



Onkopolisa

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Sygnatura: ONK/IND/19/02/2018



SPIS TREŚCI

Informacje według art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 roku – o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej	s. 3
Ogólne Warunki Ubezpieczenia Onkopolisa	
Część I. Postanowienia wspólne Ogólnych Warunków Ubezpieczenia	
Rozdział 1. Co rozumiemy pod danym pojęciem?	s. 4
Rozdział 2. Czym są Ogólne Warunki Ubezpieczenia?	s. 6
Rozdział 3. Jaki jest zakres ubezpieczenia?	s. 6
Rozdział 4. Kto może zawrzeć Umowę ubezpieczenia?	s. 6
Rozdział 5. Jak można zawrzeć Umowę ubezpieczenia?	s. 6
Rozdział 6. Kiedy rozpoczyna się Ochrona ubezpieczeniowa?	s. 6
Rozdział 7. Kiedy kończy się Ochrona ubezpieczeniowa?	s. 7
Rozdział 8. Kiedy rozwiązuje się Umowa ubezpieczenia?	s. 7
Rozdział 9. Jak zgłosić zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego?	s. 7
Rozdział 10. W jaki sposób i w jakim terminie wypłacimy świadczenie ubezpieczeniowe?	s. 7
Rozdział 11. W jakiej wysokości i w jakich terminach powinieneś płacić składkę ubezpieczeniową?	s. 8
Rozdział 12. Jak złożyć Reklamację?	s. 8
Rozdział 13. Jak chronimy dane osobowe?	s. 9
Rozdział 14. Jak ustanowić pełnomocnika?	s. 9
Rozdział 15. Jakie przepisy prawa będą dla Ciebie pomocne?	s. 10
Rozdział 16. Pozostałe wspólne postanowienia	s. 10
Część II. Postanowienia szczególne Ogólnych Warunków Ubezpieczenia	
Sekcja A. Ubezpieczenie na wypadek Rozpoznania Nowotworu	
Rozdział 1. Co chronimy?	s. 10
Rozdział 2. Jaka jest wysokość Sumy ubezpieczenia?	s. 10
Rozdział 3. Jakie świadczenia przysługują i w jakiej wysokości?	s. 11
Rozdział 4. Komu możemy przyznać świadczenie ubezpieczeniowe?	s. 11
Rozdział 5. Jak wykazać zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego i uprawnienie do świadczenia ubezpieczeniowego?	s. 11
Sekcja B. Ubezpieczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego	
Rozdział 1. Co chronimy?	s. 12
Rozdział 2. Jaka jest wysokość Sumy ubezpieczenia?	s. 12
Rozdział 3. W jakiej wysokości możemy wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe?	s. 12
Rozdział 4. Komu możemy wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe?	s. 12
Rozdział 5. Jak wykazać zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego i uprawnienie do świadczenia ubezpieczeniowego?	s. 13
Sekcja C. Assistance medyczny	
Rozdział 1. Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia Assistance medycznego?	s. 13
Rozdział 2. Jakie świadczenia obejmuje Assistance medyczny?	s. 13
Rozdział 3. Czego nie obejmuje świadczenie Assistance medycznego?	s. 17
Rozdział 4. Jak wystąpić o organizację świadczenia Assistance medycznego?	s. 17
Załącznik nr 1 – Lista Nowotworów objętych Ochroną ubezpieczeniową	s. 19

Niniejsza informacja wskazuje postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Onkopolisa dotyczące poniższych zagadnień:

Rodzaj informacji:	Przesłanki wypłaty świadczenia:
Dotyczy:	Rozpoznanie Nowotworu
Numer jednostki z wzorca umowy:	Część I: Rozdz. 6, Rozdz. 7, Rozdz. 9, Rozdz. 10 pkt 1-3, Rozdz. 15 pkt 1, Część II Sekcja A: Rozdz. 1 pkt 2-5, Rozdz. 2-5 OWU, w związku z Częścią I Rozdz. 1 OWU i załącznikiem nr 1 do OWU;
Dotyczy:	śmierć Ubezpieczonego
Numer jednostki z wzorca umowy:	Część I: Rozdz. 6, Rozdz. 7, Rozdz. 9, Rozdz. 10 pkt 1-3, Rozdz. 15 pkt 1, Część II Sekcja B: Rozdz. 1 pkt 3-5, Rozdz. 2-5 OWU, w związku z Częścią I Rozdz. 1 OWU;
Dotyczy:	Assistance medyczny
Numer jednostki z wzorca umowy:	Część I: Rozdz. 6, Rozdz. 7, Rozdz. 9, Rozdz. 10 pkt 4, Rozdz. 15 pkt 1, Część II Sekcja C: Rozdz. 1 pkt 2, 3 i 4, Rozdz. 2-4 OWU, w związku z Częścią I Rozdz. 1 OWU i załącznikiem nr 1 do OWU.
Rodzaj informacji:	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia:
Numer jednostki z wzorca umowy:	Część I: Rozdz. 6 pkt 2 i 3, Rozdz. 15 pkt 1, Część II Sekcja A: Rozdz. 1 pkt 2-5, Rozdz. 2, Rozdz. 3, Część II Sekcja B: Rozdz. 1 pkt 3-5, Rozdz. 2, Rozdz. 3, Część II Sekcja C: Rozdz. 1 pkt 3 i 4, Rozdz. 2, 3 i 4 OWU, w związku z Częścią I Rozdz. 1 OWU i załącznikiem nr 1 do OWU.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Onkopolisa

Postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Onkopolisa podzielone są na Części, Sekcje, Rozdziały, punkty, podpunkty, litery. Definicje najważniejszych pojęć, używanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Onkopolisa, znajdują się w Części I Rozdział 1 Postanowień Wspólnych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia. Zdefiniowane pojęcia piszemy wielką literą.

W celu lepszego zrozumienia poniższego tekstu wprowadziliśmy komentarze, które są tylko dodatkowym wyjaśnieniem. Nie stanowią i w żadnym razie nie zastępują tekstu prawnego.

CZĘŚĆ I. POSTANOWIENIA WSPÓLNE OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA

Rozdział 1. Co rozumiemy pod danym pojęciem?

Ileokroć w OWU, Wniosku, Polisie lub w innych pismach i oświadczeniach składanych w związku z zawarciem lub wykonaniem Umowy ubezpieczenia używa się wymienionych poniżej terminów, pisanych wielką literą, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:

Przeczytaj uważnie poniższe definicje, dzięki nim będzie Ci łatwiej zrozumieć treść całego dokumentu.

1. **Bank:**
Santander Bank Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, będąca agentem Ubezpieczyciela;
2. **Dzień roboczy:**
dni od poniedziałku do piątku, które nie są dniami ustawowo wolnymi od pracy;
3. **Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego:**
 - 1) **Rozpoznania Nowotworu** – dzień wyniku badania histopatologicznego bądź innego badania jednoznacznie potwierdzającego Rozpoznanie Nowotworu,
 - 2) **śmierci Ubezpieczonego** – dzień Twojego zgonu,
 - 3) **Uszkodzenia ciała w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku skutkującego uszkodzeniem ciała,
 - 4) **Nagłego zachorowania** – dzień wystąpienia stanu chorobowego skutkującego Nagłym zachorowaniem;
4. **Informacje o produkcie ubezpieczeniowym:**
dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym, przygotowany na podstawie przepisów o dystrybucji ubezpieczeń oraz dokument Informacje dodatkowe, które łącznie stanowią kartę produktu, przygotowaną zgodnie z Rekomendacją U dotyczącą dobrych praktyk w zakresie bancassurance, wydaną przez Komisję Nadzoru Finansowego;
5. **Lekarz konsultant:**
osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza, zgodnie z prawem polskim, wskazana przez Partnera medycznego w celu sporządzenia drugiej krajowej opinii medycznej;
6. **Miejsce zamieszkania:**
adres, pod którym przebywasz z zamiarem stałego pobytu, będący miejscem wykonania usługi Assistance medycznego;

W przypadku zmiany Twojego Miejsca zamieszkania w trakcie realizacji świadczeń jesteś zobowiązany zgłosić jego zmianę Partnerowi medycznemu.

7. **Nagle zachorowanie:**
stan chorobowy powstały u Ciebie w okresie Ochrony ubezpieczeniowej w sposób nagły i niespodziewany, zagrażający Twojemu życiu lub zdrowiu, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej;
8. **Nieszczęśliwy wypadek:**
nagle zdarzenie powstałe w okresie Ochrony ubezpieczeniowej, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od Twojej woli; Nieszczęśliwy wypadek może mieć miejsce na całym świecie;
9. **Nowotwór:**
Nowotwór złośliwy, Nowotwór in situ, wymienione w załączniku nr 1 do OWU;
10. **Nowotwór in situ:**
wymieniona w załączniku nr 1 do OWU choroba charakteryzująca się niekontrolowanym rozwojem zmienionych morfologicznie i czynnościowo komórek, 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**, zakwalifikowana według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 w rozdziale „Nowotwory in situ”, z wyłączeniem chorób zakwalifikowanych według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 w części D03 Czerniak in situ oraz D04 Rak in situ skóry;

Zwany także CIS – carcinoma in situ, a potocznie: rak in situ, rak przedinwazyjny.

- 11. Nowotwór złośliwy:**
wymieniona w załączniku nr 1 do OWU choroba charakteryzująca się niekontrolowanym rozwojem zmienionych morfologicznie i czynnościowo komórek, **ich rozprzestrzenianiem, naciekaniem otaczających tkanek**, zakwalifikowana według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 w rozdziale „Nowotwory złośliwe”, z wyłączeniem chorób zakwalifikowanych według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 w części C76–C80 „Nowotwory złośliwe niedokładnie określone, wtórne i o nieokreślonym umiejscowieniu”;
- 12. Ochrona ubezpieczeniowa:**
zobowiązanie Ubezpieczyciela do realizacji świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości wynikającej z Umowy ubezpieczenia, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 13. Okres rozliczeniowy:**
okres miesięczny albo roczny, wskazany przez Ciebie we Wniosku, oznaczający częstotliwość opłacania składki ubezpieczeniowej, rozpoczynający się w dniu odpowiadającym dacie początku Ochrony ubezpieczeniowej, a kończący się z upływem dnia danego okresu miesięcznego albo rocznego, odpowiadającemu dacie poprzedzającej dzień początku Ochrony ubezpieczeniowej, a gdyby takiego dnia w danym okresie nie było – w ostatnim dniu odpowiednio – tego miesiąca albo roku;
- 14. Okres ubezpieczenia:**
12-miesięczny okres udzielania Ochrony ubezpieczeniowej;
- 15. Ośrodek referencyjny:**
podmiot lub wyodrębniona w jego strukturze jednostka, wskazana przez ministra właściwego do spraw zdrowia, które uzyskały akredytację w zakresie przedmiotu referencyjności na podstawie przepisów ustawy o systemie oceny zgodności lub akredytację Światowej Organizacji Zdrowia, lub Europejskiego Centrum do spraw Zapobiegania i Kontroli Chorób;
- 16. OWU:**
niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Onkopolisa;
- 17. Partner medyczny:**
Europ Assistance Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, adres: ul. Wołoska 5, 02-675 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców Sądu Rejonowego dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000034499, NIP: 525-10-32-299, Regon: 011827515, jako podmiot współpracujący z Ubezpieczycielem w zakresie realizacji świadczeń w ramach Assistance medycznego;
- 18. Polisa:**
dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia;
- 19. Reklamacja:**
wystąpienie (w tym skarga i zażalenie) skierowane do Ubezpieczyciela przez Ciebie, Uposażonego lub innego uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, w którym zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela;
- 20. Rozpoznanie Nowotworu:**
rozpoznanie u Ciebie Nowotworu udokumentowane wynikiem badania histopatologicznego przeprowadzonego przez lekarza patomorfologa bądź innego badania jednoznacznie potwierdzającego Rozpoznanie Nowotworu, mające miejsce w okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej;
- 21. Sprzęt rehabilitacyjny:**
drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, który ułatwia lub umożliwia Tobie samodzielne funkcjonowanie;
- SPRZĘT REHABILITACYJNY to na przykład: piłki, taśmy i wałki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, gorsety, kołnierze, rowerek rehabilitacyjny, wałek, półwałek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne, w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (w tym sznurówka lędźwiowo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaska żebrowa, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy.*
- 22. Stan po użyciu alkoholu:**
stan, który zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:
- 1) stężenia we krwi co najmniej 0,2‰ alkoholu albo
 - 2) obecności w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
- 23. Stan po użyciu środka odurzającego, substancji psychotropowej lub środka zastępczego:**
stan po wprowadzeniu do organizmu środka odurzającego, substancji psychotropowej lub środka zastępczego, w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, niezależnie od drogi podania;
- 24. Suma ubezpieczenia:**
górną granicą odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 25. Śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku:**
Twoja śmierć będąca następstwem Nieszczęśliwego wypadku;
- 26. Trwały nośnik informacji:**
nośnik umożliwiający użytkownikowi przechowywanie adresowanych do niego informacji w sposób umożliwiający dostęp do nich przez okres odpowiedni do celów sporządzenia tych informacji i pozwalający na odtwarzanie przechowywanych informacji w niezmienionej postaci;
- 27. Ubezpieczający:**
Ty, który zawarłeś z Ubezpieczycielem Umowę ubezpieczenia;
- 28. Ubezpieczony:**
Ty, na rachunek którego została zawarta Umowa ubezpieczenia;
- 29. Ubezpieczyciel:**
Santander Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna prowadząca działalność na podstawie zezwolenia Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 6 czerwca 2008 r. Nr DNS/602/113/25/08/EMK;
- 30. Umowa ubezpieczenia:**
Umowa ubezpieczenia Onkopolisa, zawarta zgodnie z OWU pomiędzy Tobą a Ubezpieczycielem;
- 31. Uposażony:**
osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, wskazana przez Ciebie jako uprawniona do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego: śmierci Ubezpieczonego;
- 32. Uszkodzenie ciała w następstwie Nieszczęśliwego wypadku:**
naruszenie u Ciebie tkanek, rozumiane zarówno jako zewnętrzne zranienie, jak i obrażenia głębiej położonych tkanek lub narządów wewnętrznych, powstałe w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;

