



**OGÓLNE WARUNKI
DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA
LECZENIE ZA GRANICĄ**

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia leczenia za granicą, kod warunków LZIP52, które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty (realizacji) świadczenia	Pkt 1–19
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Pkt 1–2 Pkt 4–35 Pkt 48–49 Pkt 57–63

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 **na pzu.pl**



pod numerem infolinii 801 102 102
(opłata zgodna z taryfą operatora)

Roszczenie zgłosisz:



pod numerem infolinii 22 505 12 54
(opłata zgodna z taryfą operatora)

Zanim zawrzesz umowę, przeczytaj dokładnie OWU.

Znajdziesz w nich szczegółowe informacje, które dotyczą m.in.:

- zakresu ubezpieczenia (co obejmuje i czego nie obejmuje nasze ubezpieczenie),
- czasu trwania ubezpieczenia,
- Twoich i naszych praw i obowiązków,
- zasad realizacji świadczeń z ubezpieczenia.



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA LECZENIE ZA GRANICĄ

Kod warunków: LZIP52

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia leczenia za granicą uchwałą nr UZ/130/2025 z 31 lipca 2025 roku, zwane dalej OWU.

OWU wchodzi w życie 1 października 2025 roku.

Spis treści

Słowniczek	.1
Przedmiot ubezpieczenia	.4
Zakres ubezpieczenia	.4
Świadczenia z umowy	.5
Realizacja świadczeń	.7
Suma ubezpieczenia i limity świadczeń	12
Wyłączenia odpowiedzialności	14
Zawarcie umowy	15
Kto może zawrzeć umowę i być objęty ochroną	16
Czas trwania umowy	16
Ponowne zawarcie umowy	16
Początek naszej ochrony	16
Koniec naszej ochrony	16
Odstąpienie od umowy	17
Wypowiedzenie umowy	17
Składka	17
Reklamacje, skargi i zażalenia	17
Pozostałe prawa i obowiązki stron umowy oraz postanowienia końcowe	18

SŁOWNICZEK

– czyli o pojęciach, których używamy

1. W OWU używamy pojęć:

- 1) **badania kliniczne** – badania przeprowadzane wśród pacjentów w celu oceny bezpieczeństwa i skuteczności nowego protokołu leczenia, nowego leku, nowego urządzenia medycznego lub nowej procedury diagnostycznej;
- 2) **badanie mutacji dziedzicznych** – badanie diagnostyczne, polegające na poszukiwaniu określonych zmian w genach, które mogą być przyczyną wystąpienia określonych chorób, np. nowotworu złośliwego;
- 3) **centrum obsługi klienta** – całodobowe centrum zgłoszeniowe (tel. 22 505 12 54), które przyjmuje zgłoszenia telefoniczne i udziela dostępu do portalu zarządzanego przez Further, a także koordynuje organizację usług i świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem. Obsługa odbywa się w języku polskim;
- 4) **certyfi k at leczenia za granicą** – pisemna zgoda wydana przez Further w naszym imieniu na organizację i pokrycie kosztów leczenia za granicą oraz innych świadczeń i usług, które są objęte ubezpieczeniem. Certyfi k at jest ważny 3 miesiące od daty wystawienia;
- 5) **dawca** – żywa osoba wskazana przez ubezpieczonego, od której pobierane są komórki, tkanki lub narządy do przeszczepu dla ubezpieczonego;
- 6) **dokumentacja medyczna** – dokumentacja opisująca stan zdrowia ubezpieczonego lub udzielone mu świadczenia zdrowotne. Sporządzają ją:
 - a) podmioty, które udzielają świadczeń zdrowotnych,
 - b) osoby, które wykonują zawód medyczny,
 - c) osoby, które uczestniczą w udzielaniu świadczeń zdrowotnych;
- 7) **druga opinia medyczna** – opinia sporządzona przez lekarza konsultanta na podstawie dokumentacji medycznej ubezpieczonego, zawierająca weryfikację dotychczasowej diagnozy i propozycję planu leczenia;
- 8) **Further** – Further Underwriting International SLU, podmiot z siedzibą w Hiszpanii, za pośrednictwem którego zapewniamy organizację oraz realizację usług i świadczeń objętych ubezpieczeniem, w tym nadzór nad organizacją procesu leczenia ubezpieczonego;
- 9) **inżynieria tkankowa** – postępowanie, które dotyczy komórek lub tkanek zmodyfikowanych tak, by mogły być zastosowane do naprawy, regeneracji lub zamiany z tkankami ludzkimi;
- 10) **kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą** – świadczenie obejmujące kontrolę stanu zdrowia ubezpieczonego po powrocie do Polski po zakończonym procesie leczenia za granicą, która została zaplanowana przez lekarza prowadzącego leczenie za granicą. Kontrola ta obejmuje badania diagnostyczne, profilaktyczne lub przesiewowe oraz konsultacje lekarskie z nimi

związane, realizowane wyłącznie w rekomendowanych lub zaakceptowanych przez Further placówkach medycznych w Polsce lub placówkach medycznych za granicą;

