

UMOWA DODATKOWA

„Assistance Onkologiczny”



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA „ASSISTANCE ONKOLOGICZNY” (AONCO/NPER/1/2023)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 ust. 1-8 wraz z definicjami pojęć z Art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 2 ust. 9-10 Art. 9
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącanie ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Art. 6 ust.1-2
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA „ASSISTANCE ONKOLOGICZNY” (AONCO/NPER/1/2023)

Dokument ten ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych jako uzupełnienie umów ubezpieczenia na życie, które są regulowane przez Ogólne Warunki Ubezpieczenia Uniwersalnego – Nowa Perspektywa.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

- Akt Terroryzmu** – każde działanie, indywidualne lub grupowe, z bezprawnym użyciem siły lub przemocą lub groźbą ich użycia wobec osób lub mienia, w celu wprowadzenia chaosu, dezorganizacji życia publicznego, zastraszenia lub wywarcia przymusu na władze publiczne, przedsiębiorstwo lub społeczność, które zmierza do osiągnięcia celów politycznych, ideologicznych, społecznych, religijnych, ekonomicznych lub finansowych
- Centrum Operacyjne** – podmiot AWP P&C S.A. z siedzibą we Francji, który wykonuje działalność w Polsce poprzez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa (tel. 224224224) i zajmuje się w naszym imieniu organizacją i pokryciem kosztów świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem
- Dziecko** – dziecko własne (biologiczne) lub przysposobione Ubezpieczonego
- Lekarz Prowadzący** – lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego i nie jest członkiem jego rodziny
- Leki** – przepisane przez lekarza Ubezpieczonego:
 - leki gotowe, wpisane do „Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej” oraz
 - leki recepturowe, których zakup można zrealizować wyłącznie na podstawie recepty
- Matzonek** – osoba, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego w dniu zajścia zdarzenia, które jest objęte ubezpieczeniem
- Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym** – guz o charakterze złośliwym, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych oraz powoduje naciekanie, niszczenie prawidłowych tkanek lub przerzuty odległe. Do takich nowotworów złośliwych zaliczamy także chłoniaki złośliwe, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), zespoły mielodysplastyczne (MDS), białaczki, a także inne zespoły mieloproliferacyjne w stadium akceleracji choroby lub w stadium schyłkowym. Diagnoza Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego. Dzień wykonania tego badania (lub w przypadkach uzasadnionych medycznie – innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa) przyjmujemy za dzień wystąpienia Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym
- Partner** – osoba, która z Ubezpieczonym prowadzi wspólne gospodarstwo domowe w dniu zajścia zdarzenia, które jest objęte ubezpieczeniem
- Placówka Medyczna** – Szpital, prywatny albo publiczny podmiot leczniczy, który działa zgodnie z przepisami prawa i świadczy opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski
- Rocznica Ubezpieczenia** – rocznica ubezpieczenia w Umowie Głównej
- Rodzic Ubezpieczonego** – ojciec, matka, ojczym lub macocha Ubezpieczonego
- Siła Wyższa** – nagły i niemożliwy do przewidzenia stan, wywołany przyczyną niezależną od Ubezpieczonego lub od nas, którego następstwom nie można zapobiec przy użyciu dostępnych środków
- Sprzęt Rehabilitacyjny** – sprzęt, który jest niezbędnym Ubezpieczonego do rehabilitacji i umożliwiał mu ułatwia mu samodzielne funkcjonowanie
- Szpital** – podmiot leczniczy, który świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia

wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski. Szpitalem nie jest ośrodek opieki dla przewlekle chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wypoczynkowy, zakład leczenia zdrowia uzdrowskiego, w tym szpital uzdrowski ani szpital uzdrowsko-rehabilitacyjny

- Towarzystwo lub My** – Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna
- Transport Medyczny** – transport, który jest realizowany odpowiednim dla stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu; Transportem Medycznym nie jest transport na wizyty kontrolne oraz dojazd do poradni rehabilitacyjnej
- Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - jest ubezpieczona w Umowie Głównej lub w umowie dodatkowej zawartej lub zawieranej na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Terminowego Ubezpieczenia na Życie oraz
 - w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia w pierwszej Umowie Dodatkowej ma mniej niż 65 lat, a w przypadku, gdy jest dzieckiem osoby ubezpieczonej w Umowie Głównej, mniej niż 18 lat
- Umowa Dodatkowa lub Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia, która jest zawierana na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia „Assistance Onkologiczny” jako uzupełnienie Umowy Głównej. Wyróżniamy następujące rodzaje Umów Dodatkowych:
 - pierwsza Umowa Dodatkowa, która jest zawierana w trybie złożenia oferty przez Ubezpieczającego i przyjęcia jej przez nas albo w trybie złożenia przez nas pierwszej oferty i przyjęcia jej przez Ubezpieczającego,
 - kolejna Umowa Dodatkowa, która jest zawierana po zakończeniu pierwszej Umowy Dodatkowej, w trybie złożenia oferty przez nas i przyjęcia jej przez Ubezpieczającego
- Umowa Główna lub Główna Umowa Ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego – Nowa Perspektywa.