33. Wniosek:

oferta zawarcia Umowy ubezpieczenia, złożona przez Ciebie Ubezpieczycielowi;

34. Zamieszki:

gwałtowne demonstracje, zakłócenia porządku publicznego, wrogie akcje grupy osób wymierzone przeciwko władzy lub innej grupie osób lub mające na celu zmianę istniejącego porządku, lub osiągnięcie oznaczonych celów;

35. Zdarzenie ubezpieczeniowe:

zaszłe w okresie Ochrony ubezpieczeniowej:

- 1) Rozpoznanie Nowotworu,
- 2) śmierć Ubezpieczonego,
- 3) Uszkodzenie ciała w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
- 4) Nagłe zachorowanie.

Rozdział 2. Czym są Ogólne Warunki Ubezpieczenia?

1. OWU stanowią integralną część Umowy ubezpieczenia. Zgodnie z nimi Ubezpieczyciel świadczy Ochronę ubezpieczeniową na Twoją rzecz.
2. Przed zawarciem Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel przekaże Tobie OWU.

Rozdział 3. Jaki jest zakres ubezpieczenia?

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje:

- 1) Rozpoznanie Nowotworu,
- 2) śmierć Ubezpieczonego,
- 3) Assistance medyczny zawierający:
 - a) **Pomoc medyczną profilaktyczną** – w przypadku Nagłego zachorowania lub Uszkodzenia ciała w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
 - b) **Pomoc medyczną onkologiczną** – w przypadku Rozpoznania Nowotworu (Nowotworu in situ lub Nowotworu złośliwego),
 - c) **Drugą opinię medyczną** oraz **Rehabilitację** – w przypadku Rozpoznania Nowotworu (Nowotworu złośliwego).
2. Szczegółowy zakres ubezpieczenia, wysokości Sum ubezpieczenia, tryb dochodzenia roszczeń oraz sposób ustalenia wysokości świadczeń ubezpieczeniowych określone są w Części II OWU w poszczególnych Sekcjach:
 - 1) Sekcja A – ubezpieczenie na wypadek Rozpoznania Nowotworu,
 - 2) Sekcja B – ubezpieczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego,
 - 3) Sekcja C – Assistance Medyczny.

Rozdział 4. Kto może zawrzeć Umowę ubezpieczenia?

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana zgodnie z OWU pomiędzy stronami: Santander Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. jako Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym – czyli Tobą.
2. Umowa ubezpieczenia może być zawarta przez osobę fizyczną mającą pełną zdolność do czynności prawnych, która w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 60 lat.
3. Osoba wnosząca o zawarcie Umowy ubezpieczenia jest zobowiązana przed zawarciem Umowy ubezpieczenia do wypełnienia oświadczenia o stanie zdrowia, które jest integralną częścią Wniosku.
4. Ubezpieczyciel jest uprawniony do odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia z osobą wnoszącą o jej zawarcie, w przypadku:
 - 1) negatywnej oceny ryzyka przeprowadzonej przez Ubezpieczyciela na podstawie złożonego przez tę osobę oświadczenia o stanie zdrowia lub
 - 2) braku spełnienia przez tę osobę warunków wymaganych, zgodnie z OWU, dla zawarcia Umowy ubezpieczenia, lub
 - 3) odmowy przez tę osobę złożenia oświadczenia o stanie zdrowia.

Rozdział 5. Jak można zawrzeć Umowę ubezpieczenia?

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie ofertowym poprzez złożenie Wniosku, z dniem przyjęcia tego Wniosku przez Ubezpieczyciela.
2. Wniosek może zostać złożony pisemnie na formularzu Ubezpieczyciela, drogą telefoniczną lub za pomocą innych środków porozumiewania się na odległość, o ile zostaną one udostępnione przez Ubezpieczyciela.
3. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na 12-miesięczny okres Ochrony ubezpieczeniowej i przedłuża się na kolejne 12-miesięczne Okresy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt 4 i 5, o ile żadna ze stron nie złoży, przed upływem bieżącego Okresu ubezpieczenia, oświadczenia o jej nieprzedłużeniu na kolejny Okres ubezpieczenia.
4. Umowa ubezpieczenia może być przedłużana na 12-miesięczne Okresy ubezpieczenia maksymalnie przez 4 kolejne lata. Przed zakończeniem piątego Okresu ubezpieczenia Ubezpieczyciel może zaproponować Tobie warunki kontynuacji Umowy ubezpieczenia z nowym harmonogramem składek ubezpieczeniowych na kolejnych 5 lat, z zastrzeżeniem pkt 5.
5. Po ukończeniu przez Ciebie 61 lat Ubezpieczyciel może zaproponować Tobie warunki kontynuacji Umowy ubezpieczenia do ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, w którym ukończysz 65 lat.
6. Umowę ubezpieczenia możesz zawrzeć wyłącznie na własny rachunek.
7. Ubezpieczyciel niezwłocznie potwierdza Polisą zawarcie Umowy ubezpieczenia.

Rozdział 6. Kiedy rozpoczyna się Ochrona ubezpieczeniowa?

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia następnego po dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt 2 i 3.
2. W okresie pierwszych 90 dni począwszy od daty rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie w zakresie Śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku oraz Assistance medycznego – Pomoc medyczna profilaktyczna.
3. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Rozpoznania Nowotworu, śmierci Ubezpieczonego, Assistance medycznego – Pomoc onkologiczna, Druga opinia medyczna, Rehabilitacja rozpoczyna się od następnego dnia po upływie 90 dni liczonych od dnia następnego po dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia.

Data rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej jest wskazana we Wniosku oraz w Polisie.

Rozdział 7. Kiedy kończy się Ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa kończy się z dniem rozwiązania Umowy ubezpieczenia.

Rozdział 8. Kiedy rozwiązuje się Umowa ubezpieczenia?

- Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w następujących przypadkach i terminach, w zależności od tego, które z poniższych zdarzeń nastąpi wcześniej:
 - z dniem zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego: Rozpoznanie Nowotworu, z tytułu którego zostały przyznane świadczenia ubezpieczeniowe wyczerpujące Sumę ubezpieczenia określoną dla Zdarzenia ubezpieczeniowego: Rozpoznanie Nowotworu,
 - z chwilą Twojego zgonu,
 - z dniem bezskutecznego upływu terminu dodatkowego na zapłatę składki ubezpieczeniowej, wyznaczonego przez Ubezpieczyciela w wezwaniu do zapłaty,
 - z ostatnim dniem Okresu ubezpieczenia, w którym ukończyłeś 65 lat,
 - z ostatnim dniem bieżącego Okresu ubezpieczenia, w którym złożyłeś Ubezpieczycielowi oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy ubezpieczenia na kolejny Okres ubezpieczenia,
 - z ostatnim dniem bieżącego Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczyciel złożył Tobie oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy ubezpieczenia na kolejny Okres ubezpieczenia,
 - z dniem otrzymania przez Ubezpieczyciela Twojego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia,
 - z dniem otrzymania przez Ubezpieczyciela Twojego oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia.
- Od Umowy ubezpieczenia możesz odstąpić w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia. Oświadczenie o odstąpieniu jest skuteczne z dniem złożenia Ubezpieczycielowi oświadczenia o odstąpieniu, z zastrzeżeniem pkt 3 i 4.
- W przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej za pomocą środków porozumiewania się na odległość możesz odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia poinformowania Ciebie o zawarciu Umowy ubezpieczenia lub od dnia potwierdzenia Tobie informacji wymaganych przy składaniu propozycji zawarcia Umowy ubezpieczenia przez powszechnie obowiązujące przepisy prawa, regulujące zawieranie umowy ubezpieczenia za pomocą środków porozumiewania się na odległość, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin na odstąpienie od Umowy ubezpieczenia zawartej za pomocą środków porozumiewania się na odległość uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane.
- Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie poinformował Ciebie o prawie odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, wówczas termin 30 dni biegnie od dnia, w którym dowiedziałeś się o tym prawie.
- Oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy ubezpieczenia na kolejny Okres ubezpieczenia możesz złożyć Ubezpieczycielowi w każdym czasie przed upływem bieżącego Okresu ubezpieczenia. W takim przypadku Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z ostatnim dniem bieżącego Okresu ubezpieczenia, w którym Twoje oświadczenie zostało złożone Ubezpieczycielowi.
- Oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy ubezpieczenia na kolejny Okres ubezpieczenia Ubezpieczyciel może złożyć Tobie w każdym czasie przed upływem bieżącego Okresu ubezpieczenia. W takim przypadku Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z ostatnim dniem bieżącego Okresu ubezpieczenia, w którym oświadczenie Ubezpieczyciela zostało Tobie złożone.
- Oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia możesz złożyć Ubezpieczycielowi w każdym czasie. W takim przypadku Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się ze skutkiem natychmiastowym, z końcem dnia, w którym Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu zostało złożone Ubezpieczycielowi.
- W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia z powodu, o którym mowa w pkt 1 ppkt 7) i 8), przysługuje Tobie zwrot zapłaconej składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej Ochrony ubezpieczeniowej.
- Ubezpieczyciel dokona zwrotu składki ubezpieczeniowej, o którym mowa w pkt 8, w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia zakończenia Ochrony ubezpieczeniowej.

Rozdział 9. Jak zgłosić zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego?

- Zawiadomienia Ubezpieczyciela o Zdarzeniu ubezpieczeniowym można dokonać pisemnie, telefonicznie lub za pomocą innych środków porozumiewania się na odległość, jeżeli zostaną one udostępnione przez Ubezpieczyciela.
- Realizacja świadczenia ubezpieczeniowego następuje po otrzymaniu zgłoszenia i wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.
- Szczegółowe zasady dotyczące zgłoszenia i realizacji roszczenia oraz dokumenty potwierdzające zasadność danego roszczenia wymienione są w Części II odpowiednio w Sekcjach A-C OWU.