- 11) **leczenie alternatywne** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkt medyczny albo farmaceutyczny, które nie są uważane za część medycyny konwencjonalnej, w tym akupunktura, aromaterapia, medycyna chiropraktyczna, medycyna homeopatyczna, medycyna naturopatyczna, ajurweda, tradycyjna medycyna chińska i medycyna osteopatyczna;
- 12) **leczenie eksperymentalne** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkt medyczny albo farmaceutyczny, których skuteczność i bezpieczeństwo nie zostało potwierdzone naukowo i medycznie lub które są w trakcie badań lub testów;
- 13) **leczenie za granicą** – leczenie poważnego stanu chorobowego, które:
 - a) odbywa się poza Polską, w placówce medycznej za granicą wybranej przez ubezpieczonego spośród placówek rekomendowanych przez Further,
 - b) jest konieczne z medycznego punktu widzenia w celu poprawy wyników stanu zdrowia ubezpieczonego, w związku z wystąpieniem poważnego stanu chorobowego,
 - c) zgodnie z opinią lekarza konsultanta, zespołu lekarsko-ekspertskiego lub zespołu medycznego Further uwzględnia aktualną wiedzę medyczną (w szczególności wytyczne organizacji NCCN (National Comprehensive Cancer Network) w zakresie leczenia nowotworu) na temat danego poważnego stanu chorobowego, jest uznane za najbardziej efektywny sposób leczenia.Leczenie za granicą jest organizowane, o ile wystąpił poważny stan chorobowy, a druga opinia medyczna, albo raport ekspercki terapii spersonalizowanej, albo zespół medyczny Further – w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z drugiej opinii medycznej – wskaże możliwości dalszego leczenia;
- 14) **lekarz** – osoba, która posiada formalnie potwierdzone kwalifikacje do leczenia ludzi, zgodnie z prawem państwa, w którym prowadzi praktykę zawodową i wykonuje zawód w zakresie swoich uprawnień i kwalifikacji;
- 15) **lekarz konsultant** – lekarz specjalista, praktykujący poza granicami Polski, o doświadczeniu zawodowym właściwym dla specyfiki danego poważnego stanu chorobowego, który sporządza drugą opinię medyczną;
- 16) **lek wydawany na receptę** – substancja lub połączenie substancji, która jest wydawana wyłącznie na receptę i jest dopuszczona do obrotu w danym kraju. Recepta na lek jest ważna także dla odpowiednika tego leku o tych samych składnikach aktywnych, sile i dawkowaniu;
- 17) **miejsce zamieszkania** – miejscowość, w której ubezpieczony przebywa z zamiarem stałego pobytu;
- 18) **miesiąc umowy** – okres, który rozpoczyna się i kończy w tym samym dniu, co miesiąc umowy podstawowej;
- 19) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie, które:
 - a) nie zależy od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, oraz
 - b) jest wywołane czynnikiem zewnętrznym, oraz
 - c) jest wyłączną przyczyną zdarzenia, które obejmuje nasza ochrona;
- 20) **opieka medyczna za granicą** – świadczenie obejmujące organizację leczenia za granicą oraz związane z tym leczeniem pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego, zakwaterowania, dzienne świadczenie szpitalne, zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę po powrocie do Polski, a w przypadku śmierci ubezpieczonego lub dawcy organizację i pokrycie kosztów repatriacji zwłok;
- 21) **ośrodek badawczy prowadzący badanie kliniczne** – placówka medyczna, która przeprowadza badanie kliniczne z udziałem ludzi i udziela wsparcia medycznego w zakresie badania klinicznego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i zasadami dobrych praktyk klinicznych;
- 22) **osoba towarzysząca** – osoba wskazana przez ubezpieczonego, która towarzyszy mu podczas realizacji świadczeń wynikających z umowy;
- 23) **placówka medyczna za granicą** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny, działający poza Polską, zgodnie z wymogami miejscowego prawa, świadczący opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki oraz leczenia i zatrudniający wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski;
- 24) **placówka medyczna w Polsce** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny w Polsce, działający zgodnie z wymogami polskiego prawa, świadczący opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki oraz leczenia i zatrudniający wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski;
- 25) **pobyt w szpitalu** – pobyt ubezpieczonego w szpitalu, który trwa co najmniej 1 dzień połączony z noclegiem i odbywa się w ramach opieki medycznej za granicą;
- 26) **portal** – platforma internetowa dostarczona i zarządzana przez Further w celu wspierania realizacji usług i świadczeń udzielanych ubezpieczonemu w ramach umowy. Dostęp do portalu udzielany jest przez centrum obsługi klienta;
- 27) **postępowanie profilaktyczne** – jakiegokolwiek procedura medyczna albo przyjęcie leku mające na celu wyłącznie obniżenie ryzyka zachorowania na nowotwór złośliwy, np. profilaktyczna operacja chirurgiczna, która polega na usunięciu tkanki lub organu, o zwiększonym ryzyku wystąpienia nowotworu złośliwego, w których obecnie nie potwierdzono obecności komórek nowotworowych;
- 28) **poważny stan chorobowy** – choroba lub stan objęty naszą ochroną w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia, tj.:
 - a) grupa 1 – nowotwór:
 - nowotwór złośliwy,
 - nowotwór złośliwy kwalifikujący się do terapii spersonalizowanej,
 - nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym tzw. in situ,
 - ciężka dysplazja nowotworowa,
 - b) grupa 2 – stan, co do którego stwierdzono konieczność przeprowadzenia operacji kardiochirurgicznych:
 - pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass),
 - zastawki serca,
 - c) grupa 3 – stan, co do którego stwierdzono konieczność przeprowadzenia operacji neurochirurgicznych:
 - mózgu,
 - łagodnego guza rdzenia kręgowego,
 - d) grupa 4 – stan, co do którego stwierdzono konieczność przeprowadzenia przeszczepów:
 - narządów,
 - szpiku kostnego.