Pojęcia, którymi posługujemy się w tym dokumencie, inne niż wskazane w tym artykule, mają znaczenie zgodne z warunkami ogólnymi, na podstawie których została zawarta Umowa Główna.

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

- Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
- Ubezpieczenie obejmuje zdiagnozowanie u Ubezpieczonego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym lub wydanie Ubezpieczonego – na podstawie skierowania od Lekarza Prowadzącego – karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (dalej także: karta DiLO) w czasie ochrony ubezpieczeniowej.

Ubezpieczenie obejmuje również przypadki, w których materiał do badania histopatologicznego (lub w przypadkach uzasadnionych medycznie – innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa) zostanie pobrany w czasie ochrony ubezpieczeniowej, a badanie mikroskopowe, którego wynik potwierdza diagnozę, będzie miało miejsce już po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej.
- W przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego operacji plastycznej w celu usunięcia blizn lub nieprawidłowości w budowie ciała, które powstały w wyniku operacyjnego usunięcia Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym, ubezpieczenie obejmuje także organizację oraz pokrycie kosztu tej operacji plastycznej do 20 000 zł w odniesieniu do jednego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym. Operacja ta musi być przeprowadzona w warunkach bloku operacyjnego.
- Ubezpieczenie obejmuje tylko takie świadczenia, które wskazujemy w tym dokumencie oraz które są realizowane:
 - za pośrednictwem Centrum Operacyjnego,
 - na terenie Polski.
- Jeśli w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej u Ubezpieczonego zostanie zdiagnozowany Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym lub na podstawie skierowania od Lekarza Prowadzącego Ubezpieczonego zostanie wydana karta DiLO, to organizujemy i pokrywamy koszty świadczeń medycznych, które wskazujemy w Tabeli nr 1. W tabeli tej wskazujemy również zasady, które obowiązują podczas organizacji i realizacji tych świadczeń.

Tabela nr 1 Świadczenia dla Ubezpieczonego w przypadku zdiagnozowania Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym lub wydania karty DiLO

Rodzaj i opis świadczenia medycznego		Limit na jedną diagnozę Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym lub wydanie jednej karty DiLO	
I. Konsultacje			
1. chirurg	6. urolog	11. hepatolog	
2. okulista	7. pulmonolog	12. hematolog	
3. otolaryngolog	8. lekarz rehabilitacji	13. nefrolog	
4. ortopeda	9. onkolog	14. dermatolog	
5. ginekolog	10. endokrynolog		
II. Diagnostyka laboratoryjna Badanie z zakresu diagnostyki laboratoryjnej traktujemy jako jedno świadczenie medyczne z maksymalnej liczby 20 świadczeń medycznych do wykorzystania – niezależnie od liczby zleconych do wykonania badań na jednym skierowaniu wystawionym przez Lekarza Prowadzącego w związku z tą samą diagnozą lub wydaniem jednej karty DiLO.		Świadczenia do wielokrotnego wykorzystania, maksymalnie 20 świadczeń medycznych	
15.			
• mocznik – badanie ogólne	• amylaza		• CRP ilościowo
• OB	• mocznik		• HBs przeciwciała
• morfologia	• TSH		• HCV przeciwciała
• APTT	• kreatynina		• IgE całkowite
• PT	• kwas moczowy		• markery: CA 125, PSA, CA 72-4, AFP, CEA, Beta-HCG, CA 15-3, CA 19-9, kalcytonina, Beta-2-mikroglobulina, NSE, Cyfra 21
• fibrynogen	• proteinogram		
• glukoza	• ferrytyna		
• elektrolity (sód i potas)	• wapń całkowity		
• lipidogram	• fosfor nieorganiczny		
• próby wątrobowe	• magnez		
III. Badania specjalistyczne			
16. biopsja (pobranie materiału wraz z mikroskopowym badaniem histopatologicznym)			
17. badania radiologiczne (RTG)			
18. badania ultrasonograficzne (USG)			
19. rezonans magnetyczny		1 badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby 20 świadczeń medycznych	
20. tomografia komputerowa		1 badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby 20 świadczeń medycznych	
IV. Infolinia medyczna			
W ramach infolinii medycznej zapewnimy Ubezpieczonemu telefoniczny dostęp do informacji dotyczących:			
1. niezbędnych przygotowań do zabiegów lub badań medycznych,			
2. diet, metod zdrowego żywienia,			
3. działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży,			
4. danych teleadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia,		bez limitu	
5. danych teleadresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,			
6. danych teleadresowych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,			
7. danych teleadresowych domów pomocy społecznej, hospicjów,			
8. danych teleadresowych aptek czynnych przez całą dobę.			