Rozdział 10. W jaki sposób i w jakim terminie wypłacimy świadczenie ubezpieczeniowe?

- Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego: śmierć Ubezpieczonego, Rozpoznanie Nowotworu, w wysokości ustalonej dla danego Zdarzenia ubezpieczeniowego, w formie jednorazowej wypłaty, w walucie polskiej, przelewem na rachunek bankowy wskazany przez osobę uprawnioną do świadczenia ubezpieczeniowego lub w inny sposób uzgodniony z tą osobą przez Ubezpieczyciela.
- Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego: Rozpoznanie Nowotworu albo śmierć Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem pkt 3.
- W przypadku, gdyby wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego nie było możliwe w terminie, o którym mowa w pkt 2, Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności ich wyjaśnienie było możliwe. W takim przypadku Ubezpieczyciel zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczenia w całości lub części, jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego wypłaca w terminie, o którym mowa w pkt 2.
- Sposób i terminy realizacji usług Assistance medycznego zostały opisane w Części II Sekcja C OWU.

Pamiętaj! Ty lub osoby uprawnione macie prawo dostępu do informacji i dokumentów przez nas zgromadzonych w celu ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego w związku z roszczeniem o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego.

Rozdział 11. W jakiej wysokości i w jakich terminach powinieneś płacić składkę ubezpieczeniową?

Pamiętaj o opłacaniu składek w zadeklarowanej wysokości i w terminach wskazanych w OWU. Nieopłacenie pełnej kwoty składki w terminie płatności składki i w terminie dodatkowym będzie skutkowało zakończeniem Ochrony ubezpieczeniowej.

- Jesteś zobowiązany do zapłaty składki ubezpieczeniowej w pełnej wymaganej kwocie, w następujących terminach:
 - 14 dni od dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej – w przypadku składki ubezpieczeniowej należnej za pierwszy Okres rozliczeniowy po zawarciu Umowy ubezpieczenia,
 - 14 dni od dnia rozpoczęcia każdego kolejnego Okresu rozliczeniowego – w przypadku składek ubezpieczeniowych należnych za kolejne Okresy rozliczeniowe, przypadające w okresie Ochrony ubezpieczeniowej.
- Brak zapłaty składki ubezpieczeniowej w terminie wskazanym w pkt 1 ppkt 1) lub 2) i w terminie dodatkowym 7 dni, wyznaczonym przez Ubezpieczyciela w wezwaniu do zapłaty, będzie równoznaczny z wypowiedzeniem przez Ciebie Umowy ubezpieczenia i rozwiązaniem Umowy ubezpieczenia z upływem tego dodatkowego terminu.
- W przypadku wskazania przez Ciebie jako rachunku do poboru składki ubezpieczeniowej rachunku bankowego prowadzonego na Twoje imię przez Bank (metoda płatności – polecenie zapłaty z Twojego konta osobistego), składka ubezpieczeniowa płatna jest przelewem na rachunek bankowy Ubezpieczyciela. Zgodnie z Twoim oświadczeniem złożonym we Wniosku jesteś zobowiązany do zapewnienia na wskazanym rachunku bankowym w terminie płatności składki ubezpieczeniowej środków w wysokości wystarczającej na jej pokrycie. Dniem zapłaty składki ubezpieczeniowej jest dzień, w którym składka ubezpieczeniowa w pełnej należnej wysokości zostanie zaksięgowana na rachunku Ubezpieczyciela.
- W przypadku wskazania przez Ciebie jako rachunku do poboru składki ubezpieczeniowej rachunku technicznego w Banku (metoda płatności – wpłata gotówkowa lub przelew z rachunku prowadzonego w innym banku niż Santander Bank Polska S.A.), składka ubezpieczeniowa płatna jest gotówką lub przelewem na rachunek agenta Ubezpieczyciela. Dniem zapłaty składki ubezpieczeniowej jest dzień, w którym składka ubezpieczeniowa w pełnej należnej wysokości zostanie zaksięgowana na rachunku agenta Ubezpieczyciela, o ile środki w wysokości należnej składki nie zostaną wypłacone z tego rachunku przez Ubezpieczającego przed pobraniem składki ubezpieczeniowej.
- Wysokość składki ubezpieczeniowej w pierwszych pięciu Okresach ubezpieczenia jest ustalana zgodnie z taryfą składek Ubezpieczyciela, obowiązującą w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, stosownie do wysokości Sumy ubezpieczenia dla Zdarzenia ubezpieczeniowego: Rozpoznanie Nowotworu, Twojego wieku w pierwszym dniu każdego Okresu ubezpieczenia oraz częstotliwości opłacania składki ubezpieczeniowej.
- Wysokość składki ubezpieczeniowej w pierwszych pięciu Okresach ubezpieczenia oraz częstotliwość jej opłacania wskazana jest we Wniosku i w Polisie.
- Wysokość składki ubezpieczeniowej w kolejnych Okresach ubezpieczenia Ubezpieczyciel określi i przekaże Tobie przed zakończeniem piątego Okresu ubezpieczenia, pod warunkiem kontynuacji Umowy ubezpieczenia zgodnie z zasadami określonymi w Rozdziale 5 pkt 4 i 5 OWU.

Składki ubezpieczeniowe możesz opłacać miesięcznie bądź rocznie. Składając Wniosek, sam decydujesz, z jaką częstotliwością będziesz opłacać składki. Częstotliwość opłacania składki możesz zmienić. Pamiętaj jednak, żeby dyspozycję zmiany złożyć najpóźniej na 60 dni przed rocznicą polisy.

- Zmiany częstotliwości opłacania składki ubezpieczeniowej możesz dokonać poprzez złożenie dyspozycji zmiany, w każdym czasie, jednak nie później niż na 60 dni przed upływem bieżącego Okresu ubezpieczenia.
- Zmiana jest skuteczna od nowego Okresu ubezpieczenia następującego po Okresie ubezpieczenia, w którym została złożona dyspozycja zmiany częstotliwości opłacania składki ubezpieczeniowej pod warunkiem, że dyspozycja ta została złożona z zachowaniem terminu, o którym mowa w pkt 8. W przypadku złożenia dyspozycji zmiany częstotliwości opłacania składki ubezpieczeniowej w okresie krótszym niż 60 dni przed upływem bieżącego Okresu ubezpieczenia, zmiana będzie skuteczna od początku drugiego kolejnego Okresu ubezpieczenia następującego po Okresie ubezpieczenia, w którym dyspozycja ta została złożona.
- Zmiana częstotliwości opłacania składki ubezpieczeniowej wymaga aneksowania Umowy ubezpieczenia oraz rekalkulacji składki ubezpieczeniowej.

Przykład:

W dniu 31.08.2017 r. zawarłeś Umowę ubezpieczenia ze składką opłacaną rocznie. Chcesz jednak zmienić częstotliwość opłacania składki z rocznej na miesięczną od nowego Okresu ubezpieczenia (rocznicy polisy). Powinieneś zatem złożyć dyspozycję zmiany najpóźniej do 02.07.2018 r. Nowa częstotliwość opłacania składki będzie wówczas obowiązywała od 31.08.2018 r. Jeżeli złożysz dyspozycję po dacie 02.07.2018 r., to nowa częstotliwość opłacania składki będzie obowiązywała dopiero od 31.08.2019 r.

Rozdział 12. Jak złożyć Reklamację?

- Reklamacje są rozpatrywane przez Zarząd Ubezpieczyciela lub osoby upoważnione przez Ubezpieczyciela.
- Reklamacje mogą być składane:
 - w formie pisemnej – osobiście u Ubezpieczyciela, agenta Ubezpieczyciela tj. w Banku, albo przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy Prawo pocztowe, na adres Ubezpieczyciela,
 - ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty u Ubezpieczyciela, agenta Ubezpieczyciela tj. w Banku, bądź u Partnera medycznego,
 - w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej na adres: obsluga.klienta@santander.aviva.pl
- Reklamacje są rozpatrywane niezwłocznie po ich otrzymaniu, nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w powyższym terminie, Ubezpieczyciel w informacji przekazywanej osobie zgłaszającej Reklamację określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
- O sposobie rozpatrzenia Reklamacji zawiadamia się osobę, która ją zgłosiła, w terminie, o którym mowa w pkt 3, w postaci papierowej lub za pomocą innego Trwałego nośnika informacji. Odpowiedź tę można dostarczyć pocztą elektroniczną na wniosek zgłaszającego Reklamację.
- Zgłaszający Reklamację jest uprawniony do złożenia odwołania od decyzji Ubezpieczyciela w przedmiocie Reklamacji. W sprawach odwołań stosuje się odpowiednio postanowienia pkt 1-4.
- Zgłaszającemu Reklamację, w sytuacji nieuwzględnienia jego roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania Reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.
- Rzecznik Finansowy jest również uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich między Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub uprawnionym z Umowy ubezpieczenia, na wniosek złożony przez tę osobę. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: www.rf.gov.pl

8. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego. Przy Komisji Nadzoru Finansowego działa sąd polubowny, uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich wynikających ze stosunków umownych między Ubezpieczycielem a odbiorcami usług świadczonych przez Ubezpieczyciela. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: www.knf.gov.pl
9. Dodatkowo, przysługuje prawo dochodzenia roszczeń z Umowy ubezpieczenia przed sądem powszechnym. Powództwo o roszczenie z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

Rozdział 13. Jak chronimy dane osobowe?

1. Ubezpieczyciel jest administratorem danych osobowych, które mogą być przetwarzane w celu:
 - 1) zawarcia i wykonania Umowy ubezpieczenia, w tym dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów – podstawą prawną przetwarzania może być konieczność przetwarzania danych do zawarcia i wykonywania Umowy ubezpieczenia, zgoda Ubezpieczającego lub przepis prawa;
 - 2) marketingu za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej i telefonicznej – podstawą prawną przetwarzania danych jest zgoda Ubezpieczającego;
 - 3) marketingu bezpośredniego produktów i usług, w tym profilowania klientów – podstawą prawną przetwarzania danych jest prawnie uzasadniony interes Ubezpieczyciela;
 - 4) wysyłki drogą elektroniczną informacji, oświadczeń i korespondencji dotyczących zawartych umów ubezpieczenia - podstawą prawną przetwarzania danych jest zgoda Ubezpieczającego lub przepis prawa;
 - 5) w celach analitycznych – podstawą prawną przetwarzania danych jest konieczność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Ubezpieczyciela;
 - 6) dochodzenia roszczeń związanych z zawartą Umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest konieczność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Ubezpieczyciela;
 - 7) podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest konieczność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Ubezpieczyciela;
 - 8) wypełnienia przez Ubezpieczyciela obowiązków prawnych związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu;
 - 9) wykonania innych obowiązków prawnych ciążyących na Ubezpieczycielu – podstawą prawną przetwarzania danych jest przepis prawa.
2. Zawarcie Umowy ubezpieczenia wymaga podania określonych danych osobowych.
3. Dane osobowe mogą zostać pozyskane od: innych ubezpieczycieli, podmiotów świadczących usługi lecznicze, Narodowego Funduszu Zdrowia lub podmiotu go zastępującego, organów administracji publicznej, Banku lub innych spółek z grupy Santander oraz innych podmiotów upoważnionych do przetwarzania danych, na podstawie zgody Ubezpieczającego lub przepisu prawa i w związku z zawarciem Umowy ubezpieczenia, oceną ryzyka ubezpieczeniowego lub rozpatrywaniem roszczenia.
4. Dane osobowe mogą zostać udostępnione Santander Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. wyłącznie na podstawie zgody Ubezpieczającego.
5. Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, a w szczególności na podstawie ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, dane osobowe mogą zostać przekazane następującym odbiorcom danych: innym ubezpieczycielom i reasekuratorom, w zakresie i celu wynikającym z zawartej Umowy ubezpieczenia, Generalnemu Inspektorowi Informacji Finansowej oraz innym instytucjom ustawowo upoważnionym do dostępu do danych w zakresie i celu określonym w przepisach prawa. Ponadto dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Ubezpieczyciela przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z Ubezpieczycielem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Ubezpieczyciela. Kategorię podmiotów, którym powierzono do przetwarzania dane osobowe wskazano w polityce prywatności na stronie internetowej Ubezpieczyciela.
6. Ubezpieczyciel informuje o prawie dostępu do danych oraz prawie żądania ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania. Ubezpieczyciel informuje o prawie wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Ubezpieczyciela. W szczególności Ubezpieczyciel informuje o prawie sprzeciwu wobec przetwarzania na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania klientów. Ubezpieczyciel informuje również o prawie do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od Ubezpieczyciela danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego.
7. W sytuacji, w której przetwarzanie danych osobowych wymaga zgody Ubezpieczającego i zgoda ta nie jest niezbędna do wykonania Umowy ubezpieczenia, w dowolnym momencie Ubezpieczający może wycofać zgodę. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
8. W związku z przetwarzaniem danych osobowych Ubezpieczającego, decyzje mogą być podejmowane w sposób zautomatyzowany. Na podstawie zautomatyzowanej analizy, opartej także na profilowaniu, ocenione będzie ryzyko ubezpieczeniowe zawarcia z Ubezpieczającym Umowy ubezpieczenia. Decyzje mogą być podejmowane w sposób zautomatyzowany także w innych przypadkach, w sytuacji pozyskania zgody Ubezpieczającego, przepisu prawa pozwalającego na taką formę przetwarzania danych osobowych lub gdy jest to niezbędne do zawarcia i wykonania Umowy ubezpieczenia.
9. Dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących Umowy ubezpieczenia.
10. Ubezpieczyciel wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez adres email: inspektordanych@santander.aviva.pl lub pisemnie na adres Ubezpieczyciela. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
11. Ubezpieczyciel informuje o prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