Definicje poszczególnych poważnych stanów chorobowych znajdują się w pkt. 8. Wykazy poważnych stanów chorobowych objętych naszą ochroną w poszczególnych wariantach ubezpieczenia znajdują się w pkt. 7 w tabeli nr 1;

- 29) **profilowanie molekularne** – zbiór technik diagnostycznych, które służą do szczegółowej analizy cech molekularnych komórek nowotworowych. Jest wykonywane w celu identyfikacji typu biologicznego nowotworu, indywidualizacji leczenia, określenia rokowania i ryzyka nawrotu oraz unikania nieskutecznych terapii;
- 30) **przeszczep** – przeszczep narządów lub przeszczep szpiku kostnego;
- 31) **PZU Życie/my** – Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna;
- 32) **raport ekspercki terapii spersonalizowanej** – opinia, którą sporządza zespół lekarsko-eksperski, w ramach świadczenia terapii spersonalizowanej (medycyny precyzyjnej) na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej oraz bioprobek, zawierający:
 - a) kliniczne podsumowanie stanu zdrowia ubezpieczonego,
 - b) ocenę wyników profilowania molekularnego,
 - c) zalecenia dotyczące leczenia o najwyższym potencjale klinicznym,
 - d) analizę oporności lub toksyczności dla ubezpieczonego pewnych metod terapeutycznych,
 - e) dostępność badań klinicznych, jeśli mają zastosowanie,
 - f) wnioski na temat potencjalnych mutacji i nowotworów dziedzicznych (jeśli dotyczy); w przypadku, gdy w raporcie zespół lekarsko-eksperski zidentyfikował potencjalną dziedziczną mutację genu u ubezpieczonego, to ubezpieczonemu zaoferowane zostanie badanie mutacji dziedzicznych;
- 33) **rocznica umowy podstawowej** – każda rocznica dnia, w którym została zawarta umowa podstawowa;
- 34) **siła wyższa** – zdarzenie zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia, którego skutkom nie można było zapobiec;
- 35) **suma ubezpieczenia** – stanowiąca górną granicę naszej odpowiedzialności kwota wskazana w tych OWU, do wysokości której będą realizowane świadczenia objęte ubezpieczeniem – ustalona łącznie dla pierwszej i kolejnych umów zawartych na rzecz tego samego ubezpieczonego – z zastrzeżeniem, że w ramach sumy ubezpieczenia poszczególne świadczenia są ograniczone limitami wskazanymi w pkt. 20;
- 36) **szpital** – podmiot leczniczy, który świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski;
- 37) **terapia genowa** – postępowanie, które dotyczy genów powodujących efekt terapeutyczny, profilaktyczny lub diagnostyczny i polega na wprowadzeniu do organizmu genów lub fragmentów genów DNA lub RNA stworzonych w laboratorium, w celu leczenia różnego rodzaju chorób (w tym chorób genetycznych, nowotworów albo chorób przewlekłych);
- 38) **terapia komórkami somatycznymi** – postępowanie, które dotyczy komórek lub tkanek poddanych modyfikacjom w celu zmiany ich charakterystyki biologicznej lub użycia komórek lub tkanek w innej roli, niż ich podstawowa rola biologiczna w organizmie. Procedury te mogą być stosowane do leczenia, diagnostyki lub zapobiegania chorobom;
- 39) **terapia limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor CAR T-cell therapy)** – terapia z użyciem limfocytów T z chimerycznymi receptorami antygenowymi – rodzaj leczenia, w którym funkcja limfocytów T (rodzaj komórek układu odpornościowego) została zmodyfikowana w laboratorium tak, by były w stanie znaleźć i zaatakować komórki nowotworowe. Limfocyty T są pobierane z krwi;
- 40) **terapia spersonalizowana (medycyna precyzyjna)** – terapia onkologiczna nowotworu złośliwego kwalifikującego się do terapii spersonalizowanej wynikająca z rekomendacji raportu eksperckiego terapii spersonalizowanej;
- 41) **transport medyczny** – transport ubezpieczonego lub dawcy dostosowany do jego stanu zdrowia, zalecany przez lekarza konsultanta lub lekarza prowadzącego leczenie za granicą, realizowany zgodnie z jego wskazaniami;
- 42) **ubezpieczający/Ty** – podmiot, który zawarł z nami umowę. Ubezpieczającym może być osoba fizyczna, osoba prawna albo jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej;
- 43) **ubezpieczony** – ubezpieczony z umowy podstawowej, współmałżonek/partner z umowy podstawowej – na rzecz którego ubezpieczający zawiera tę umowę – który w całym okresie tej umowy ma miejsce zamieszkania w Polsce;
- 44) **umowa/umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia dodatkowego zawarta między Tobą a PZU Życie na podstawie tych OWU i potwierdzona polisą;
- 45) **umowa podstawowa** – umowa indywidualnego ubezpieczenia na życie, do której możesz zawrzeć tę umowę;
- 46) **umowa terminowa** – umowa dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia terminowego na życie, która została zawarta na rzecz współmałżonka/partnera ubezpieczonego z umowy podstawowej;
- 47) **pierwsza umowa** – umowa zawarta po raz pierwszy na rzecz danego ubezpieczonego lub zawarta ponownie na rzecz tego samego ubezpieczonego, jeżeli nie zachowano ciągłości naszej ochrony;
- 48) **kolejna umowa** – umowa zawarta po raz kolejny z zachowaniem ciągłości naszej ochrony;
- 49) **wiek polisowy**:
 - a) w przypadku zawierania umowy dodatkowej wraz z umową podstawową – wiek ubezpieczonego ustalany na dzień początku ochrony umowy dodatkowej i w każdą kolejną rocznicę umowy podstawowej, obliczany jako różnica lat pomiędzy aktualnym rokiem kalendarzowym, a rokiem urodzenia ubezpieczonego,
 - b) w przypadku zawierania umowy dodatkowej do istniejącej umowy podstawowej – wiek ubezpieczonego ustalany na dzień początku ochrony umowy dodatkowej i w każdą kolejną rocznicę umowy podstawowej, obliczany jako różnica lat pomiędzy rokiem kalendarzowym w dniu ostatniej rocznicy umowy podstawowej a rokiem urodzenia ubezpieczonego (a jeśli nie było jeszcze rocznicy umowy podstawowej wiek ubezpieczonego obliczany jako różnica lat pomiędzy rokiem kalendarzowym z dnia zawarcia umowy podstawowej, a rokiem urodzenia ubezpieczonego);



