która może
być skorygowana z zastosowaniem jakichkolwiek procedur tera-
peutycznych.
- 10) uraz** – następstwa urazów spowodowanych nieszczęśliwym wypad-
kiem, który wystąpił w czasie udzielania ochrony ubezpieczeniowej
z tytułu umowy dodatkowej, skutkujące:
 - a) ORTOPEDIA:**
 - wszczępieniem protezy całkowitej lub częściowej dowolnego
stawu,
 - uszkodzeniem stożka rotatorów stawu ramiennie-łopatkowego,
 - przestawowym złamaniem miednicy ze złamaniem przedniej i/lub
tylnej kolumny,
 - złamaniem wieloodłamowym bliższego końca kości udowej, ze zła-
maniem szyjki, przez- lub podkrętarzowym (trzy i więcej odłamów);
 - złamaniem wieloodłamowym, przestawowym przynasady i na-
sady dalszej kości udowej,


- wieloodłamowym, przestawowym złamaniem przynasady i nasady bliższej piszczeli,
- złamaniem wieloodłamowym, przestawowym przynasady i nasady dalszej piszczeli typu „pilon fracture”,
- złamaniem wielomiejscowym kości długich – trzech i więcej;

11) zdarzenie medyczne – objęty zakresem ubezpieczenia stan medyczny lub uraz, zaistniały lub rozpoznany po raz pierwszy w czasie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

Postanowienia końcowe

§ 17

Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego uzyskania Drugiej Opinii Medycznej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/25/04/2014 z dnia 25 kwietnia 2014 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawartych od dnia 5 maja 2014 r.

Prezes Zarządu

Jarosław Bartkiewicz

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Formularz do OWU

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego – indeks ZSOU/14/05/05

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 § 15
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 4 ust. 3 § 5 § 6 ust. 1 § 9 ust. 2 § 10

Pamiętaj, że Formularz do umowy dodatkowej należy czytać łącznie z Formularzem do Ogólnych warunków ubezpieczenia Plan Elastyczny – indeks PE/16/01/01.

Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego

Indeks ZSOU/14/05/05

Ubezpieczony

§ 1

Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy dodatkowej ukończył 18. i nie ukończył 61. roku życia.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego w czasie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy dodatkowej.

Umowa dodatkowa

§ 3

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na czas określony – jednak nie dłużej niż do rocznicy polisy przypadającej w roku, w którym wystąpiło wcześniejsze ze zdarzeń:
 - 1) Ubezpieczony ukończył wiek 65 lat;
 - 2) dziecko ukończyło wiek 21 lat.
2. Minimalny okres ubezpieczenia wynosi 5 lat.
3. Jeżeli umowa dodatkowa zawierana jest w innej dacie niż umowa podstawowa lub rocznica polisy, okres obowiązywania umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, zostaje wydłużony o liczbę pełnych miesięcy pozostałych do najbliższej rocznicy polisy.
4. Okres, na który zawierana jest umowa dodatkowa, kończy się w rocznicę polisy.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 4

1. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało we wniosku o zawarcie umowy dodatkowej albo przed zawarciem umowy dodatkowej w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo umowy dodatkowej mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. W razie zawarcia umowy dodatkowej 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 zawarcia umowy dodatkowej nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości.
4. Powyższe postanowienia stosuje się także przy podwyższeniu sumy ubezpieczenia – w zakresie, w jakim suma ubezpieczenia została podwyższona.

Treść umowy dodatkowej

§ 5

Treść umowy dodatkowej określają OWUD oraz dokument ubezpieczenia, a w zakresie nieuregulowanym – postanowienia umowy podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Do ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie umowy dodatkowej mają odpowiednie zastosowanie postanowienia dotyczące ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie umowy podstawowej, z zastrzeżeniem że zawieszenie opłacania składki regularnej na wniosek Ubezpieczającego powoduje zawieszenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania umowy podstawowej lub dodatkowej;
 - 2) odstąpienia od umowy podstawowej lub dodatkowej.

Wysokość i zmiana sumy ubezpieczenia

§ 7

1. Sumę ubezpieczenia z tytułu osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego stanowi kwota określona w dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia w okresie obowiązywania umowy dodatkowej nie ulega zmianie.

Składka z tytułu umowy dodatkowej

§ 8

Wysokość składki dodatkowej ochronnej w pierwszym roku polisy, w którym obowiązuje umowa dodatkowa, ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, wieku dziecka i informacji o ryzyku ubezpieczeniowym zawartych we wniosku ubezpieczeniowym i innych dokumentach przekazanych Towarzystwu. W każdą rocznicę polisy, w której obowiązuje umowa dodatkowa, składka dodatkowa ochronna jest pomniejszana proporcjonalnie do czasu pozostałego do zakończenia okresu ubezpieczenia dla umowy dodatkowej.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. Świadczenie ubezpieczeniowe należne dziecku w przypadku osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej, w wysokości sumy ubezpieczenia, wypłacane jest osobie uprawnionej, okresowo, z częstotliwością miesięczną.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, wypłacane jest za pełne miesiące kalendarzowe od momentu osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego (włącznie z miesiącem osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego) do momentu zająścia wcześniejszego ze zdarzeń:
 - 1) najbliższej rocznicy polisy po osiągnięciu przez dziecko wieku 21 lat;
 - 2) śmierci dziecka.
3. Pierwsze świadczenie ubezpieczeniowe jest sumą świadczeń należnych od momentu osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego do dnia przyznania świadczenia.
4. Kolejne świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminie do końca każdego miesiąca kalendarzowego, za który są należne.

Wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa

§ 10

Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy śmierć Ubezpieczonego jest następstwem:

- 1) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w jego organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
- 2) niezaleconego przez lekarza zażycia przez Ubezpieczonego leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych;
- 3) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
- 4) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka;
- 5) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
- 6) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych;
- 7) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych;
- 8) utraty przytomności poprzedzającej fizyczne obrażenia ciała, w tym napadów padaczkowych;
- 9) działań wojennych, zbrojnych albo świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach, chyba że jego udział w tych aktach lub zamieszkach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej.

Dokumenty potrzebne do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego

§ 11

Podstawą wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego jest przedstawienie przez osobę uprawnioną dokumentów, o których mowa w § 30 ust. 2 i 3 OWU.

Odstąpienie od umowy dodatkowej

§ 12

Do odstąpienia od umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia dotyczące umowy podstawowej, z zastrzeżeniem że w przypadku odstąpienia od umowy dodatkowej Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu składkę dodatkową ochronną, pomniejszoną o kwotę odpowiadającą składce należnej za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 13

Do wypowiedzenia umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia dotyczące umowy podstawowej.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 14

1. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - 1) z upływem okresu, na który została zawarta;
 - 2) z dniem śmierci dziecka;

- 3) z dniem złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o wypowiedzeniu umowy dodatkowej lub z późniejszym dniem, wskazanym przez Ubezpieczającego w oświadczeniu o wypowiedzeniu umowy dodatkowej;
 - 4) z dniem zakończenia okresu prolongaty, jeżeli Ubezpieczający, pomimo wezwania do zapłaty, nie opłacił zaległych składek regularnych w terminie wskazanym w wezwaniu, nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania wezwania;
 - 5) z dniem rozwiązania lub odstąpienia od umowy podstawowej.
2. Jeżeli umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu przed upływem okresu, za który została opłacona składka dodatkowa ochronna, Towarzystwo dokona zwrotu składki dodatkowej ochronnej za niewykorzystany okres ochrony.