6. Jeśli w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego zostanie zdiagnozowany Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym, to organizujemy i pokrywamy także koszty świadczeń, których zakres i zasady realizacji wskazujemy w Tabeli nr 2, w części I.

Jeśli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zostanie zdiagnozowany Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym u biologicznego: ojca, matki, rodzeństwa lub dziecka Ubezpieczonego, to organizujemy i pokrywamy koszty świadczeń, których zakres i zasady realizacji wskazujemy w Tabeli nr 2, w części II.

Tabela nr 2 Pomoc assistance dla Ubezpieczonego w związku z diagnozą Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym oraz konsultacje onkologiczno-genetyczne i pomoc psychoonkologiczna dla Ubezpieczonego

Rodzaj i opis świadczenia	Limit na jedną diagnozę Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym
I. Pomoc assistance dla Ubezpieczonego w związku z diagnozą Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym	
1. Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu Sprzętu Rehabilitacyjnego	
<p>Gdy Ubezpieczony, zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego, powinien używać Sprzętu Rehabilitacyjnego, zapewnimy:</p> <p>a) organizację i pokrycie kosztów transportu Sprzętu Rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego, i b) pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia Sprzętu Rehabilitacyjnego (w zależności od wyboru Ubezpieczonego).</p>	
2. Dostarczenie posiłków do miejsca pobytu Ubezpieczonego	
Gdy zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego wymagane jest leżenie, pokrywamy koszty dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego posiłków – koszt posiłków pokrywa Ubezpieczony.	
3. Dostarczenie Leków do miejsca pobytu Ubezpieczonego	
Gdy zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego wymagane jest leżenie, pokrywamy koszty dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego Leków – koszt Leków pokrywa Ubezpieczony.	
4. Pomoc pielęgniarki w miejscu pobytu Ubezpieczonego	
Gdy wymagana jest pomoc pielęgniarki, zorganizujemy i pokryjemy koszty honorarium i dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego – dodatkowe koszty opieki pielęgniarskiej (koszty zakupu Leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej) pokrywa Ubezpieczony.	
5. Zwrot kosztów peruk i protez na rzecz Ubezpieczonego	
Gdy Ubezpieczony używa peruki lub protezy, zwrócimy koszty zakupu poniesione przez Ubezpieczonego, do limitu wskazanego w kolumnie obok.	
6. Transporty Medyczne ze wskazaną przez Ubezpieczonego osobą z miejsca pobytu do Placówki Medycznej	5000 zł
Transporty Medyczne są organizowane do Placówki Medycznej wskazanej przez Lekarza Prowadzącego, gdy wymagany jest pobyt Ubezpieczonego w Placówce Medycznej.	
7. Transporty Medyczne ze wskazaną przez Ubezpieczonego osobą z Placówki Medycznej do miejsca pobytu	
Na wniosek Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty Transportu Medycznego z Placówki Medycznej, w której przebywa Ubezpieczony, do miejsca jego pobytu.	
8. Transporty Medyczne ze wskazaną przez Ubezpieczonego osobą pomiędzy Placówkami Medycznymi	
Transporty są organizowane w przypadku, gdy wystawiono skierowanie na badania specjalistyczne albo zabieg chirurgiczny w innej Placówce Medycznej.	
9. Opieka nad niepełnoletnimi Dziećmi i osobami niesamodzielnymi	
Gdy wymagana jest opieka nad niepełnoletnimi Dziećmi Ubezpieczonego lub osobami niesamodzielnymi, zorganizujemy i pokryjemy koszty dojazdów i honorariów osoby do opieki.	
10. Opieka nad psem lub kotem	
Na wniosek Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu psa lub kota do wskazanego miejsca.	
11. Pomoc domowa w miejscu pobytu Ubezpieczonego	
Gdy wymagana jest pomoc domowa, zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej w miejscu pobytu Ubezpieczonego, w zakresie: zakupu podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości, codziennych porządków domowych, dostawy lub przygotowania posiłków, podlewania kwiatów – nie pokrywamy kosztów podstawowych artykułów spożywczych, środków czystości i posiłków.	
12. Psychoonkolog dla Ubezpieczonego	maksymalnie 5 konsultacji
Gdy Ubezpieczony chce skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji w poradni psychoonkologii.	
13. Organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji	
Gdy zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego wymagana jest rehabilitacja Ubezpieczonego, zapewnimy konsultacje rehabilitacyjne, w ramach których będą wykonywane:	
<ul style="list-style-type: none"> • ćwiczenia wytrzymałościowe na cykloergometrze, bieżni, stepperze w placówce rehabilitacyjnej (nie pokrywamy kosztu wypożyczenia lub zakupu urządzeń) 	<ul style="list-style-type: none"> • treningi oporowy w placówce rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu, w zależności od wyboru Ubezpieczonego
<ul style="list-style-type: none"> • ćwiczenia ogólnousprawniające w placówce rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu, w zależności od wyboru Ubezpieczonego 	<ul style="list-style-type: none"> • fizykoterapia i rehabilitacja oddechowa w placówce rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu, w zależności od wyboru Ubezpieczonego