PRZYKŁAD

Współmałżonek/partner urodził się 5 maja 1990 r.

Jest 17 kwietnia 2026 r. i właśnie zawarłeś z nami umowę podstawową rozszerzoną o ubezpieczenie dodatkowe dla współmałżonka/partnera ubezpieczonego. Zgodnie z powyższą definicją współmałżonek/partner w dniu początku ochrony z ubezpieczenia dodatkowego (17 kwietnia 2026 r.) miał 36 lat (2026 – 1990).

W dniu 10 stycznia 2027 r. zawarłeś z nami kolejną umowę dodatkową dla współmałżonka/partnera ubezpieczonego. Wiek polisowy współmałżonka/partnera ubezpieczonego to w tym momencie nadal 36 lat (ponieważ nie było jeszcze rocznicy polisy, przyjmujemy rok kalendarzowy z dnia zawarcia umowy podstawowej, czyli 2026 r. od którego odejmujemy rok kalendarzowy urodzenia współmałżonka/partnera ubezpieczonego, czyli 1990). Jeśli zawarłbyś tę umowę w rocznicę lub po rocznicy umowy podstawowej, czyli np. 17 kwietnia 2027 r., współmałżonek/partner miałby 37 lat (2027–1990).

- 50) **współmałżonek/partner** – wskazana we wniosku o ubezpieczenie osoba, która pozostaje z ubezpieczonym z umowy podstawowej w dniu zawarcia umowy terminowej i tej umowy:
- w związku małżeńskim – w przypadku współmałżonka,
 - we wspólnym pożyciu – w przypadku partnera;
- 51) **zaaprobowany protokół terapii CAR-T** – terapia limfocytami CAR-T, która:
- obejmuje pojedynczą infuzję leku oraz etapy leczenia wstępnego i przygotowania do infuzji, a także fazę monitorowania po infuzji oraz
 - jest dopuszczona do stosowania oraz wykonywana zgodnie z wytycznymi odpowiednich władz medycznych państwa, w którym jest prowadzone leczenie;
- 52) **zespół lekarsko-ekspertcki** – zespół lekarzy z zakresu onkologii, genetyki i patologii wyznaczony przez Further do sporządzenia raportu eksperckiego terapii spersonalizowanej w ramach świadczenia terapii spersonalizowanej (medycyny precyzyjnej);
- 53) **zespół medyczny Further** – zespół lekarzy współpracujących z Further.
2. Jeżeli te OWU nie stanowią inaczej, określenia, które zdefiniowaliśmy w OWU umowy podstawowej używamy w tych OWU w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy zdrowie ubezpieczonego.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

– czyli jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u ubezpieczonego zdefiniowanych w pkt. 8 poważnych stanów chorobowych w okresie ubezpieczenia lub wystąpienie każdego kolejnego poważnego stanu chorobowego z tej samej grupy w okresie 36 miesięcy, liczonym w sposób wskazany w pkt. 14 i 15, zgodnie z wybranym przez ubezpieczającego wariantem ubezpieczenia.
5. Umowę możesz zawrzeć w jednym z dwóch wariantów ubezpieczenia:
- w wariantcie Standard lub
 - w wariantcie Premium.
6. Warianty ubezpieczenia różnią się zakresem ubezpieczenia oraz zakresem poszczególnych świadczeń. Wariant ubezpieczenia wybierasz we wniosku o ubezpieczenie, a my potwierdzamy go w polisie.
7. Wykaz poważnych stanów chorobowych objętych naszą ochroną w poszczególnych wariantach ubezpieczenia, określamy w tabeli nr 1.

