

Global Care

Warunki Ubezpieczenia

Ogólne Warunki Ubezpieczenia OWU
Szczególne Warunki Ubezpieczenia – SWU

Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) dla Global Care - OWU-GC-0726

Spis treści

- ROZDZIAŁ I: Przedmiot i zakres ubezpieczenia
- ROZDZIAŁ II: Podmioty umowy
- ROZDZIAŁ III: Jurysdykcja i obowiązujące prawo
- ROZDZIAŁ IV: Prawa i obowiązki podmiotów Umowy ubezpieczenia
- ROZDZIAŁ V: Zawarcie Umowy ubezpieczenia
- ROZDZIAŁ VI: Rozpoczęcie i czas trwania Umowy ubezpieczenia
- ROZDZIAŁ VII: Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia i prawo do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia
- ROZDZIAŁ VIII: Składki
- ROZDZIAŁ IX: Reklamacje
- ROZDZIAŁ X: Ochrona danych osobowych
- ROZDZIAŁ XI: Postanowienia końcowe

Wykaz istotnych informacji zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia dla Global Care mających zastosowanie do umów ubezpieczeniowych zawartych z Axeria lard, uwzględniając definicje określone w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej
1. Warunki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Rozdziały: I, V, VI, VIII, Z uwzględnieniem definicji zawartych w Rozdziale XI
2. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa ubezpieczeniowego uprawniające je do odmowy lub zmniejszenia wypłaty świadczeń	Rozdziały: VI, VIII Z uwzględnieniem definicji zawartych w Rozdziale XI XX

ROZDZIAŁ I: Przedmiot i zakres ubezpieczenia

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

Celem niniejszej umowy ubezpieczenia zdrowotnego jest zapewnienie Ubezpieczonemu pokrycia kosztów usług i wydatków medycznych związanych z leczeniem Chorób oraz Zabiegów medycznych objętych ubezpieczeniem, jak opisano w Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia (SWU).

Niniejszy dokument, Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) Global Care, określa warunki, na jakich Towarzystwo ubezpieczeniowe udziela ochrony w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego.

ROZDZIAŁ II: Podmioty umowy

Towarzystwo ubezpieczeniowe

Ochrona ubezpieczeniowa jest zapewniana przez **Axeria lard** („Axeria”). Axeria jest francuską spółką ubezpieczeniową (spółką akcyjną) zarejestrowaną w Rejestrze Handlowym i Spółek w Lyonie pod numerem 352 893 200, działająca zgodnie z francuskim Kodeksem Ubezpieczeń.

Siedziba spółki znajduje się pod adresem 129 avenue Félix Faure, 69003 LYON, a adres pocztowy to 26 rue du Général Mouton Duvernet, 69003 Lyon, Francja.

Organem nadzoru ostrożnościowego nad działalnością spółki jest Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS - CEDEX 09. Axeria jest zarejestrowana w ACPR pod numerem referencyjnym 220218. Axeria lard posiada zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w Polsce na podstawie przepisów UE dotyczących swobody świadczenia usług ACPR pod numerem referencyjnym 230605 w rejestrze ACPR.

Axeria nie udziela porad dotyczących tego, czy dany produkt ubezpieczeniowy jest odpowiedni dla indywidualnej sytuacji klienta. Axeria prowadzi działalność ubezpieczeniową w trybie transgranicznym, w ramach swobody świadczenia usług w Unii Europejskiej.

Agent obsługi roszczeń

Further Underwriting International SLU („Further”) jest spółką zarejestrowaną w Hiszpanii, o numerze podatkowym B83644484, z siedzibą przy Paseo de Recoletos 12, w Madrycie.

Further jest zarejestrowana jako niewyłączny agent powiązany z Axeria na podstawie licencji AJ0241 wydanej przez hiszpański organ regulacyjny „Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones” i jest upoważniona do administrowania i zarządzania Roszczeniami wynikającymi z niniejszej Polisy.

ROZDZIAŁ III: Jurysdykcja i obowiązujące prawo

Niniejsza Umowa ubezpieczenia podlega prawu Rzeczypospolitej Polskiej. W sprawach nieuregulowanych w Umowie ubezpieczenia zastosowanie mają przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawne.

Roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia mogą być wnoszone do sądu właściwego na podstawie przepisów o jurysdykcji ogólnej lub do sądu właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego, uprawnionego z umowy ubezpieczenia, spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego.

Rozpatrywanie reklamacji odbywa się zgodnie z postanowieniami Rozdziału IX (Reklamacje).

ROZDZIAŁ IV: Prawa i obowiązki podmiotów Umowy ubezpieczenia

Prawa i obowiązki Ubezpieczającego

- Uzyskanie jasnych i rzetelnych informacji o produkcie ubezpieczeniowym.
- Zgłaszanie Roszczeń i reklamacji zgodnie z postanowieniami Rozdziału IX (Reklamacje).
- Rozwiązanie lub odstąpienie od Umowy ubezpieczenia zgodnie z postanowieniami Rozdziału VII (Rozwiązanie umowy ubezpieczenia i prawo do odstąpienia od umowy).
- Udzielanie informacji we wniosku ubezpieczeniowym zgodnie z wymaganiami Towarzystwa ubezpieczeniowego, zgodnie z Rozdziałem V (Zawarcie umowy ubezpieczenia).
- Terminowe opłacanie składki zgodnie z Rozdziałem VIII (Składki) w celu utrzymania ochrony ubezpieczeniowej.

Prawa i obowiązki Towarzystwa ubezpieczeniowego

- Wymaganie od Ubezpieczającego podania rzetelnych informacji w celu oceny ryzyka, zgodnie z Rozdziałem V (Zawarcie umowy ubezpieczenia).
- Zmiana wysokości składki, odmowa przyjęcia roszczenia lub wypowiedzenie umowy w przypadku podania nieprawdziwych informacji lub ich zatajenia oraz braku płatności, zgodnie z Rozdziałami VII (Rozwiązanie umowy ubezpieczenia i prawo do odstąpienia od umowy) oraz VIII (Składki).
- Niezwłoczne rozpatrywanie roszczeń i reklamacji zgodnie z Rozdziałem IX (Reklamacje).
- Ochrona i przetwarzanie danych osobowych oraz danych dotyczących zdrowia zgodnie z Rozdziałem X (Ochrona danych osobowych).
- Dostarczenie jasnych informacji o produkcie przed zawarciem umowy, zgodnie z Rozdziałem XI.

ROZDZIAŁ V: Zawarcie Umowy ubezpieczenia

Kto może przystąpić do ubezpieczenia

Ubezpieczenie jest dostępne dla osób, które w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej ukończyły 18 lat i nie ukończyły 65 lat, a jednocześnie mają stałe miejsce zamieszkania w Polsce lub posiadają ważne zezwolenie na pobyt.

Wszyscy wnioskujący o zawarcie Umowy ubezpieczenia zobowiązani są do wypełnienia Kwestionariusza zdrowotnego.

Wnioskodawca może również ubiegać się o objęcie ubezpieczeniem:

- Małżonka/Partnera; oraz
- Dzieci pozostające na utrzymaniu wnioskodawcy i jego/jej zgłoszonego Małżonka/Partnera (zgodnie z informacją podaną w Formularzu wniosku). Dotyczy to dzieci biologicznych, adoptowanych oraz przysposobionych. Dzieci pozostające na utrzymaniu są automatycznie przyjmowane do ubezpieczenia bez konieczności wypełniania Kwestionariusza zdrowotnego, pod warunkiem że w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej nie ukończyły 18 lat.

Towarzystwo ubezpieczeniowe może również zażądać od wnioskodawcy dodatkowej dokumentacji medycznej dotyczącej potencjalnych Ubezpieczonych w celu oceny ich kwalifikowalności.

Wniosek i oferta

Ubezpieczający wypełnia i przesyła Formularz wniosku online, w tym odpowiednie oświadczenia medyczne wymagane przez Towarzystwo ubezpieczeniowe. Po ocenie ryzyka Towarzystwo ubezpieczeniowe może wniosek zaakceptować, odrzucić lub zaproponować modyfikację warunków lub alternatywny wariant produktu Global Care. Ubezpieczenie jest dostępne w dwóch wariantach: Pełna ochrona oraz wariant Ochrona na wypadek raka.

Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta, gdy Ubezpieczający zaakceptuje ofertę, potwierdzając wybór wariantu dla każdego wnioskodawcy uwzględnionego we wniosku i dokonując płatności pierwszej Składki.

Obowiązek ujawnienia informacji

Ubezpieczający i Ubezpieczony są zobowiązani do podania wszystkich znanych im informacji, o które Towarzystwo ubezpieczeniowe zapytało w Formularzu wniosku lub w innych pismach skierowanych do Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego. Ubezpieczający i Ubezpieczony są zobowiązani do poinformowania w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia o zmianach okoliczności, o które Towarzystwo ubezpieczeniowe pytało w Formularzu wniosku (w szczególności o zmianie stanu zdrowia) nie później niż w ciągu 14 dni od daty, w której się o niej dowiedzieli.

Towarzystwo ubezpieczeniowe nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, o których nie zostało poinformowane z naruszeniem powyższego obowiązku. Jeżeli naruszenie powyższych obowiązków nastąpiło w wyniku umyślnego działania, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w poprzednim zdaniu.

ROZDZIAŁ VI: Rozpoczęcie i czas trwania Umowy ubezpieczenia

Umowa ubezpieczenia rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia i trwa rok, zgodnie z postanowieniami Szczególnych Warunków Ubezpieczenia/Umowy ubezpieczenia, chyba że Towarzystwo ubezpieczeniowe i Ubezpieczający wyraźnie uzgodnią krótszy okres.

Umowa ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejne roczne okresy, chyba że jedna ze stron przekaże drugiej stronie pisemne zawiadomienie o nieprzedłużeniu umowy, w terminie co najmniej 30 dni przed Dniem wygaśnięcia, zgodnie z Rozdziałem VII (Rozwiązanie umowy). Ochrona ubezpieczeniowa jest przedłużana do końca roku ubezpieczeniowego, w którym Ubezpieczony skończy 85 lat. Ochrona ubezpieczeniowa dla Dziecka pozostającego na utrzymaniu jest przedłużana do końca roku ubezpieczeniowego, w którym dziecko skończy 18 lat.

Towarzystwo ubezpieczeniowe może pisemnie powiadomić Ubezpieczającego o zmianach, które będą miały zastosowanie od kolejnego okresu ubezpieczenia, w tym:

- wysokości Składek;
- Sumy ubezpieczenia i limitów określonych w Warunkach Szczególnych/Dokumentie ubezpieczenia;
- poziomie i rodzaju ochrony oraz świadczonych usługach.

Zmiany te zostaną przekazane pisemnie w zawiadomieniu o odnowieniu, wysłanym co najmniej 60 dni przed upływem bieżącego okresu ubezpieczenia. Wszelkie takie zmiany będą oparte na ocenie następujących czynników:

- zmiany w obowiązujących przepisach, regulacjach lub zasadach opodatkowania;

- liczba, terminy i koszty zgłoszonych roszczeń;
- liczba, terminy i koszty przewidywanych przyszłych roszczeń,
- doświadczenia sektora ubezpieczeniowego w zakresie roszczeń;
- wzrosty kosztów procedur medycznych objętych ubezpieczeniem;
- innowacje technologiczne dotyczące procedur medycznych objętych ubezpieczeniem;
- wszelkie zmiany lub okoliczności, które mogą wpłynąć na koszt ochrony w ramach umowy ubezpieczenia.

Jeżeli Ubezpieczający nie zgadza się z proponowanymi zmianami, może sprzeciwić się przedłużeniu Umowy ubezpieczenia, przekazując Towarzystwu ubezpieczeniowemu pisemne oświadczenie, nie później niż do końca bieżącego okresu ubezpieczenia. W takim przypadku Umowa ubezpieczenia nie ulega przedłużeniu i wygasa z końcem bieżącego okresu ubezpieczenia.

ROZDZIAŁ VII: Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia i prawo do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia

Ubezpieczający może:

- odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty jej zawarcia, z pełnym zwrotem zapłaconych składek.
- rozwiązać Umowę ubezpieczenia w dowolnym momencie. Rozwiązanie wejdzie w życie z końcem miesiąca, w którym Towarzystwo ubezpieczeniowe otrzyma od Ubezpieczającego wniosek o wypowiedzenie.

Towarzystwo ubezpieczeniowe może zakończyć umowę, jeżeli:

- Ubezpieczający nie opłaci składek zgodnie z Rozdziałem VIII (Składki).

Umowa ubezpieczenia wygasa, gdy wystąpi co najmniej jedna z poniższych okoliczności:

- zostanie osiągnięty limit Sumy ubezpieczenia;
- Okres świadczeniowy został w pełni wykorzystany dla Modułów ochrony dostępnych w ramach danego wariantu produktu;
- Ubezpieczony osiągnie maksymalny wiek określony w Rozdziale VI (Rozpoczęcie i czas trwania Umowy ubezpieczenia).

ROZDZIAŁ VIII: Składki

Składka jest ustalana po przeprowadzeniu oceny ryzyka i zależy między innymi od wieku Ubezpieczonego, wybranego wariantu produktu oraz częstotliwości opłacania Składek.

Ubezpieczający może wybrać następującą formę opłacania Składek: jednorazową opłatę rocznej Składki lub w miesięcznych ratach.

Składki należy opłacać przy użyciu karty debetowej lub kredytowej albo za pomocą płatności online w terminach określonych przez Towarzystwo ubezpieczeniowe w Umowie ubezpieczenia.

Składka lub jej pierwsza rata stają się należne i płatne z chwilą zawarcia Umowy ubezpieczenia. Jeżeli Ubezpieczający uiszcza Składkę pośrednikowi ubezpieczeniowemu, Składkę tę uznaje się za wpłaconą na rzecz Towarzystwa ubezpieczeniowego z tą samą datą.

Odpowiedzialność Towarzystwa ubezpieczeniowego rozpoczyna się następnego dnia po zawarciu Umowy ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż następnego dnia po opłaceniu Składki lub jej pierwszej raty.

Jeżeli Ubezpieczający nie zapłaci całości Składki (lub przypadającej raty) w terminie, Towarzystwo ubezpieczeniowe, oprócz ostrzeżenia Ubezpieczającego o możliwych konsekwencjach, prześle pisemne zawiadomienie wzywające do dokonania płatności w dodatkowym terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia przez Ubezpieczającego.

W przypadku niedokonania płatności w wyznaczonym terminie Umowa ubezpieczenia zostanie uznana za zakończoną przez Ubezpieczającego z ostatnim dniem wyznaczonego dodatkowego terminu płatności, chyba że Towarzystwo ubezpieczeniowe i Ubezpieczający wyraźnie uzgodnią inaczej.

ROZDZIAŁ IX: Reklamacje

Ubezpieczający lub Ubezpieczony mogą złożyć reklamację dotyczącą usług świadczonych przez Towarzystwo ubezpieczeniowe:

- pisemnie:

a) w formie papierowej – złożonej osobiście w punkcie obsługi klienta Towarzystwa ubezpieczeniowego lub wysłanej pocztą tradycyjną lub za pośrednictwem podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej na następujący adres: Further Underwriting International SLU, Paseo de Recoletos 12, Madryt 28001, lub

b) w formie elektronicznej – na następujący adres e-mail: complaints@wegofurther.com ;

- ustnie: dzwoniąc do Further na numer +48 227 499 741 i prosząc o telefon zwrotny - Ubezpieczający lub Ubezpieczony może wysłać e-mail na adres complaints@wegofurther.com, podając swój numer telefonu oraz preferowane godziny kontaktu, po czym przedstawiciel firmy Further skontaktuje się z nim telefonicznie w celu zarejestrowania reklamacji ustnie lub osobiście podczas wizyty klienta w oddziale obsługi klienta Towarzystwa ubezpieczeniowego.