Definicje


§ 15

- 1) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w dniu zawarcia umowy dodatkowej nie ukończyło 17. roku życia, wskazane we wniosku o zawarcie umowy dodatkowej; w ramach jednej umowy dodatkowej można wskazać tylko jedno dziecko;
- 2) **osierocenie dziecka** – śmierć Ubezpieczonego, która nastąpiła na skutek nieszczęśliwego wypadku, mającego miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej, nie później niż po upływie 6 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 3) **wiek dziecka** – liczba pełnych ukończonych lat życia dziecka liczona w dniu:
 - podpisania wniosku o zawarcie umowy podstawowej, jeżeli umowa dodatkowa zawierana jest w dniu zawarcia umowy podstawowej,
 - rocznicy polisy, będącej początkiem obowiązywania umowy dodatkowej, jeżeli umowa dodatkowa zawierana jest w rocznicę polisy,
 - najbliższej rocznicy polisy po dacie zawarcia umowy dodatkowej, jeżeli umowa dodatkowa zawierana jest w innym terminie niż rocznica polisy, po zawarciu umowy podstawowej;
 w każdą kolejną rocznicę polisy wartość ta zwiększana jest o 1 (jeden).

Postanowienia końcowe

§ 16

Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/25/04/2014 z dnia 25 kwietnia 2014 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawartych od dnia 5 maja 2014 r.

Prezes Zarządu

 Jarosław Bartkiewicz

Członek Zarządu

 Janusz Arczewski

Formularz do OWU

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek osierocenia dziecka przez drugiego rodzica – indeks ZSODR/14/05/05

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 § 15
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 4 ust. 3 § 5 § 6 ust. 1 § 9 ust. 2 § 10

Pamiętaj, że Formularz do umowy dodatkowej należy czytać łącznie z Formularzem do Ogólnych warunków ubezpieczenia Plan Elastyczny – indeks PE/16/01/01.

Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek osierocenia dziecka przez drugiego rodzica

Indeks ZSODR/14/05/05

Ubezpieczony

§ 1

Rodzicem w rozumieniu niniejszych OWUD może być osoba, która w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy dodatkowej ukończyła 18. i nie ukończyła 61. roku życia.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie rodzica.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje osierocenie dziecka przez rodzica w czasie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy dodatkowej.

Umowa dodatkowa

§ 3

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na czas określony – jednak nie dłużej niż do rocznicy polisy przypadającej w roku, w którym wystąpiło wcześniejsze ze zdarzeń:
 - 1) rodzic ukończył wiek 65 lat;
 - 2) dziecko ukończyło wiek 21 lat.
2. Minimalny okres ubezpieczenia wynosi 5 lat.
3. Jeżeli umowa dodatkowa zawierana jest w innej dacie niż umowa podstawowa lub rocznica polisy, okres obowiązywania umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, zostaje wydłużony o liczbę pełnych miesięcy pozostałych do najbliższej rocznicy polisy.
4. Okres, na który zawierana jest umowa dodatkowa, kończy się w rocznicę polisy.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 4

1. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało we wniosku o zawarcie umowy dodatkowej albo przed zawarciem umowy dodatkowej w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo umowy dodatkowej mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. W razie zawarcia umowy dodatkowej 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 zawarcia umowy dodatkowej nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości.
4. Powyższe postanowienia stosuje się także przy podwyższeniu sumy ubezpieczenia – w zakresie, w jakim suma ubezpieczenia została podwyższona.

Treść umowy dodatkowej

§ 5

Treść umowy dodatkowej określają OWUD oraz dokument ubezpieczenia, a w zakresie nieuregulowanym – postanowienia umowy podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Do ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie umowy dodatkowej mają odpowiednie zastosowanie postanowienia dotyczące ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie umowy podstawowej, z zastrzeżeniem że zawieszenie opłacania składki regularnej na wniosek Ubezpieczającego powoduje zawieszenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania umowy podstawowej lub dodatkowej;
 - 2) odstąpienia od umowy podstawowej lub dodatkowej.

Wysokość i zmiana sumy ubezpieczenia

§ 7

1. Sumę ubezpieczenia z tytułu osierocenia dziecka przez rodzica stanowi kwota określona w dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia w okresie obowiązywania umowy dodatkowej nie ulega zmianie.

Składka z tytułu umowy dodatkowej

§ 8

Wysokość składki dodatkowej ochronnej w pierwszym roku polisy, w której obowiązuje umowa dodatkowa, ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, wieku dziecka i informacji o ryzyku ubezpieczeniowym zawartych we wniosku ubezpieczeniowym i innych dokumentach przekazanych Towarzystwu. W każdą rocznicę polisy, w której obowiązuje umowa dodatkowa, składka dodatkowa ochronna jest pomniejszana proporcjonalnie do pozostałego czasu do zakończenia okresu ubezpieczenia dla umowy dodatkowej.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. Świadczenie ubezpieczeniowe należne dziecku w przypadku osierocenia dziecka przez rodzica w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej, w wysokości sumy ubezpieczenia, wypłacane jest osobie uprawnionej, okresowo, z częstotliwością miesięczną.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, wypłacane jest za pełne miesiące kalendarzowe od momentu osierocenia dziecka przez rodzica (włącznie z miesiącem osierocenia dziecka) do momentu zajścia wcześniejszego ze zdarzeń:
 - 1) najbliższej rocznicy polisy po osiągnięciu przez dziecko wieku 21 lat;
 - 2) śmierci dziecka.
3. Pierwsze świadczenie ubezpieczeniowe będzie sumą świadczeń należnych od momentu osierocenia dziecka przez rodzica do dnia przyznania świadczenia.
4. Kolejne świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminie do końca każdego miesiąca kalendarzowego, za który są należne.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 10

Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną śmierci rodzica jest następstwem:

- 1) spożycia przez rodzica alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w jego organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
- 2) niezaleconego przez lekarza zażycia przez rodzica leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych;
- 3) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez rodzica czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
- 4) udziału rodzica w sportach wysokiego ryzyka;
- 5) prowadzenia przez rodzica pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli rodzic nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
- 6) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych;
- 7) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych;
- 8) utraty przytomności poprzedzającej fizyczne obrażenia ciała, w tym napałów padaczkowych;
- 9) działań wojennych, zbrojnych albo świadomego i dobrowolnego uczestnictwa rodzica w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach, chyba że jego udział w tych aktach lub zamieszkach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej.

Dokumenty potrzebne do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego

§ 11

Podstawą wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego jest przedstawienie przez osobę uprawnioną dokumentów, o których mowa w § 30 ust. 2 i 3 OWU.