II. Konsultacje onkologiczno-genetyczne i pomoc psychoonkologiczna dla Ubezpieczonego		Limit na jedną diagnozę Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym
1. Test zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów		
W razie zdiagnozowania Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym u biologicznego: ojca, matki, rodzeństwa lub dziecka Ubezpieczonego, zorganizujemy i pokryjemy koszty wykonania Ubezpieczonemu testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów (w zależności od rodzaju zdiagnozowanego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym – ryzyka raka sutka, jajnika, jelita grubego, nerki, tarczycy lub prostaty), badającego przynajmniej jeden z następujących genów: CA19-9, BRCA1, BRCA2, CHEK2 (multipleks, del5395), NBS1, HOXB13 G84E, RS 188140481, MSH1, MLH2, MSH6, APC, w tym koszt izolowania DNA z próbki krwi. Badanie będzie dotyczyło wszystkich tych genów spośród wymienionych powyżej, które odpowiadają za zwiększone ryzyko zachorowania przez Ubezpieczonego na raka tego narządu, którego dotyczy Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym zdiagnozowany u wskazanych wyżej członków rodziny Ubezpieczonego.		1 test
2. Konsultacja onkologiczno-genetyczna		
W razie zdiagnozowania Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym u biologicznego: ojca, matki, rodzeństwa lub dziecka Ubezpieczonego, zorganizujemy i pokryjemy Ubezpieczonemu koszty konsultacji onkologiczno-genetycznej wyników testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów u Ubezpieczonego.		1 konsultacja
3. Psychoonkolog dla Ubezpieczonego		
Gdy Ubezpieczony po wykonaniu testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów chce skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji w poradni psychoonkologii.		maksymalnie 5 konsultacji
7. W przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym, Ubezpieczonemu należne jest także świadczenie w postaci umówionej sumy pieniężnej (suma ubezpieczenia assistance) do wykorzystania na świadczenia assistance, które wskazujemy w Tabeli nr 3. Świadczenie to realizujemy wyłącznie poprzez wypłatę wynagrodzenia należnego Centrum Operacyjnemu za wykonanie świadczeń assistance, które Ubezpieczony wybrał z tej tabeli.	8. Wynagrodzenie wypłacane Centrum Operacyjnemu jest ograniczone do sum ubezpieczenia assistance dla poszczególnych rodzajów świadczeń assistance, zgodnie z Tabelą nr 3. Sumy ubezpieczenia assistance dla poszczególnych rodzajów świadczeń assistance, w odniesieniu do jednej diagnozy Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym, po realizacji każdego świadczenia assistance są obniżane o wartość wykonanego świadczenia.	

Tabela nr 3 Świadczenia dla Ubezpieczonego w przypadku zdiagnozowania u niego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym związane z jego Matronką, Partnerem, Dzieckiem lub rodzeństwem

Rodzaj i opis świadczenia	Suma ubezpieczenia assistance na jedną diagnozę Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym
I. Pomoc assistance związana z Matronką/Partnerem lub Dzieckiem	3000 zł
Psychoonkolog	maksymalnie 5 konsultacji łącznie dla Matronki/Partnera lub Dziecka
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego, jego Matronka/Partner lub Dziecko chcą skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji w poradni psychoonkologii.	
II. Konsultacje onkologiczno-genetyczne z pomocą psychoonkologiczną związane z biologicznym dzieckiem lub rodzeństwem Ubezpieczonego	5000 zł
1. Test zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów	1 test dla każdego z biologicznych dzieci lub rodzeństwa Ubezpieczonego (niezależnie od liczby genów badanych w ramach jednego testu)
W razie zdiagnozowania Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym u Ubezpieczonego, zorganizujemy i pokryjemy koszty wykonania biologicznemu dziecku lub rodzeństwu Ubezpieczonego testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów (w zależności od rodzaju zdiagnozowanego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym – ryzyka raka sutka, jajnika, jelita grubego, nerki, tarczycy lub prostaty) badającego przynajmniej jeden z następujących genów: BRCA1, BRCA2, CHEK2 (multipleks, del5395), NBS1, HOXB13 G84E, RS 188140481, MSH1, MLH2, MSH6, APC, w tym koszt izolowania DNA z próbki krwi. Badanie będzie dotyczyło wszystkich tych genów spośród wymienionych powyżej, które odpowiadają za zwiększone ryzyko zachorowania przez biologiczne dziecko lub rodzeństwo Ubezpieczonego na raka tego narządu, którego dotyczy Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym zdiagnozowany u Ubezpieczonego.	
2. Konsultacja onkologiczno-genetyczna	3000 zł
W razie zdiagnozowania Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym u Ubezpieczonego, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji onkologiczno-genetycznej wyników testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów, wykonanego biologicznemu dziecku lub rodzeństwu Ubezpieczonego.	1 konsultacja dla każdego biologicznego dziecka lub rodzeństwa Ubezpieczonego
3. Psychoonkolog	3000 zł
Gdy biologiczne dziecko lub rodzeństwo Ubezpieczonego po wykonaniu testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów chcą skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji w poradni psychoonkologii.	maksymalnie 5 konsultacji łącznie dla biologicznego dziecka lub rodzeństwa