Odpowiedź na reklamację udzielana jest:

a) w formie elektronicznej – jeżeli została ona złożona przez klienta w formie elektronicznej, chyba że klient zażądał odpowiedzi w formie papierowej;

b) w formie papierowej – jeśli została ona złożona przez klienta w formie pisemnej na papierze, chyba że klient zażądał odpowiedzi w formie elektronicznej;

c) w formie papierowej lub elektronicznej, zgodnie z życzeniem klienta – jeżeli została ona złożona przez klienta ustnie.

Odpowiedź wysyłana jest bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni od daty otrzymania Reklamacji, z zastrzeżeniem dalszych postanowień. Termin uznaje się za zachowany, jeżeli Towarzystwo ubezpieczeniowe wysłało odpowiedź przed jego upływem.

W szczególnie złożonych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w wyżej wymienionym terminie, Towarzystwo ubezpieczeniowe poinformuje osobę składającą reklamację o przyczynach opóźnienia oraz okolicznościach, które należy ustalić w celu rozstrzygnięcia sprawy, a także wskaże przewidywany termin jej rozpatrzenia i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od daty otrzymania reklamacji.

Reklamacje są rozpatrywane przez jednostkę organizacyjną Towarzystwa ubezpieczeniowego utworzoną w tym celu.

Skargi dotyczące spraw niezwiązanych z zakresem ubezpieczenia oferowanym przez Towarzystwo ubezpieczeniowe należy kierować bezpośrednio do agenta, który świadczył usługi w zakresie dystrybucji ubezpieczeń. Skargi te są rozpatrywane bezpośrednio przez tego agenta. W przypadku otrzymania takiej skargi przez Towarzystwo ubezpieczeniowe, Towarzystwo ubezpieczeniowe niezwłocznie przekaże skargę odpowiedniemu agentowi, informując jednocześnie osobę składającą skargę.

W przypadku reklamacji wniesionych przez osoby fizyczne, jeżeli Towarzystwo ubezpieczeniowe odrzuci reklamację lub rozpatrzy ją, ale nie podejmie działań wynikających z reklamacji w terminach określonych przepisami prawa, osoba fizyczna, która złożyła skargę, może złożyć wniosek do Rzecznika Finansowego (Nowogrodzka 47A, 00-695 Warszawa; www.rf.gov.pl). Towarzystwo ubezpieczeniowe akceptuje i uczestniczy w postępowaniu w sprawie pozasądowego rozstrzygnięcia sporów przed

Rzecznikiem Finansowym zgodnie z przepisami polskiego prawa. Ubezpieczający lub Ubezpieczony będący konsumentem może również zwrócić się o pomoc do miejscowych i okręgowych rzeczników konsumentów.

ROZDZIAŁ X: Ochrona danych osobowych

Zgodnie z art. 13 RODO szczegółowe informacje na temat przetwarzania danych osobowych znajdują się w oddzielnym dokumencie „*Informacje o przetwarzaniu danych osobowych*”.

ROZDZIAŁ XI: Postanowienia końcowe

Komunikacja

Komunikacja między Towarzystwem ubezpieczeniowym a Ubezpieczającym i Ubezpieczonym będzie prowadzona w języku polskim.

Wszelkie zawiadomienia, wnioski i oświadczenia dotyczące niniejszej umowy – z wyjątkiem reklamacji, zażaleń i odwołań – należy składać w formie pisemnej lub w innej formie uzgodnionej z Towarzystwem ubezpieczeniowym.

Powiadomienia

Wszelkie powiadomienia pomiędzy Towarzystwem ubezpieczeniowym, Ubezpieczającym i Ubezpieczonym muszą mieć formę pisemną i być kierowane do siedziby lub na wskazany adres korespondencyjny. Strony są zobowiązane do niezwłocznego informowania się nawzajem o wszelkich zmianach adresu.

Data wejścia w życie

Niniejsze OWU i SWU mają zastosowanie do wszystkich nowych i przedłużonych Umów ubezpieczenia zawartych od dnia 20/07/2026.

Definicje

Formularz wniosku: Formularz online, który Ubezpieczony i/lub Ubezpieczający muszą wypełnić w celu złożenia wniosku o Polisę do Towarzystwa ubezpieczeniowego.

Świadczenia: Zakres lub stopień usług i ochrony, przysługujących Ubezpieczonemu w ramach Polisy.

Further: Further Underwriting International SLU, spółka zarejestrowana w Hiszpanii, o numerze identyfikacji podatkowej B83644484, z siedzibą przy Paseo de Recoletos 12, Madryt. Further jest zarejestrowana jako niewyłączny agent powiązany z Axeria na podstawie licencji AJ0241 wydanej przez hiszpański organ regulacyjny „Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones” i jest upoważniona do administrowania i zarządzania Roszczeniami wynikającymi z niniejszej Polisy. Ilekroć w OWU lub SWU wskazano, że Further wykonuje określone czynności, należy rozumieć, że Towarzystwo ubezpieczeniowe wykonuje je za pośrednictwem Further w charakterze niewyłącznego agenta powiązanego z Axeria.

Roszczenie: Powiadomienie przez Ubezpieczonego firmy Further o Chorobie potwierdzonej w ramach procesu określonego w Rozdziale VI SWU jako Choroba objęta ubezpieczeniem lub wymagająca Zabiegu medycznego objętego ubezpieczeniem, umożliwiając Ubezpieczonemu dostęp do Świadczeń wynikających z Polisy.

Dzień rozpoczęcia: Data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazana w Warunkach Szczególnych/Dokumentie ubezpieczenia.

Dzień rozpoczęcia ochrony: Data rozpoczęcia ochrony dla każdego Ubezpieczonego, podana w Warunkach Szczególnych/Dokumentie ubezpieczenia.

Wyłączenie: Jest to określona sytuacja lub warunek, który nie jest objęty Polisą i za który Towarzystwo ubezpieczeniowe nie ponosi odpowiedzialności. Wyłączenia są wymienione w Rozdziale V SWU.

Dzień wygaśnięcia: Data, z którą ochrona ubezpieczeniowa Ubezpieczonego w ramach niniejszej Polisy wygaśnie i przestanie obowiązywać, zgodnie z tym, jak wskazano w Warunkach Szczególnych/Dokumentie ubezpieczenia.

Kwestionariusz zdrowotny: Formularz wypełniony i podpisany przez Ubezpieczonego przed zawarciem Polisy, stanowiący podstawę do przeprowadzenia analizy ryzyka przez Towarzystwo ubezpieczeniowe. W przypadku Dzieci pozostających na utrzymaniu, formularz może zostać wypełniony i podpisany przez Ubezpieczającego lub opiekuna prawnego Ubezpieczonego.

Towarzystwo ubezpieczeniowe: Axeria Iard, francuska spółka ubezpieczeniowa (spółka akcyjna) zarejestrowana w Rejestrze Handlowym i Spółek w Lyonie pod numerem 352 893 200 i działającą zgodnie z francuskim Kodeksem Ubezpieczeń. Siedziba spółki znajduje się pod adresem 129 avenue Félix Faure, 69003 LYON, a adres pocztowy to 26 rue du Général Mouton Duvernet, 69003 Lyon, Francja. Organem nadzoru ostrożnościowego Towarzystwa Ubezpieczeniowego jest Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS - CEDEX 09. Towarzystwo ubezpieczeniowe jest zarejestrowane w ACPR pod numerem 220218.

Ubezpieczony: Osoba wskazana w Warunkach Szczególnych/Dokumentie ubezpieczenia, której stan zdrowia jest objęty ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo ubezpieczeniowe na mocy niniejszej Umowy ubezpieczenia.

Warunki Szczególne/Dokument ubezpieczenia: Dokument stanowiący część Polisy, zawierający dane Ubezpieczającego i Ubezpieczonego oraz kwestie objęte Polisą, w tym Sumę ubezpieczenia, Składkę, Dzień rozpoczęcia i Dzień wygaśnięcia.

Umowa ubezpieczenia/Polisa: Stosunek umowny między stronami, sformalizowany w dokumentacji pisemnej, która szczegółowo określa warunki niniejszej umowy ubezpieczenia zdrowotnego, w tym niniejsze Ogólne i Szczególne Warunki Ubezpieczenia, Formularz wniosku oraz Warunki Szczególne/Dokument ubezpieczenia, Informację o Przetwarzaniu Danych Osobowych, a także wszelkie załączniki lub aneksy, które mogą zostać dołączone, jeśli to konieczne, w celu modyfikacji lub zmiany tych dokumentów.

Ubezpieczający: Osoba fizyczna, która składa wniosek o zawarcie Polisy i ją akceptuje, będąca Stroną Umowy ubezpieczenia i prawnie związana zobowiązaniami wynikającymi z niniejszej Polisy, z wyjątkiem zobowiązań, które ze względu na swój charakter dotyczą Ubezpieczonego.

Składka: Kwota należna Towarzystwu ubezpieczeniowemu, płacona przez Ubezpieczającego za zapewnioną ochronę ubezpieczeniową. Częstotliwość płatności jest określona w Warunkach Szczególnych/Dokumentie ubezpieczenia.

Partner: Osoba, która w okresie ubezpieczenia pozostaje w nieformalnym związku z Ubezpieczonym, prowadzi z nim wspólne gospodarstwo domowe, nie pozostaje w związku małżeńskim z osobą trzecią i nie jest spokrewniona z Ubezpieczonym, pod warunkiem że w dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony nie pozostaje w związku małżeńskim z osobą trzecią oraz że imię, nazwisko i inne wymagane dane Partnera zostały podane we wniosku. W trakcie trwania Umowy ubezpieczenia w danym czasie jako Partner może być wskazana tylko jedna osoba.

Małżonek: Osoba pozostająca w związku małżeńskim z Ubezpieczonym i niebędąca w separacji prawnej z Ubezpieczonym.

Suma ubezpieczenia: Kwota, która może zostać wykorzystana jako świadczenie na pokrycie kosztów Leczenia za granicą oraz innych usług i świadczeń objętych Polisą i związanych z realizacją leczenia.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia / OWU: niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia dla Global Care.

Szczególne Warunki Ubezpieczenia / SWU: Szczególne Warunki Ubezpieczenia dla Global Care.

Szczególne Warunki Ubezpieczenia (SWU) dla Global Care - SWU-

GC-0726 Spis treści

- **ROZDZIAŁ I:** Definicje
- **ROZDZIAŁ II:** Przedmiot ubezpieczenia
- **ROZDZIAŁ III:** Choroby i procedury medyczne objęte ubezpieczeniem
- **ROZDZIAŁ IV:** Usługi, wydatki i świadczenia pieniężne objęte ubezpieczeniem
 1. Usługi oferowane przed rozpoczęciem leczenia za granicą
 2. Wydatki medyczne pokrywane podczas leczenia za granicą
 3. Wydatki niemedyczne pokrywane podczas leczenia za granicą
 - A. Koszty transportu podczas leczenia za granicą
 - B. Koszty zakwaterowania podczas leczenia za granicą
 - C. Koszty repatriacji
 4. Świadczenia pieniężne podczas leczenia za granicą
 - A. Dienne świadczenie szpitalne
 5. Wydatki medyczne pokrywane po powrocie z leczenia za granicą
 - A. Koszty leków po powrocie z leczenia za granicą
 - B. Kontrola stanu zdrowia po powrocie z leczenia za granicą
- **ROZDZIAŁ V:** Wyłączenia
 1. Ogólne wyłączenia
 2. Wyłączenia medyczne
 3. Wyłączone wydatki
- **ROZDZIAŁ VI:** Procedura roszczeniowa

ZAŁĄCZNIK I: Medycyna precyzyjna

ZAŁĄCZNIK II: Wirtualne konsultacje

Wykaz istotnych informacji zawartych w Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Global Care mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych z Axeria Iard, uwzględniając definicje określone w niniejszych Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia.

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej
1. Warunki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	ROZDZIAŁY: II, III, IV ZAŁĄCZNIKI: I, II Z uwzględnieniem definicji zawartych w ROZDZIALE I
2. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa ubezpieczeniowego uprawniające je do odmowy lub obniżenia wypłaty świadczeń	ROZDZIAŁY: II, V ZAŁĄCZNIKI I, II Z uwzględnieniem definicji zawartych w ROZDZIALE I

ROZDZIAŁ I: Definicje

Terminy pisane wielką literą użyte w niniejszych Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia mają znaczenie nadane im w niniejszym Rozdziale I lub w odpowiednich postanowieniach SWU. Jeśli termin pisany wielką literą nie jest zdefiniowany w niniejszym dokumencie, ma on znaczenie nadane mu w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia. Szczególne Warunki Ubezpieczenia i Ogólne Warunki Ubezpieczenia należy czytać i interpretować łącznie jako jeden, zintegrowany dokument.

Ekspert medyczny: Lekarz uznany w środowisku medycznym za wybitnego specjalistę w danej specjalizacji. Wybór Ekspertów medycznych odbywa się z uwzględnieniem specyfiki problemu zdrowotnego Ubezpieczonego.

Choroba objęta ubezpieczeniem: Choroba objęta Umową ubezpieczenia.

Procedury objęte ubezpieczeniem: Zabiegi medyczne określone w niniejszym SWU i objęte Umową ubezpieczenia.

Zdarzenie ubezpieczeniowe: Wystąpienie stanu zdrowia objętego zakresem ubezpieczenia w okresie odpowiedzialności Towarzystwa ubezpieczeniowego.

Dzienne świadczenie szpitalne: Świadczenie pieniężne wypłacane Ubezpieczonemu w przypadku Hospitalizacji, zgodnie z postanowieniami niniejszych SWU.

Konsultant kardiolog: Lekarz specjalizujący się w diagnostyce i leczeniu chorób lub schorzeń serca i naczyń krwionośnych, oficjalnie uznany za kardiologa przez odpowiednią lokalną izbę lekarską.

Further: Further Underwriting International SLU, spółka zarejestrowana w Hiszpanii, posiadająca numer identyfikacji podatkowej B83644484, z siedzibą przy Paseo de Recoletos 12 w Madrycie. Ilekroć w OWU lub SWU wskazano, że Further wykonuje określone czynności, należy rozumieć, że wykonuje je Towarzystwo ubezpieczeniowe za pośrednictwem Further, działającego w charakterze niewyłącznego agenta powiązanego z Axeria.

Usługa Drugiej opinii medycznej: druga opinia medyczna dotycząca schorzeń objętych ubezpieczeniem. Obejmuje ona sporządzenie przez Eksperta medycznego raportu z drugą opinią medyczną po zebraniu i szczegółowym przeanalizowaniu przez niego dokumentacji medycznej pacjenta. Raport obejmuje potwierdzenie diagnozy Choroby lub Procedury medycznej objętej ubezpieczeniem oraz ocenę optymalnego planu leczenia.

Usługa Medical Concierge: Usługa, w ramach której Further, w odniesieniu do zatwierdzonego Roszczenia, organizuje wszystkie szczegóły związane z leczeniem. Obejmuje to nadzór nad sprawą oraz pomoc w organizacji podróży i zakwaterowania dla danej osoby oraz uprawnionej osoby towarzyszącej.

Medycyna precyzyjna: Usługa wchodząca w zakres ubezpieczenia Global Care, w ramach którego Further, w odniesieniu do niektórych przypadków nowotworowych, organizuje profilowanie molekularne oraz na jego podstawie dostarcza raport obejmujący szczegółową analizę diagnozy, zindywidualizowany plan leczenia, ocenę oporności na leczenie oraz dokładną prognozę. Świadczenie to może obejmować również analizę odpowiednich Badań klinicznych oraz pokrycie powiązanych wydatków medycznych i niemedycznych (patrz Załącznik I).

Lekarz: Specjalista posiadający formalnie potwierdzone kwalifikacje do leczenia ludzi, zgodnie z przepisami prawa państwa, w którym wykonuje swój zawód, i wykonujący swoje obowiązki w zakresie posiadanych uprawnień i kwalifikacji.