Tabela nr 1 Zakres ubezpieczenia

- znak „✓” w tabeli oznacza, że dany poważny stan chorobowy jest objęty ochroną;
- znak „x” w tabeli oznacza, że dany poważny stan choroby nie jest objęty ochroną.

	wariant Standard	wariant Premium
Nowotwór (grupa 1):		
a) nowotwór złośliwy	✓	✓
b) nowotwór złośliwy kwalifikujący się do terapii spersonalizowanej	✓	✓
c) nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym tzw. in situ	x	✓
d) ciężka dysplazja nowotworowa	x	✓
Stan, co do którego stwierdzono konieczność przeprowadzenia operacji kardiologicznych (grupa 2):		
a) pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass)	x	✓
b) zastawki serca	x	✓
Stan, co do którego stwierdzono konieczność przeprowadzenia operacji neurochirurgicznych (grupa 3):		
a) mózgu	x	✓
b) łagodnego guza rdzenia kręgowego	x	✓
Stan, co do którego stwierdzono konieczność przeprowadzenia przeszczepów (grupa 4):		
a) narządów	x	✓
b) szpiku kostnego	x (chyba że przeszczep szpiku jest związany z nowotworem złośliwym)	✓

8. Poważne stany chorobowe definiujemy następująco:

- nowotwór (grupa 1):**
 - nowotwór złośliwy** – niekontrolowany rozrost komórek nowotworowych, cechujących się zdolnością do naciekania i niszczenia tkanek oraz tworzenia odległych przerzutów. Odpowiadamy wyłącznie za taki nowotwór złośliwy, którego

inwazyjny charakter został potwierdzony badaniem histopatologicznym. Odpowiadamy także za przypadki, w których ze względów medycznych nie pobrano materiału do badania histopatologicznego, jednak opinia zespołu medycznego Further potwierdza, że obraz kliniczny i badania diagnostyczne są wystarczającym dowodem na potwierdzenie złośliwości procesu nowotworowego;

Dniem wystąpienia tego poważnego stanu chorobowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną pobrano materiał do badania histopatologicznego lub jeśli pobranie materiału do badania histopatologicznego nie było możliwe ze względów medycznych dzień, w którym wykonano inne badania diagnostyczne, które jednoznacznie potwierdziły nowotwór złośliwy;

b) **nowotwór złośliwy kwalifikujący się do terapii spersonalizowanej** – nowotwór złośliwy, który spełnia co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

- nie reaguje na leczenie pierwszej linii (zgodnie z opinią lekarza onkologa prowadzącego leczenie),
- jest w III stopniu zaawansowania klinicznego (nowotwór zaawansowany),
- jest w IV stopniu zaawansowania klinicznego (nowotwór bardzo zaawansowany z obecnością przerzutów odległych),
- ma nieznaną umiejscowienie pierwotne, czyli pomimo wykonania badań diagnostycznych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie można ustalić ogniska pierwotnego,
- jest nowotworem rzadkim, czyli takim którego częstość występowania jest mniejsza niż 6 na 100 tys. osób rocznie i jest wymieniony w wykazie nowotworów rzadkich RARECARE Europejskiego Towarzystwa Onkologii Medycznej (ESMO);

Dniem wystąpienia tego poważnego stanu chorobowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione poniższe warunki:

- rozpoznano nowotwór złośliwy zgodnie z ppkt. 1 lit. a) i
- stwierdzono co najmniej jedno ze wskazanych powyżej kryteriów nowotworu złośliwego kwalifikującego się do terapii spersonalizowanej;

c) **nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym tzw. in situ** – nowotwór złośliwy rozpoznany we wczesnej postaci, bez cech przekraczania błony podstawnej, która jest ograniczeniem dla szerzenia się komórek nowotworowych przez krew i układ chłonny. Odpowiadamy wyłącznie za taki nowotwór złośliwy, którego przedinwazyjny charakter został potwierdzony badaniem histopatologicznym;

Dniem wystąpienia tego poważnego stanu chorobowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną pobrano materiał do badania histopatologicznego, które jednoznacznie potwierdziło nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym tzw. in situ;

d) **ciężka dysplazja nowotworowa** – przednowotworowa zmiana w budowie komórek sklasyfikowana cytologicznie lub histopatologicznie jako dysplazja dużego stopnia (ang. high-grade dysplasia) lub ciężka dysplazja (ang. severe dysplasia);

Dniem wystąpienia tego poważnego stanu chorobowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną pobrano materiał do badania cytologicznego lub histopatologicznego, które jednoznacznie potwierdziło ciężką dysplazję nowotworową;

2) **stan, co do którego stwierdzono konieczność przeprowadzenia operacji kardiochirurgicznych (grupa 2):**

a) **pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass)** – to jest wszczepienia co najmniej jednego pomostu omijającego niedrożny lub zwężony odcinek tętnicy wieńcowej,

b) **zastawki serca** – to jest wymiany lub rekonstrukcji uszkodzonej co najmniej jednej zastawki serca;

Dniem wystąpienia tego poważnego stanu chorobowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zalecono przeprowadzenie operacji kardiochirurgicznej pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass) lub operacji kardiochirurgicznej zastawki serca;

Świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku wystąpienia poważnego stanu chorobowego z grupy 2 jest ograniczone do zorganizowania zabiegu kardiochirurgicznego wymienionego w punktach a) i b) oraz innych świadczeń, które są wymienione w OWU;

3) **stan, co do którego stwierdzono konieczność przeprowadzenia operacji neurochirurgicznych (grupa 3):**

a) **mózgu** – to jest każdej interwencji neurochirurgicznej w mózgu lub w pozostałych strukturach wewnątrzczaszkowych,

b) **łagodnego guza rdzenia kręgowego** – to jest każdej interwencji neurochirurgicznej mającej na celu leczenie łagodnego guza rdzenia kręgowego. Łagodny guz rdzenia kręgowego, to tylko taki guz, który jest zlokalizowany w rdzeniu kręgowym, a jego łagodny charakter jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;