Odstąpienie od umowy dodatkowej

§ 12

Do odstąpienia od umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia dotyczące umowy podstawowej, z zastrzeżeniem że w przypadku odstąpienia od umowy dodatkowej Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu składkę dodatkową ochronną, pomniejszoną o kwotę odpowiadającą składce należnej za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 13

Do wypowiedzenia umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia dotyczące umowy podstawowej.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 14

1. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - 1) z upływem okresu, na który została zawarta;
 - 2) z dniem śmierci dziecka;

- 3) z dniem złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o wypowiedzeniu umowy dodatkowej lub z późniejszym dniem, wskazanym przez Ubezpieczającego w oświadczeniu o wypowiedzeniu umowy dodatkowej;
 - 4) z dniem zakończenia okresu prolongaty, jeżeli Ubezpieczający, pomimo wezwania do zapłaty, nie opłacił zaległych składek regularnych w terminie wskazanym w wezwaniu, nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania wezwania;
 - 5) z dniem rozwiązania lub odstąpienia od umowy podstawowej.
2. Jeżeli umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu przed upływem okresu, za który została opłacona składka dodatkowa ochronna, Towarzystwo dokona zwrotu składki dodatkowej ochronnej za niewykorzystany okres ochrony.

Definicje

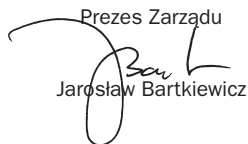
§ 15

- 1) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w dniu zawarcia umowy dodatkowej nie ukończyło 17. roku życia, wskazane we wniosku o zawarcie umowy dodatkowej; w ramach jednej umowy dodatkowej można wskazać tylko jedno dziecko;
- 2) **osierocenie dziecka** – śmierć rodzica, która nastąpiła na skutek nieszczęśliwego wypadku, mającego miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej, nie później niż po upływie 6 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 3) **rodzic** – osoba fizyczna, wskazana we wniosku ubezpieczeniowym, której w chwili zawarcia umowy dodatkowej przysługiwała władza rodzicielska w stosunku do dziecka; której życie nie jest przedmiotem ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej;
- 4) **wiek dziecka** – liczba pełnych ukończonych lat życia dziecka liczona w dniu:
 - podpisania wniosku o zawarcie umowy podstawowej, jeżeli umowa dodatkowa zawierana jest w dniu zawarcia umowy podstawowej,
 - rocznicy polisy, będącej początkiem obowiązywania umowy dodatkowej, jeżeli umowa dodatkowa zawierana jest w rocznicę polisy,
 - najbliższej rocznicy polisy po dacie zawarcia umowy dodatkowej, jeżeli umowa dodatkowa zawierana jest w innym terminie niż rocznica polisy, po zawarciu umowy podstawowej;
 w każdą kolejną rocznicę polisy wartość ta zwiększana jest o 1 (jeden).

Postanowienia końcowe

§ 16

Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek osierocenia dziecka przez drugiego rodzica zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/25/04/2014 z dnia 25 kwietnia 2014 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawartych od dnia 5 maja 2014 r.

Prezes Zarządu

 Jarosław Bartkiewicz

Członek Zarządu

 Janusz Arczewski

Formularz do OWU

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego przejęcia opłacania składek na wypadek niezdolności Ubezpieczonego do pracy – indeks ZSPS/14/05/05

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 4 ust. 3 § 5 § 6 ust. 1 § 9 ust. 2 i 3 § 10

Pamiętaj, że Formularz do umowy dodatkowej należy czytać łącznie z Formularzem do Ogólnych warunków ubezpieczenia Plan Elastyczny – indeks PE/16/01/01.

Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego przejęcia opłacania składek na wypadek niezdolności Ubezpieczonego do pracy

Indeks ZSPS/14/05/05

Ubezpieczony

§ 1

Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty wyłącznie Ubezpieczający, który jest osobą fizyczną i w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy dodatkowej ukończył 18. i nie ukończył 61. roku życia.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w ust. 3, które zaistniało w czasie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
3. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego uważa się:
 - 1) 181. dzień nieprzerwanego trwania niezdolności do pracy (która rozpoczęła się w okresie, w którym Towarzystwo udziela ochrony z tytułu umowy dodatkowej) i związanego z tym niewykonywania przez Ubezpieczonego pracy z powodu obrażeń ciała lub choroby, lub
 - 2) dzień powstania następujących obrażeń ciała:
 - utraty obu dłoni powyżej nadgarstków,
 - utraty obu stóp powyżej kostek,
 - utraty jednej dłoni powyżej nadgarstka i jednej stopy powyżej kostki,
 - utraty wzroku w obu oczach.
4. Za niezdolność do pracy uznaje się całkowitą i trwałą niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej, będącą rezultatem obrażeń ciała lub choroby Ubezpieczonego.

Umowa dodatkowa

§ 3

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na czas określony – jednak nie dłużej niż do rocznicy polisy, w którą Ubezpieczony osiągnie wiek 65 lat.
2. Minimalny okres ubezpieczenia wynosi 5 lat.
3. Jeżeli umowa dodatkowa zawierana jest w innej dacie niż umowa podstawowa lub rocznica polisy, okres obowiązywania umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, zostaje wydłużony o liczbę pełnych miesięcy pozostałych do najbliższej rocznicy polisy.
4. Okres, na który zawierana jest umowa dodatkowa, kończy się w rocznicę polisy.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 4

1. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało we wniosku o zawarcie umowy dodatkowej albo przed zawarciem umowy dodatkowej w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo umowy dodatkowej, mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. W razie zawarcia umowy dodatkowej 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 zawarcia umowy dodatkowej nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości.

4. Powyższe postanowienia stosuje się także przy podwyższeniu sumy ubezpieczenia – w zakresie, w jakim suma ubezpieczenia została podwyższona.

Treść umowy dodatkowej

§ 5

Treść umowy dodatkowej określają OWUD oraz dokument ubezpieczenia, a w zakresie nieuregulowanym – postanowienia umowy podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Do ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie umowy dodatkowej mają odpowiednie zastosowanie postanowienia dotyczące ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie umowy podstawowej, z zastrzeżeniem że zawieszenie opłacania składki regularnej na wniosek Ubezpieczającego powoduje zawieszenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania umowy podstawowej lub dodatkowej;
 - 2) odstąpienia od umowy podstawowej lub dodatkowej.

Wysokość i zmiana sumy ubezpieczenia

§ 7

1. Suma ubezpieczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w czasie udzielania ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy dodatkowej jest kwotą zmienną w okresie obowiązywania niniejszej umowy dodatkowej.
2. Aktualna suma ubezpieczenia jest równa wysokości składki regularnej z wyłączeniem składek z tytułu następujących umów dodatkowych:
 - 1) ubezpieczenia uzyskania Drugiej Opinii Medycznej;
 - 2) dodatkowego ubezpieczenia na wypadek rozpoznania u Ubezpieczonego nowotworu – Pomoc na Raka.