Okreswyłączenia: 90 dni, licząc od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, podczas którego Towarzystwo ubezpieczeniowe nie ponosi żadnej odpowiedzialności wynikającej z Polisy. Oznacza to, że żadna Choroba zgłoszona, zdiagnozowana, leczona lub wykazująca pierwsze powiązane medycznie udokumentowane objawy (symptomy) w tym okresie, nie będzie kwalifikować się do żadnych Świadczeń przez cały okres obowiązywania Polisy.

Okresświadczeniowy: Okres trzydziestu sześciu (36) kolejnych miesięcy. Oddzielny okres świadczeniowy ustala się dla każdego Modułu ochrony (zwanego dalej „Obowiązującym okresem świadczeniowym”) w momencie wystawienia pierwszego Wstępnego certyfikatu medycznego dla danego Modułu ochrony. Obowiązujący okres świadczeniowy to okres, przez który realizowane są Świadczenia należne z Polisy, w odniesieniu do wszystkich Roszczeń zaakceptowanych w ramach tego samego Modułu ochrony.

Medycyna alternatywna: Systemy, praktyki, produkty medyczne / opieki zdrowotnej, które nie są obecnie uznawane za część medycyny konwencjonalnej lub standardowych metod leczenia, zgodnie z klasyfikacją PKD kod 86.96.Z („Działalność w zakresie medycyny tradycyjnej, uzupełniającej i alternatywnej”) lub podobnych kategorii objętych klasyfikacją międzynarodową (np. tych, do których odwołuje się amerykańskie Narodowe Centrum Zdrowia Komplementarnego i Integratywnego – NCCIH). Obejmuje to między innymi: akupunkturę, aromaterapię, medycynę chiropraktyczną, medycynę homeopatyczną, medycynę naturopatyczną, ajurwedę, tradycyjną medycynę chińską oraz medycynę osteopatyczną.

Terapia komórkami CAR T (terapia komórkami CAR T z chimerycznym receptorem antygenowym): rodzaj leczenia, w którym limfocyty T pacjenta (rodzaj komórek układu odpornościowego) są zmieniane w laboratorium tak, aby atakowały komórki nowotworowe. Limfocyty T są pobierane z krwi pacjenta. Następnie w laboratorium dodaje się gen dla specjalnego receptora, który wiąże się z określonym białkiem na komórkach nowotworowych pacjenta. Specjalny receptor nazywany jest chimerycznym receptorem antygenowym (CAR). Duża liczba limfocytów T CAR jest hodowana w laboratorium i podawana pacjentowi we wlewie dożylnym.

Zatwierdzony protokółterapii komórkami CAR T: Podanie Terapii komórkami CAR T, obejmujące pojedynczą infuzję leku oraz etapy poprzedzające infuzję, a także fazę monitorowania po infuzji, przy ścisłym przestrzeganiu wytycznych określonych w licencji farmaceutycznej wydanej przez odpowiednie organy medyczne w kraju, w którym protokół jest realizowany.

Zaburzenia poznawcze: zaburzenia psychiczne i behawioralne, które w znacznym stopniu upośledzają funkcje poznawcze danej osoby, zgodnie z definicją zawartą w najnowszej wersji Podręcznika diagnostycznego i statystycznego zaburzeń psychicznych (DSM-V).

Leczenie eksperymentalne: Leczenie, procedura, cykl leczenia, sprzęt, lek lub produkt farmaceutyczny przeznaczony do użytku medycznego lub chirurgicznego, które:

- nie zostało powszechnie uznane za bezpieczne, skuteczne i odpowiednie do leczenia chorób lub urazów przez organizacje naukowe uznane przez międzynarodową społeczność medyczną, lub
- jest przedmiotem badań, testów lub eksperymentów klinicznych, niezależnie od etapu ich zaawansowania.

Kontrola stanu zdrowia (follow up): Wszelkie badania diagnostyczne i/lub kontrolne (wykonywane przez Lekarza posiadającego specjalistyczną wiedzę z zakresu leczonej Choroby) po zakończeniu Leczenia za granicą, stosowane w celu ustalenia, czy Ubezpieczony cierpi (lub może cierpieć) z powodu pogorszenia lub powikłań leczonej Choroby, w celu zapobiegania nawrotom tej samej Choroby.

Plan Kontroli stanu zdrowia powinien zostać opracowany przez Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą, ze wskazaniem odstępów czasowych i rodzaju procedur diagnostycznych.

Produkty terapii genowej: zawierają geny, które mają działanie terapeutyczne, profilaktyczne lub diagnostyczne. Ich działanie polega na wprowadzeniu "rekombinowanych" genów do organizmu, zwykle w celu leczenia różnych chorób, w tym zaburzeń genetycznych, raka lub chorób długotrwałych. Rekombinowany gen to odcinek DNA lub RNA, który jest tworzony w laboratorium, łącząc DNA lub RNA z różnych źródeł.

Szpital: prywatna lub publiczna organizacja posiadająca lokalne uprawnienia do świadczenia opieki medycznej w zakresie Chorób lub Urazów ciała, wyposażona w środki/technologie/ odpowiedni personel do zapewnienia diagnostyki i interwencji chirurgicznych oraz obsługiwana przez Lekarzy i personel medyczny 24 godziny na dobę.

Hospitalizacja: Leczenie Chorób i/lub Procedur medycznych objętych ubezpieczeniem wymagające co najmniej jednego noclegu w Szpitalu lub klinice, w ramach Leczenia za granicą. Za pierwszy dzień Hospitalizacji uznaje się dzień przyjęcia, a za ostatni dzień – dzień wypisania ze szpitala. W przypadku gdy pacjent zostaje przyjęty i wypisany tego samego dnia, nie uznaje się tego za Hospitalizację.

Uraz: Uszkodzenie fizyczne ciała Ubezpieczonego powstałe w wyniku zdarzenia losowego.

Choroba: Dowolne zaburzenie struktury lub funkcji ciała, układu lub narządu z możliwym do zidentyfikowania i charakterystycznym zestawem oznak i objawów lub spójnymi zmianami anatomicznymi. Diagnoza musi zostać postawiona przez Lekarza prawnie zarejestrowanego w jego praktyce.

Za Chorobę uważa się wszystkie Urazy i skutki wynikające z tej samej diagnozy, jak również wszystkie dolegliwości spowodowane tą samą przyczyną lub powiązanymi przyczynami. Jeśli dolegliwość jest spowodowana tą samą przyczyną, która wywołała poprzednią Chorobę lub jest z nią powiązana, Choroba będzie uważana za kontynuację poprzedniej, a nie za odrębną Chorobę.

Niezbędne z medycznego punktu widzenia: usługi lub świadczenia opieki zdrowotnej, które są:

- przepisane Ubezpieczonemu przez Lekarza w celu leczenia Choroby objętej ubezpieczeniem lub przeprowadzenia Procedury medycznej objętej ubezpieczeniem w celu poprawy stanu zdrowia Ubezpieczonego, oraz
- uznane przez Towarzystwo ubezpieczeniowe za skuteczne w poprawie wyników zdrowotnych w następstwie planów leczenia, które są spójne pod względem rodzaju, częstotliwości i czasu trwania z diagnozą zgodnie z opublikowaną, recenzowaną literaturą medyczną (taką jak Pubmed) lub naukowo opartymi wytycznymi amerykańskimi, brytyjskimi lub europejskimi (w szczególności wytyczne NCCN dotyczące praktyki klinicznej w onkologii będą stosowane w odniesieniu do leczenia raka: Rozdział III -A), oraz
- optymalne w porównaniu z alternatywnymi metodami leczenia, które prowadzą do podobnych wyników, w tym brak leczenia, oraz
- wymagane z powodów bezpośrednio związanych z leczeniem stanu zdrowia Ubezpieczonego, a nie wynikające w dużym stopniu z wygody lub komfortu Ubezpieczonego lub jego Lekarza.

Fakt, że Lekarz może zalecić, przepisać, zamówić lub zatwierdzić usługę lub świadczenie, sam w sobie nie musi stanowić, że zostanie ona uznana za Niezbędną z medycznego punktu widzenia w ramach niniejszej Polisy.

Lek: Każda substancja lub połączenie substancji, które mogą być stosowane lub podawane Ubezpieczonemu w celu przywrócenia, poprawienia lub usprawnienia funkcji fizjologicznych lub w celu przyczynienia się do postawienia diagnozy medycznej. Lek musi być dostępny na receptę wystawioną przez Lekarza i wydaną przez licencjonowanego farmaceutę.

Recepta wystawiona na Lek markowy jest ważna na Lek generyczny o takich samych składnikach aktywnych, mocy i postaci dawkowania jak wersja markowa.

Rak nieinwazyjny lub „in situ”: Nowotwór złośliwy, który jest ograniczony do nabłonka, w którym powstał, i który nie zaatakował zrębu ani otaczających tkanek.

Choroby istniejące wcześniej: Wszelkie choroby, schorzenia lub objawy/wyniki badań (symptomy) Ubezpieczonego, występujące przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej dla tej osoby, które:

- Były przedmiotem leczenia, przyjmowania leków lub porady medycznej.
- Wymagały konsultacji z pracownikiem medycznym (np. lekarzem rodzinnym, specjalistą, terapeutą); lub

- Skłoniły rodzica lub opiekuna do zasięgnięcia porady lub konsultacji u pracownika służby zdrowia w sprawie zdrowia lub objawów dziecka.

Wstępny certyfikat medyczny: Pisemna zgoda, wydana przez Further w imieniu Towarzystwa ubezpieczeniowego, zawierająca potwierdzenie objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach Polisy przed przeprowadzeniem Leczenia za granicą we wskazanym Szpitalu, na jakiekolwiek leczenie, usługi, świadczenia lub recepty związane z Roszczeniem.

Terapie profilaktyczne: Wszelkie procedury medyczne lub zastosowanie leków mające na celu wyłącznie zmniejszenie ryzyka zachorowania na raka. Przykładem terapii profilaktycznej jest operacja profilaktyczna, polegająca na usunięciu tkanek lub narządów, które w danej chwili nie zawierają komórek nowotworowych.

Proteza: Urządzenie, które zastępuje całość lub część narządu lub zastępuje całość lub część funkcji nie działającej lub nieprawidłowo działającej części ciała.

Chirurgia rekonstrukcyjna: Procedury mające na celu odbudowę struktury w celu skorygowania utraconej funkcji.

Produkty somatycznej terapii komórkowej: zawierają komórki lub tkanki, które zostały zmanipulowane w celu zmiany ich właściwości biologicznych lub komórki lub tkanki, które nie są przeznaczone do pełnienia tych samych podstawowych funkcji w organizmie. Mogą być stosowane do leczenia, diagnozowania lub zapobiegania chorobom;

Operacja: Wszystkie operacje wykonane w celach diagnostycznych lub terapeutycznych, przeprowadzane poprzez nacięcie lub z wykorzystaniem innych metod dostępu, wykonywane przez chirurga w Szpitalu i które zwykle wymagają użycia sali operacyjnej.

Terapie terapeutyczne: Każda terapia mająca na celu zwalczanie komórek nowotworowych poprzez ich zniszczenie lub usunięcie.

Produkty inżynierii tkankowej: zawierają komórki lub tkanki, które zostały zmodyfikowane w taki sposób, aby można je było wykorzystać do naprawy, regeneracji lub zastąpienia tkanek ludzkich.

Leczenie za granicą: Leczenie uznane za Niezbędne z medycznego punktu widzenia, zorganizowane przez Further w trakcie trwania Obowiązującego okresu świadczeniowego poza granicami Polski (Rzeczypospolitej Polskiej) i opłacone w ramach niniejszej Polisy.

ROZDZIAŁ II: Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem niniejszej Polisy jest zdrowie Ubezpieczonego. Jej celem jest zapewnienie Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w zakresie usług i wydatków medycznych związanych z leczeniem Chorób i Procedur medycznych objętych ubezpieczeniem, gdy spełnione są wszystkie poniższe warunki:

- Zdarzenie ubezpieczeniowe musi nastąpić w okresie aktywnej Polisy (tj. gdy Towarzystwo ubezpieczeniowe zapewnia ochronę ubezpieczeniową w ramach Polisy).

Zdarzenie ubezpieczeniowe zachodzi:

- w dniu, w którym potwierdzona zostanie diagnoza nowotworu, w odniesieniu do Modułu ochrony 1, w formie raportu histopatologicznego lub innego odpowiedniego materiału diagnostycznego, lub
- w dniu, w którym wykwalifikowany pracownik służby zdrowia wydał rekomendację przeprowadzenia Procedury medycznej objętej ubezpieczeniem, w odniesieniu do Modułów ochrony 2, 3 i 4.
- Usługi i procedury medyczne oferowane jako świadczenia w ramach Polisy w zakresie Choroby lub Procedury medycznej objętej ubezpieczeniem są wykonywane w Obowiązującym okresie świadczeniowym.
- Choroba nie jest Chorobą istniejącą wcześniej, w odniesieniu do objętych niniejszą Polisą Dzieci pozostających na utrzymaniu, zgodnie z definicją zawartą w Rozdziale V OWU.

- Choroba nie została zgłoszona, zdiagnozowana ani leczona, a żadne związane z nią objawy lub wyniki badań (symptomy) nie zostały udokumentowane medycznie w Okresie wyłączenia.
- Leczenie zorganizowane w ramach Polisy jest:
 - Niezbędne z medycznego punktu widzenia oraz
 - ograniczone do Terapii terapeutycznych czyli z wyłączeniem Terapii profilaktycznych.
- Wydatki i Świadczenia pieniężne mieszczą się w Sumie ubezpieczenia i limitach określonych w Warunkach Szczególnych/Dokumencie ubezpieczenia.
- Leczenie jest organizowane przez Further zgodnie z procedurą roszczeniową określoną w Rozdziale VI SWU.
- Koszty leczenia powstały poza terytorium Polski, z wyjątkiem:
 - a) kosztów leków objętych Rozdziałem IV Punkt 5-A SWU
 - b) kosztów Kontroli stanu zdrowia objętych Rozdziałem IV Punkt 5-B SWU
 - c) leczenia zorganizowanego w Polsce zgodnie z Rozdziałem IV Punkt 2 Podpunkt 10 SWU.
- Wydatki na wszelkie medyczne procedury diagnostyczne, leczenie, usługi, materiały lub recepty są objęte Polisą zgodnie z Rozdziałem IV SWU.

Polisa obejmuje również dodatkowe wsparcie i usługi świadczone w ramach Załącznika II „Wirtualna konsultacja”.

ROZDZIAŁ III: Choroby i procedury medyczne objęte ubezpieczeniem

CHOROBY OBJĘTE UBEZPIECZENIEM

MODUŁ OCHRONY 1: LECZENIE NOWOTWORÓW

Polisa obejmuje leczenie następujących rodzajów nowotworów:

1. **Nowotwory złośliwe:** każdy nowotwór złośliwy, w tym białaczka, mięsak i chłoniak, charakteryzujące się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz inwazją tkanek.
2. Każdy Nowotwór „in situ”, który ogranicza się do nabłonka, w którym powstał, i nie zaatakował zrębu ani otaczających tkanek.
3. Wszelkie zmiany przednowotworowe w komórkach, które cytologicznie lub histologicznie klasyfikuje się jako dysplazję dużego stopnia lub ciężką dysplazję.

Należy jednak pamiętać, że leczenie następujących form nowotworów jest wyłączone:

- Wszelkie nowotwory w obecności zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS).
- Każdy nieczerniakowy rak skóry, który nie został histologicznie sklasyfikowany jako powodujący inwazję poza naskórek (zewnętrzną warstwę skóry).

PROCEDURY MEDYCZNE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM

Następujące Procedury medyczne objęte ubezpieczeniem są objęte Polisą, gdy Choroba będąca przedmiotem procedury nie jest związana z leczeniem nowotworu.