Dniem wystąpienia tego poważnego stanu chorobowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zalecono przeprowadzenie operacji neurochirurgicznej mózgu lub operacji neurochirurgicznej łagodnego guza rdzenia kręgowego;

Świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku wystąpienia poważnego stanu chorobowego z grupy 3 jest ograniczone do zorganizowania zabiegu neurochirurgicznego wymienionego w punktach a) i b) oraz innych świadczeń, które są wymienione w OWU;

4) **stan, co do którego stwierdzono konieczność przeprowadzenia przeszczepów (grupa 4):**

a) **narządów** – to jest operacji chirurgicznej, podczas której ubezpieczonemu jako biorcy zostaje przeszczepiona nerka, płat płuca, część wątroby lub część trzustki od żywego dawcy,

b) **szpiku kostnego** – to jest przeszczepu komórek szpiku kostnego lub komórek macierzystych z krwi obwodowej, które pochodzą od:

- ubezpieczonego (przeszczep autologiczny), lub
- dawcy (przeszczep allogeniczny);

Dniem wystąpienia tego poważnego stanu chorobowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zalecono przeprowadzenie przeszczepu jednego ze wskazanych wyżej narządu lub narządów lub przeszczepu szpiku kostnego;

Świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku wystąpienia poważnego stanu chorobowego z grupy 4 jest ograniczone do zorganizowania zabiegu przeszczepu wymienionego w punktach a) i b) oraz innych świadczeń, które są wymienione w OWU.

ŚWIADCZENIA Z UMOWY

– czyli jakie świadczenia zapewniamy i w jakim okresie je realizujemy

9. W razie wystąpienia poważnego stanu chorobowego w okresie ochrony, z zastrzeżeniem pkt. 10, zapewnimy następujące świadczenia:

- 1) drugą opinię medyczną, chyba że wystąpił nowotwór złośliwy kwalifikujący się do terapii spersonalizowanej i zapewnimy raport ekspercki terapii spersonalizowanej;
- 2) opiekę medyczną za granicą – bez terapii spersonalizowanej (medycyny precyzyjnej);
- 3) kontrolę stanu zdrowia po leczeniu za granicą.

10. W razie wystąpienia nowotworu złośliwego kwalifikującego się do terapii spersonalizowanej, zapewnimy świadczenie terapii spersonalizowanej (medycyny precyzyjnej), uzupełniające w stosunku do świadczeń wskazanych w pkt. 9. W ramach tego świadczenia zapewnimy:
- 1) profilowanie molekularne;
 - 2) badanie mutacji dziedzicznych ubezpieczonego i uprawnionych członków rodziny wskazanych w pkt. 19.2 ppkt. 5;
 - 3) opiekę medyczną za granicą wynikającą z rekomendacji raportu eksperckiego terapii spersonalizowanej – zgodnie z zakresem świadczeń określonym w pkt. 19.3;
 - 4) przewodnik ubezpieczonego w ramach badań klinicznych;
 - 5) pomoc w organizacji leczenia w ramach badań klinicznych:
 - a) w Polsce (powyżej 100 km od miejsca zamieszkania ubezpieczonego):
 - organizację i pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego oraz zakwaterowania,
 - dzienne świadczenie dla badań klinicznych,
 - organizację i pokrycie kosztów repatriacji zwłok do miejsca pochówku,
 - b) poza Polską:
 - organizację i pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego oraz zakwaterowania,
 - organizację i pokrycie kosztów leczenia za granicą pod warunkiem, że:
 - jest przeprowadzane w tej samej placówce medycznej, w której jest przeprowadzane badanie kliniczne,
 - koszty te nie są finansowane przez ośrodek badawczy prowadzący badanie kliniczne,
 - dzienne świadczenie dla badań klinicznych,
 - organizację i pokrycie kosztów repatriacji zwłok do miejsca pochówku.
11. Świadczenia wskazane w pkt. 10 zrealizujemy, jeśli spełnione zostaną wszystkie poniższe warunki:
- 1) diagnoza nowotworu potwierdza wystąpienie nowotworu złośliwego spełniającego jedno z kryteriów określonych w pkt. 8 ppkt. 1 lit. b);
 - 2) ubezpieczony jest w trakcie terapii przeciwnowotworowej lub otrzymał zalecenie lekarskie niezwłocznego rozpoczęcia leczenia onkologicznego;
 - 3) materiał do testów genetycznych jest dostępny w formie próbki z biopsji spełniającej kryteria wyznaczone przez laboratorium, która umożliwia mu prawidłowe przeprowadzenie testów. Jeśli próbka nie zawiera wystarczającej liczby komórek nowotworu, w uzasadnionych medycznie przypadkach, możliwe jest wykorzystanie płynnej biopsji – próbki krwi.
12. Zakres świadczeń w poszczególnych wariantach ubezpieczenia przedstawiamy w tabeli nr 2.