Składka z tytułu umowy dodatkowej

§ 8

1. Do celów wyliczenia składki z tytułu niniejszej umowy dodatkowej stosuje się aktualną sumę ubezpieczenia obliczoną zgodnie z § 7 ust. 2, z wyłączeniem składki z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego przejęcia opłacania składek na wypadek niezdolności Ubezpieczonego do pracy.
2. Wysokość składki dodatkowej ochronnej ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego i informacji o ryzyku ubezpieczeniowym zawartych we wniosku ubezpieczeniowym i innych dokumentach przekazanych Towarzystwu.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. Świadczenie ubezpieczeniowe należne w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego stanowi suma ubezpieczenia, o której mowa w § 7 ust. 2.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe jest spełniane poprzez przejęcie przez Towarzystwo obowiązku opłacania składki regularnej, z wyłączeniem składek z tytułu umów dodatkowych wymienionych w § 7 ust. 2, za miesiące polisy, za które składki te stają się wymagalne po dniu zajścia

zdarzenia ubezpieczeniowego a przed datą wygaśnięcia, rozwiązania lub odstąpienia od umowy dodatkowej i przed ustaniem niezdolności Ubezpieczonego do pracy.

3. Postanowienia o podwyższaniu wysokości składek lub indeksacji składek zawarte w umowie podstawowej i poszczególnych umowach dodatkowych nie mają zastosowania po dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Towarzystwo spełnia świadczenie ubezpieczeniowe w dacie wymagalności składki regularnej, począwszy od pierwszego dnia wymagalności składki regularnej następującego po dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia wystąpienia wcześniejszego ze zdarzeń:
 - 1) wygaśnięcia, rozwiązania lub odstąpienia od umowy dodatkowej, lub
 - 2) ustania niezdolności Ubezpieczonego do pracy.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 10

1. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe jest następstwem:
 - 1) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w jego organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 2) niezaleconego przez lekarza zażycia przez Ubezpieczonego leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych;
 - 3) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 4) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka;
 - 5) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
 - 6) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych;
 - 7) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych;
 - 8) utraty przytomności poprzedzającej fizyczne obrażenia ciała, w tym napadów padaczkowych;
 - 9) działań wojennych, zbrojnych albo świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach, chyba że jego udział w tych aktach lub zamieszkach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 10) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę; niezależnie od stanu poczytalności.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone także, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe zaszło w wyniku:
 - 1) choroby lub uszkodzenia ciała, które istniały przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy dodatkowej;
 - 2) choroby rozpoznanej przed datą rozpoczęcia ochrony z tytułu niniejszej umowy dodatkowej;
 - 3) niezastosowania się przez Ubezpieczonego do zaleceń lekarskich poprzez niewyrażenie zgody na standardowe, powszechnie uznane, procedury medyczne lub nieprzestrzeganie przez Ubezpieczonego zaleceń lekarskich;
 - 4) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego;
 - 5) poddania się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 6) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV Ubezpieczonego.

Dokumenty potrzebne do wypłaty świadczenia

§ 11

1. Podstawą wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego jest przedstawienie przez osobę uprawnioną dokumentów, o których mowa w § 30 ust. 2 i 3 OWU.

2. Niezdolność Ubezpieczonego do pracy ustalana jest na podstawie dokumentacji medycznej.
3. W wątpliwych przypadkach zajęcie zdarzenia ubezpieczeniowego (w szczególności niezdolność Ubezpieczonego do pracy) ustalane jest na podstawie badań medycznych przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo, wykonanych na zlecenie Towarzystwa. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.
4. Ubezpieczony, na żądanie i w terminie określonym przez Towarzystwo, ma obowiązek dostarczyć dokumenty stwierdzające ciągłość niezdolności do pracy.
5. Ubezpieczony jest zobowiązany niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 14 dni od dnia, w którym ustala niezdolność do pracy, powiadomić Towarzystwo o odzyskaniu zdolności do pracy.
6. Ubezpieczony ma obowiązek w okresie wypłacania świadczenia ubezpieczeniowego poddać się, na żądanie Towarzystwa, badaniom medycznym, z wyłączeniem badań genetycznych, mającym na celu potwierdzenie ciągłości niezdolności do pracy. Koszty badań ponosi Towarzystwo.

Odstąpienie od umowy dodatkowej

§ 12

Do odstąpienia od umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia dotyczące umowy podstawowej, z zastrzeżeniem że w przypadku odstąpienia od umowy dodatkowej Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu składkę dodatkową ochronną, pomniejszoną o kwotę odpowiadającą składce należnej za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 13

Do wypowiedzenia umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia dotyczące umowy podstawowej.

Rozwiązanie umowy dodatkowej


§ 14

1. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - 1) z upływem okresu, na który została zawarta;
 - 2) z dniem złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o wypowiedzeniu umowy dodatkowej lub z późniejszym dniem, wskazanym przez Ubezpieczającego w oświadczeniu o wypowiedzeniu umowy dodatkowej;
 - 3) z dniem zakończenia okresu prolongaty, jeżeli Ubezpieczający, pomimo wezwania do zapłaty, nie opłacił zaległych składek regularnych w terminie wskazanym w wezwaniu, nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania wezwania;
 - 4) z dniem rozwiązania lub odstąpienia od umowy podstawowej.
2. Jeżeli umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu przed upływem okresu, za który została opłacona składka dodatkowa ochronna, Towarzystwo dokona zwrotu składki dodatkowej ochronnej za niewykorzystany okres ochrony.

Postanowienia końcowe

§ 15

Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego przejścia opłacania składek na wypadek niezdolności Ubezpieczonego do pracy zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 5 maja 2014 r. z dnia 25 kwietnia 2014 r. i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawartych od dnia 5 maja 2014 r.

Prezes Zarządu

 Jarosław Bartkiewicz

Członek Zarządu

 Janusz Arczewski

Formularz do Regulaminu

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Regulamin świadczenia usług Assistance AXA 24 – indeks PEAS/16/01/01

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 ust. 2 i 3 § 2 § 5
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 1 ust. 5 i 6 § 3 ust. 4 § 4

Pamiętaj, że Formularz do umowy dodatkowej należy czytać łącznie z Formularzem do Ogólnych warunków ubezpieczenia Plan Elastyczny – indeks PE/16/01/01.