9. Ubezpieczenie nie obejmuje:

- a) zmian opisanych histopatologicznie jako łagodne, przedrakowe, o niskim potencjale złośliwości, nieinwazyjne, w tym carcinoma in situ (Tis) według klasyfikacji TNM (The American Joint Committee on Cancer – AJCC, the 8th Edition of the TNM Classification i następnych),
- b) nowotworów skóry, chyba że jest to czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM lub analogicznym stopniu zaawansowania według klasyfikacji Clarka lub Breslowa,
- c) nowotworów gruczołu krokowego:
 - w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0, T1cN0M0) według klasyfikacji TNM, poza takimi nowotworami w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0, T1cN0M0), dla których złośliwość nowotworu według sumy Gleasona wynosi co najmniej 7,
 - dla których stopień zaawansowania według klasyfikacji TNM nie został określony, poza takimi nowotworami, dla których stopień zaawansowania według klasyfikacji TNM nie został określony i dla których złośliwość nowotworu według sumy Gleasona wynosi co najmniej 7,
- d) raków brodawkowatych ani pęcherzykowych tarczycy w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0) według klasyfikacji TNM,
- e) guzów granicznych jajnika w stadium IA ani IB według klasyfikacji FIGO (Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, edycja 2014 i następne),
- f) chłoniaków, mięsaków Kaposiego ani innych nowotworów współistniejących z infekcją HIV.
Jeżeli opis TNM w badaniu histopatologicznym zawiera literę X, to przyjmujemy, że literę X zastępuje cyfra 0, chyba, że w toku dalszych ocen histopatologicznych lub klinicznych nastąpią inne ustalenia.

10. Jeżeli świadczenie assistance przekroczy limit, który wskazujemy w Tabeli nr 2, lub sumę ubezpieczenia assistance, którą wskazujemy w Tabeli nr 3, to zorganizujemy i zrealizujemy daną usługę w przypadku, gdy Ubezpieczony wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a tym limitem lub sumą ubezpieczenia assistance.

ART. 3 JAK ZAWIERANA JEST UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa jest zawierana odrębnie na rachunek każdego Ubezpieczonego.
2. Jeżeli przyjmujemy ofertę Ubezpieczającego, to pierwsza Umowa Dodatkowa zostaje zawarta z chwilą doręczenia mu dokumentu ubezpieczenia, a do jej zawarcia w pozostałym zakresie mają zastosowanie postanowienia dotyczące zawarcia Umowy Głównej.
3. Jeżeli Ubezpieczający przyjmuje naszą pierwszą ofertę, to pierwsza Umowa Dodatkowa zostaje zawarta na warunkach określonych w ofercie – z dniem najbliższej Roczniczy Ubezpieczenia, która następuje po złożeniu oferty, ale nie wcześniej niż z następnym dniem po dniu jej przyjęcia. Przyjęcie tej oferty przez Ubezpieczającego następuje poprzez wpłatę składki w wysokości i terminie wskazanych w ofercie lub w inny sposób uzgodniony z nami.
4. Jeżeli składamy ofertę zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, to do jej zawarcia mają zastosowanie postanowienia Umowy Głównej – odpowiednio w zakresie naszej propozycji dotyczącej zmiany wysokości sumy ubezpieczenia lub składki, a składanej Ubezpieczającemu w związku z Roczniczą Ubezpieczenia. Oznacza to, że kolejna Umowa Dodatkowa zostaje zawarta zgodnie z warunkami naszej oferty w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia tej umowy, chyba że Ubezpieczający w terminie wskazanym w tych postanowieniach Umowy Głównej poinformuje nas o nieprzyjęciu oferty. Dokumentem ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie kolejnej Umowy Dodatkowej jest nasza oferta.