Tabela nr 2 Zakres świadczeń

- 1) znak „✓” w tabeli oznacza, że świadczenie jest dostępne w danym wariantcie;
- 2) znak „x” w tabeli oznacza, że świadczenie nie jest dostępne w danym wariantcie.

	wariant Standard	wariant Premium
I. Świadczenia		
1. Druga opinia medyczna	✓	✓
2. Opieka medyczna za granicą – bez terapii spersonalizowanej (medycyny precyzyjnej):		
a) Organizacja i pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego	✓	✓
b) Organizacja i pokrycie kosztów zakwaterowania	✓	✓
c) Organizacja i pokrycie kosztów leczenia za granicą	✓	✓
d) Dzielne świadczenie szpitalne	x	✓
e) Zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę po powrocie do Polski	x	✓
f) Organizacja i pokrycie kosztów repatriacji zwłok ubezpieczonego lub dawcy do miejsca pochówku	✓	✓
3. Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą	✓	✓
II. Świadczenia dla nowotworu złośliwego kwalifikującego się do terapii spersonalizowanej – uzupełniające w stosunku do świadczeń z pkt. I		
1. Terapia spersonalizowana (medycyna precyzyjna) – obejmująca poniższe świadczenia:		
a) Profilowanie molekularne	✓	✓
b) Badanie mutacji dziedzicznych ubezpieczonego i uprawnionych członków rodziny	✓	✓
c) Opieka medyczna za granicą – wynikająca z rekomendacji raportu eksperckiego terapii spersonalizowanej	✓	✓
d) Przewodnik ubezpieczonego w ramach badań klinicznych	✓	✓
e) Pomoc w organizacji leczenia w ramach badań klinicznych:	✓	✓
• w Polsce (powyżej 100 km od miejsca zamieszkania ubezpieczonego)		
– Organizacja i pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego oraz zakwaterowania	✓	✓
– Dzielne świadczenie dla badań klinicznych	✓	✓
– Organizacja i pokrycie kosztów repatriacji zwłok do miejsca pochówku	✓	✓

	wariant Standard	wariant Premium
• poza Polską		
– Organizacja i pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego oraz zakwaterowania	✓	✓
– Organizacja i pokrycie kosztów leczenia za granicą pod warunkiem, że: – jest przeprowadzane w tej samej placówce medycznej, w której jest przeprowadzane badanie kliniczne – koszty te nie są finansowane przez ośrodek badawczy prowadzący badanie kliniczne	✓	✓
– Dienne świadczenie dla badań klinicznych	✓	✓
– Zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę po powrocie do Polski	✓	✓
– Organizacja i pokrycie kosztów repatriacji zwłok do miejsca pochówku	✓	✓
III. Zakres terytorialny leczenia za granicą	świat bez Polski i USA	świat bez Polski

13. Szczegółowy zakres poszczególnych świadczeń oraz informacje o ich limitach, w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia, znajdziesz w pkt. 18, 19 i 20.

14. Świadczenia, o których mowa w pkt. 9 ppkt. 2) i 3) oraz w pkt. 10 dla danej grupy poważnych stanów chorobowych wskazanej w pkt. 1 ppkt. 28) są realizowane nie dłużej niż przez okres 36 miesięcy. Okres 36 miesięcy rozpoczyna się:
1) od dnia pierwszej podróży rozpoczynającej leczenie za granicą w przypadku, gdy podróż rozpoczęła się w tym samym okresie ubezpieczenia, w którym wystąpił poważny stan chorobowy;
2) od dnia następującego po zakończeniu okresu ubezpieczenia w przypadku, gdy pierwsza podróż rozpoczynająca leczenie za granicą rozpoczęła się po zakończeniu okresu ubezpieczenia, w którym wystąpił poważny stan chorobowy.
W sytuacji, gdy okres 36 miesięcy kończy się w trakcie leczenia za granicą lub w trakcie badań klinicznych w Polsce lub poza Polską, świadczenia będą realizowane na podstawie wcześniej ustalonego planu leczenia do dnia powrotu ubezpieczonego do miejsca zamieszkania w Polsce.



PRZYKŁAD

1 stycznia 2026 r. zawarłaś z nami umowę (jesteś jednocześnie ubezpieczoną). 15 maja 2026 r. zdiagnozowano u Ciebie nowotwór złośliwy tarczycy, czyli chorobę z grupy 1.

Przypadek 1):

20 czerwca 2026 r. wyjechałaś na leczenie za granicą. Okres ubezpieczenia zakończył się 31 grudnia 2026 r. Okres 36 miesięcy, podczas którego będziemy realizować opiekę medyczną za granicą w związku ze zdiagnozowanym nowotworem złośliwym tarczycy, rozpocznie się 20 czerwca 2026 r. (data pierwszej podróży wystąpiła w okresie ubezpieczenia, w którym zdiagnozowano u Ciebie nowotwór złośliwy tarczycy).

Przypadek 2):

Okres ubezpieczenia zakończył się 31 grudnia 2026 r., do tego momentu nie zdecydowałaś się na leczenie za granicą. Na leczenie za granicą wyjechałaś 1 lutego 2027 r. Okres 36 miesięcy, podczas którego będziemy realizować opiekę medyczną za granicą w związku ze zdiagnozowanym nowotworem złośliwym tarczycy, rozpocznie się 1 stycznia 2027 r. (dzień następujący po zakończeniu okresu ubezpieczenia).

15. Okres 36 miesięcy, o którym mowa w pkt. 14 liczony jest odrębnie dla każdej z grup wskazanych w pkt. 1 ppkt. 28).



PRZYKŁAD

1 stycznia 2026 r. zawarłaś z nami umowę (jesteś jednocześnie ubezpieczoną). 15 września 2026 r. zdiagnozowano u Ciebie nowotwór złośliwy tarczycy, czyli chorobę z grupy 1. 20 października 2026 r. wyjechałaś na leczenie za granicą. Okres 36 miesięcy, podczas którego będziemy realizować opiekę medyczną za granicą w związku ze zdiagnozowanym nowotworem złośliwym tarczycy, rozpocznie się 20 października 2026 r.
Następnie 1 lipca 2027 r. zdiagnozowano u Ciebie ciężką dysplazję szyjki macicy, czyli drugą chorobę z tej samej grupy. 36-miesięczny okres realizacji świadczeń dla ciężkiej dysplazji szyjki macicy będzie od dnia 20 października 2026 r. (data pierwszej podróży w okresie ubezpieczenia, w którym zdiagnozowano u Ciebie nowotwór złośliwy tarczycy).