Regulamin świadczenia usług Assistance AXA 24

Indeks PEAS/16/01/01

Zakres świadczonych usług

§ 1

- Osobami uprawnionymi do skorzystania z usług świadczonych w ramach Regulaminu są:
 - Ubezpieczony w rozumieniu umowy podstawowej;
 - współmałżonek;
 - dziecko;
 - rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka – jedynie w zakresie świadczeń wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 16).
- Rodzajami zdarzeń uprawniających do skorzystania z usług świadczonych w ramach Regulaminu są:
 - rozstrój zdrowia w następstwie nagłego zachorowania;
 - obrażenia ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - pogorszenie się stanu zdrowia w wyniku zajścia trudnych sytuacji losowych, wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 15);
 - urodzenie się dziecka Ubezpieczonego.
- W przypadku zaistnienia zdarzenia objętego zakresem usług w ramach Regulaminu, Towarzystwo zobowiązuje się do zapewnienia Ubezpieczonego, współmałżonkowi oraz dziecku świadczeń polegających na organizacji lub organizacji i pokryciu kosztów usług w zakresie i na zasadach opisanych w § 2 ust. 1, oraz rodzicowi Ubezpieczonego lub rodzicowi współmałżonka – świadczeń w zakresie i na zasadach opisanych w § 2 ust. 1 pkt 16).
- Prawo do skorzystania z usług określonych w Regulaminie przysługuje osobie uprawnionej, z tytułu zdarzeń które wystąpiły w okresie udzielania ochrony z tytułu umowy podstawowej, nie dłużej jednak niż do rocznicy polisy, w której Ubezpieczony osiągnie wiek 69 lat.
- W ramach Regulaminu świadczenia opiekuńcze wymienione w § 2 ust. 1 pkt 1)–15), realizowane na rzecz osoby uprawnionej z tytułu jednego zdarzenia, nie przekraczają limitu w wysokości 3000 zł.
- Limit realizowanych świadczeń wskazany w ust. 5 może być wykorzystywany wielokrotnie, pod warunkiem że odnosi się do różnych zdarzeń.

Usługi świadczone w ramach Regulaminu

§ 2

- W przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do korzystania z usług świadczonych w ramach Regulaminu świadczenia medyczne realizowane są wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, na poniżej określonych zasadach:
 - opieka po hospitalizacji – jeżeli osoba uprawniona na skutek wystąpienia zdarzenia była hospitalizowana przez okres dłuższy niż 5 dni oraz zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego wydanym przez lekarza prowadzącego powinna pozostawać w pozycji leżącej po okresie hospitalizacji, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej albo domowej po zakończeniu hospitalizacji, pod adresem zamieszkania;
 - dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza – jeżeli osoba uprawniona na skutek wystąpienia zdarzenia wymaga pozostawania w pozycji leżącej, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego wydanym przez lekarza prowadzącego, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów dostarczenia niezbędnych leków, zaleconych wcześniej przez lekarza prowadzącego na podstawie recept i odpowiednio pisemnych zaleceń, do miejsca pobytu; Towarzystwo nie pokrywa kosztów zakupu leków;

- transport medyczny z osobą towarzyszącą z miejsca pobytu do placówki medycznej – jeżeli zaistniała konieczność przewiezienia osoby uprawnionej do placówki medycznej na skutek wystąpienia zdarzenia, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu medycznego do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego, w uzgodnieniu z lekarzem Centrum Operacyjnego AXA; o wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Operacyjnego AXA w porozumieniu z lekarzem prowadzącym;
- transport medyczny z osobą towarzyszącą z placówki medycznej pod adres zamieszkania – w przypadku gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego osoba uprawniona przebywała w placówce medycznej, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu medycznego z placówki medycznej pod adres zamieszkania; o wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Operacyjnego AXA w porozumieniu z lekarzem prowadzącym;
- transport medyczny z osobą towarzyszącą z placówki medycznej do placówki medycznej – w przypadku gdy placówka medyczna, w której na skutek wystąpienia zdarzenia przebywa osoba uprawniona, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jej stanu zdrowia albo gdy osoba uprawniona skierowana została na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu medycznego do placówki medycznej odpowiadającej wymogom leczenia albo do placówki medycznej, w której zostaną wykonane badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny; świadczenie realizowane jest na pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, po konsultacji z lekarzem Centrum Operacyjnego AXA, i odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia osoby uprawnionej;
- wizyta lekarska – Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza pierwszego kontaktu do miejsca pobytu, jeżeli powyższe jest konieczne w związku z nieszczęśliwym wypadkiem; świadczenie jest organizowane, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego;
- wizyta pielęgniarki – Towarzystwo, na zlecenie lekarza prowadzącego, zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów honorariów i dojazdów pielęgniarki do miejsca pobytu, jeżeli powyższe jest konieczne w związku z nieszczęśliwym wypadkiem; świadczenie obejmuje organizację i pokrycie kosztów:
 - wykonywania czynności związanych z utrzymaniem higieny,
 - wykonywania zabiegów leczniczych, w szczególności okłady, opatrunki, rehabilitacja oddechowa, podawanie leków – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego,
 - wykonywania czynności diagnostycznych, w szczególności pomiar ciśnienia i tętna, ważenie – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego,
 - wykonywania czynności pomagających w odżywianiu się;
- rehabilitacja – jeżeli w następstwie zdarzenia osoba uprawniona, zgodnie ze wskazaniem lekarza specjalisty, wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizyoterapeuty pod adresem zamieszkania albo zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej;
- wypożyczenie albo zakup sprzętu rehabilitacyjnego – jeżeli w następstwie zdarzenia osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, zgodnie ze wskazaniem lekarza specjalisty, powinna używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu, Towarzystwo zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących

sprzęt rehabilitacyjny; dodatkowo Towarzystwo organizuje i pokrywa koszty transportu drobnego sprzętu rehabilitacyjnego pod adres zamieszkania; Towarzystwo zapewnia dostęp do sprzętu rehabilitacyjnego oraz pokrywa, w granicach limitu o którym mowa w § 1 ust. 5:

- a) koszty wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego,
- b) koszty zakupu sprzętu rehabilitacyjnego;

Towarzystwo nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową przebiegu i skutków terapii prowadzonej w ramach rehabilitacji; Centrum Operacyjne AXA nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie sprzętu rehabilitacyjnego w sklepach lub wypożyczalniach;

- 10) opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi – w przypadku hospitalizacji osoby uprawnionej w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, w sytuacji gdy przewidywany jest dłuższy niż 3-dniowy okres hospitalizacji, Towarzystwo – na wniosek Ubezpieczonego – zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów:

- a) przewozu dzieci Ubezpieczonego w towarzystwie osoby wyznaczonej przez Ubezpieczonego pod adres zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy), albo
- b) przejazdu osoby wyznaczonej przez Ubezpieczonego do opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi spod adresu zamieszkania (na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej) pod adres zamieszkania Ubezpieczonego i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy); warunkiem świadczenia wskazanych wyżej świadczeń jest podanie Centrum Operacyjnemu AXA przez Ubezpieczonego danych osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi – imię i nazwisko, dane teleadresowe;

Centrum Operacyjne AXA świadczy usługi organizacji opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi po uzyskaniu przez lekarza Centrum Operacyjnego AXA informacji ze szpitala co do przewidywanego czasu hospitalizacji oraz gdy istnieje możliwość skontaktowania się z osobą wyznaczoną przez Ubezpieczonego do opieki;

w przypadku gdy Centrum Operacyjnemu AXA nie udało się skontaktować z osobą wyznaczoną do opieki, w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia roszczenia przez Ubezpieczonego, pod wskazanym przez Ubezpieczonego adresem, lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania usług, Towarzystwo organizuje i pokryje koszty opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi pod adresem zamieszkania – pod warunkiem że zostanie ono udostępnione – maksymalnie przez 3 dni; jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, Centrum Operacyjne AXA dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną; powyższe usługi są realizowane na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji, gdy pod adresem zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić;