ART. 4 NA JAKI OKRES JEST ZAWIERANA UMOWA DODATKOWA

1. Umowa dodatkowa jest zawierana na czas określony. Pierwszy i ostatni dzień okresu ubezpieczenia wskazujemy w dokumencie ubezpieczenia.
2. Umowa Dodatkowa jest zawierana na okres do dnia, który poprzedza pierwszą Rocznicę Ubezpieczenia następującą po jej zawarciu, z poniższym wyjątkiem. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z tytułu pierwszej Umowy Dodatkowej rozpoczyna się po tym, jak w ramach Umowy Głównej przygotowaliśmy w związku z najbliższą Rocznicą Ubezpieczenia propozycję dotyczącą zmiany wysokości sumy

ubezpieczenia lub składki od tej Roczniczy Ubezpieczenia, wtedy pierwsza Umowa Dodatkowa jest zawierana na okres do dnia, który poprzedza drugą Rocznicę Ubezpieczenia następującą po jej zawarciu.

3. Ochrona ubezpieczeniowa przysługuje Ubezpieczonemu w okresie ubezpieczenia, ale nie wcześniej niż od dnia wskazanego w dokumencie ubezpieczenia i nie wcześniej niż od następnego dnia po zapłaceniu pierwszej składki ubezpieczeniowej tytułem pierwszej Umowy Dodatkowej oraz nie dłużej niż do rozwiązania Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem Art. 6 ust. 3.

ART. 5 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy Dodatkowej w terminie 30 dni, licząc od późniejszego z dni: dnia jej zawarcia lub dnia, w którym dowiedział się o prawie odstąpienia od umowy. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana do dnia, w którym otrzymujemy oświadczenie Ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy. Odstąpienie od umowy zawieranej na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Terminowego Ubezpieczenia na Życie jest równoznaczne z odstąpieniem od Umowy Dodatkowej zawartej na rachunek tego samego Ubezpieczonego.
2. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu, gdy:
 - a) mija ostatni dzień miesiąca ubezpieczenia następującego bezpośrednio po miesiącu ubezpieczenia, w którym otrzymaliśmy oświadczenie Ubezpieczającego o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - b) mija ostatni dzień okresu ubezpieczenia,
 - c) Umowa Główna zostaje przekształcona w umowę ubezpieczenia bezskładkowego,
 - d) zostaje rozwiązana umowa zawarta na rachunek tego samego Ubezpieczonego na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Terminowego Ubezpieczenia na Życie,
 - e) zostaje rozwiązana Umowa Główna.

ART. 6 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Ubezpieczający optaca składkę regularną z tytułu Umowy Dodatkowej w wysokości oraz terminach wskazanych w dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki regularnej z tytułu Umowy Dodatkowej ustalamy na podstawie częstotliwości optacania składki oraz obowiązującej taryfy składek.
 - a) Taryfę składek wybieramy z naszej tabeli taryf, według posiadanych przez nas szczegółowych informacji dotyczących Ubezpieczonego, w tym jego wieku w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia.
 - b) Taryfy składek ustalamy w wysokości zapewniającej co najmniej wykonanie wszystkich naszych zobowiązań wynikających z zawartych dodatkowych umów ubezpieczeniowych, z uwzględnieniem przewidzianych w ogólnych warunkach ubezpieczenia regulujących Umowę Dodatkową: przedmiotu i zakresu ubezpieczenia, ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności (w tym także czasowych), zasad ustalenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.
3. W razie rozwiązania Umowy Dodatkowej z przyczyn innych niż zakończenie okresu ubezpieczenia, ustalamy wysokość wpłaconej składki, która podlega zwrotowi za niewykorzystany okres ubezpieczenia – proporcjonalnie do tego okresu. Kwotę do zwrotu ustalamy do dnia wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego lub ubezpieczonego w Umowie Głównej. W pozostałych przypadkach kwotę do zwrotu ustalamy do dnia rozwiązania Umowy Dodatkowej i z chwilą tego ustalenia wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy Dodatkowej, o ile wygaśnięcie nie nastąpiło wcześniej.
4. W razie rozwiązania Umowy Głównej, składkę wskazaną w ust. 3 rozliczamy zgodnie z postanowieniami Umowy Głównej dotyczącymi rozliczania wpłat i zwracamy wraz z wypłatą wartości wykupu albo wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego w Umowie Głównej – o ile wcześniej zostały opłacone wszystkie składki regularne należne tytułem wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia stanowiących uzupełnienie Umowy Głównej.
5. Jeżeli Umowa Główna nie ulega rozwiązaniu, wtedy składkę wskazaną w ust. 3 rozliczamy zgodnie z postanowieniami Umowy Głównej dotyczącymi rozliczania wpłat. Pozostałą nadpłaconą część tej składki zwracamy Ubezpieczającemu na jego wniosek albo – jeżeli wniosek nie został złożony – przeznaczamy na przyszłe składki

regularne z tytułu umowy ubezpieczenia należne w wysokości i terminach wskazanych w dokumencie ubezpieczenia.