MODUŁ OCHRONY 2: PROCEDURY SERCOWO-NACZYNIOWE

Operacja pomostowania tętnic wieńcowych (rewaskularyzacja mięśnia sercowego)

Zabieg chirurgiczny wykonywany zgodnie z zaleceniem Konsultanta kardiologa w celu skorygowania zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych za pomocą pomostów aortalno-wieńcowych.

Należy pamiętać, że następujące procedury są wyłączone:

- Każda choroba wieńcowa leczona technikami innymi niż pomostowanie tętnic wieńcowych, takimi jak wszelkiego rodzaju zabiegi angioplastyki lub stenty.

Wymiana lub naprawa zastawki serca

Inwazyjna wymiana lub naprawa jednej lub więcej zastawek serca, niezależnie od tego, czy jest wykonywana w ramach operacji na otwartej klatce piersiowej, minimalnie inwazyjnej lub za pomocą cewnikowania serca zgodnie z zaleceniami Konsultanta kardiologa.

MODUŁ OCHRONY 3: NEUROCHIRURGIA

Chirurgia wewnątrzczaszkowa i określone zabiegi chirurgiczne rdzenia kręgowego

- Wszelkie zabiegi chirurgiczne mózgu lub innych struktur wewnątrzczaszkowych.
- Leczenie łagodnych nowotworów zlokalizowanych w rdzeniu kręgowym (Medulla spinalis).

MODUŁ OCHRONY 4: PRZESZCZEPY**Przeszczep narządu od żywego dawcy**

Przeszczep chirurgiczny, w ramach którego Ubezpieczony otrzymuje nerkę, fragment wątroby, płat płuca lub fragment trzustki od innego żywego, zgodnego dawcy.

Należy pamiętać, że następujące zabiegi są wyłączone:

- Każdy przeszczep, który wynika z alkoholowej choroby wątroby.
- Każdy przeszczep, który jest przeprowadzany jako przeszczep autologiczny.
- Każdy przeszczep, w przypadku którego Ubezpieczony jest dawcą dla osoby trzeciej (nieobjętej polisą).
- Wszelkie przeszczepy od zmarłego dawcy.
- Każdy przeszczep narządu, który obejmuje leczenie komórkami macierzystymi.
- Przeszczep, który stał się możliwy dzięki zakupowi narządów od dawcy.

Przeszczep szpiku kostnego

Przeszczep szpiku kostnego (BMT) lub przeszczep komórek macierzystych krwi obwodowej (PBSCT) Ubezpieczonemu, pochodzących od:

- Ubezpieczonego (autologiczny przeszczep szpiku kostnego); lub
- od żywego zgodnego dawcy (allogeniczny przeszczep szpiku kostnego).

Należy pamiętać, że przeszczep krwiotwórczych komórek macierzystych (HCT) z wykorzystaniem krwi pępowinowej jest wyłączony z zakresu ubezpieczenia.

ROZDZIAŁ IV: Usługi, wydatki i świadczenia pieniężne objęte ubezpieczeniem**OBJĘTE UBEZPIECZENIEM**

Polisa obejmuje następujące usługi, wydatki i świadczenia pieniężne (do limitów wskazanych w Warunkach Szczególnych/Dokumencie ubezpieczenia) powstałe w związku z uznanym Roszczeniem.

Usługi muszą zostać zorganizowane, a wydatki muszą zostać poniesione w Obowiązującym okresie świadczeniowym.

1. USŁUGI oferowane przed rozpoczęciem Leczenia za granicą

Druga opinia medyczna: Ubezpieczony, w momencie zgłoszenia Roszczenia, będzie uprawniony do skorzystania z usługi Drugiej opinii medycznej w celu potwierdzenia diagnozy Choroby lub potrzeby przeprowadzenia Procedury medycznej objętej ubezpieczeniem oraz oceny optymalnego planu leczenia.

Medycyna precyzyjna: Niektóre rodzaje nowotworów kwalifikują się do analizy za pomocą techniki profilowania molekularnego, co jest realizowane w ramach usługi Medycyna precyzyjna (patrz Załącznik I SWU).

W przypadku skorzystania z usługi Medycyny precyzyjnej, Ubezpieczony nie może następnie aktywować usługi Drugiej opinii medycznej dla tej samej diagnozy nowotworu. Jednocześnie, jeśli Druga opinia medyczna została dostarczona w związku z określoną diagnozą nowotworu, Ubezpieczony może w późniejszym czasie aktywować usługę Medycyny precyzyjnej w związku z tą samą diagnozą.

2. WYDATKI MEDYCZNE pokrywane podczas Leczenia za granicą

Polisa obejmuje następujące wydatki Leczenia za granicą (do limitów wskazanych w Warunkach Szczególnych/Dokumentie ubezpieczenia) powstałe w związku z Niezbędnym z medycznego punktu widzenia leczeniem Chorób i Procedur medycznych objętych ubezpieczeniem, zgodnie z warunkami określonymi we Wstępnym certyfikacie medycznym.

W zakresie kosztów objętych Polisą, Towarzystwo ubezpieczeniowe pokrywa wydatki poniesione:

1. Przez Szpital, w odniesieniu do:
 - Zakwaterowania, wyżywienia i ogólnych usług pielęgniarских świadczonych podczas pobytu Ubezpieczonego w pokoju, na oddziale lub w części Szpitala lub na oddziale intensywnej opieki medycznej lub oddziale monitorującym;
 - Innych usług szpitalnych, w tym usług świadczonych przez szpitalny oddział ambulatoryjny (w tym tłumacza medycznego), a także wydatków związanych z kosztem dodatkowego łóżka dla osoby towarzyszącej, jeśli Szpital zapewnia taką usługę;
 - Korzystania z sali operacyjnej oraz związanych z tym usług.
2. Przez klinikę dzienną lub niezależny ośrodek opieki medycznej, ale tylko wtedy, gdy leczenie, Operacja lub recepta byłyby objęte niniejszą Polisą, gdyby zostały wykonane w Szpitalu.
3. Przez Lekarza, w odniesieniu do badania, leczenia, opieki medycznej lub Operacji.
4. Za wizyty lekarskie podczas Hospitalizacji.
5. Za następujące usługi medyczne, zabiegi lub recepty:
 - Koszty znieczulenia i podania środków znieczulających, pod warunkiem że są one wykonywane przez wykwalifikowanego anestezjologa.
 - Analizy laboratoryjne, patologiczne i zdjęcia rentgenowskie wykonane w celu przygotowania do leczenia, radioterapia, izotopy promieniotwórcze, chemioterapia, elektrokardiogramy, echokardiografia, mielogramy, elektroencefalogramy, angiogramy, tomografia komputerowa i inne podobne badania i zabiegi wymagane do leczenia Choroby lub Procedury medycznej objętej ubezpieczeniem, gdy są wykonywane przez Lekarza lub pod nadzorem medycznym.
 - Transfuzje krwi, podawanie osocza i surowicy.
 - Koszty związane z użyciem tlenu, roztworów dożylnych i zastrzyków.
 - Radioterapia: wysokoenergetyczne promieniowanie zmniejszające guzy i zabijające komórki nowotworowe za pomocą promieni rentgenowskich, promieni gamma i naładowanych cząstek to rodzaje promieniowania stosowane w leczeniu raka, dostarczane przez urządzenie na zewnątrz ciała (radioterapia wiązką zewnętrzną) lub przez materiał radioaktywny umieszczony w ciele w pobliżu komórek nowotworowych (radioterapia wewnętrzna, brachyterapia).
 - Chirurgia rekonstrukcyjna mająca na celu naprawę lub odbudowę struktury uszkodzonej lub usuniętej w wyniku procedur medycznych zorganizowanych i opłaconych w ramach niniejszej Polisy.
 - Leczenie powikłań lub działań niepożądanych bezpośrednio związanych z procedurami medycznymi zorganizowanymi i opłaconymi w ramach niniejszej Polisy, które:
 1. wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w Szpitalu lub warunkach klinicznych, oraz
 2. wymagają rozwiązania przed uznaniem Ubezpieczonego za zdolnego do podróży w celu powrotu do Polski po zakończeniu danego etapu Leczenia za granicą.
6. W przypadku Leków stosowanych z przepisu lekarza, gdy Ubezpieczony jest Hospitalizowany w celu leczenia Choroby lub Procedury Medycznej objętej ubezpieczeniem. Leki przepisane do leczenia pooperacyjnego są pokrywane przez 30 dni od daty zakończenia przez Ubezpieczonego etapu Leczenia za granicą i tylko wtedy, gdy zostały zakupione przed powrotem do Polski.

7. W przypadku transferów i transportu karetką naziemną lub powietrzną, gdy ich użycie jest zalecone przez Lekarza oraz wstępnie zatwierdzone przez Further.
8. Za usługi świadczone na rzecz żyjącego dawcy podczas procesu pobrania narządu do przeszczepienia Ubezpieczonemu, wynikające z:
 - Kosztów analizy i testu przeprowadzonego w celu zidentyfikowania odpowiedniego dawcy wśród członków rodziny Ubezpieczonego;
 - Usług szpitalnych świadczonych na rzecz dawcy, w tym zakwaterowanie w sali szpitalnej, na oddziale lub sekcji, posiłki, ogólne usługi pielęgniarstwa, regularne usługi świadczone przez personel Szpitala, badania laboratoryjne oraz korzystanie ze sprzętu i innych udogodnień Szpitala (z wyłączeniem przedmiotów do użytku osobistego, które nie są wymagane w procesie pobrania narządu lub tkanki do przeszczepienia);
 - W przypadku operacji i usług medycznych związanych z pobraniem narządu lub tkanki dawcy w celu przeszczepienia Ubezpieczonemu.
9. W przypadku usług i materiałów dostarczonych do hodowli szpiku kostnego w związku z przeszczepem tkanki, które mają być zastosowane wobec Ubezpieczonego. Ochrona ubezpieczeniowa zostanie udzielona wyłącznie w odniesieniu do wydatków poniesionych od daty wydania Wstępnego certyfikatu medycznego.
10. W przypadku, gdy siła wyższa lub ograniczenia logistyczne lub operacyjne nałożone przez władze lokalne lub międzynarodowe uniemożliwiają Further zorganizowanie Leczenia za granicą, wówczas Further zapewni świadczenia określone w niniejszym Rozdziale IV Punkt 2 SWU (WYDATKI MEDYCZNE pokrywane podczas Leczenia za granicą) w Polsce, pod warunkiem że te same ograniczenia logistyczne lub operacyjne nie uniemożliwiają zorganizowania równoważnej i wykonalnej z medycznego punktu widzenia alternatywy w Polsce. Świadczenia określone w niniejszym Rozdziale IV Punkt 2 SWU będą dostępne w Polsce wyłącznie do czasu, gdy Further będzie w stanie potwierdzić wznowienie organizacji Leczenia za granicą.

Świadczenia organizowane w Polsce będą wypłacane ponad kwotę sfinansowaną przez jakiegokolwiek prywatne ubezpieczenie zdrowotne posiadane przez Ubezpieczonego.

3. WYDATKI NIEMEDYCZNE pokrywane podczas Leczenia za granicą

Polisa pokrywa następujące wydatki niemedyczne (do limitów wskazanych w Warunkach Szczególnych/Dokumentie ubezpieczenia) powstałe w związku z podróżą i zakwaterowaniem zorganizowanym przez Further w celu zapewnienia Ubezpieczonemu dostępu do Leczenia za granicą zgodnie z warunkami określonymi we Wstępnym certyfikacie medycznym.

Koszty transportu i zakwaterowania obejmują Ubezpieczonego, osobę towarzyszącą (lub dwie osoby towarzyszące, w przypadku gdy Ubezpieczony poddawany leczeniu jest Dzieckiem pozostającym na utrzymaniu), przy czym każda podróż obejmuje transport z Polski do miejsca docelowego leczenia i powrót oraz niezbędne zakwaterowanie przez cały okres trwania podróży.

Terminy i długość podróży zostaną ustalone przez Further na podstawie harmonogramu leczenia wskazanego przez międzynarodowego Lekarza prowadzącego leczenie.

Transport i zakwaterowanie dla każdej objętej ubezpieczeniem podróży organizowane są zgodnie z warunkami określonymi poniżej:

A) KOSZTY TRANSPORTU podczas Leczenia za granicą

Transport poza Polskę obejmujący Ubezpieczonego, osobę towarzyszącą (lub dwie osoby towarzyszące, w przypadku gdy Ubezpieczony poddawany leczeniu jest Dzieckiem pozostającym na utrzymaniu) oraz żywego dawcy w przypadku przeszczepu, wyłącznie w celu poddania się Leczeniu za granicą, zgodnie z warunkami określonymi we Wstępnym certyfikacie medycznym.

Organizacją podróży zajmuje się Further, a Towarzystwo ubezpieczeniowe nie pokryje żadnych kosztów związanych z organizacją podróży przez Ubezpieczonego lub jakąkolwiek stronę trzecią w imieniu Ubezpieczonego.

Further ustali terminy przejazdów dla każdej podróży objętej ubezpieczeniem w oparciu o zatwierdzony harmonogram leczenia. Daty te zostaną podane do wiadomości Ubezpieczonego, aby zapewnić mu wystarczająco dużo czasu na dokonanie wszelkich niezbędnych przygotowań.

Jeżeli Ubezpieczony zmieni termin podróży w stosunku do podanego przez Further/Towarzystwo ubezpieczeniowe, Ubezpieczony będzie musiał bezpośrednio pokryć wszystkie koszty organizacji i zapewnienia nowej podróży, chyba że zmiany te zostały wcześniej potwierdzone przez firmę Further jako konieczne z medycznego punktu widzenia.

Koszty podróży obejmują:

- Transport z miejsca stałego zamieszkania Ubezpieczonego w Polsce do wyznaczonego lotniska lub międzynarodowej stacji kolejowej.
- Bilet kolejowy lub lotniczy w klasie ekonomicznej do miasta, w którym odbywa się leczenie, oraz transport do wyznaczonego hotelu.
- Transport z wyznaczonego hotelu lub szpitala na wyznaczone lotnisko lub międzynarodową stację kolejową
- Bilet kolejowy lub lotniczy w klasie ekonomicznej oraz dalszy transport do stałego miejsca zamieszkania Ubezpieczonego w Polsce.

Koszty podróży objęte ubezpieczeniem nie obejmują regularnych transferów z hotelu do Szpitala lub Lekarza prowadzącego, w trakcie trwania Leczenia za granicą.

B) KOSZTY ZAKWATEROWANIA podczas Leczenia za granicą

Zakwaterowanie poza granicami Polski dla Ubezpieczonego, osoby towarzyszącej (lub dwie osoby towarzyszące, w przypadku gdy Ubezpieczony poddawany leczeniu jest Dzieckiem pozostającym na utrzymaniu) oraz żywego dawcy w przypadku przeszczepu, w celu zapewnienia Ubezpieczonemu dostępu do Leczenia za granicą, zgodnie z warunkami określonymi we Wstępnym certyfikacie medycznym.

Organizacją zakwaterowania zajmuje się Further, a Towarzystwo ubezpieczeniowe nie pokryje żadnych kosztów związanych z organizacją podróży przez Ubezpieczonego lub jakąkolwiek stronę trzecią w imieniu Ubezpieczonego.

Further odpowiada za ustalenie terminów zakwaterowania dla każdej podróży objętej ubezpieczeniem w oparciu o zatwierdzony harmonogram leczenia. Daty te zostaną podane do wiadomości Ubezpieczonego, aby zapewnić mu wystarczająco dużo czasu na dokonanie wszelkich niezbędnych przygotowań.

Further ustala datę powrotu z każdej podróży, po uzgodnieniu z Lekarzem prowadzącym, że Ubezpieczony jest zdolny do podróży.