- 11) korepetycje – jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania dziecko nie może uczestniczyć w zajęciach dydaktycznych w placówce oświatowo-wychowawczej w związku z koniecznością hospitalizacji przez okres dłuższy niż 14 dni lub koniecznością przebywania pod adresem zamieszkania na zwolnieniu lekarskim powyżej 14 dni, Towarzystwo organizuje i pokryje koszty dojazdu korepetytora do miejsca hospitalizacji dziecka lub pod adres zamieszkania oraz koszty korepetycji w zakresie bieżącego programu nauczania w placówce oświatowo-wychowawczej w czasie nieobecności dziecka (z wyłączeniem materiału dydaktycznego o charakterze specjalistycznym lub zawodowym, w odniesieniu do całej grupy przedmiotów); dla uczniów szkół podstawowych, gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych zakres świadczenia obejmuje korepetycje z przedmiotów wybranych spośród: języka polskiego, matematyki, fizyki, chemii, biologii, języków obcych (angielskiego, niemieckiego, francuskiego, hiszpańskiego);

- 12) łóżko szpitalne dla prawnego opiekuna dziecka – jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania dziecko jest hospitalizowane, Towarzystwo organizuje i pokryje koszty łóżka szpitalnego dla jednego prawnego opiekuna dziecka w placówce medycznej, w której dziecko jest hospitalizowane, o ile dana

placówka medyczna oferuje taką możliwość; świadczenie będzie realizowane zgodnie z lokalnymi możliwościami przez cały czas hospitalizacji dziecka, jednakże nie dłużej niż do wyczerpania limitu, o którym mowa w § 1 ust. 5;

- 13) opieka domowa po hospitalizacji – jeżeli w następstwie zdarzenia osoba uprawniona do otrzymania świadczenia była hospitalizowana przez okres dłuższy niż 7 dni oraz zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego powinna przebywać po okresie hospitalizacji w pozycji leżącej, Towarzystwo zorganizuje oraz pokryje koszty dojazdu i honorarium osoby wyznaczonej do pełnienia opieki domowej pod adresem zamieszkania – do 5 dni, maksymalnie po 4 godziny dziennie – w niżej wymienionym zakresie:

- a) zakupy artykułów spożywczych pierwszej potrzeby,
- b) niezbędne porządki,
- c) dostawa lub przygotowanie posiłków,
- d) opieka nad zwierzętami domowymi,
- e) podlewanie kwiatów;

niniejsze usługi przysługują jedynie w przypadku, gdy pod adresem zamieszkania nie ma osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić; ubezpieczeniem objęta jest wyłącznie dostawa wyżej wymienionych artykułów bez kosztów zakupu samych produktów, które to koszty pokrywa Ubezpieczony;

- 14) wizyta położnej w przypadku urodzenia się dziecka – w przypadku urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu, na wniosek Ubezpieczonego lub współmałżonka, Centrum Operacyjne AXA zorganizuje i pokryje koszty 1 wizyty położnej – dojazdu oraz honorarium, pod adres zamieszkania;

- 15) pomoc psychologa – w przypadku gdy w wyniku pogorszenia się stanu zdrowia osoby uprawnionej, w związku z zająciem następujących sytuacji losowych:

- a) śmierć Ubezpieczonego,
- b) śmierć dziecka,
- c) urodzenie się martwego dziecka,
- d) śmierć współmałżonka,
- e) poronienie,
- f) rozstrój zdrowia Ubezpieczonego,
- g) rozstrój zdrowia współmałżonka,
- h) rozstrój zdrowia dziecka,

osobie uprawnionej niezbędna jest pomoc psychologa, Towarzystwo zapewnia pomoc psychologa polegającą na organizacji i pokryciu kosztów wizyt u psychologa; Towarzystwo nie obejmuje zakresem usług realizowanych w ramach Regulaminu przebiegu i skutków terapii; Towarzystwo, na prośbę osoby uprawnionej, zapewnia również usługi informacyjne dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego;

- 16) udzielenie pomocy medycznej rodzicowi Ubezpieczonego lub rodzicowi współmałżonka – Towarzystwo zapewnia rodzicowi Ubezpieczonego oraz rodzicowi współmałżonka organizację i pokrycie kosztów następujących usług:

- a) opieka po hospitalizacji – jeżeli na skutek zdarzenia rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka był hospitalizowany przez okres minimum 5 dni oraz zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego powinien leżeć po okresie hospitalizacji, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej albo domowej po zakończeniu hospitalizacji, pod adresem zamieszkania rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka; Towarzystwo pokrywa koszty tego świadczenia do łącznej kwoty 500 zł na jedno zdarzenie,

- b) transport na wizytę kontrolną – jeżeli na skutek zdarzenia rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka był hospitalizowany przez okres minimum 5 dni oraz zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego powinien udać się na wizytę kontrolną, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu na 1 wizytę kontrolną w danym roku polisy z miejsca będącego adresem zamieszkania rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka do placówki medycznej,

- c) asysta – jeżeli na skutek zdarzenia rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka wymaga transportu medycznego do placówki medycznej i z powrotem, Towarzystwo zapewni zorganizowanie i pokrycie honorarium osoby, która będzie towarzyszyć rodzicowi Ubezpieczonego lub rodzicowi współmałżonka podczas tego transportu oraz pomoże przy załatwieniu w placówce medycznej formalności związanych z rejestracją oraz wypisem ze szpitala; Towarzystwo pokrywa koszty tego świadczenia do łącznej kwoty 200 zł na jedno zdarzenie,
 - d) infolinia medyczna – na wniosek rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka, Towarzystwo zapewnia udzielenie pierwszej konsultacji z lekarzem Centrum Operacyjnego AXA drogą telefoniczną na podstawie informacji przekazanych przez rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka; ogólna informacja, o której mowa powyżej, nie stanowi porady medycznej; Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki zastosowania się do uzyskanych informacji; świadczenie jest realizowane, o ile stan zdrowia rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego;
- 17) przekazanie pilnej wiadomości od Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka – na wniosek osoby uprawnionej operator Centrum Operacyjnego AXA przekazuje wyznaczonej przez nią osobie każdą pilną wiadomość w związku z nagłym zdarzeniem, któremu uległa;
- 18) infolinia medyczna – Towarzystwo zapewnia dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z personelem medycznym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli ustnej ogólnej informacji o danym schorzeniu, typowo stosowanym leczeniu, w tym o nowoczesnych metodach leczenia dostępnych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, a także o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń; Towarzystwo gwarantuje również dostęp do informacji na temat:
- a) jednostek chorobowych,
 - b) stanów wymagających nagłej pomocy,
 - c) zachowań prozdrowotnych,
 - d) leków, w tym objawów niepożądanych przy przyjmowaniu leków, oraz przyjmowania leków w trakcie ciąży,
 - e) ciąży – jej objawów, etapów rozwoju płodu, badań w czasie ciąży, zagrożeń, diety w trakcie ciąży i po porodzie,
 - f) przygotowania się do porodu,
 - g) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie,
 - h) badań prenatalnych,
 - i) szkół rodzenia,
 - j) karmienia noworodka,
 - k) obowiązkowych szczepień dzieci,
 - l) pielęgnacji niemowląt,
 - m) transportu medycznego,
 - n) telefonów zaufania i grup wsparcia, udzielających na terenie Rzeczypospolitej Polskiej pomocy osobom dotkniętym alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na określone schorzenia, w szczególności cukrzycę, chorobę serca, kobietom po mastektomii, rodzicom ciężko chorych dzieci,
 - o) placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy Centrum Operacyjnego AXA,
 - p) aptek znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
 - q) badań kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
 - r) szczepień, zagrożeń epidemiologicznych dla podróżnych,
 - s) placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - t) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - u) sposobu przygotowywania się do zabiegów lub badań medycznych,
 - v) domów pomocy społecznej, hospicjów,
 - w) przebiegu załatwiania formalności związanych ze zgonem bliskiej osoby;