Rozdział 14. Jak ustanowić pełnomocnika?

Pamiętaj, zawsze możesz ustanowić pełnomocnika, który będzie działał w Twoim imieniu i na Twoją rzecz.

1. Pełnomocnictwo do działania w Twoim imieniu powinno być udzielone w formie pisemnej w obecności przedstawiciela Ubezpieczyciela lub z podpisem poświadczonym notarialnie lub w formie aktu notarialnego.
2. Pełnomocnictwo powinno być sporządzone w języku polskim albo przetłumaczone na ten język przez tłumacza przysięgłego, a pełnomocnictwo udzielone poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej powinno zostać poświadczone przez polskie przedstawicielstwo dyplomatyczne lub polski urząd konsularny za zgodność z prawem miejsca wystawienia lub zawierać klauzulę *apostille* w rozumieniu Konwencji znoszącej wymóg legalizacji zagranicznych dokumentów urzędowych, sporządzonej w Hadze dnia 5 października 1961 r. (Dz. U. z 2005 r. Nr 112, poz. 938).

- Pełnomocnictwo powinno określać zakres czynności, do których dokonywania uprawniony jest pełnomocnik.
- Pełnomocnictwo do działania w sprawach Reklamacji może być także udzielone w zwykłej formie pisemnej.

Rozdział 15. Jakie przepisy prawa będą dla Ciebie pomocne?

- Prawem właściwym dla Umowy ubezpieczenia jest prawo Rzeczypospolitej Polskiej.
- W zakresie opodatkowania świadczeń ubezpieczeniowych wypłacanych przez Ubezpieczyciela zastosowanie mają powszechnie obowiązujące przepisy prawa podatkowego, w szczególności przepisy o podatku dochodowym od osób fizycznych. W przypadku, gdy Ubezpieczyciel zobowiązany jest do pobrania i odprowadzenia takiego podatku, mocą przepisów powszechnie obowiązującego prawa, wówczas wypłacane przez Ubezpieczyciela świadczenia ubezpieczeniowe pomniejsza się o wartość podatku.
- Warunki, w tym zakres i zasady zaspokajania roszczeń uprawnionych z Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, reguluje ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

Rozdział 16. Pozostałe wspólne postanowienia

- Wszelkie oświadczenia woli oraz inne oświadczenia i powiadomienia składane w związku z zawarciem i wykonaniem Umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej, z zastrzeżeniem Rozdziału 9 pkt 1 i Rozdziału 12 pkt 2 ppkt 2) i 3) oraz pkt 4, oraz oświadczeń składanych za pomocą środków porozumiewania się na odległość, jeżeli zostaną udostępnione przez Ubezpieczyciela.
- Wszelkie dokumenty, których przekazanie Ubezpieczycielowi, zgodnie z OWU, jest niezbędne, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
- Językiem właściwym dla Umowy ubezpieczenia jest język polski.
- Przeniesienie na osoby trzecie praw Ubezpieczającego przysługujących z tytułu Umowy ubezpieczenia wymaga uprzedniej zgody Ubezpieczyciela.
- Informacje o kodeksach etycznych, które stosuje Ubezpieczyciel, zamieszczane są na stronach internetowych Ubezpieczyciela.
- Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.santander.aviva.pl

CZĘŚĆ II. POSTANOWIENIA SZCZEGÓLNE OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA

SEKCJA A. UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ROZPOZNANIA NOWOTWORU

Rozdział 1. Co chronimy?

*Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje wszystkich możliwych zdarzeń, jakie mogą Ci się przydarzyć.
Warto więc zapoznać się z tymi sytuacjami, w przypadku zajścia których nie wypłacimy świadczenia ubezpieczeniowego.*

- Przedmiotem ubezpieczenia jest Twoje zdrowie.
- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Rozpoznania Nowotworu obejmuje wyłącznie Nowotwory złośliwe oraz Nowotwory in situ, wymienione w załączniku nr 1 do OWU.

*W załączniku nr 1 do OWU znajdziesz pełną listę Nowotworów,
których rozpoznanie mieści się w zakresie Ochrony ubezpieczeniowej.*

- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Rozpoznania Nowotworu rozpoczyna się od następnego dnia po upływie 90 dni liczonych od dnia następnego po dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia.

*Ubezpieczyciel odpowiada wyłącznie za te Nowotwory, wymienione w załączniku nr 1 do OWU,
które zostały zdiagnozowane po upływie 90 dni od rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej.*

- Ubezpieczyciel wolny jest od odpowiedzialności, gdy Nowotwór będzie następstwem:
 - zakażenia się wirusem HIV,
 - nieprzestrzegania zaleceń lekarza lub poddania się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarza lub innych powołanych do tego osób,
 - skażenia toksycznego, promieniowania jonizującego, skażenia radioaktywnego – bez względu na źródło skażenia.
- W okresie pierwszych 3 lat od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności za skutki tych okoliczności, o które pytał przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, a które Ubezpieczony zataił lub podał do jego wiadomości niezgodnie z prawdą.

Rozdział 2. Jaka jest wysokość Sumy ubezpieczenia?

- Suma ubezpieczenia z tytułu Rozpoznania Nowotworu jest wskazana we Wniosku i w Polisie.
- Za zgodą Ubezpieczyciela możesz dokonać obniżenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Rozpoznania Nowotworu poprzez złożenie dyspozycji obniżenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Rozpoznania Nowotworu, w każdym czasie, jednak nie później niż na 60 dni przed upływem bieżącego Okresu ubezpieczenia.
- Zmiana będzie skuteczna od nowego Okresu ubezpieczenia następującego po Okresie ubezpieczenia, w którym dyspozycja obniżenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Rozpoznania Nowotworu została złożona, pod warunkiem, że dyspozycja ta została złożona z zachowaniem terminu, o którym mowa w pkt 2. W przypadku złożenia dyspozycji obniżenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Rozpoznania Nowotworu w okresie krótszym niż 60 dni przed upływem bieżącego Okresu ubezpieczenia, zmiana będzie skuteczna od początku drugiego kolejnego Okresu ubezpieczenia następującego po Okresie ubezpieczenia, w którym dyspozycja ta została złożona.

Przykład:

W dniu 31.08.2017 r. zawarłeś Umowę ubezpieczenia na Sumę ubezpieczenia z tytułu Rozpoznania Nowotworu 120 000 zł.

Chciałbyś jednak, od nowego Okresu ubezpieczenia (rocznicy polisy), obniżyć jej wysokość do 80 000 zł.

Powinieneś zatem złożyć dyspozycję zmiany najpóźniej do 02.07.2018 r. Jeżeli Ubezpieczyciel wyrazi zgodę na zmianę Umowy ubezpieczenia poprzez obniżenie Sumy ubezpieczenia, wówczas nowa Suma ubezpieczenia z tytułu Rozpoznania Nowotworu, czyli 80 000 zł, będzie obowiązywała od 31.08.2018 r.

Jeżeli jednak złożysz dyspozycję po dacie 02.07.2018 r., to z zastrzeżeniem warunku zgody Ubezpieczyciela na tę zmianę, nowa Suma ubezpieczenia z tytułu Rozpoznania Nowotworu, czyli 80 000 zł, będzie obowiązywała dopiero od 31.08.2019 r.

4. Obniżenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Rozpoznania Nowotworu wymaga aneksowania Umowy ubezpieczenia oraz rekalkulacji składki ubezpieczeniowej.
5. Maksymalna wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Rozpoznania Nowotworu nie może przekraczać łącznie kwoty 200 000 zł, niezależnie od ilości zawartych przez Ciebie Umów ubezpieczenia.

Możesz zawrzeć kilka Umów ubezpieczenia w różnym czasie, jednak łączna wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Rozpoznania Nowotworu z wszystkich Umów ubezpieczenia nie może być wyższa niż 200 000 zł.

Rozdział 3. Jakie świadczenia przysługują i w jakiej wysokości?

1. Wysokość pieniężnego świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Rozpoznania Nowotworu jest równa:
 - 1) w przypadku **Rozpoznania Nowotworu złośliwego** – 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Rozpoznania Nowotworu, z zastrzeżeniem pkt 2,
 - 2) w przypadku **Rozpoznania Nowotworu in situ** – 20% Sumy ubezpieczenia z tytułu Rozpoznania Nowotworu, z zastrzeżeniem pkt 2.
2. Łączna kwota wypłaconych pieniężnych świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu Rozpoznania Nowotworu (Nowotworu złośliwego i Nowotworu in situ) nie może przekroczyć 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Rozpoznania Nowotworu.

Przykład 1:

Jeśli zdecydujesz się na Ubezpieczenie Onkopolisa z Sumą ubezpieczenia z tytułu Rozpoznania Nowotworu równą 80 000 zł, to w przypadku zachorowania na Nowotwór złośliwy możemy wypłacić Tobie świadczenie w wysokości 80 000 zł.

Wypłata 100% Sumy ubezpieczenia kończy Ochronę ubezpieczeniową.

Przykład 2:

Jeśli zdecydujesz się na Ubezpieczenie Onkopolisa z Sumą ubezpieczenia z tytułu Rozpoznania Nowotworu równą 80 000 zł, to w przypadku zachorowania na Nowotwór in situ możemy wypłacić Tobie świadczenie w wysokości 16 000 zł.

Umowa ubezpieczenia trwa dalej. W przypadku ponownego zachorowania na Nowotwór może zostać wypłacone świadczenie równe odpowiednio w przypadku Nowotworu złośliwego 64 000 zł, a w przypadku Nowotworu in situ 16 000 zł.

Wypłata świadczenia z tytułu Nowotworu złośliwego kończy Ochronę ubezpieczeniową.

3. Z tytułu Rozpoznania Nowotworu (Nowotworu in situ) przysługuje Tobie dodatkowo Assistance medyczny – Pomoc medyczna onkologiczna, o którym mowa w Sekcji C OWU.
4. Z tytułu Rozpoznania Nowotworu (Nowotworu złośliwego) przysługuje Tobie dodatkowo Assistance medyczny – Pomoc medyczna onkologiczna, Druga opinia medyczna i Rehabilitacja, o których mowa w Sekcji C OWU.

Rozdział 4. Komu możemy przyznać świadczenie ubezpieczeniowe?