Jeżeli Ubezpieczony zmieni termin podróży w stosunku do podanego przez Further/Towarzystwo ubezpieczeniowe, Ubezpieczony będzie musiał bezpośrednio pokryć wszystkie koszty organizacji i zapewnienia nowej podróży, chyba że zmiany te zostały wcześniej potwierdzone przez firmę Further jako konieczne z medycznego punktu widzenia.

Koszty zakwaterowania obejmują:

- Rezerwację pokoju dwuosobowego lub pokoju z dwoma łóżkami pojedynczymi w hotelu trzy- lub czterogwiazdkowym, wraz ze śniadaniem.

(Wybór hotelu będzie uzależniony od jego dostępności i odległości od Szpitala lub Lekarza prowadzącego, maksymalnie w promieniu 10 km).

Posiłki (z wyjątkiem śniadania) i dodatkowe koszty hotelowe nie są objęte ubezpieczeniem. Podwyższenie standardu hotelu nie może być sfinansowane przez Ubezpieczonego.

C) KOSZTY REPATRIACJI

W przypadku śmierci Ubezpiezonego (lub żywego dawcy w przypadku przeszczepu) poza granicami Polski w trakcie Leczenia za granicą, Towarzystwo ubezpieczeniowe pokryje koszty transportu zwłok zmarłego do Polski (lub do kraju zamieszkania dawcy).

Zakres ubezpieczenia obejmuje wyłącznie usługi i materiały niezbędne do przygotowania ciała zmarłego i transportu do Polski, w tym:

- Usługi świadczone przez zakład pogrzebowy zajmujący się międzynarodową repatriacją, w tym balsamowanie oraz formalności administracyjne.
- Trumna przewozowa.
- Transport zwłok z lotniska do wyznaczonego miejsca pochówku w Polsce (lub kraju zamieszkania dawcy).

4. ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNE podczas Leczenia za granicą

A) DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE

W trakcie Leczenia za granicą Choroby lub Procedury medycznej objętej ubezpieczeniem za każdy dzień Hospitalizacji, Towarzystwo ubezpieczeniowe wypłaci Ubezpieczonemu Dienne świadczenie szpitalne w wysokości 100 EUR.

Pobyt w Szpitalu musi zostać zatwierdzony przez Further/Towarzystwo ubezpieczeniowe we Wstępnym certyfikacie medycznym.

Dienne świadczenie szpitalne jest ograniczone maksymalnie do 60 dni na każde Roszczenie.

5. WYDATKI MEDYCZNE pokrywane po powrocie z Leczenia za granicą

A) KOSZTY LEKÓW po powrocie z Leczenia za granicą

Po powrocie do Polski z Leczenia za granicą, Polisa pokryje koszty Leków przepisanych i zakupionych w Polsce, z zastrzeżeniem poniższych warunków i ograniczeń:

1. Lek został dopuszczony do obrotu i zatwierdzony przez właściwy organ medyczny lub agencję medyczną w Polsce, a jego przepisywanie i podawanie jest uregulowane przepisami prawa, oraz
2. Lek jest dostępny w Polsce w czasie i w sposób niezbędny do zapewnienia kontynuacji leczenia, oraz
3. Lek wymaga recepty wystawionej przez Lekarza w Polsce, oraz
4. Lek jest zalecany przez Further zgodnie z zaleceniami międzynarodowego Lekarza (Lekarzy), który leczył Ubezpiezonego, jako niezbędny do kontynuacji leczenia, oraz
5. Lek jest podawany w następstwie Hospitalizacji poza granicami Polski trwającej co najmniej trzy noce, co było zatwierdzone przez Further/Towarzystwo ubezpieczeniowe we Wstępnym certyfikacie medycznym, oraz
6. Każda recepta nie przekracza dawki przeznaczonej do spożycia przez okres dłuższy niż 2 miesiące, oraz
7. Wszystkie recepty są wystawiane przed końcem Obowiązującego okresu świadczeniowego.

Zakup Leków na terytorium Polski, o których mowa w Rozdziale IV Punkt 5-A SWU, musi zostać zorganizowany i opłacony bezpośrednio przez Ubezpiezonego. Towarzystwo ubezpieczeniowe zwróci Ubezpieczonemu koszty po otrzymaniu odpowiedniej recepty, oryginału faktury i dowodu zapłaty. Zachęca się Ubezpiezonego do przedłożenia tych dokumentów Towarzystwu ubezpieczeniowemu w ciągu 180 dni od daty poniesienia wydatku. Szybkie przedłożenie dokumentów pomoże Towarzystwu ubezpieczeniowemu w sprawnym rozpatrzeniu wniosku o zwrot kosztów.

W przypadku, gdy koszt Leków został w części lub w całości sfinansowany przez publiczną służbę zdrowia w Polsce lub inną polisę ubezpieczeniową, Towarzystwo ubezpieczeniowe zwróci tylko te koszty, które nie zostały sfinansowane, a zatem zostały pokryte bezpośrednio przez Ubezpieczonego. We wniosku o zwrot kosztów należy wyraźnie odróżnić koszty, które są bezpośrednio pokrywane przez Ubezpieczonego, od tych sfinansowanych z innych źródeł.

W przypadku, gdy zalecony Lek (lub alternatywny Lek o podobnej skuteczności), jak potwierdzi Further:

- nie jest licencjonowany lub zatwierdzony w Polsce, jak wspomniano w powyższym warunku IV.5.A.1 SWU, lub
- nie jest możliwy do nabycia lub dostępny dla Ubezpieczonego w Polsce, o czym mowa w powyższym warunku IV.5.A.2 SWU, oraz
- wszystkie pozostałe warunki określone w punktach od IV.5.A.4 do IV.5.A.7 SWU są nadal spełnione,

Polisa pokryje również koszty Leków poza Polską.

W takim przypadku Further zorganizuje niezbędną podróż i zakwaterowanie na warunkach opisanych w Rozdziale IV Punkt 3 Podpunkty A) i B) SWU dla Ubezpieczonego i wyznaczonej osoby towarzyszącej (osób towarzyszących).

B) KONTROLA STANU ZDROWIA po powrocie z Leczenia za granicą

Po powrocie do Polski po zakończeniu etapu Leczenia za granicą, Polisa pokryje koszty związane z Kontrolą stanu zdrowia w Polsce, z zastrzeżeniem następujących warunków i ograniczeń:

1. Kontrola stanu zdrowia została przeprowadzona w jednym z wybranych przez Further Szpitali zlokalizowanych w Polsce oraz
2. Kontrola stanu zdrowia jest dostępna w Polsce w czasie i w sposób niezbędny do bieżących badań kontrolnych, oraz
3. Kontrola stanu zdrowia jest wykonywana zgodnie z zaleceniami międzynarodowego Lekarza (Lekarzy), który leczył Ubezpieczonego, jako niezbędna do bieżących badań przesiewowych i monitorowania, oraz
4. Faktury związane z Kontrolą stanu zdrowia zostały wystawione przed upływem Obowiązującego okresu świadczeniowego.

W przypadku gdy Kontrola stanu zdrowia, o której mowa w Punkcie 5-B Rozdziału IV SWU, świadczona jest w Polsce, Ubezpieczony musi samodzielnie ją zorganizować i opłacić. Towarzystwo ubezpieczeniowe zwróci Ubezpieczonemu koszty po otrzymaniu oryginalnego rachunku lub faktury oraz dowodu wpłaty. Zachęca się Ubezpieczonego do przedłożenia tych dokumentów Towarzystwu ubezpieczeniowemu w terminie 180 dni od daty poniesienia kosztów. Terminowe przedłożenie dokumentów ułatwi Towarzystwu ubezpieczeniowemu sprawne rozpatrzenie wniosku o zwrot kosztów.

W przypadku, gdy Lekarze odpowiedzialni za zorganizowanie Kontroli stanu zdrowia w Polsce zmieniają pierwotne zalecenia Lekarza zagranicznego, w związku ze zmianą stanu zdrowia Ubezpieczonego, Further prześle nowe zalecenia Lekarzowi zagranicznemu do ponownej oceny i potwierdzi, w stosownych przypadkach, zwrot takich kosztów zgodnie z nowymi, zaakceptowanymi wytycznymi.

W przypadku gdy koszty Kontroli stanu zdrowia zostały pokryte w całości lub w części przez publiczną służbę zdrowia w Polsce lub z jakiegokolwiek innej polisy ubezpieczeniowej posiadanej przez Ubezpieczonego, Towarzystwo ubezpieczeniowe zwróci jedynie koszty, które faktycznie zostały opłacone bezpośrednio przez Ubezpieczonego. We wniosku o zwrot kosztów należy wyraźnie odróżnić koszty, które są bezpośrednio pokrywane przez Ubezpieczonego, od tych sfinansowanych z innych źródeł.

Na wniosek Ubezpieczonego i pod warunkiem, że nadal spełnione są warunki określone w Punkcie IV.5.B.3 i IV.5.B.4 SWU, Further może również zatwierdzić i zorganizować Kontrolę stanu zdrowia poza Polską. W takim przypadku:

- Kontrola stanu zdrowia będzie świadczona przez międzynarodowego Lekarza (Lekarzy), który leczył Ubezpieczonego, lub jego zespół medyczny.
- Towarzystwo ubezpieczeniowe bezpośrednio pokryje koszty medyczne tych konsultacji i badań diagnostycznych.

- Further zorganizuje niezbędną podróż i zakwaterowanie na warunkach opisanych w Rozdziale IV Punkt 3 Podpunkty A) i B) SWU dla Ubezpieczonego i wyznaczonej osoby towarzyszącej (osób towarzyszących).

ROZDZIAŁ V: Wyłączenia

Niniejsza Polisa nie obejmuje następujących kosztów:

1) OGÓLNE WYŁĄCZENIA

1. Koszty powiązane z Chorobami lub Procedurami medycznymi, które nie zostały wyraźnie uwzględnione w Rozdziale III.
2. Wszelkie koszty związane z Chorobami lub Urazami powstałymi w wyniku wojen, aktów terroryzmu, trzęsień ziemi, zamieszek, rozruchów, powodzi, erupcji wulkanicznych, a także bezpośrednich lub pośrednich skutków reakcji jądrowej i wszelkich innych zjawisk nadzwyczajnych lub katastroficznych; jak również oficjalnie ogłoszonych epidemii.
3. Wszelkie koszty związane z Chorobami lub Urazami spowodowanymi alkoholizmem, uzależnieniem od narkotyków i/lub substancji odurzających wynikających z nadużywania alkoholu i/lub stosowania środków psychoaktywnych, narkotycznych lub halucynogennych (chyba że środki te są podawane zgodnie z zaleceniem i pod nadzorem wykwalifikowanego pracownika medycznego).
4. Następstwa oraz Choroby wynikające z prób samobójczych i samookaleceń.
5. Wszelkie koszty powiązane z Chorobami lub stanami spowodowanymi popełnieniem lub próbą popełnienia przestępstwa z umyślnym zawinieniem lub z udziałem innej osoby, przy jej współudziale lub z jej podżegania.
6. Roszczenia, w przypadku których Ubezpieczony, przed, w trakcie lub po procesie oceny Roszczenia prowadzonym przez Further:
 - nie zastosował się do zaleceń, recept lub ustalonego planu leczenia Lekarza prowadzącego; lub
 - odmawia poddania się leczeniu lub dodatkowym badaniom diagnostycznym lub testom niezbędnym do ustalenia ostatecznej diagnozy lub planu leczenia, nieprzestrzeganie takich zaleceń lub odmowa są ustalane na podstawie wskazówek zawartych w odpowiedniej dokumentacji medycznej, raportach lub korespondencji sporządzonej przez Lekarza prowadzącego lub innego wykwalifikowanego pracownika służby zdrowia.

2) WYŁĄCZENIA MEDYCZNE

1. Leczenie Chorób istniejących wcześniej w odniesieniu do Dzieci pozostających na utrzymaniu, objętych niniejszą Polisą, zgodnie z definicją zawartą w Rozdziale V OWU.
2. Leczenie Chorób, które zostały zgłoszone, zdiagnozowane, leczone lub które wykazywały powiązane, udokumentowane medycznie objawy (symptomy) w Okresie wyłączenia wynoszącym 90 dni.
3. Leczenie z wykorzystaniem Produktów terapii genowej, Produktów terapii komórkami somatycznymi, Produktów inżynierii tkankowej, z wyjątkiem Terapii komórkami CAR T, gdy:
 - leczenie jest prowadzone zgodnie z zaleceniami zawartymi w Eksperckim raporcie klinicznym (zgodnie z Załącznikiem I „Medycyna precyzyjna”) oraz
 - jest realizowane zgodnie z Zatwierdzonym protokołem terapii komórkami CAR T.
4. Terapie profilaktyczne.

5. Leczenie eksperymentalne, a także te procedury diagnostyczne, terapeutyczne i/lub chirurgiczne, których bezpieczeństwo i skuteczność nie zostały powszechnie uznane przez międzynarodową społeczność naukową, z wyjątkiem:
 - Terapii „Off label” lub
 - Badań klinicznych zgodnie z Załącznikiem I Medycyna precyzyjna.
6. Procedury medyczne powiązane z diagnozą AIDS (zespół nabytego niedoboru odporności), HIV (ludzki wirus niedoboru odporności) lub jakiegokolwiek stanu wynikającego z takiej diagnozy (w tym mięsaka Kaposiego) oraz leczenia AIDS lub HIV.
7. Wszelkie usługi opieki zdrowotnej lub świadczenia, które nie są Niezbędne z medycznego punktu widzenia w leczeniu Choroby lub Procedury medycznej objętej ubezpieczeniem
8. Wszelkie alternatywne leczenie, usługi, środki lub recepty na chorobę lub schorzenie, w przypadku których najlepszym sposobem leczenia, jak potwierdzi Lekarz prowadzący lub Further, jest przeszczep objęty niniejszą Polisą (Moduł ochrony 4)
9. Wszelkie Choroby lub stany medyczne, które zostały spowodowane przez procedury medyczne lub terapie zorganizowane i objęte niniejszą Polisą, z wyjątkiem sytuacji, gdy dana Choroba lub stan medyczny jest Chorobą objętą ubezpieczeniem lub wymaga Procedury medycznej objętej ubezpieczeniem, o której mowa w Rozdziale III SWU.
10. Leczenie długotrwałych skutków ubocznych, łagodzenie przewlekłych objawów lub rehabilitacja (w tym między innymi fizjoterapia, rehabilitacja ruchowa oraz terapia językowa i logopedyczna), będące wynikiem choroby lub jej leczenia.
11. W odniesieniu do wydatków na Leki (Rozdział IV – Punkt 5-A SWU) zastosowanie mają następujące wyłączenia:
 - Wszelkie koszty, finansowane przez publiczną służbę zdrowia w Polsce lub objęte inną polisą ubezpieczeniową posiadaną przez Ubezpieczonego.
 - Koszt podania Leku w Polsce.
 - Wszelkie zakupy Leków dokonane poza Polską, chyba że zostały wyraźnie zatwierdzone przez Further/Towarzystwo ubezpieczeniowe.
12. W odniesieniu do wydatków związanych z Kontrolą stanu zdrowia (określonych w Rozdziale IV, Punkt 5-B SWU) obowiązują następujące wyłączenia:
 - Wszelkie koszty finansowane przez publiczną służbę zdrowia w Polsce lub objęte inną polisą ubezpieczeniową posiadaną przez Ubezpieczonego.
 - Wszelkie wydatki poniesione niezgodnie z wytycznymi ustalonymi przez Further.
 - Wszelkie koszty poniesione w Szpitalu lub placówce medycznej innej niż ta, która została zatwierdzona przez Further.