informacje, o których mowa powyżej, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza Centrum Operacyjnego AXA oraz Towarzystwa.

2. Jeżeli usługa realizowana na podstawie Regulaminu przekroczy limit, o którym mowa w § 1 ust. 5, może ona zostać wykonana przez Centrum Operacyjne AXA, o ile osoba uprawniona wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a limitem, o którym mowa w § 1 ust. 5. Limit określony w § 1 ust. 5 odnosi się łącznie do Ubezpieczonego, współmałżonka i dziecka.
3. O celowości organizacji i pokrycia kosztów wszystkich wymienionych powyżej usług medycznych decyduje lekarz Centrum Operacyjnego AXA w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.

Realizacja usług świadczonych w ramach Regulaminu

§ 3

1. W razie wystąpienia zdarzenia, gdy konieczne jest skorzystanie z pomocy medycznej, transportu lub innych usług, o których mowa w Regulaminie, osoba uprawniona lub osoba występująca w jej imieniu, zobowiązane są – przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie – niezwłocznie zgłosić telefonicznie prośbę o pomoc do Centrum Operacyjnego AXA, którego numer telefonu podany jest w polisie lub w dokumencie umowy ubezpieczenia. Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia lub osoba kontaktująca się w jej imieniu powinna wyjaśnić dyżurującemu pracownikowi Centrum Operacyjnego AXA okoliczności, w jakich Ubezpieczony się znajduje i jakiej pomocy potrzebuje, oraz umożliwić lekarzom Centrum Operacyjnego AXA dostęp do wszystkich informacji medycznych.
2. W przypadku zaistnienia takiej konieczności, na żądanie Centrum Operacyjnego AXA, zarówno osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, jak również osoba występująca w jej imieniu są zobowiązane:
 - 1) podać nazwisko i imię osoby uprawnionej, a także numer PESEL i w miarę możliwości jej numer telefonu;
 - 2) podać numer polisy potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia Plan Elastyczny;
 - 3) podać dokładne miejsce zdarzenia, krótki opis i rodzaj wymaganej pomocy;
 - 4) stosować się do zaleceń Centrum Operacyjnego AXA, udzielając informacji i niezbędnych pełnomocnictw;
 - 5) umożliwić Centrum Operacyjnemu AXA dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności zdarzenia, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu wyjaśnień.
3. W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej osoba uprawniona do zrealizowania na jej rzecz usługi świadczonej w ramach Regulaminu lub osoba występująca w jej imieniu nie mogły skontaktować się z Centrum Operacyjnym AXA i w związku z tym same pokryły koszty usług medycznych, o których mowa w Regulaminie, Towarzystwo zwróci w całości bądź częściowo (w zależności od tego jaka część wydatków została przeznaczona na sfinansowanie świadczeń, do których zobowiązane było Centrum Operacyjne AXA) poniesione koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do Centrum Operacyjnego AXA najpóźniej w ciągu 5 dni kalendarzowych od daty ustania przyczyn uniemożliwiających skontaktowanie się z Centrum Operacyjnym AXA i przedstawienia wskazanych przez Centrum Operacyjne AXA dokumentów. Zwrot kosztów będzie następował po zweryfikowaniu ich zasadności przez Centrum Operacyjne AXA. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów, jakie poniosłoby w przypadku zapewnienia usług medycznych we własnym zakresie, w wysokości nie wyższej niż wysokości sum ubezpieczenia.
4. Świadczenia odnoszące się do zdarzeń objętych ochroną Towarzystwa są realizowane przez czas maksymalnie 12 miesięcy, licząc od daty zaistnienia zdarzenia, w związku z którym dane świadczenie przysługuje, z zastrzeżeniem postanowień opisu świadczenia, o którym mowa w § 2 ust. 1 pkt 14).
5. Wykonanie usług medycznych określonych w Regulaminie może być opóźnione na skutek strajków, zamieszek, niepokojów społecznych, zamachów terrorystycznych, wojny domowej lub wojny o zasięgu międzyna-

rodowym, promieniowania radioaktywnego lub jonizującego, zaistnienia zdarzenia losowego lub zadziałania siły wyższej udokumentowanych przez Towarzystwo.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

1. Uprawnienie do korzystania z usług świadczonych w ramach Regulaminu nie przysługuje w zakresie:
 - 1) kosztów wizyty lekarza i transportu medycznego oraz innych usług, które zorganizowane zostały przez Centrum Operacyjne AXA, w zakresie w jakim ich realizacja wynikała z powodu podania nieprawdziwych informacji;
 - 2) zdarzenia skutkującego powstaniem zagrożenia życia, wymagającego natychmiastowej interwencji pogotowia ratunkowego;
 - 3) zdarzenia związanego z zagrożeniem życia, zdefiniowanego tak na podstawie informacji przekazanych przez zgłaszającego do Centrum Operacyjnego AXA – w takim przypadku Towarzystwo może odmówić realizacji świadczeń, przy czym Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli kwalifikacja danego zdarzenia jako zagrażającego życiu i skutki takiej kwalifikacji nastąpiły na podstawie informacji przekazanych przez zgłaszającego.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje:
 - 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 2) kosztów zakupu leków;
 - 3) kosztów wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
 - 1) leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii – w zakresie wykraczającym poza opisany w § 2 ust. 1 pkt 8), zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii;
 - 2) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroryzmu;
 - 3) pozostawiania pod wpływem alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 4) użycia przez osobę, na rzecz której realizowane mają być świadczenia określone w Regulaminie, narkotyków lub substancji toksycznych, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
 - 5) chorób psychicznych;
 - 6) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpiezonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. nr 88, poz. 553 z późn. zm.);
 - 7) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: sporty lotnicze, wspinaczka, speleologia, skoki na linie, nurkowanie z użyciem specjalistycznego sprzętu, sporty motorowe i motorowodne oraz udział Ubezpiezonego w wyścigach, poza lekką atletyką i pływaniem;
 - 8) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - 9) chorób przenoszonych drogą płciową, chorób wenerycznych;
 - 10) chorób przewlekłych;
 - 11) przerywania ciąży, sztucznego zapłodnienia lub każdego innego leczenia bezpłodności oraz kosztów środków antykoncepcyjnych;
 - 12) szczepień;
 - 13) leczenia dentystrycznego;
 - 14) niestosowania się do zaleceń lekarza prowadzącego lub lekarza Centrum Operacyjnego AXA.