Ty jesteś uprawnionym do pieniężnego świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Rozpoznania Nowotworu i do świadczeń z tytułu Assistance medycznego, o których mowa w Rozdziale 3 pkt 3 i 4.

Rozdział 5. Jak wykazać zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego i uprawnienie do świadczenia ubezpieczeniowego?

Poniżej znajdziesz listę dokumentów, jakie są potrzebne do zgłoszenia roszczenia z tytułu Rozpoznania Nowotworu.

1. Osoba dochodząca roszczenia o przyznanie świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu Rozpoznania Nowotworu powinna wykazać zajście tego Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz uprawnienie do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego, przedstawiając następujące dokumenty potwierdzające zasadność danego roszczenia:
 - 1) dokumentacja medyczna w oryginale lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez Ubezpieczyciela lub przez placówkę medyczną, która wystawiła tę dokumentację,
 - 2) wynik badania histopatologicznego bądź innego badania jednoznacznie potwierdzającego Rozpoznanie Nowotworu,
 - 3) karta informacyjna leczenia szpitalnego w oryginale lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez Ubezpieczyciela lub przez szpital, który wystawił tę kartę informacyjną,
 - 4) inne dokumenty potwierdzające zasadność roszczenia.
2. Przedłożone Ubezpieczycielowi orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące Ubezpieczonego i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Rozpoznania Nowotworu nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. W celu potwierdzenia Twojego stanu zdrowia Ubezpieczyciel może wymagać od Ciebie poddania się badaniom analitycznym i lekarskim, które zostaną wykonane na koszt Ubezpieczyciela przez wyznaczonego lekarza.

SEKCJA B. UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

Rozdział 1. Co chronimy?

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje wszystkich możliwych zdarzeń, jakie mogą Ci się przydarzyć. Warto więc zapoznać się z tymi sytuacjami, w przypadku zajścia których nie wypłacimy świadczenia ubezpieczeniowego.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest Twoje życie.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem pkt 3.
3. W okresie pierwszych 90 dni począwszy od daty rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie w zakresie Śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku i Assistance medycznego – Pomoc medyczna profilaktyczna.
4. Ubezpieczyciel wolny jest od odpowiedzialności, gdy śmierć Ubezpieczonego będzie następstwem:
 - 1) samobójstwa, umyślnego samouszkodzenia ciała lub umyślnego wywołania rozstroju zdrowia dokonanego przez Ciebie lub za Twoją wiedzą lub zgodą w okresie 6 miesięcy począwszy od daty rozpoczęcia Twojej Ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego,
 - 3) Twojego świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w innych niż wskazane w ppkt 2) Zamieszkach lub strajkach, chyba, że Twój udział wynikał ze stanu wyższej konieczności lub z obrony koniecznej,
 - 4) Twojego świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach terroryzmu,
 - 5) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ciebie przestępstwa,
 - 6) pozostawania przez Ciebie w Stanie po użyciu alkoholu lub w Stanie po użyciu środka odurzającego, substancji psychotropowej lub środka zastępczego, chyba że zażycie tych substancji nastąpiło zgodnie z zaleceniem lekarza.
5. W okresie pierwszych 3 lat od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności za skutki tych okoliczności, o które pytał przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, a które Ubezpieczony zataił lub podał do jego wiadomości niezgodnie z prawdą.

Rozdział 2. Jaka jest wysokość Sumy ubezpieczenia?

1. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego równa jest sumie należnych Ubezpieczycielowi składek ubezpieczeniowych za cały Okres ubezpieczenia, w którym zaszło Zdarzenie ubezpieczeniowe: śmierć Ubezpieczonego, oraz za wszystkie Okresy ubezpieczenia poprzedzające Okres ubezpieczenia, w którym zaszło to Zdarzenie ubezpieczeniowe.
2. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego aktualnej na dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia określona jest we Wniosku i w Polisie.

O wysokości aktualnej Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego będącej podstawą do wyliczenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego będziemy informować Cię w corocznej korespondencji. Zauważ, że im dłużej będzie trwała Umowa ubezpieczenia, tym Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego będzie wyższa.

Rozdział 3. W jakiej wysokości możemy wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe?

Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest równa Sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.

Rozdział 4. Komu możemy wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe?

1. Uprawnionym do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest Uposażony, z zastrzeżeniem pkt 5 i 6.

Jako osoba ubezpieczona możesz wyznaczyć jednego lub więcej Uposażonych, którzy w przypadku Twojej śmierci mogą otrzymać świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w Polisie. Osoby te nie muszą być z Tobą spokrewnione, mogą to być dowolnie wskazane przez Ciebie osoby. Warto podkreślić, że Uposażeni otrzymują świadczenie ubezpieczeniowe z pominięciem postępowania spadkowego i bez konieczności odprowadzania podatku od spadków i darowizn. Uposażonymi mogą być również osoby prawne lub jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej.

2. We Wniosku lub w każdym czasie trwania Ochrony ubezpieczeniowej możesz wskazać jednego lub więcej Uposażonych. W każdym czasie trwania Ochrony ubezpieczeniowej możesz dokonać zmiany lub odwołania Uposażonych.
3. Twoje oświadczenie, zawierające wskazanie, odwołanie lub zmianę Uposażonego, jest skuteczne z chwilą złożenia tego oświadczenia Ubezpieczycielowi.
4. Jeżeli wskazałeś kilku Uposażonych i nie określiłeś ich udziału w świadczeniu ubezpieczeniowym, uważa się, że udziały te są równe. Jeżeli suma udziałów w świadczeniu ubezpieczeniowym poszczególnych Uposażonych nie jest równa 100%, Ubezpieczyciel ustali wysokość udziałów Uposażonych proporcjonalnie do wskazanych przez Ciebie udziałów.
5. Wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego. W takim przypadku udział tego Uposażonego przypada pozostałym Uposażonym w częściach proporcjonalnych do ich udziałów w świadczeniu ubezpieczeniowym.
6. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma żadnego z Uposażonych, świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci Ubezpieczonego przysługuje osobom tworzącym krąg ustawowych spadkobierców Ubezpieczonego, bez względu na to, czy w konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym świadczenie ubezpieczeniowe przypada w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego.

Rozdział 5. Jak wykazać zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego i uprawnienie do świadczenia ubezpieczeniowego?

Poniżej znajdziesz listę dokumentów, jakie są potrzebne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego.

Osoba dochodząca roszczenia o zapłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego powinna wykazać zajście tego Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz uprawnienie do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego, przedstawiając następujące dokumenty potwierdzające zasadność danego roszczenia:

- 1) odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego oraz kopia karty zgonu Ubezpieczonego,
- 2) kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby występującej z roszczeniem,
- 3) kopia dokumentu z policji lub prokuratury, potwierdzającego zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, w przypadku, gdy taki dokument został sporządzony, lub inne dokumenty potwierdzające zajście Nieszczęśliwego wypadku – w sytuacji, gdy śmierć została spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem,
- 4) inne dokumenty potwierdzające zasadność roszczenia.

SEKCJA C. ASSISTANCE MEDYCZNY

Rozdział 1. Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia Assistance medycznego?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest Twoje zdrowie.
2. Zakres ubezpieczenia Assistance medycznego obejmuje:
 - 1) **Pomoc medyczną profilaktyczną** – w przypadku Nagłego zachorowania lub Uszkodzenia ciała w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) **Pomoc medyczną onkologiczną** – w przypadku Rozpoznania Nowotworu (Nowotworu in situ lub Nowotworu złośliwego),
 - 3) **Drugą opinię medyczną oraz Rehabilitację** – w przypadku Rozpoznania Nowotworu złośliwego.

Świadczenia Assistance medycznego są uzależnione od rodzaju Zdarzenia ubezpieczeniowego:

- w przypadku, gdy dojdzie do **Nagłego zachorowania lub Uszkodzenia ciała w następstwie Nieszczęśliwego wypadku**, możesz skorzystać z usług w ramach pakietu **Pomoc medyczna profilaktyczna**,
- w przypadku, gdy zostanie **Rozpoznany u Ciebie Nowotwór in situ**, będziesz mógł także skorzystać z usług w ramach pakietu **Pomoc medyczna onkologiczna**,
- w przypadku, gdy zostanie **Rozpoznany u Ciebie Nowotwór złośliwy**, będziesz mógł także skorzystać z usług w ramach pakietu **Pomoc medyczna onkologiczna oraz Drugiej opinii medycznej i Rehabilitacji** (pamiętaj! z tych świadczeń będziesz mógł skorzystać maksymalnie przez **12 miesięcy**, a z pomocy psychologa – w terminie **180 dni** od daty decyzji Ubezpieczyciela w sprawie przyznania Tobie świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu Rozpoznania Nowotworu).

3. Świadczenia Assistance medycznego realizowane są wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
4. Ty jesteś uprawnionym do świadczeń z tytułu Assistance medycznego.
5. Świadczenia, o których mowa w pkt 2 ppkt 2) i 3), przysługują Tobie maksymalnie przez 12 miesięcy od decyzji Ubezpieczyciela w sprawie przyznania Tobie świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu Rozpoznania Nowotworu złośliwego, z zastrzeżeniem świadczenia, o którym mowa poniżej w Rozdziale 2 pkt 2 ppkt 2) OWU.

Rozdział 2. Jakie świadczenia obejmuje Assistance medyczny?

1. W zakresie **POMOCY MEDYCZNEJ PROFILAKTYCZNEJ** możesz skorzystać z poniższych świadczeń:

- 1) **Konsultacja telefoniczna lub wideokonsultacja medyczna ogólna:**
 - a) W przypadku Nagłego zachorowania lub Uszkodzenia ciała w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel, za pośrednictwem Partnera medycznego, zorganizuje Tobie konsultację telefoniczną lub wideokonsultację medyczną ogólną realizowaną na bieżąco przez lekarza pierwszego kontaktu.
 - b) W Okresie ubezpieczenia przysługują Ci maksymalnie **4 konsultacje telefoniczne lub wideokonsultacje medyczne ogólne**. Limit tego świadczenia odnawia się z pierwszym dniem każdego kolejnego Okresu ubezpieczenia.
 - c) Czas oczekiwania na usługę nie przekracza 2 godzin od momentu otrzymania Twojego zgłoszenia przez Partnera medycznego. Usługa realizowana jest w formie konsultacji telefonicznej lub wideokonsultacji, według Twojego wyboru i jest dostępna 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu.
 - d) Przed konsultacją telefoniczną lub wideokonsultacją medyczną ogólną możesz przesłać drogą mailową lub w inny uzgodniony z Tobą sposób do lekarza pierwszego kontaktu dokumentację medyczną dotyczącą Twojego stanu zdrowia.
 - e) Lekarz pierwszego kontaktu po konsultacji telefonicznej lub wideokonsultacji może przesłać Tobie drogą mailową lub w inny uzgodniony z Tobą sposób skierowanie na badania zalecone przez lekarza pierwszego kontaktu lub recepty pełnopłatne.
- 2) **Wizyta domowa lekarza pierwszego kontaktu:**
 - a) W przypadku, gdy w związku z Twoim Nagłym zachorowaniem lub Uszkodzeniem ciała w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, powstanie konieczność wizyty lekarza pierwszego kontaktu, Ubezpieczyciel, za pośrednictwem Partnera medycznego, zorganizuje i pokryje koszty wizyty lekarza pierwszego kontaktu w Twoim Miejscu zamieszkania, z zastrzeżeniem lit. b).
 - b) Ubezpieczyciel nie zorganizuje wizyty lekarza pierwszego kontaktu, jeżeli z uwagi na zagrożenie Twojego życia lub zdrowia konieczne będzie pilne wezwanie pogotowia ratunkowego. W takim przypadku lekarz wyjaśni Tobie przyczynę odmowy zorganizowania wizyty lekarza pierwszego kontaktu oraz ustali z Tobą sposób zawiadomienia pogotowia ratunkowego.
 - c) W Okresie ubezpieczenia przysługuje Tobie **1 wizyta domowa lekarza pierwszego kontaktu w Twoim Miejscu zamieszkania**. Limit tego świadczenia odnawia się z pierwszym dniem każdego kolejnego Okresu ubezpieczenia.