3) WYŁĄCZONE WYDATKI

1. Wszelkie wydatki poniesione w związku z lub wynikające z jakichkolwiek procedur diagnostycznych, leczenia, usług, świadczeń lub zaleceń lekarskich dowolnego rodzaju poniesione w Polsce, z wyjątkiem:
 - a) wydatków na Leki pokrywanych w Polsce (Rozdział IV Punkt 5 Podpunkt A SWU)
 - b) kosztów Kontroli stanu zdrowia pokrywanej w Polsce (Rozdział IV Punkt 5-B SWU)
 - c) leczenie zorganizowane w Polsce zgodnie z Rozdziałem IV Punkt 2-10 SWU.

2. Wszelkie wydatki poniesione w związku z procedurami diagnostycznymi, leczeniem, usługami, świadczeniami lub zaleceniami medycznymi, poniesione na całym świecie, gdy Ubezpieczony, w momencie zgłoszenia roszczenia, nie może być uznany za stałego lub prawnego rezydenta w Polsce.
3. Wszelkie wydatki poniesione poza Obowiązującym okresem świadczeniowym, z wyjątkiem tych wymienionych w Rozdziale VI Punkt 5 SWU.
4. Wszelkie wydatki poniesione przed wydaniem Wstępnego certyfikatu medycznego.
5. Wszelkie wydatki poniesione w innym Szpitalu niż autoryzowany i wymieniony we Wstępnym certyfikacie medycznym.
6. Wszelkie wydatki poniesione z naruszeniem postanowień Rozdziału VI SWU: Procedura roszczeniowa.
7. Wszelkie wydatki poniesione w związku z usługami świadczonymi w ośrodkach zamkniętych, uzdrowiskach, klinikach przyrodoleczniczych, domowej opiece zdrowotnej lub usługami świadczonymi w ośrodku lub instytucji rekonwalescencji, hospicjum lub domu starców, nawet jeśli takie usługi są wymagane lub konieczne w wyniku Choroby lub Procedury medycznej objętej ubezpieczeniem.
8. Wszelkie wydatki poniesione na zakup (lub wypożyczenie) wszelkiego rodzaju protez lub urządzeń ortopedycznych, gorsetów, bandaży, kul, sztucznych członków lub narządów, peruk (nawet jeśli ich użycie jest uważane za konieczne podczas leczenia chemioterapią), obuwia ortopedycznego, protez, kratownic i innego podobnego sprzętu lub przedmiotów, z wyjątkiem protez piersi - po operacji mastektomii - i protez zastawek serca, potrzebnych w wyniku operacji zorganizowanej i opłaconej w ramach niniejszej Polisy.
9. Wszelkie wydatki poniesione na zakup lub wynajem wózków inwalidzkich, specjalnych łóżek, urządzeń klimatyzacyjnych, oczyszczaczy powietrza i innych podobnych urządzeń lub sprzętu medycznego, przeznaczonych przede wszystkim do pomocy w codziennym funkcjonowaniu lub wsparcia rehabilitacji.
10. Wszelkie Leki, które nie zostały wydane przez licencjonowanego farmaceutę lub które są dostępne bez recepty.
11. Wszelkie opłaty związane z zastosowaniem Medycyny alternatywnej, nawet jeśli została ona wyraźnie zalecona przez Lekarza.
12. Wszelkie koszty związane z opieką medyczną lub hospitalizacją w przypadkach Zaburzeń poznawczych, demencji lub upośledzenia funkcji mózgowych, niezależnie od stopnia ich zaawansowania.
13. Koszty tłumacza, opłaty telefoniczne i inne koszty związane z przedmiotami do użytku osobistego lub niemającymi charakteru medycznego, a także wszelkie inne usługi świadczone na rzecz krewnych czy osób towarzyszących.
14. Wszelkie koszty poniesione przez Ubezpieczonego lub jego krewnych, osoby towarzyszące, z wyjątkiem tych wyraźnie objętych ubezpieczeniem.
15. Wszelkie koszty związane z zakwaterowaniem lub transportem zorganizowanym przez Ubezpieczonego, osobę towarzyszącą lub dawcę.

ROZDZIAŁ VI: Procedura roszczeniowa

Przed rozpoczęciem jakiegokolwiek leczenia, usługi, świadczenia lub recepty lekarskiej w związku z Chorobą lub Procedurą medyczną objętą ubezpieczeniem, zgodnie z definicją w Rozdziale III SWU, Ubezpieczony lub jakakolwiek osoba działająca legalnie w jego imieniu musi zastosować się do poniższej procedury:

1. POWIADOMIENIE

Ubezpieczony powinien powiadomić Further tak szybko, jak to możliwe, za pośrednictwem portalu przeznaczonego do zgłaszania roszczeń:

- Cancer Cover variant (PCC+): <https://trusteddoctor.com/unext-pcc-plus>

- Full Cover variant (CA+): <https://trusteddoctor.com/unext-ca-plus>

Ubezpieczony zostanie poinformowany o procesie, w tym o potrzebie dostarczenia do Further wszystkich odpowiednich badań diagnostycznych i dokumentów medycznych niezbędnych do oceny zasadności Roszczenia.

W przypadku, gdy Ubezpieczony aktywuje usługę Drugiej opinii medycznej, musi zostać ona zrealizowana przed wystawieniem Wstępnego certyfikatu medycznego w ramach Polisy.

W przypadku skorzystania z usługi Medycyny precyzyjnej (patrz Załącznik I) Ubezpieczony nie może w dalszej kolejności skorzystać z Drugiej opinii medycznej w odniesieniu do tej samej diagnozy nowotworowej. Jeśli jednak najpierw wydana została Druga opinia medyczna dotycząca danej diagnozy nowotworowej, można w dalszej kolejności skorzystać z usługi Medycyny precyzyjnej w odniesieniu do tej samej diagnozy.

2. OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

Ubezpieczony jest zobowiązany do współpracy z Further w zakresie zapewnienia swobodnego dostępu do dokumentacji medycznej będącej w posiadaniu Ubezpieczonego, Lekarzy, Szpitali lub innych placówek medycznych odpowiedzialnych za leczenie do dnia zgłoszenia potencjalnego Roszczenia.

Towarzystwo ubezpieczeniowe rozpocznie procedurę rozpatrywania roszczenia niezwłocznie po otrzymaniu zgłoszenia. Pełna ocena może wymagać uzyskania kompletnych informacji medycznych. Towarzystwo ubezpieczeniowe zwróci się z prośbą o dostarczenie brakujących informacji bez zbędnej zwłoki, będzie działać z należytą starannością i rozpatrzy Roszczenie zgodnie z terminami ustawowymi określonymi w art. 817 Kodeksu cywilnego.

3. OCENA ROSZCZENIA I PROPOZYCJA SZPITALA

Po otrzymaniu kompletu badań diagnostycznych i dokumentacji dotyczącej historii medycznej, wymaganej przez Further, Ubezpieczony zostanie poinformowany, czy Roszczenie jest objęte Polisą.

W przypadku, gdy Ubezpieczony rozważa rozpoczęcie Leczenia za granicą, Further dostarczy mu listę rekomendowanych Szpitali.

W przypadku, gdy Ubezpieczony zdecyduje się na Leczenie za granicą, Further oceni dostępność Obowiązującego okresu świadczeniowego, zgodnie z jednym z następujących scenariuszy:

- **Scenariusz 1: Pełna dostępność**

Nie zgłoszono wcześniej żadnego Roszczenia w ramach odpowiedniego Modułu ochrony, które skutkowałoby zorganizowaniem i opłaceniem leczenia w ramach Polisy. W związku z tym Further potwierdzi pełną dostępność 36-miesięcznego Obowiązującego okresu świadczeniowego.

- **Scenariusz 2: Częściowa dostępność**

Wystąpiło już wcześniej Roszczenie(-a) w ramach odpowiedniego Modułu ochrony, co skutkowało zorganizowaniem i opłaceniem leczenia w ramach Polisy. W związku z tym Further potwierdzi dostępność pozostałych miesięcy dla Obowiązującego okresu świadczeniowego.

- **Scenariusz 3: Wygaśnięcie Obowiązującego okresu świadczeniowego**

Wystąpiło już wcześniej Roszczenie(-a) w ramach odpowiedniego Modułu ochrony, które zaskutkowało zorganizowaniem i opłaceniem leczenia w ramach Polisy, co doprowadziło do wygaśnięcia Obowiązującego okresu świadczeniowego. W związku z tym Further potwierdzi, że Roszczenie nie kwalifikuje się w ramach Polisy.

W scenariuszach 1 i 2 Ubezpieczony otrzyma listę rekomendowanych Szpitali.

4. LECZENIE ZA GRANICĄ: WSTĘPNY CERTYFIKAT MEDYCZNY

Po otrzymaniu od Ubezpieczonego jego decyzji dotyczącej rozpoczęcia organizacji Leczenia za granicą w Szpitalu wybranym z listy Szpitali zarekomendowanych przez Further oraz pod warunkiem, że leczenie ma się rozpocząć przed upływem Obowiązującego okresu świadczeniowego, Further w ramach usługi Medical Concierge, rozpocznie niezbędne przygotowania logistyczne i medyczne oraz wydany zostanie Wstępny certyfikat medyczny, ważny tylko dla wybranego Szpitala.

Lista rekomendowanych przez Further Szpitali oraz Wstępny certyfikat medyczny są wydawane na podstawie aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego. Ponieważ stan zdrowia Ubezpieczonego może z czasem ulec zmianie, ważność obu dokumentów wynosi trzy miesiące.

W przypadku, gdy Ubezpieczony nie wybierze Szpitala z listy rekomendowanych Szpitali lub nie rozpocznie leczenia w zatwierdzonym Szpitalu wskazanym we Wstępnym certyfikacie medycznym w ciągu trzech miesięcy od jego wydania, dostarczone zostaną nowe wersje tych dokumentów w oparciu o aktualny stan zdrowia Ubezpieczonego.

O ile warunki Wstępnego certyfikatu medycznego są spełnione, Towarzystwo ubezpieczeniowe, w ramach świadczeń Polisy, bezpośrednio pokryje koszty leczenia wymienione w Rozdziale IV Punkt 2 SWU, a także niezbędne koszty podróży i zakwaterowania wyszczególnione w Rozdziale IV Punkt 3 pkt A) i B) SWU, z zastrzeżeniem ograniczeń i wyłączeń określonych w Polisie.

5. OBOWIĄZUJĄCY OKRES ŚWIADCZENIOWY

Obowiązujący okres świadczeniowy aktywowany jest w momencie wystawienia pierwszego Wstępnego certyfikatu medycznego dla danego Modułu ochrony w okresie aktywnej Polisy.

- 1) Jeśli pierwsza podróż w ramach Leczenia za granicą dla danego Modułu ochrony odbędzie się w okresie gdy Polisa jest aktywna, Obowiązujący okres świadczeniowy rozpoczyna się w dniu tej pierwszej podróży.
- 2) Gdy pierwsza podróż w ramach Leczenia za granicą dla danego Modułu ochrony nie odbędzie się w okresie gdy Polisa jest aktywna, Obowiązujący okres świadczeniowy rozpoczyna się następnego dnia po zakończeniu lub wygaśnięciu Polisy, pod warunkiem że zakończenie lub wygaśnięcie Polisy nie jest wynikiem jej anulowania lub odstąpienia przez Ubezpieczającego lub nieuiszczenia składek.

W przypadku, gdy Ubezpieczony jest Hospitalizowany lub pozostaje pod opieką Szpitala, zgodnie z warunkami Wstępnego certyfikatu medycznego, w momencie zakończenia Obowiązującego okresu świadczeniowego, Polisa pokryje koszty leczenia określone w Rozdziale IV Punkt 2 do najbliższego planowanego powrotu do Polski, zgodnie z ustalonym wcześniej planem leczenia.

6. POWRÓT Z LECZENIA ZA GRANICĄ

W przypadku, gdy ostateczny powrót do Polski nastąpi przed końcem Obowiązującego okresu świadczeniowego, Further przedstawi Ubezpieczonemu wytyczne dotyczące korzystania ze świadczeń po powrocie z Leczenia za Granicą, wyszczególnione w Rozdziale IV. Wytyczne te będą oparte na zaleceniach międzynarodowego Lekarza (Lekarzy).

W tym scenariuszu Ubezpieczony będzie uprawniony do:

- skorzystania z pokrycia kosztów Leków, zgodnie z postanowieniami Rozdziału IV-Punkt 5-A SWU, oraz
- skorzystania ze świadczenia w zakresie Kontroli stanu zdrowia, zgodnie z postanowieniami Rozdziału IV Punkt 5-B SWU

do końca Obowiązującego okresu świadczeniowego.

7. OCENA ROSZCZEŃ PO POWROCIE Z LECZENIA ZA GRANICĄ

Po ostatecznym powrocie Ubezpieczonego do Polski, po zakończeniu planu leczenia, ewolucja stanu zdrowia Ubezpieczonego może wiązać się z koniecznością dalszego leczenia Niezbędnego z medycznego punktu widzenia. Pod warunkiem, że Polisa jest nadal objęta Obowiązującym okresem świadczeniowym, Ubezpieczony może skontaktować się z Further w celu przeprowadzenia takiej analizy.

Następnie Further ponownie poinformuje Ubezpieczonego o obowiązku dostarczenia dokumentacji medycznej niezbędnej do przeprowadzenia tej oceny.

W przypadku gdy ocena przeprowadzona przez Further (zgodnie z Rozdziałem VI – Punkt 3 SWU) potwierdzi, że wymagane jest dalsze leczenie Niezbędne z medycznego punktu widzenia, zostanie to potwierdzone Ubezpieczonemu poprzez wydanie nowego Wstępnego certyfikatu medycznego, wraz z wynikającą z niego listą rekomendowanych Szpitali celem rozpoczęcia Leczenia za granicą (zgodnie z Rozdziałem VI – Punkt 3 i 4 SWU).

Ocena może wymagać, w przypadkach uzasadnionych medycznie w opinii Further, wykonania nowej Drugiej opinii medycznej.

Polisa będzie w dalszym ciągu zapewniać ochronę ubezpieczeniową w zakresie wszystkich usług i kosztów medycznych (jak wyszczególniono w Rozdziale IV SWU) do końca Obowiązującego okresu świadczeniowego, zgodnie z warunkami ostatniego Wstępnego certyfikatu medycznego.

8. WSPÓŁPRACA

Ubezpieczony i jego krewni muszą wyrazić zgodę na wizyty Lekarzy pracujących dla Further i/lub Towarzystwa ubezpieczeniowego oraz na wszelkie badania uznane przez Towarzystwo ubezpieczeniowe za niezbędne. W powyższym celu Lekarze, którzy uczestniczyli w wizytach Ubezpieczonego, zostaną zwolnieni z obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej.

ZAŁĄCZNIK I

Medycyna precyzyjna

Spis treści

1. Scenariusze medyczne objęte ubezpieczeniem
2. Ograniczenia
3. Jak aktywować usługę Medycyny precyzyjnej
 - 3.1 Rejestracja
 - 3.2 Profilowanie molekularne (np. sekwencjonowanie nowej generacji)
 - 3.3 Ekspercki raport kliniczny
 - 3.4 Wskazania do leczenia i nawigacja wyników
 - 3.5 Testy dla rodziny
 - 3.6 Przewodnik po Badaniach klinicznych
 - 3.6.1 Ograniczenia
4. Pokrycie kosztów wynikających z zaleceń Medycyny precyzyjnej
5. Wydatki pokrywane po rejestracji w Badaniu klinicznym
 - 5.1 Badanie kliniczne w Polsce
 - 5.1.1 Wydatki medyczne
 - 5.1.2 Koszty podróży, zakwaterowania i repatriacji
 - 5.1.3 Wpłata świadczenia za udział w Badaniach klinicznych
 - 5.2 Badanie kliniczne poza Polską
 - 5.2.1 Wydatki medyczne
 - 5.2.2 Koszty podróży, zakwaterowania i repatriacji
 - 5.2.3 Wpłata świadczenia za udział w Badaniach klinicznych
6. Czego nie obejmuje usługa Medycyny precyzyjnej

Medycyna precyzyjna

Medycyna precyzyjna, zwana również medycyną spersonalizowaną, to odejście od uniwersalnego podejścia w leczeniu nowotworów na rzecz takiego wykorzystującego techniki profilowania molekularnego w celu podjęcia odpowiedniego dla danego pacjenta leczenia we właściwym czasie.