Definicje

§ 5

- 1) **adres zamieszkania** – miejsce na terenie Rzeczypospolitej Polskiej wskazane przez Ubezpiezonego, współmałżonka lub dziecko jako miejsce stałego zamieszkania;
- 2) **Centrum Operacyjne AXA** – jednostka zajmująca się organizacją i świadczeniem usług określonych w Regulaminie, wskazana przez Towarzystwo i działająca w jego imieniu;
- 3) **choroba przewlekła** – choroba o długotrwałym przebiegu, trwająca zwykle miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczona, lub choroba będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz jej komplikacje;
- 4) **choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
- 5) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpiezonego, zamieszkujące wspólnie z Ubezpiezonym pod adresem zamieszkania, które nie ukończyło 25. roku życia;
- 6) **hospitalizacja** – pobyt w szpitalu w celu przeprowadzenia leczenia;
- 7) **lekarz Centrum Operacyjnego AXA** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem, wskazana przez Centrum Operacyjne AXA i uprawniona do występowania w imieniu Centrum Operacyjnego AXA;
- 8) **lekarz prowadzący** – lekarz sprawujący opiekę nad osobą uprawnioną z ramienia placówki medycznej, w której osoba ta poddała się leczeniu;
- 9) **miejsce pobytu** – miejsce na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w którym Ubezpieczony, współmałżonek lub dziecko przebywa tymczasowo i które w ocenie przedstawiciela Centrum Operacyjnego AXA spełnia warunki realizacji usług w ramach Regulaminu;
- 10) **nagle zachorowanie** – powstały w sposób nagły stan chorobowy zagrażający zdrowiu lub życiu Ubezpiezonego, współmałżonka, dziecka lub (tylko dla świadczeń wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 16)) rodzica Ubezpiezonego, lub rodzica współmałżonka, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej, z wyłączeniem wszelkich chorób, które zostały rozpoznane przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpiezonemu, współmałżonkowi lub dziecku zgodnie z Regulaminem;
- 11) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpiezonego, współmałżonka, dziecka lub (tylko dla świadczeń wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 16)) rodzica Ubezpiezonego, lub rodzica współmałżonka, które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa, w następstwie którego Ubezpieczony, współmałżonek, dziecko, rodzic Ubezpiezonego lub rodzic współmałżonka niezależnie od swojej woli doznał uszkodzenia ciała, uszczerbku na zdrowiu lub zmarł;
- 12) **osoba uprawniona** – osoba uprawniona do realizowania na jej rzecz usług świadczonych na podstawie Regulaminu – Ubezpieczony, współmałżonek, dziecko, rodzic Ubezpiezonego lub rodzic współmałżonka – jedynie w zakresie świadczeń wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 16);
- 13) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 14) **poronienie** – samoistne, przedwczesne zakończenie ciąży trwającej krócej niż 20 tygodni;
- 15) **Regulamin** – niniejszy Regulamin świadczenia usług Assistance AXA 24;
- 16) **rodzic Ubezpiezonego** – matka lub ojciec Ubezpiezonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; za rodzica Ubezpiezonego uznaje się również osobę będącą w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - a) żoną ojca Ubezpiezonego lub wdową po ojcu Ubezpiezonego, o ile po śmierci ojca Ubezpiezonego nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
 - b) mężem matki Ubezpiezonego lub wdowcem po matce Ubezpiezonego, o ile po śmierci matki Ubezpiezonego nie wstąpił ponownie w związek małżeński;


- 17) rodzic współmałżonka Ubezpieczonego** – matka lub ojciec współmałżonka Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; za rodzica współmałżonka Ubezpieczonego uznaje się również osobę będącą w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:
- a) żoną ojca współmałżonka Ubezpieczonego lub wdową po ojcu współmałżonka Ubezpieczonego, o ile po śmierci ojca współmałżonka Ubezpieczonego nie wstąpiła ponownie w związek małżeński;
 - b) mężem matki współmałżonka Ubezpieczonego lub wdowcem po matce współmałżonka Ubezpieczonego, o ile po śmierci matki współmałżonka Ubezpieczonego nie wstąpił ponownie w związek małżeński;
- 18) rozstrój zdrowia** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, z wyjątkiem chorób przewlekłych;
- 19) sprzęt rehabilitacyjny** – niezbędny drobny sprzęt rehabilitacyjny określony i zalecony przez lekarza specjalistę prowadzącego leczenie, umożliwiający samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie; przez drobny sprzęt rehabilitacyjny rozumie się sprzęt, którego waga nie przekracza 20 kg;
- 20) urodzenie martwego dziecka** – urodzenie martwego noworodka, zarejestrowanego w urzędzie stanu cywilnego, w akcie urodzenia którego Ubezpieczony jest wymieniony jako rodzic tego dziecka;

- 21) współmałżonek** – osoba, która w dacie zdarzenia pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 22) zdarzenie** – zdarzenie określone w Regulaminie, uprawniające osoby uprawnione do skorzystania z usług na zasadach określonych w niniejszym Regulaminie:
- a) rozstrój zdrowia w następstwie nagłego zachorowania,
 - b) obrażenia ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - c) pogorszenie się stanu zdrowia w wyniku zajścia trudnych sytuacji losowych, wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 15),
 - d) urodzenie się dziecka Ubezpieczonego – wyłącznie w zakresie świadczenia wizyty położnej w przypadku urodzenia się dziecka.

Postanowienia końcowe

§ 6

Niniejszy Regulamin świadczenia usług Assistance AXA 24 został zatwierdzony uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 2/07/12/2015 z dnia 7 grudnia 2015 r. i ma zastosowanie od dnia 21 grudnia 2015 r.

Prezes Zarządu

 Jarosław Bartkiewicz

Członek Zarządu

 Janusz Arczewski

Więcej informacji uzyskasz od naszego przedstawiciela

kim jesteśmy

AXA to jedna z największych grup finansowych na świecie. Wieloletnie doświadczenie i stała obecność na międzynarodowych rynkach sprawiły, że zaufały nam już 103 miliony klientów w 59 krajach.

AXA w Polsce to różnorodność ubezpieczeń ochronnych, zdrowotnych i turystycznych oraz otwarty fundusz emerytalny. To także nowoczesne rozwiązania inwestycyjne dopasowane do zróżnicowanych potrzeb klientów.

Naszym klientom oferujemy rzetelną analizę potrzeb oraz wysoki standard obsługi.

ubezpieczenia
inwestycje
emerytury

801 200 200
axa.pl