3) Infolinia medyczna:

W ramach Infolinii medycznej Ubezpieczyciel udostępni Tobie, za pośrednictwem Partnera medycznego, możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem infolinii medycznej, który udzieli Tobie ustnej ogólnej informacji w zakresie:

- 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,
- placówek opieki społecznej i hospicjów,
- zasad występowania o opiekę hospicyjną,
- możliwości dofinansowania do zakupu protez, peruk i innych środków pomocniczych,
- fundacji onkologicznych,
- bazy danych aptek na terenie Polski, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów, z rozszerzeniem o wskazanie apteki posiadającej dany lek,
- bazy danych placówek medycznych mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- bazy danych placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy uprawnionych,
- bazy danych placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych),
- bazy danych placówek odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terenie Polski,
- bazy danych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
- działań, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, np. niezbędnych szczepieniach, specyfice danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia),
- badań kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
- danego schorzenia, stosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów),
- danego leku (informacji farmaceutycznej, tj. stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
- zasad zdrowego żywienia i dietach:
 - bezglutenowej,
 - bogatoresztkowej,
 - cukrzycowej,
 - ubogobiałkowej,
 - bogatobiałkowej,
 - niskocholesterolowej,
 - niskokalorycznej,
 - redukcyjnej,
 - wątrobowej,
 - wrzodowej,
- grup wsparcia i numerów telefonów zaufania w Polsce dla osób w trudnej sytuacji rodzinnej, samotnych matek, cierpiących na określone schorzenia lub dotkniętych:
 - narkomanią,
 - alkoholizmem,
 - nikotynizmem,
 - przemocą domową,
 - chorobą nowotworową,
 - cukrzycą,
 - otyłością,
 - anoreksją,
 - bulimią,
 - depresją,
- uwarunkowań medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,
- stanów wymagających natychmiastowej pomocy i zasad udzielania pierwszej pomocy.

4) Infolinia szpitalna:

W ramach Infolinii szpitalnej Ubezpieczyciel udostępni Tobie, za pośrednictwem Partnera medycznego, możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem infolinii szpitalnej, który udzieli Tobie ustnej ogólnej informacji na temat:

- dostępności szpitali prywatnych,
- zakresu świadczeń realizowanych przez poszczególne placówki szpitalne,
- placówek medycznych świadczących usługi w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- danych teleadresowych poszczególnych szpitali,
- średnich cen usług medycznych oferowanych przez poszczególne szpitale.

2. W zakresie **POMOCY MEDYCZNEJ ONKOLOGICZNEJ** możesz skorzystać ze świadczeń:

1) Konsultacja telefoniczna lub wideokonsultacja medyczna ze specjalistą onkologiem, ginekologiem, urologiem, gastrologiem lub specjalistą chorób płuc:

- a) Jeżeli w następstwie Rozpoznania Nowotworu (Nowotworu in situ lub Nowotworu złośliwego), z tytułu którego przysługuje Tobie Assistance medyczny – Pomoc medyczna onkologiczna, będziesz potrzebował konsultacji telefonicznej lub wideokonsultacji medycznej z lekarzem specjalistą, według Twojego wyboru – onkologiem, ginekologiem, urologiem, gastrologiem lub specjalistą chorób płuc, Ubezpieczyciel, za pośrednictwem Partnera medycznego, zorganizuje i pokryje koszty takiej konsultacji telefonicznej lub wideokonsultacji medycznej z lekarzem specjalistą.
- b) W odniesieniu do każdego ze Zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w Sekcji C Rozdział 1 pkt 2 ppkt 2) OWU, przysługują Ci maksymalnie **2 konsultacje telefoniczne lub wideokonsultacje medyczne**, według Twojego wyboru – ze specjalistą onkologiem, ginekologiem, urologiem, gastrologiem lub specjalistą chorób płuc. Limit tego świadczenia nie odnawia się.
- c) Czas oczekiwania na usługę nie przekracza dwóch Dni roboczych od dnia przyznania Tobie świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Assistance medycznego – Pomoc medyczna onkologiczna, nie wcześniej niż od daty otrzymania Twojego zgłoszenia przez Partnera medycznego. Usługa realizowana jest w Dni robocze, według Twojego wyboru – w formie konsultacji telefonicznej lub wideokonsultacji.

- d) Przed konsultacją telefoniczną lub wideokonsultacją możesz przesłać drogą mailową lub w inny uzgodniony z Tobą sposób do lekarza specjalisty onkologa, ginekologa, urologa, gastrologa lub specjalisty chorób płuc dokumentację medyczną dotyczącą Twojego stanu zdrowia.
- e) Lekarz udzielający konsultacji telefonicznej lub wideokonsultacji medycznej po tej konsultacji, może przesłać Tobie drogą mailową lub w inny uzgodniony z Tobą sposób skierowanie na zalecone przez tego lekarza badania lub recepty pełnopłatne.
- 2) **Pomoc psychologa:**
- a) Jeżeli w następstwie Rozpoznania Nowotworu (Nowotworu in situ lub Nowotworu złośliwego), z tytułu którego przysługuje Tobie Asystancje medycznej – Pomoc medyczna onkologiczna, będziesz potrzebował pomocy psychologa, Ubezpieczyciel, za pośrednictwem Partnera medycznego, zorganizuje i pokryje koszty Twojej wizyty u psychologa (koszty wizyt + koszty transportu).
- b) Prawo do świadczenia przysługuje w terminie do 180 dni od decyzji Ubezpieczyciela o przyznaniu świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu Rozpoznania Nowotworu.
- c) W odniesieniu do każdego ze Zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w Sekcji C Rozdział 1 pkt 2 ppkt 2) OWU, przysługują Tobie maksymalnie **3 wizyty u psychologa**. Limity tych świadczeń nie odnawiają się.
- d) Partner medyczny zobowiązuje się do realizacji tej usługi w terminie nieprzekraczającym dwóch Dni roboczych od dnia przyznania Tobie świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Asystancje medycznej – Pomoc medyczna onkologiczna, nie wcześniej niż od daty otrzymania Twojego zgłoszenia.
- 3) **Pomoc domowa po hospitalizacji:**
- a) Jeżeli w następstwie Rozpoznania Nowotworu (Nowotworu in situ lub Nowotworu złośliwego), z tytułu którego przysługuje Tobie Asystancje medycznej – Pomoc medyczna onkologiczna, byłeś hospitalizowany co najmniej 2 doby i po zakończeniu hospitalizacji, potrzebujesz pomocy w domu, Ubezpieczyciel, za pomocą Partnera medycznego, zorganizuje i pokryje koszty pomocy domowej w Twoim Miejscu zamieszkania.
- b) Zakres świadczenia pomocy domowej po hospitalizacji obejmuje następujące czynności:
- utrzymanie czystości w domu, tj.: sprzątanie podłóg na sucho i na mokro, ścieranie kurzy z mebli i parapetów, odkurzanie dywanów lub wykładzin, czyszczenie ceramiki łazienkowej, czyszczenie wanny lub kabiny prysznicowej z ewentualnym brodzikiem, zmywanie naczyń, czyszczenie zlewu, czyszczenie płyty kuchennej,
 - przyrządzanie codziennych posiłków (również dla Twojego niepełnoletniego dziecka zamieszkującego razem z Tobą lub osoby nie-samodzielnej zamieszkującej razem z Tobą, która ze względu na zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie przygotowywać posiłków),
 - robienie zakupów niezbędnych do realizacji ww. czynności,
 - podlewanie kwiatów,
 - wyrzucanie śmieci.
- c) Zakupy, o których mowa w lit. b), realizowane są w miejscach wskazanych przez Ciebie, o ile odległość do nich nie będzie większa niż byłaby odległość do miejsca zakupu wybranego przez Ubezpieczyciela.
- d) Świadczenie pomocy domowej po hospitalizacji nie obejmuje pokrycia kosztów zakupów.
- e) W odniesieniu do każdego ze Zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w Sekcji C Rozdział 1 pkt 2 ppkt 2) OWU, świadczenie pomocy domowej po hospitalizacji przysługuje Tobie łącznie maksymalnie przez **20 godzin**, z ograniczeniem do czterech godzin dziennie, z tym że jedna wizyta nie może trwać krócej niż jedną godzinę. Limity tych świadczeń nie odnawiają się.
- f) Partner medyczny zobowiązuje się do realizacji tej usługi w terminie nieprzekraczającym dwóch Dni roboczych od dnia przyznania Tobie świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Asystancje medycznej – Pomoc medyczna onkologiczna, nie wcześniej niż od daty otrzymania Twojego zgłoszenia.
- 4) **Wizyta pielęgniarska po hospitalizacji:**
- a) Jeżeli w następstwie Rozpoznania Nowotworu (Nowotworu in situ lub Nowotworu złośliwego), z tytułu którego przysługuje Tobie Asystancje medycznej – Pomoc medyczna onkologiczna, byłeś hospitalizowany co najmniej 2 doby i po zakończeniu hospitalizacji, potrzebujesz opieki pielęgniarskiej, Ubezpieczyciel, za pomocą Partnera medycznego, zorganizuje i pokryje koszty wizyty pielęgniarskiej w Twoim Miejscu zamieszkania.
- b) Zakres świadczenia wizyty pielęgniarskiej po hospitalizacji obejmuje następujące czynności:
- wykonywanie zabiegów leczniczych, tj.: ćwiczenia terapeutyczne, okłady, opatrunki, rehabilitacja oddechowa, wykonanie zastrzyku, podawanie leków – zgodnie z zaleceniem Twojego lekarza,
 - wykonywanie czynności diagnostycznych, tj.: pomiar ciśnienia i tętna, wagi – zgodnie z zaleceniami Twojego lekarza.
- c) Świadczenie wizyty pielęgniarskiej po hospitalizacji nie obejmuje pokrycia kosztów materiałów lub lekarstw używanych przy wykonywaniu czynności, o których mowa w lit. b).
- d) W odniesieniu do każdego ze Zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w Sekcji C Rozdział 1 pkt 2 ppkt 2) OWU, z tytułu świadczenia wizyty pielęgniarskiej po hospitalizacji przysługują Tobie maksymalnie **4 wizyty pielęgniarskie**, z tym że jedna wizyta może trwać maksymalnie jedną godzinę. Limity tych świadczeń nie odnawiają się.
- e) Partner medyczny zobowiązuje się do realizacji tej usługi w terminie nieprzekraczającym dwóch Dni roboczych od dnia przyznania Tobie świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Asystancje medycznej – Pomoc medyczna onkologiczna, nie wcześniej niż od daty otrzymania Twojego zgłoszenia.
- 5) **Transport medyczny:**
- a) W przypadku gdy w następstwie Rozpoznania Nowotworu (Nowotworu in situ lub Nowotworu złośliwego), z tytułu którego przysługuje Tobie Asystancje medycznej – Pomoc medyczna onkologiczna, powstanie konieczność przewiezienia Ciebie z Twojego Miejsca zamieszkania do szpitala lub innej placówki medycznej odpowiednio wyposażonej do udzielenia Tobie pomocy medycznej oraz transportu powrotnego Ciebie do Twojego Miejsca zamieszkania, Ubezpieczyciel, za pośrednictwem Partnera medycznego, zorganizuje i pokryje koszty takiego transportu medycznego, nie więcej niż do 350 km z zastrzeżeniem lit. b).
- b) Ubezpieczyciel nie zorganizuje transportu medycznego, jeżeli z uwagi na zagrożenie Twojego życia lub zdrowia konieczne będzie pilne wezwanie pogotowia ratunkowego. W takim przypadku lekarz konsultant wyjaśni Tobie przyczynę odmowy zorganizowania transportu medycznego oraz ustali z Tobą sposób zawiadomienia pogotowia ratunkowego.
- c) Decyzję o wyborze czasu, celu i środka transportu podejmuje Ubezpieczyciel po konsultacji z Twoim lekarzem, uwzględniając Twój stan zdrowia, dostępne środki transportu oraz czas i cel transportu.
- d) W celu umożliwienia spełnienia świadczenia transportu medycznego zobowiązany jesteś do zapewnienia Ubezpieczycielowi dostępu do wszelkich informacji pozwalających na ocenę Twojego stanu zdrowia.
- e) W odniesieniu do każdego ze Zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w Sekcji C Rozdział 1 pkt 2 ppkt 2) OWU, przysługują Tobie maksymalnie **2 transporty medyczne**. Limity tych świadczeń nie odnawiają się.
- f) Partner medyczny zobowiązuje się do realizacji tej usługi w dniu przyznania Tobie świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Asystancje medycznej – Pomoc medyczna onkologiczna, nie wcześniej niż od daty otrzymania Twojego zgłoszenia.