Usługa Medycyny precyzyjnej oferowana przez Further zapewnia ubezpieczonemu spersonalizowane wsparcie w procesie leczenia nowotworu. Obejmuje to dostęp do zaawansowanych testów genetycznych, takich jak sekwencjonowanie nowej generacji (NGS), interpretację wyników laboratoryjnych przez światowej klasy eksperta i dostarczenie Eksperskiego raportu klinicznego, zawierającego indywidualny plan leczenia nowotworu w oparciu o profil molekularny Ubezpieczonego oraz wskazówki dotyczące Badań klinicznych. Świadczenie usługi będzie nadzorowane przez personel kliniczny Further specjalizujący się w tej dziedzinie medycyny

Usługa Medycyny precyzyjnej oferowana przez Further obejmuje również ochronę ubezpieczeniową obejmującą koszty leczenia, podróży i zakwaterowania oraz wypłatę Dziennego świadczenia, jak opisano w Punkcie 4 "Pokrycie kosztów wynikających z zaleceń Medycyny precyzyjnej".

Niniejszy załącznik dotyczy dwóch różnych rodzajów testów genetycznych: Testów linii germlinalnej i Testów somatycznych.

Testy linii germlinalnej: Badania linii germlinalnej to rodzaj badań genetycznych, których celem jest wykrycie mutacji dziedzicznych obecnych w każdej komórce organizmu i występujących od urodzenia.

Celem testów **linii germlinalnej** jest identyfikacja dziedzicznych predyspozycji pacjenta do niektórych rodzajów nowotworów. Wyniki testów linii germlinalnej mogą dostarczyć informacji przydatnych w leczeniu nowotworów poprzez identyfikację pacjentów z dziedzicznymi czynnikami, które mogą określać terapię przeciwnowotworową i ryzyko wystąpienia nowotworów wtórnych. Analiza ta może być ważna również dla członków rodziny pacjenta, którzy mogli odziedziczyć te same mutacje.

Badanie przeprowadza się poprzez analizę próbki pobranej z policzka, śliny lub krwi.

Testy somatyczne: Testy somatyczne to rodzaj badania genetycznego, które ma na celu wykrycie nabytych mutacji w ograniczonej grupie komórek lub tkanek. Celem badania somatycznego jest znalezienie czynników predykcyjnych, które mogą mieć wpływ na decyzje dotyczące leczenia.

Badanie przeprowadza się poprzez analizę próbki pobranej podczas biopsji lub biopsji płynnej.

1. Scenariusze medyczne objęte ubezpieczeniem

Medycyna precyzyjna może zostać aktywowana, gdy spełnione są następujące warunki:

- 1) Ubezpieczony aktywnie przechodzi leczenie nowotworowe lub otrzymał pisemne zalecenie natychmiastowego rozpoczęcia leczenia nowotworowego; oraz
- 2) Diagnoza dotyczy nowotworu złośliwego (zgodnie z postanowieniami Rozdziału III, Moduł ochrony 1) i jest sklasyfikowana zgodnie z jednym z poniższych kryteriów:
 - nowotwór, który nie odpowiada na leczenie pierwszego rzutu (jak potwierdził onkolog prowadzący leczenie); lub,
 - nowotwory zdiagnozowane w stadium III lub IV; lub
 - nowotwory o nieznanym pochodzeniu pierwotnym (brak wyraźnie wykrywalnego guza pierwotnego); lub
 - rzadkie formy nowotworów (*); oraz
- 3) Odpowiedni materiał testowy jest dostępny w postaci próbki biopsyjnej z wystarczającą liczbą komórek nowotworowych. Jeśli próbka nie zawiera wystarczającej liczby komórek nowotworowych, można wykonać płynną biopsję (próbkę krwi), jeśli jest to klinicznie wskazane.

(*) Nowotwory o częstości występowania <6/100,000 uwzględnione na liście Surveillance of Rare Cancers in Europe (RARECAR) opublikowanej na stronie internetowej www.esmo.org

2. Ograniczenia

- Usługa Medycyny precyzyjnej obejmuje jeden Test somatyczny i odpowiednią ocenę wyników (jeden Eksperscki raport kliniczny) dla każdej unikalnej diagnozy raka. Unikalna diagnoza nowotworu jest określana przez konkretny kod Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD) przypisany do nowotworu.
- Usługa może zostać aktywowana (ponownie) dla odrębnego i niepowiązanego nowotworu, zdiagnozowanego pod innym kodem ICD.
- Usługa Medycyny precyzyjnej nie jest oferowana w przypadku Chorób istniejących wcześniej w odniesieniu do Dzieci pozostających na utrzymaniu objętych niniejszą Polisą, zgodnie z definicją zawartą w Rozdziale V OWU.
- Usługa Medycyny precyzyjnej nie jest oferowana w przypadku Chorób istniejących wcześniej i Chorób, które zostały zgłoszone, zdiagnozowane, leczone lub które wykazywały powiązane medycznie udokumentowane objawy lub ustalenia (oznaki) w Okresie wyłączenia.
- Aktywacja Medycyny precyzyjnej musi nastąpić, gdy Polisa jest aktywna i opłacona.

3. Jak aktywować usługę Medycyny precyzyjnej

3.1 Rejestracja

Zgłoszenia dotyczące Medycyny precyzyjnej powinny zostać wysłane za pośrednictwem portalu przeznaczonego do zgłaszania roszczeń, jak opisano w Rozdziale VI.

Ubezpieczony wnioskujący o usługę Medycyny precyzyjnej musi dostarczyć potrzebne informacje medyczne, które zostaną zweryfikowane przez Further pod kątem ważności i kompletności dokumentacji (diagnoza Ubezpieczonego, dostępność bioprobek, dotychczasowy proces leczenia itp.) oraz przeprowadzenia analizy ewentualnych braków i planu działania w celu określenia rodzaju wymaganych testów i próbek. Ubezpieczony będzie wspierany w trakcie całego procesu przez dedykowany zespół.

3.2 Profilowanie molekularne (np. sekwencjonowanie nowej generacji)

Po przeprowadzeniu wstępnego wywiadu, Further wybierze najbardziej odpowiedniego partnera laboratoryjnego i zorganizuje odbiór próbki Ubezpieczonego. Koszt odbioru i dostarczenia próbki do laboratorium zostanie pokryty bezpośrednio przez Further. Laboratorium przeprowadzi test molekularny a następnie prześle techniczne opracowanie wyników i raport na temat profilu molekularnego nowotworu danej osoby. Further bezpośrednio pokryje koszty badań w wyznaczonym laboratorium.

Zaleca się, aby Ubezpieczeni nie przerywali leczenia w oczekiwaniu na wyniki badań profilowych.

3.3 Eksperscki raport kliniczny

Further współpracuje ze specjalistami w dziedzinie onkologii, genetyki i patologii, zwanymi łącznie Eksperską radą medyczną. Specjaliści ci zostaną wyznaczeni przez Further w celu sporządzenia Eksperskiego raportu klinicznego – dokumentu medycznego stworzonego przez jednego lub więcej specjalistów, który przekłada wyniki testów genetycznych na praktyczne zalecenia medyczne.

3.4 Wskazania do leczenia i nawigacja wyników

Eksperscki raport kliniczny zawiera wyczerpujące informacje i wskazówki dotyczące wyników profilowania molekularnego, w tym:

- a) podsumowanie kliniczne stanu Ubezpieczonego;
- b) wnioski z profilowania molekularnego;
- c) optymalny plan leczenia dla Ubezpieczonego obejmujący zarówno tradycyjne terapie, jak i terapie nowoczesne, takie jak terapie celowane, immunoterapie lub terapie hormonalne o najwyższych potencjalnych korzyściach klinicznych;
- d) wskazania dotyczące oporności lub toksyczności pacjenta na niektóre terapie;
- e) dostępność Badań klinicznych, w stosownych przypadkach;

- f) wskazówki na temat potencjalnych mutacji germinalnych i nowotworów dziedzicznych (jeśli dotyczy). W przypadku, gdy w Eksperckim raporcie klinicznym zidentyfikowano potencjalnie dziedziczną mutację genetyczną u Ubezpiezonego, Ubezpieczonemu zostanie również zaproponowane wykonanie Testu linii germinalnej.

Zorganizowana zostanie rozmowa nawigacyjna pomiędzy Ubezpieczonym a koordynatorem przypadku w celu pełnego wyjaśnienia i przeglądu wyników raportu.

Za zgodą Ubezpiezonego, onkolog prowadzący jego leczenie jest zapraszany do udziału w dyskusji peer-to-peer z członkiem Eksperckiej rady medycznej w celu omówienia wyników Eksperckiego raportu klinicznego i przełożenia wyników na praktykę kliniczną.

3.5 Testy dla rodziny

W przypadku, gdy Ekspercki raport kliniczny zidentyfikuje potencjalnie dziedziczną mutację genu, a wynik Testu linii germinalnej u Ubezpiezonego jest pozytywny, Further zorganizuje i pokryje koszty Testu linii germinalnej dla Kwalifikujących się bezpośrednich członków rodziny Ubezpiezonego w celu sprawdzenia, czy mutacja występuje również u tych osób, pod warunkiem wyrażenia przez nich zgody.

Kwalifikujący się bezpośredni członkowie rodziny to biologiczne rodzeństwo i biologiczne dzieci Ubezpiezonego, które mogą zachorować na ten nowotwór. Ostateczna decyzja o wyborze członków rodziny, którzy zostaną poddani testowi, zostanie podjęta wyłącznie na podstawie zasadności klinicznej.

Further zorganizuje pobranie i dostarczenie próbek Kwalifikującego się bezpośredniego członka rodziny do odpowiedniego laboratorium partnerskiego. Laboratorium przeprowadzi badanie próbek i przekaże wyniki testu.

Jeśli wynik badania jest pozytywny, przypadek zostanie oceniony przez doradcę genetycznego, który przygotuje raport na temat najlepszych praktyk. Zostanie również zorganizowana rozmowa nawigacyjna pomiędzy doradcą a każdym członkiem rodziny dotkniętym pozytywnym wynikiem, aby zagwarantować prawidłowe zrozumienie informacji.

3.6 Przewodnik po Badaniach klinicznych

Badania kliniczne to badania przeprowadzane wśród pacjentów w celu oceny bezpieczeństwa i skuteczności nowego protokołu leczenia, nowego leku, nowego urządzenia medycznego lub nowej procedury diagnostycznej.

Pacjent z rozpoznaniem nowotworu może przystąpić do Badania klinicznego w celu uzyskania dostępu do obiecującego nowego protokołu leczenia, który jest dostępny tylko w fazie eksperymentalnej lub który ma działać skuteczniej niż standardowe leczenie już dostępne dla pacjenta.

W przypadku, gdy Ubezpieczonemu zalecono w Eksperckim raporcie klinicznym, aby zbadał możliwość uzyskania dostępu do określonego leczenia za pośrednictwem Badania klinicznego, a Ubezpieczony chce skorzystać z tej opcji, Further zapewni nawigację i wsparcie, w tym:

- Informacje na temat Badań klinicznych
- Przeszukanie baz danych Badań klinicznych
- Skontaktowanie się z ośrodkami Badań klinicznych prowadzącymi odpowiednie Badania kliniczne w kraju pochodzenia pacjenta, o ile to możliwe, i w razie potrzeby rozszerzenie zakresu poszukiwań
- Pomoc w interpretacji kryteriów przyjęcia/odrzućenia z Badania klinicznego.
- Dostarczenie raportu dotyczącego Badań klinicznych w ciągu 30 dni od daty złożenia wniosku przez Ubezpiezonego.

W skali światowej odbywa się wiele Badań klinicznych, a Further dołoży wszelkich starań, aby znaleźć te najbardziej odpowiednie dla każdego Ubezpieczonego, jednak nie można zagwarantować ich dopasowania. Wyłącznie odpowiedzialność za przyjęcie uczestników do Badania klinicznego ponosi jego organizator.

Jeśli wyszukiwanie nie zakończy się pomyślnym dopasowaniem lub pacjent nie zdecyduje się dołączyć do żadnego z wybranych Badań klinicznych, Further przeprowadzi drugie i ostateczne wyszukiwanie na wniosek Ubezpieczonego. W zależności od upływu czasu może to wymagać powtórzenia części lub całości procesu rekrutacji, np. zebrania zaktualizowanej dokumentacji medycznej.

Ubezpieczony powinien omówić możliwość ubiegania się o udział w Badaniu klinicznym ze swoim onkologiem prowadzącym leczenie.

Po otrzymaniu od Ubezpieczonego potwierdzenia zamiaru przystąpienia do któregośkolwiek z wybranych Badań klinicznych, Further zapewni następujące wsparcie:

- Pomoc administracyjną przy wypełnianiu wniosku rejestracyjnego, w tym potrzebne tłumaczenia.
- Informacje logistyczne dotyczące organizacji podróży i zakwaterowania, w zależności od lokalizacji Badania klinicznego.
- Pokrycie kosztów podróży i zakwaterowania oraz Świadczenie dzienne (patrz Artykuł 5 "Wydatki pokrywane po rejestracji w Badaniu klinicznym").

3.6.1 Ograniczenia

Przewodnik po Badaniach klinicznych jest oferowany raz na każdą aktywowaną usługę Medycyny precyzyjnej (raz na każdą unikalną diagnozę nowotworu), w przypadku gdy dostępne są wyniki odpowiedniego Testu somatycznego.

Aktywacja Medycyny precyzyjnej musi nastąpić, gdy Polisa jest aktywna i opłacona.

4. Pokrycie kosztów wynikających z zaleceń Medycyny precyzyjnej

Usługa Medycyny precyzyjnej skutkuje szeregiem zaleceń dotyczących możliwych opcji leczenia przedstawionych w postaci Eksperskiego raportu klinicznego i/lub wyników raportu z Przewodnika po Badaniach klinicznych.

Te opcje leczenia można podzielić na trzy różne podejścia w oparciu o ich medyczny charakter:

- **Podejście On label:** W Eksperskim raporcie klinicznym przedstawiono zalecenie dotyczące protokołu leczenia, który obejmuje stosowanie leku przeciwnowotworowego zgodnie z zakresem, dawkowaniem i sposobem podawania zatwierdzonym w licencji farmaceutycznej wydanej przez odpowiednie organy medyczne.

W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa dla ważnego Roszczenia w ramach Polisy jest organizowana zgodnie z Rozdziałem IV SWU "USŁUGI, WYDATKI I ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM" oraz V "WYŁĄCZENIA".

Polisa nie obejmuje kosztów jakiegokolwiek protokołu leczenia "On label" wykonanego w Polsce.

- **Podejście Off label:** W Eksperskim raporcie klinicznym przedstawiono zalecenie dotyczące protokołu leczenia, który obejmuje zastosowanie leku przeciwnowotworowego poza wskazaniami zatwierdzonymi przez odpowiednie organy medyczne. Może to obejmować ich zastosowanie celem leczenia innego rodzaju raka lub zastosowanie w innej dawce lub metodzie podawania niż te wyszczególnione i zatwierdzone w licencji farmaceutycznej.

W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa dla ważnego Roszczenia w ramach Polisy jest organizowana zgodnie z Rozdziałem IV SWU "USŁUGI, WYDATKI I ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM" oraz V "WYŁĄCZENIA".

Wydany zostanie Wstępny certyfikat medyczny uwzględniając podejście "Off label", które ma zostać przeprowadzone w wybranym międzynarodowym Szpitalu, w którym możliwe jest przeprowadzenie protokołu leczenia "Off label" w warunkach wskazanych w Eksperckim raporcie klinicznym.