ART. 7 JAKIE SĄ OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

Jeśli Ubezpieczony chce skorzystać ze świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem, to ma obowiązek:

- złożyć wniosek o realizację świadczenia wraz z dokumentami, które wskazujemy jako niezbędne do określenia, czy i w jakiej wysokości świadczenie jest należne,
- współpracować z Centrum Operacyjnym w zakresie organizacji i realizacji świadczeń, w tym uzgodnienia miejsca realizacji świadczenia,
- w przypadku, gdy diagnoza została postawiona za granicą – dostarczyć dokumentację medyczną przetłumaczoną na język polski albo język angielski.

ART. 8 CO JEST POTRZEBNE DO REALIZACJI ŚWIADCZEŃ, KTÓRE SĄ OBJĘTE UBEZPIECZENIEM

- Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości świadczenie należy się Ubezpieczonemu, potrzebujemy:
 - wniosku o realizację świadczenia od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
 - kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpiezonego,
 - dokumentów, które potwierdzają zdiagnozowanie u Ubezpiezonego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym lub wydanie Ubezpieczonemu karty DiLO.
- Dokumenty te należy dostarczyć do Centrum Operacyjnego.
- Zawiadomienie o zdiagnozowaniu u Ubezpiezonego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym lub wydaniu Ubezpieczonemu karty DiLO można złożyć:
 - telefonicznie, dzwoniąc pod numer telefonu 224 224 224,
 - pisząc na adres: AWP P&C S.A. Oddział w Polsce; ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa,
 - pocztą elektroniczną na adres: u.life@mondial-assistance.pl.
- Świadczenie spełnimy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia. Jeśli w tym okresie nie jest możliwe wyjaśnienie, czy świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu i w jakiej wysokości, to spełnimy świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie to jest możliwe. Bezsporną część spełnimy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia.
- Jeśli odmawiamy spełnienia świadczenia lub spełnimy je w części, to informujemy o tym osobę, która występuje z tym wnioskiem. Wskazujemy też podstawę prawną i uzasadniamy swoją decyzję.
- Centrum Operacyjne w porozumieniu z Ubezpieczonym ustala miejsce realizacji świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem. Zorganizujemy te świadczenia we współpracującym z Centrum Operacyjnym podmiocie lub Placówce Medycznej w ciągu 5 dni roboczych od dnia otrzymania kompletu dokumentów, które są niezbędne, abyśmy mogli ustalić, czy świadczenie należy się Ubezpieczonemu i w jakiej wysokości.
- Wartość poszczególnych świadczeń assistance ustala Centrum Operacyjne – każdorazowo na podstawie cen usług w uzgodnionej z Ubezpieczonym Placówce Medycznej, które obowiązują w dniu organizacji świadczenia. Informujemy Ubezpiezonego o wartości tego świadczenia oraz o tym, w jaki sposób realizacja tego świadczenia wpływa na limit świadczeń lub sumę ubezpieczenia assistance.
- W celu ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia w odniesieniu do Dziecka, Matzonka, Partnera, biologicznego ojca lub matki lub rodzeństwa, w zakresie określonym w art 38 ust. 2 i 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, potrzebujemy informacji o stanie ich zdrowia. Dlatego do zgłoszenia roszczenia z tytułu świadczeń związanych z Dzieckiem, Matzonkiem, Partnerem, biologicznym ojcem lub matką lub rodzeństwem należy dołączyć:
 - ich zgodę na przetwarzanie danych osobowych o stanie zdrowia oraz
 - upoważnienie podmiotów wykonujących działalność leczniczą do udzielania nam informacji o stanie ich zdrowia, także po ich śmierci (w tym udostępnienia dokumentacji medycznej).

ART. 9 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE ORGANIZUJEMY ANI NIE REALIZUJEMY ŚWIADCZEŃ OBJĘTYCH UBEZPIECZENIEM (OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI)

- Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie organizujemy ani nie realizujemy świadczeń objętych ubezpieczeniem, jeśli Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym lub wydanie karty DiLO nastąpią:
 - wskutek potwierdzonego w dokumentacji medycznej nieprzestrzegania przez Ubezpiezonego zaleceń Lekarza Prowadzącego,
 - w związku ze spożyciem przez Ubezpiezonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpiezonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpiezonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
 - wskutek leczenia eksperymentalnego lub leczenia o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie,
 - wskutek działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi.
 - wskutek umyślnego działania Ubezpiezonego,
 - wskutek popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpiezonego przestępstwa,
 - wskutek zabiegów ze wskazań estetycznych, niezależnie od powodu ich wykonania,
 - wskutek wad wrodzonych,
 - wskutek zakażenia wirusem HIV,
 - wskutek użycia materiałów lub substancji biologicznych lub chemicznych (lub ich składników), w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego,
 - w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia,
 - w wyniku Aktu Terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez Ubezpiezonego czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakiegokolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego,
 - w związku z udziałem Ubezpiezonego w zagranych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym,
 - w związku z udziałem Ubezpiezonego w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podlegacza w Akcie Terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy.
- Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie organizujemy ani nie realizujemy świadczeń objętych ubezpieczeniem, jeśli postępowanie diagnostyczne w kierunku Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym rozpoczęło się przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
- Nie ponosimy odpowiedzialności za przebieg leczenia i jego efekty, postawione diagnozy, brak skierowania na dodatkowe badanie, co do których decyzje podejmuje Lekarz Prowadzący.
- Nie odpowiadamy za opóźnienie w wykonaniu świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem oraz ich niewykonanie bądź nienależyte wykonanie, jeśli nastąpiło to w wyniku działania Siły Wyższej.
- Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki tych okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem pierwszej Umowy Dodatkowej, a które zostały podane niezgodnie z prawdą. Mamy prawo podnieść ten zarzut również po upływie 3 lat od zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej.

ART.10 DLACZEGO PRZETWARZAMY DANE OSOBOWE I JAK JE ZBIERAMY

- Gromadzimy i przetwarzamy tylko te dane osobowe, które są konieczne, abyśmy mogli zawrzeć z Ubezpieczającym Umowę Dodatkową i ją wykonywać. Jesteśmy administratorem tych danych.
- Źródłem danych osobowych są dokumenty, które otrzymujemy, zanim zawrzemy z Ubezpieczającym Umowę Dodatkową lub w czasie jej trwania (formularze, wnioski o wypłatę, zawiadomienia).
- Przetwarzamy dane osób, które:

- a) chcą zawrzeć z nami Umowę Dodatkową lub chcą być objęte ochroną ubezpieczeniową,
 - b) są uprawnione, aby otrzymać wypłatę pieniędzy z ubezpieczenia.
4. Zgromadzone przez nas dane osobowe przetwarzamy w związku z tym, że zawieramy z Ubezpieczającym Umowę Dodatkową oraz na podstawie:
- a) zgód osób, których te dane dotyczą,
 - b) przepisów prawa, w szczególności przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu,
 - c) naszego prawnie uzasadnionego interesu, którym jest zawarcie i wykonanie Umowy Dodatkowej oraz przeciwdziałanie przestępczości ubezpieczeniowej.
5. Zgromadzone dane możemy wykorzystać do:
- a) oceny ryzyka ubezpieczeniowego również na podstawie wiedzy o stanie zdrowia Ubezpieczonego,
 - b) ustalenia zasadności i wysokości wypłaty z Umowy Dodatkowej. W czasie wykonywania takich czynności podejmujemy zautomatyzowane decyzje, które opierają się na profilowaniu danych. Profilowanie to dobór produktów ubezpieczeniowych, obliczanie składki lub wysokości wypłaty.
6. Osoba, której dane przetwarzamy, ma prawo:
- a) uzyskać informacje o tym, jaką treść mają dane, które przetwarzamy,
 - b) poprawiać te dane albo je usunąć, o ile jest to zgodne z prawem,
 - c) ograniczyć przetwarzanie danych lub je przenieść, o ile jest to zgodne z prawem,
 - d) otrzymać wyjaśnienia na temat podstaw zautomatyzowanej decyzji, zakwestionować tę decyzję, wyrazić własne stanowisko oraz żądać rozpatrzenia sprawy i podjęcia decyzji przez naszego pracownika.
7. Dane osobowe, które przetwarzamy, możemy przekazać:
- a) innym ubezpieczycielom i reasekuratorom – tylko w zakresie i celu, które wynikają z zawartych umów ubezpieczenia, oraz
 - b) Generalnemu Inspektorowi Informacji Finansowej – na podstawie Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu,
 - c) innym podmiotom w celach marketingowych – pod warunkiem, że uzyskamy zgodę osoby, której dane dotyczą.
8. Dane Ubezpieczonego możemy uzyskać od innych ubezpieczycieli na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą – jeśli oceniamy ryzyko ubezpieczeniowe lub rozpatrujemy wniosek o wypłatę pieniędzy z ubezpieczenia.
9. Dane osobowe przetwarzamy do:
- a) dnia przedawnienia roszczeń, które wynikają z Umowy Dodatkowej, oraz
 - b) zakończenia okresu, który wskazuje ustawa o rachunkowości i ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
10. Szczegółowy opis sposobu, w jaki przetwarzamy dane osobowe, umieszczamy na naszej stronie internetowej, w Polityce prywatności.

ART. 11 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach nieuregulowanych w tym dokumencie stosujemy postanowienia warunków ogólnych, które regulują zawartą Umowę Główną.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 64/2023 i wchodzi w życie 10 września 2023 r.