6) Organizacja i dostawa Sprzętu rehabilitacyjnego:

- a) Jeżeli w następstwie Rozpoznania Nowotworu (Nowotworu in situ lub Nowotworu złośliwego), z tytułu którego przysługuje Tobie Assistance medyczny – Pomoc medyczna onkologiczna, zgodnie ze wskazaniami Twojego lekarza powinieneś używać Sprzętu rehabilitacyjnego, Ubezpieczyciel, za pośrednictwem Partnera medycznego, zorganizuje i pokryje koszt dostarczenia Tobie, do Twojego Miejsca zamieszkania, Sprzętu rehabilitacyjnego lub Twojego transportu do miejsca zakupu w sytuacji, gdy niezbędne jest dopasowanie Sprzętu rehabilitacyjnego przed zakupem. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztu zakupu lub wypożyczenia tego Sprzętu rehabilitacyjnego.
- b) W odniesieniu do każdego ze Zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w Sekcji C Rozdziale 1 pkt 2 ppkt 2) OWU, przysługuje Tobie **jednorazowe świadczenie organizacji i dostawy Sprzętu rehabilitacyjnego**. Limit tego świadczenia nie odnawia się.
- c) Partner medyczny zobowiązuje się do realizacji tej usługi w terminie nieprzekraczającym dwóch Dni roboczych od przyznania Tobie świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Assistance medycznego – Pomoc medyczna onkologiczna, nie wcześniej niż od daty otrzymania Twojego zgłoszenia.

7) Organizacja i dofinansowanie zakupu peruki:

- a) Jeżeli w następstwie Rozpoznania Nowotworu (Nowotworu in situ lub Nowotworu złośliwego), z tytułu którego przysługuje Tobie Assistance medyczny – Pomoc medyczna onkologiczna, zgodnie ze wskazaniami w skierowaniu lekarskim bądź wskazaniami lekarza Partnera medycznego powstanie konieczność używania przez Ciebie peruki, Ubezpieczyciel, za pośrednictwem Partnera medycznego, zorganizuje i dofinansuje (w kwocie 250 zł) zakup zaleconej peruki. Limit tego świadczenia nie odnawia się.
- b) Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztu dostarczenia peruki.
- c) Partner medyczny zobowiązuje się do realizacji tej usługi w terminie nieprzekraczającym dwóch Dni roboczych od dnia przyznania Tobie świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Assistance medycznego – Pomoc medyczna onkologiczna, nie wcześniej niż od daty otrzymania Twojego zgłoszenia.

8) Informacja o hospicjach oraz zasadach występowania o opiekę hospicyjną:

W ramach Informacji o hospicjach i zasadach występowania o opiekę hospicyjną Ubezpieczyciel udostępni Tobie, za pośrednictwem Partnera medycznego, możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem infolinii, który udzieli Tobie ustnej ogólnej informacji na temat:

- placówek hospicyjnych, w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających Twoim potrzebom i rekomendowanych przez Twoich lekarzy,
- zasad występowania o opiekę hospicyjną,
- możliwości dofinansowania do zakupu protez, peruk i innych środków pomocniczych,
- fundacji onkologicznych.

3. W zakresie DRUGIEJ OPINII MEDYCZNEJ możesz skorzystać ze świadczeń:**1) Druga krajowa opinia medyczna:**

- a) W przypadku Rozpoznania Nowotworu (Nowotworu złośliwego), z tytułu którego przysługuje Tobie Assistance medyczny – Druga opinia medyczna oraz Rehabilitacja, Ubezpieczyciel na Twoje żądanie, za pośrednictwem Partnera medycznego, który zweryfikuje kompletność dokumentacji, zorganizuje Tobie i pokryje koszty sporządzenia pisemnej opinii Lekarza konsultanta praktykującego na terenie Polski, będącego specjalistą w danej dziedzinie w celu weryfikacji postawionej diagnozy lub proponowanego toku leczenia.
- b) Pisemna opinia, o której mowa w lit. a), dotyczy diagnozy Twojego stanu zdrowia oraz sposobu leczenia w oparciu o dostarczoną przez Ciebie dokumentację i zawiera:
 - opis historii Twojej choroby,
 - opinię Lekarza konsultanta na temat postawionej diagnozy i dotychczasowego procesu leczenia,
 - propozycje dotyczące dalszego postępowania i leczenia dostępnego na rynku krajowym lub za granicą, zalecanego przez Lekarza konsultanta,
 - informacje o osiągnięciach zawodowych i doświadczeniach zawodowych Lekarza konsultanta, który przygotował drugą krajową opinię medyczną.
- c) Świadczenie jest realizowane w terminie do 15 Dni roboczych od daty przyznania Tobie świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Assistance medycznego – Druga opinia medyczna oraz Rehabilitacja, nie wcześniej niż od daty otrzymania przez Partnera medycznego pełnej i kompletnej dokumentacji (zawierającej informacje o dotychczasowej diagnostyce oraz Twoim leczeniu), przy koordynacji Lekarza konsultanta, na podstawie pełnej dokumentacji medycznej. W przypadku nie przekazania przez Ciebie kompletnej dokumentacji medycznej świadczenie drugiej krajowej opinii medycznej może nie zostać zrealizowane.
- d) W odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w Sekcji C Rozdział 1 pkt 2 ppkt 3) OWU, przysługuje Tobie **jednorazowe świadczenie drugiej krajowej opinii medycznej**. Limit tego świadczenia nie odnawia się.
- e) Świadczenie nie obejmuje kosztów zabiegów diagnostycznych lub terapeutycznych, wykonanych w związku z przygotowaniem drugiej krajowej opinii medycznej.

2) Konsultacja telefoniczna lub wideokonsultacja, lub wizyta u specjalisty z Ośrodka referencyjnego:

- a) W przypadku Rozpoznania Nowotworu (Nowotworu złośliwego), z tytułu którego przysługuje Tobie Assistance medyczny – Druga opinia medyczna oraz Rehabilitacja, Ubezpieczyciel na Twoje żądanie, za pośrednictwem Partnera medycznego, zorganizuje Tobie i pokryje koszty Twojej konsultacji telefonicznej lub wideokonsultacji, lub wizyty u Lekarza konsultanta z Ośrodka referencyjnego, przygotowującego drugą krajową opinię medyczną w celu omówienia Twoich wątpliwości, niejasności lub dodatkowych pytań dotyczących wystawionej drugiej krajowej opinii medycznej.
- b) W odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego: Rozpoznanie Nowotworu (Nowotworu złośliwego), o którym mowa w Sekcji C Rozdział 1 pkt 2 ppkt 3) OWU, przysługuje Tobie **jednorazowe świadczenie konsultacji telefonicznej lub wideokonsultacji, lub wizyty u specjalisty z Ośrodka referencyjnego** – zgodnie z Twoim wyborem. Limit tego świadczenia nie odnawia się.
- c) Świadczenie nie obejmuje kosztów zabiegów diagnostycznych lub terapeutycznych, wykonanych w związku z przeprowadzeniem konsultacji.
- d) Czas oczekiwania na usługę nie przekracza dwóch Dni roboczych od dnia przyznania Tobie świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Assistance medycznego – Druga opinia medyczna oraz Rehabilitacja, nie wcześniej niż od daty otrzymania Twojego zgłoszenia przez Partnera medycznego. Usługa realizowana jest w Dni robocze.

4. W zakresie **REHABILITACJI** możesz skorzystać ze świadczeń:

1) **Organizacja i pokrycie kosztu procesu rehabilitacji:**

- W przypadku Rozpoznania Nowotworu (Nowotworu złośliwego), z tytułu którego przysługuje Tobie Assistance medyczny – Druga opinia medyczna oraz Rehabilitacja, Ubezpieczyciel, za pośrednictwem Partnera medycznego, zorganizuje Tobie i pokryje koszty wizyt specjalisty fizykoterapeuty w Twoim Miejscu zamieszkania lub zorganizuje Tobie transport do poradni rehabilitacyjnej wraz z pokryciem kosztów Twojej wizyty w poradni rehabilitacyjnej.
- W odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w Sekcji C Rozdział 1 pkt 2 ppkt 3) OWU, przysługuje Tobie maksymalnie **5 dni zabiegowych (wizyt) z zakresu kinezyterapii, masażu lub fizykoterapii**, realizowanych w ramach wizyty domowej lub ambulatoryjnej. W ramach jednego dnia zabiegowego świadczenie nie może przekroczyć jednej godziny – w odniesieniu do kinezyterapii, masażu oraz trzech zabiegów – w odniesieniu do fizykoterapii. Limit tego świadczenia nie odnawia się.
- Partner medyczny zobowiązuje się do realizacji tej usługi w terminie nieprzekraczającym dwóch Dni roboczych od dnia przyznania Tobie świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Assistance medycznego – Druga opinia medyczna oraz Rehabilitacja, nie wcześniej niż od daty otrzymania Twojego zgłoszenia.

2) **Infolinia rehabilitacyjna:**

W ramach Infolinii rehabilitacyjnej Ubezpieczyciel udostępni Tobie, za pośrednictwem Partnera medycznego, możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem infolinii rehabilitacyjnej, który udzieli Tobie ustnej ogólnej informacji w zakresie:

- rehabilitacji w schorzeniach onkologicznych o charakterze profilaktycznym, leczniczym, podtrzymującym i paliatywnym,
- zasad i możliwości procesu usprawniania w czasie trwania chemioterapii i radioterapii,
- postępowania w sytuacji pojawienia się obrzęków (drenaż limfatyczny, pozycje ułożeniowe, masaż pneumatyczny),
- zespołów bólowych i neuralgii,
- zabiegów fizykalnych,
- dostępnych środków pomocniczych i ortopedycznych,
- zasad uzyskania refundacji do sprzętu ortopedycznego i przedmiotów pomocniczych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia,
- zasad uzyskania refundacji do sprzętu ortopedycznego i przedmiotów pomocniczych ze środków instytucji (Państwowego Funduszu Rehabilitacyjnego Osób Niepełnosprawnych/Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie/Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej/Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie),
- uprawnień osób niepełnosprawnych,
- zagadnień związanych z zatrudnianiem osób niepełnosprawnych,
- danych teled adresowych poradni, placówek rehabilitacyjnych i sanatoriów na terenie Polski,
- zasad ubiegania się o skierowanie oraz dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego, do sanatorium,
- danych teled adresowych oddziałów Państwowego Funduszu Rehabilitacyjnego Osób Niepełnosprawnych, Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie, starostw i urzędów marszałkowskich, powiatowych i wojewódzkich zespołów do spraw orzekania o niepełnosprawności, jednostek samorządowych stworzonych na potrzeby osób niepełnosprawnych,
- danych teled adresowych sklepów, zakładów i wypożyczalni sprzętu ortopedycznego.

Rozdział 3. Czego nie obejmuje świadczenie Assistance medycznego?