Polisa nie obejmuje kosztów jakiegokolwiek:

- protokołu leczenia "Off label" przeprowadzonego w Polsce, oraz
 - Terapii komórkami CAR T innej niż Zatwierdzony protokół terapii komórkami CAR T, oraz
 - protokołu niezależnego w Eksperckim raporcie klinicznym.
- **Podejście oparte na Badaniach klinicznych:** Rekomendacja jest wydawana na podstawie Eksperckiego raportu klinicznego, a potencjalne dopasowanie zostanie zidentyfikowane w raporcie z Przewodnika po Badaniach klinicznych.
- Badania kliniczne zazwyczaj obejmują koszt podawania badanych leków i ciągłe testowanie pod kątem stanu zdrowia uczestników. Badania kliniczne są najczęściej prowadzone równolegle lub w połączeniu z aktualnie akceptowanym leczeniem danego nowotworu lub odpowiednim podejściem "On label", zwanym dalej "Standardem opieki". Organizator Badania klinicznego musi wskazać w fazie rejestracji zakres kosztów medycznych, które są finansowane w ramach Badania klinicznego oraz tych kosztów, które nie są przez niego finansowane, a które będą musiały zostać pokryte przez uczestnika badania, bezpośrednio lub za pośrednictwem publicznych lub prywatnych ubezpieczeń Ubezpieczonego.
- Standard opieki w ramach leczenia prowadzonego w trakcie Badania klinicznego zwykle nie jest finansowany przez organizatora Badania klinicznego.

Polisa pokrywa koszty jak opisano w Artykule 5 "Wydatki objęte ubezpieczeniem po rejestracji w Badaniu klinicznym".

5. Wydatki objęte ubezpieczeniem po rejestracji w Badaniu klinicznym

5.1 Badania kliniczne w Polsce

W przypadku, gdy Ubezpieczony weźmie udział w Badaniu klinicznym wybranym na podstawie wyników raportu z Przewodnika po Badaniach klinicznych, a Badanie kliniczne jest organizowane w Szpitalu lub placówce medycznej w Polsce, oddalonym minimum 100 km od miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, pokryte zostaną następujące koszty:

5.1.1 Wydatki medyczne

Medycyna precyzyjna nie pokrywa żadnych kosztów medycznych związanych ze Standardem opieki lub niefinansowanych przez organizatora Badania klinicznego.

5.1.2 Koszty podróży, zakwaterowania i repatriacji

W przypadku podróży, zakwaterowania i repatriacji Ubezpieczonego i jednej osoby towarzyszącej (lub dwóch, w przypadku gdy Ubezpieczony biorący udział w Badaniu klinicznym jest Dzieckiem pozostającym na utrzymaniu) na takich samych warunkach, jak określono w rozdziale IV pkt 3 "WYDATKI NIEMEDYCZNE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM podczas Leczenia za granicą", w tym podróż w klasie ekonomicznej i rezerwacja w hotelu trzy- lub czterogwiazdkowym (ze śniadaniem) w promieniu 10 km od miejsca Badania klinicznego.

Wszelkie ustalenia dotyczące podróży i zakwaterowania muszą zostać dokonane przez Further, a Towarzystwo ubezpieczeniowe nie zapłaci za jakiegokolwiek ustalenia dotyczące podróży lub zakwaterowania dokonane przez Ubezpieczonego lub jakąkolwiek osobę trzecią w jego imieniu. Further będzie odpowiedzialny za ustalenie dat każdej podróży objętej ubezpieczeniem na podstawie harmonogramu wizyt w ramach Badania klinicznego. Daty podróży zostaną podane do wiadomości Ubezpieczonego, aby zapewnić mu wystarczająco dużo czasu na dokonanie wszelkich niezbędnych ustaleń.

Ochrona w zakresie repatriacji jest oferowana w przypadku, gdy śmierć Ubezpieczonego nastąpi podczas podróży objętej ubezpieczeniem, o której mowa w niniejszym Artykule 5.1.2 w celu wzięcia udziału w wizytach w ramach Badania klinicznego.

5.1.3 Wypłata świadczenia za udział w Badaniach klinicznych

Usługa obejmuje Świadczenie dzienne w wysokości 100 EUR za każdy dzień, w którym Ubezpieczonemu podawany jest badany Lek lub w którym Ubezpieczony poddawany jest badaniom w wyznaczonym Szpitalu lub placówce medycznej w ramach protokołu Badania klinicznego, zgodnie z wnioskiem organizatora badania.

Świadczenie dzienne jest ograniczone do maksymalnie 60 dni.

5.2 Badania kliniczne poza Polską

W przypadku, gdy Ubezpieczony weźmie udział w Badaniu klinicznym wybranym na podstawie wyników raportu z Przewodnika po Badaniach klinicznych, a Badanie kliniczne zostanie zorganizowane w Szpitalu lub placówce medycznej poza granicami Polski, Ubezpieczonemu zostanie udzielona następująca ochrona ubezpieczeniowa

5.2.1 Wydatki medyczne

Medycyna precyzyjna zapewni pokrycie wszelkich Niezbędnych z medycznego punktu widzenia kosztów leczenia związanych z równoległym zapewnieniem Standardu opieki zgodnie z wytycznymi określonymi w Rozdziale IV SWU "USŁUGI, WYDATKI I ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM" oraz V "WYŁĄCZENIA".

Koszty te są pokrywane, jeżeli Standard opieki jest świadczona w tym samym Szpitalu lub placówce medycznej, w której odbywa się Badanie kliniczne.

5.2.2 Koszty podróży, zakwaterowania i repatriacji

W przypadku podróży, zakwaterowania i repatriacji Ubezpiezonego i jednej osoby towarzyszącej (lub dwóch, w przypadku gdy Ubezpieczony biorący udział w Badaniu klinicznym jest Dzieckiem pozostającym na utrzymaniu) na takich samych warunkach, jak określone w Rozdziale IV Punkt 3 "WYDATKI NIEMEDYCZNE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM podczas Leczenia za granicą", w tym podróż w klasie ekonomicznej i rezerwacja w hotelu trzy- lub czterogwiazdkowym (ze śniadaniem) w promieniu 10 km od miejsca Badania klinicznego.

Wszelkie ustalenia dotyczące podróży i zakwaterowania muszą zostać dokonane przez Further, a Towarzystwo ubezpieczeniowe nie zapłaci za jakiegokolwiek ustalenia dotyczące podróży lub zakwaterowania dokonane przez Ubezpiezonego lub jakąkolwiek osobę trzecią w jego imieniu. Further będzie odpowiedzialny za ustalenie dat dla każdej podróży objętej ubezpieczeniem na podstawie harmonogramu wizyt w ramach Badania klinicznego. Daty podróży zostaną podane do wiadomości Ubezpiezonego, aby zapewnić mu wystarczająco dużo czasu na dokonanie wszelkich niezbędnych ustaleń.

Ochrona w zakresie repatriacji jest oferowana w przypadku, gdy śmierć Ubezpiezonego nastąpi podczas podróży objętej ubezpieczeniem, o której mowa w niniejszym Artykule 5.2.2 w celu wzięcia udziału w wizytach w ramach Badania klinicznego.

5.2.3 Wypłata świadczenia za udział w Badaniach klinicznych

Usługa obejmuje Świadczenie dzienne w wysokości 100 EUR za każdy dzień, w którym Ubezpieczonemu podawany jest badany Lek lub w którym Ubezpieczony poddawany jest badaniom w wyznaczonym Szpitalu lub placówce medycznej w ramach protokołu Badania klinicznego, zgodnie z wnioskiem organizatora badania.

Świadczenie dzienne jest ograniczone do maksymalnie 60 dni.

Świadczenie dzienne nie jest wypłacane za dni, za które przysługuje Dienne świadczenie szpitalne (patrz Rozdział IV Punkt 4 SWU).

6. Czego nie obejmuje usługa Medycyny precyzyjnej

1) Koszt wykonania biopsji

Usługa nie obejmuje kosztu wykonania biopsji w celu pobrania tkanki lub płynu, który będzie źródłem próbki niezbędnej do testu profilowania molekularnego, z wyjątkiem pobrania krwi do płynnej biopsji (patrz Rozdział 1, Punkt 3).

2) Koszty medyczne w kontekście Badania klinicznego

- Wszelkie koszty medyczne w przypadku, gdy Ubezpieczony bierze udział w Badaniu klinicznym w Polsce (patrz punkt 5.1.1)
- Leczenie wszelkich niezamierzonych skutków ubocznych lub powikłań medycznych spowodowanych przez leki przeciwnowotworowe będące przedmiotem Badania klinicznego.

3) Koszty niemedyczne

Świadczenie nie obejmuje następujących kosztów niemedycznych:

- Jakichkolwiek kosztów podróży lub zakwaterowania poniesionych przez Ubezpieczonego i/lub członków jego rodziny w wyniku stawienia się na zaplanowane wizyty w celu pobrania lub ekstrakcji próbki do badań.
- Wszelkie opłaty administracyjne lub inne koszty (jeśli istnieją) związane z przystąpieniem do Badania klinicznego.

ZAŁĄCZNIK II

Wirtualne konsultacje

Świadczenie Wirtualna konsultacja w ramach Global Care zapewnia Ubezpieczonemu dostęp do konsultacji online ze specjalistami medycznymi w następujących dziedzinach: Nowotwory, Choroby układu krążenia, Neurochirurgia i Przeszczepy (zgodnie z poniższym opisem).

Świadczenie to zapewnia wsparcie w zakresie diagnostyki określonych chorób w czterech grupach opisanych poniżej.

Grupy medyczne objęte ubezpieczeniem:

Grupa 1: Nowotwory

Postępowanie mające na celu wykrycie lub diagnozę:

- Nowotworów złośliwych.
- Nowotworów in situ.
- Zmian przedrakowych, w tym dysplazji ciężkiej lub wysokiego stopnia.

zgodnie z Modułem ochrony 1, Rozdział III: CHOROBY I PROCEDURY MEDYCZNE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM

Grupa 2: Choroby układu krążenia

Postępowanie mające na celu wykrycie lub diagnozę:

- Choroby wieńcowej (ICD-10: I20-I25)
- Niewydolności serca (ICD-10: I50)
- Zaburzeń rytmu serca (ICD-10: I49, I39, I35, I08)

Kody ICD-10 odnoszą się do Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, wersja 10.

Grupa 3: Neurochirurgia

Postępowanie mające na celu wykrycie lub diagnozę:

- Schorzeń wpływających na struktury w obrębie czaszki, w przypadku których może być wskazana operacja.
- Łagodnych guzów rdzenia kręgowego.

Grupa 4: Przeszczepy

Postępowanie mające na celu wykrycie lub diagnozę stanu chorobowego, w którym:

- Przeszczep narządu od żywego dawcy jest potencjalną opcją leczenia.
- Przeszczep szpiku kostnego jest potencjalną opcją leczenia.

zgodnie z Modułem ochrony 4, rozdział III: CHOROBY I PROCEDURY MEDYCZNE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM

Szczegółowe informacje dotyczące świadczenia

- Liczba konsultacji: Ubezpieczony ma prawo do maksymalnie dwóch (2) Wirtualnych konsultacji w ciągu roku polisowego, dla każdej z czterech grup objętych ubezpieczeniem (Nowotwory, Choroby układu krążenia, Neurochirurgia, Przeszczepy), pod warunkiem spełnienia warunków kwalifikacyjnych. Niewykorzystane konsultacje nie przechodzą na kolejny rok.
- Sposób realizacji: Konsultacje są organizowane przez Further i realizowane za pośrednictwem portalu online. Konsultacje twarzą w twarz lub stacjonarnie nie są dostępne w ramach tego świadczenia.
- Wybór specjalisty: Konsultacje są prowadzone przez specjalistę w danej dziedzinie, odpowiedniej dla konkretnej podejrzewanej u Ubezpieczonego choroby.
- Język: Konsultacje są prowadzone w języku polskim.

Kryteria kwalifikacyjne

Aby uzyskać dostęp do świadczenia Wirtualnej konsultacji, muszą być spełnione następujące warunki:

- Polisa Global Care musi być aktywna i w pełni opłacona w momencie planowania Wirtualnej konsultacji przez Further.
- Ubezpieczony musi przedłożyć dokumentację potwierdzającą postępowanie diagnostyczne, zgodnie z poniższymi wytycznymi dla danej grupy.
- Aby zweryfikować uprawnienie do Wirtualnej konsultacji, wymagane są odpowiednie dokumenty:

Wymagana dokumentacja

Aby potwierdzić uprawnienia do konsultacji wirtualnej, wymagane są następujące dokumenty:

Onkologia

- Karta onkologiczna (zielona karta DiLO) lub
- Dokumentacja medyczna wydana przez lekarza specjalistę z wnioskiem o wykonanie badań w kierunku stwierdzenia nowotworu lub potwierdzająca badanie obecności nowotworu z grupy objętej ubezpieczeniem.

Choroby układu krążenia

- Pilne skierowanie (cito) do kardiologa od lekarza pierwszego kontaktu (GP) lub specjalisty, w celu zbadania schorzeń objętych ubezpieczeniem lub
- Dokumentacja medyczna od specjalisty z wnioskiem o wykonanie badań lub potwierdzająca badanie pod kątem schorzeń objętych ubezpieczeniem w tej grupie.
- Przedłożone dokumenty muszą zawierać odniesienie do odpowiedniego kodu ICD.

Neurochirurgia

- Skierowanie do neurochirurga od lekarza pierwszego kontaktu (GP) lub specjalisty, w celu zbadania schorzeń objętych ubezpieczeniem lub
- Dokumentacja medyczna od specjalisty z wnioskiem o wykonanie badań lub potwierdzająca badanie pod kątem schorzeń objętych ubezpieczeniem w tej grupie.

Przeszczepy

- Skierowanie do transplantologa od lekarza pierwszego kontaktu (GP) lub specjalisty, w celu zbadania schorzeń objętych ubezpieczeniem lub
- Dokumentacja medyczna od specjalisty z wnioskiem o wykonanie badań lub potwierdzająca badanie pod kątem schorzeń objętych ubezpieczeniem w tej grupie.

Wyłączenia i ograniczenia

- Świadczenie to nie przysługuje w przypadku badań prowadzonych w Okresie wyłączenia.
- Świadczenie to nie jest przeznaczone do konsultacji niezwiązanych z postępowaniem diagnostycznym. Konsultacje dotyczące bieżącego leczenia, badań profilaktycznych, monitorowania lub opieki podiagnostycznej nie są objęte ubezpieczeniem.
- Świadczenie to nie obejmuje konsultacji niemedycznych, takich jak oceny prawne, oceny niepełnosprawności lub kwestie administracyjne niezwiązane z diagnozą schorzeń objętych ubezpieczeniem.
- Wirtualne konsultacje mają na celu wsparcie procesu diagnostycznego schorzeń objętych ubezpieczeniem poprzez zapewnienie opinii specjalisty. Nie zastępują one kompleksowych badań diagnostycznych, badań wykonywanych stacjonarnie ani planów leczenia, które mogą wymagać oddzielnych świadczeń medycznych.
- Specjalista wybierany jest przez Further na podstawie schorzenia i dziedziny badań. Ubezpieczony nie może wybrać konkretnego specjalisty ani poprosić o konsultację poza określonymi grupami.
- Wirtualna konsultacja nie gwarantuje potwierdzenia diagnozy ani wydania zaleceń dotyczących leczenia. Konieczne mogą być dalsze badania diagnostyczne lub konsultacja stacjonarna, które nie są objęte niniejszym świadczeniem.
- Ubezpieczony jest odpowiedzialny za zapewnienie dostępu do urządzenia spełniającego wymagania techniczne, stabilnego połączenia internetowego i odpowiednich warunków do przeprowadzenia Wirtualnej konsultacji.