- Zakres ubezpieczenia Assistance medyczny – Pomoc medyczna profilaktyczna nie obejmuje kosztów usług powstałych w następstwie:
 - leczenia niezwiązanego z Nagłym zachorowaniem lub Uszkodzeniem ciała w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
 - Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku oraz ich następstw, które wystąpiły przed zawarciem Umowy ubezpieczenia,
 - chorób przenoszonych drogą płciową, chorób wenerycznych, AIDS, wirusa HIV,
 - ciąży,
 - szczepień,
 - leczenia dentyścycznego,
 - stosowania metod mających w założeniu służyć leczeniu, lecz których skuteczność nie została potwierdzona badaniami naukowymi i które nie znajdują zastosowania w leczeniu prowadzonym zgodnie z wiedzą i sztuką lekarską,
 - niezastosowania się przez Ciebie do zaleceń lekarza prowadzącego lub lekarza Partnera medycznego,
 - pozostawania przez Ciebie w Stanie po użyciu alkoholu lub w Stanie po użyciu środka odurzającego, substancji psychotropowej lub środka zastępczego, chyba że zażycie tych substancji nastąpiło zgodnie z zaleceniem lekarza.
- Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Assistance medyczny – Pomoc medyczna onkologiczna, Druga opinia medyczna oraz Rehabilitacja nie przysługują w przypadku, gdy odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest ograniczona w przypadkach wymienionych w Części II Sekcja A Rozdział 1 pkt 2 i 3 OWU lub wyłączone w przypadkach wymienionych w Części II Sekcja A Rozdział 1 pkt 4 i 5 OWU.

Rozdział 4. Jak wystąpić o organizację świadczenia Assistance medycznego?

- W celu skorzystania z usługi Assistance medycznego jesteś zobowiązany skontaktować się z Partnerem medycznym Ubezpieczyciela i podać następujące dane:
 - imię i nazwisko,
 - dokładny adres Twojego Miejsca zamieszkania,
 - numer PESEL bądź numer Polisy,
 - numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Tobą lub wskazaną przez Ciebie osobą,
 - krótki opis zdarzenia oraz rodzaj potrzebnej pomocy,
 - wszelkie inne informacje niezbędne Partnerowi medycznemu w celu udzielenia Tobie świadczenia.
- Ponadto jesteś zobowiązany:
 - udzielić pracownikowi Ubezpieczyciela lub innemu przedstawicielowi Ubezpieczyciela (w tym pracownikowi Partnera medycznego) wyjaśnień dotyczących zdarzenia, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności i zakresu świadczeń Ubezpieczyciela,
 - udzielić specjalistcie lub lekarzowi Partnera medycznego wszelkich pełnomocnictw, niezbędnych dla realizacji świadczenia,
 - nie powierzać wykonania świadczeń, do których spełnienia zobowiązany jest Ubezpieczyciel, innym osobom, z zastrzeżeniem pkt 3,
 - współdziałać z pracownikiem Partnera medycznego w zakresie niezbędnym do realizacji świadczenia.
- W przypadku, gdy Partner medyczny nie przystąpi do spełnienia świadczenia w terminie określonym dla danego świadczenia w Sekcji C Rozdział 2 OWU (w razie braku innych uzgodnień pomiędzy Tobą a Partnerem medycznym co do terminu wykonania świadczenia), lub wyrazi zgodę na

wykonanie na Twoją rzecz tego świadczenia przez inną osobę/podmiot, wówczas przysługuje Ci prawo wystąpienia do Partnera medycznego z wnioskiem o refundację poniesionych kosztów, z zastrzeżeniem pkt 4 i 5.

4. Wniosek o refundację poniesionych kosztów należy przesłać na adres Partnera medycznego.
5. Dokumentacja, o której mowa w pkt 4, powinna zawierać:
 - 1) numer Polisy,
 - 2) szczegółowy opis okoliczności zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 3) oryginał lub kserokopię dokumentacji medycznej dotyczącej Zdarzenia ubezpieczeniowego, zawierającą dokładną diagnozę oraz zalecone leczenie,
 - 4) rachunki, dowody wpłaty, które umożliwią Ubezpieczycielowi określenie łącznych kosztów poniesionych przez Ciebie na wykonanie danego świadczenia przez inną osobę/podmiot niż Partner medyczny.
6. Zwrot kosztów, o których mowa w pkt 3, wypłacany jest na terytorium Polski, w walucie polskiej, do limitów określonych w tabeli poniżej:

	RODZAJ ŚWIADCZENIA	LIMITY
Pomoc medyczna profilaktyczna		
Nagłe zachorowanie lub Uszkodzenie ciała w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	Wizyta domowa lekarza pierwszego kontaktu	nie więcej niż 500 zł na jedno świadczenie
Pomoc medyczna onkologiczna		
Rozpoznanie Nowotworu (Nowotworu złośliwego lub Nowotworu in situ)	Pomoc psychologa	łącznie nie więcej niż 500 zł na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe
	Pomoc domowa po hospitalizacji (bez kosztów zakupów)	łącznie nie więcej niż 1000 zł na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe
	Wizyta pielęgniarska po hospitalizacji (bez kosztów zakupów środków medycznych i leków)	łącznie nie więcej niż 500 zł na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe
	Transport medyczny	nie więcej niż 1000 zł na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe
	Organizacja i dostawa Sprzętu rehabilitacyjnego (bez kosztu zakupu i wypożyczenia Sprzętu rehabilitacyjnego)	nie więcej niż 300 zł na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe
	Organizacja i dofinansowanie zakupu peruki (bez kosztu dostarczenia peruki)	nie więcej niż 250 zł na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe
Rehabilitacja		
Rozpoznanie Nowotworu złośliwego	Organizacja i pokrycie kosztu procesu rehabilitacji	nie więcej niż 1500 zł na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Onkopolisa zostały przyjęte uchwałą Zarządu Santander Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 24.07.2018 r. i weszły w życie w dniu 08.09.2018 r.

Załącznik nr 1 – Lista Nowotworów objętych Ochroną ubezpieczeniową

Nowotwory złośliwe:

Nowotwory złośliwe wargi, jamy ustnej i gardła:

- C00 Nowotwór złośliwy wargi
- C01 Nowotwór złośliwy nasady języka
- C02 Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części języka
- C03 Nowotwór złośliwy dziąsła
- C04 Nowotwór złośliwy dna jamy ustnej
- C05 Nowotwór złośliwy podniebienia
- C06 Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części jamy ustnej
- C07 Nowotwór złośliwy ślinianki przyusznej
- C08 Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych dużych gruczołów ślinowych
- C09 Nowotwór złośliwy migdałka
- C10 Nowotwór złośliwy części ustnej gardła
- C11 Nowotwór złośliwy części nosowej gardła
- C12 Nowotwór złośliwy zachyłka gruszkowatego
- C13 Nowotwór złośliwy części krtaniowej gardła
- C14 Nowotwór złośliwy o innym i nieokreślonym umiejscowieniu w obrębie wargi, jamy ustnej i gardła

Nowotwory złośliwe narządów układu pokarmowego:

- C15 Nowotwór złośliwy przełyku
- C16 Nowotwór złośliwy żołądka
- C17 Nowotwór złośliwy jelita cienkiego
- C18 Nowotwór złośliwy jelita grubego
- C19 Nowotwór złośliwy zgięcia esiczo-odbytniczego
- C20 Nowotwór złośliwy odbytnicy
- C21 Nowotwór złośliwy odbytu i kanału odbytu
- C22 Nowotwór złośliwy wątroby i przewodów żółciowych wewnątrzwątrobowych
- C23 Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego
- C24 Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części dróg żółciowych
- C25 Nowotwór złośliwy trzustki
- C26 Nowotwór złośliwy innych i niedokładnie określonych narządów układu pokarmowego

Nowotwory złośliwe układu oddechowego i narządów klatki piersiowej:

- C30 Nowotwór złośliwy jamy nosowej i ucha środkowego
- C31 Nowotwór złośliwy zatok przynosowych
- C32 Nowotwór złośliwy krtani
- C33 Nowotwór złośliwy tchawicy
- C34 Nowotwór złośliwy oskrzela i płuca
- C37 Nowotwór złośliwy grasicy
- C38 Nowotwór złośliwy serca, śródpiersia i opłucnej
- C39 Nowotwór złośliwy o innym i bliżej nieokreślonym umiejscowieniu w obrębie układu oddechowego i narządów klatki piersiowej

Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej:

- C40 Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej kończyn
- C41 Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej o innym i nieokreślonym umiejscowieniu

Czerniak i inne nowotwory złośliwe skóry:

- C43 Czerniak złośliwy skóry
- C44 Inne nowotwory złośliwe skóry

Nowotwory złośliwe mezotelium i tkanek miękkich:

- C45 Międzybłoniak
- C46 Mięsak Kaposiego
- C47 Nowotwory złośliwe nerwów obwodowych i układu nerwowego wegetatywnego
- C48 Nowotwór złośliwy przestrzeni zaotrzewnowej i otrzewnej
- C49 Nowotwór złośliwy tkanki łącznej i innych tkanek miękkich

Nowotwór złośliwy piersi:

- C50 Nowotwór złośliwy piersi

Nowotwory złośliwe żeńskich narządów płciowych:

- C51 Nowotwór złośliwy sromu
- C52 Nowotwór złośliwy pochwy
- C53 Nowotwór złośliwy szyjki macicy
- C54 Nowotwór złośliwy trzonu macicy
- C55 Nowotwór złośliwy nieokreślonej części macicy
- C56 Nowotwór złośliwy jajnika
- C57 Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych żeńskich narządów płciowych
- C58 Nowotwór złośliwy łożyska

Nowotwory złośliwe męskich narządów płciowych:

- C60 Nowotwór złośliwy prącia
- C61 Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego
- C62 Nowotwór złośliwy jądra
- C63 Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych męskich narządów płciowych

Nowotwory złośliwe układu moczowego:

- C64 Nowotwór złośliwy nerki z wyjątkiem miedniczki nerkowej
- C65 Nowotwór złośliwy miedniczki nerkowej
- C66 Nowotwór złośliwy moczowodu
- C67 Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego
- C68 Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych narządów układu moczowego

Nowotwory złośliwe oka, mózgu i innych części ośrodkowego układu nerwowego:

- C69 Nowotwór złośliwy oka i przydatków oka
- C70 Nowotwór złośliwy opon mózgowo-rdzeniowych
- C71 Nowotwór złośliwy mózgu
- C72 Nowotwór złośliwy rdzenia kręgowego, nerwów czaszkowych i innych części ośrodkowego układu nerwowego

Nowotwory złośliwe tarczycy i innych gruczołów wydzielania wewnętrznego:

- C73 Nowotwór złośliwy tarczycy
- C74 Nowotwór złośliwy nadnerczy
- C75 Nowotwór złośliwy innych gruczołów wydzielania wewnętrznego i struktur pokrewnych

Nowotwory złośliwe, o potwierdzonym lub przypuszczalnym pierwotnym charakterze, tkanki limfatycznej, układu krwiotwórczego i tkanek pokrewnych:

- C81 Ziarnica złośliwa [choroba Hodgkina]
- C82 Chłoniak nieziarniczny guzkowy [grudkowy]
- C83 Chłoniak nieziarniczny rozlany
- C84 Obwodowy i skórny chłoniak z komórek T
- C85 Inne i nieokreślone postacie chłoniaka nieziarniczego
- C88 Złośliwe choroby immunoproliferacyjne
- C90 Szpiczak mnogi i nowotwory złośliwe z komórek plazmatycznych
- C91 Białaczka limfatyczna
- C92 Białaczka szpikowa
- C93 Białaczka monocytowa
- C94 Inne białaczki określonego rodzaju
- C95 Białaczka z komórek nieokreślonego rodzaju
- C96 Inny i nieokreślony nowotwór złośliwy tkanki limfatycznej, układu krwiotwórczego i tkanek pokrewnych

Nowotwory złośliwe o niezależnym (pierwotnym) mnogim umiejscowieniu:

- C97 Nowotwory złośliwe o niezależnym (pierwotnym) mnogim umiejscowieniu

Nowotwory in situ:

- D00 Rak in situ jamy ustnej, przełyku i żołądka
- D01 Rak in situ innych i nieokreślonych części narządów układu pokarmowego
- D02 Rak in situ ucha środkowego i układu oddechowego
- D05 Rak in situ piersi
- D06 Rak in situ szyjki macicy
- D07 Rak in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych
- D09 Rak in situ o innym i nieokreślonym umiejscowieniu