REALIZACJA ŚWIADCZEŃ

– czyli kto i jak może korzystać ze świadczeń i co obejmują poszczególne świadczenia

16. Świadczenia zrealizujemy, jeśli ubezpieczony ma miejsce zamieszkania w Polsce i w ciągu 12 miesięcy przed wystąpieniem poważnego stanu chorobowego nie przebywał poza Polską dłużej niż 183 dni kalendarzowe.

17. Jeśli ubezpieczony chce skorzystać ze świadczeń:

- 1) kontaktuje się z centrum obsługi klienta, aby zawiadomić o wystąpieniu poważnego stanu chorobowego i podaje swoje dane:
 - a) imię, nazwisko, numer telefonu do kontaktu, adres zamieszkania, email,
 - b) numer polisy, która potwierdza zawarcie umowy,
 - c) dzień wystąpienia poważnego stanu chorobowego;

- 2) za pośrednictwem centrum obsługi klienta otrzymuje dostęp do portalu, w którym należy się zarejestrować;
- 3) zgłasza swój wniosek i przekazuje zgromadzoną dokumentację medyczną poprzez portal;
- 4) wypełnia otrzymane formularze lub odpowiada na pytania dotyczące stanu zdrowia;
- 5) współpracuje z Further w zakresie koniecznym do realizacji świadczeń.

18. Postanowienia pkt. 17, 18.1 – 18.3 oraz pkt. 19 określają zasady realizacji świadczeń.

18.1 Druga opinia medyczna

- 1) Further informuje ubezpieczonego, jaka dokumentacja medyczna jest potrzebna do przygotowania drugiej opinii medycznej;
- 2) Further w ramach tego świadczenia:
 - a) zapewnia ponowną ocenę histopatologiczną lub cytologiczną tkanek, które zostały wcześniej pobrane od ubezpieczonego – jeśli jest to medycznie uzasadnione,
 - b) tłumaczy dokumentację medyczną ubezpieczonego na język lekarza konsultanta,
 - c) przekazuje dokumentację medyczną lekarzowi konsultantowi,
 - d) dostarcza ubezpieczonemu drugą opinię medyczną;
- 3) Druga opinia medyczna zawiera opinię lekarza konsultanta dotyczącą postawionej diagnozy i stosowanego leczenia, propozycję planu leczenia oraz informacje o doświadczeniach zawodowych i osiągnięciach zawodowych lekarza konsultanta, który ją sporządził. Opinia zostaje przetłumaczona na język polski i dostarczona ubezpieczonemu;
- 4) Jeśli lekarz konsultant postawi odmienną diagnozę niż diagnoza wynikająca z dokumentacji medycznej ubezpieczonego, Further zapewnia organizację i pokrycie kosztów sporządzania dodatkowej opinii medycznej przez innego lekarza konsultanta oraz przetłumaczenia jej na język polski;
- 5) Ubezpieczony otrzymuje drugą opinię medyczną wraz z informacją, czy przysługuje mu prawo do opieki medycznej za granicą w ciągu 30 dni od dnia otrzymania przez Further zawiadomienia o wystąpieniu poważnego stanu chorobowego;
- 6) Jeśli w powyższym terminie nie jest możliwe przygotowanie drugiej opinii medycznej, to zostanie ona przekazana ubezpieczonemu w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – jej sporządzenie stanie się możliwe;
- 7) Dla jednego poważnego stanu chorobowego Further przygotowuje jedną – drugą opinię medyczną, z zastrzeżeniem pkt.18.1 ppkt. 4;
- 8) Further informuje ubezpieczonego pisemnie lub w innej uzgodnionej z ubezpieczonym formie, jak skorzystać z pozostałych świadczeń, które obejmuje ubezpieczenie;
- 9) Ubezpieczony może zrezygnować z drugiej opinii medycznej. W takiej sytuacji o zasadności i planie leczenia za granicą rozstrzyga zespół medyczny Further na podstawie dostarczonej przez ubezpieczonego dokumentacji. Informację w powyższym zakresie ubezpieczony otrzymuje w terminie przewidzianym na wydanie drugiej opinii medycznej;
- 10) Jeśli ubezpieczony zdecyduje się skorzystać z drugiej opinii medycznej, realizacja świadczenia dotyczącego opieki medycznej za granicą rozpocznie się po wydaniu drugiej opinii medycznej, z której wynika, że ubezpieczonemu przysługuje prawo do tego świadczenia;
- 11) Ubezpieczony nie może skorzystać z drugiej opinii medycznej, jeśli w związku z tą samą diagnozą nowotworu złośliwego kwalifikującego się do terapii spersonalizowanej otrzymał raport ekspercki terapii spersonalizowanej.

18.2 Opieka medyczna za granicą – bez terapii spersonalizowanej (medycyny precyzyjnej)

- 1) Jeśli druga opinia medyczna lub zespół medyczny Further – w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z drugiej opinii medycznej, wskazują możliwości dalszego leczenia ubezpieczonego, Further potwierdza ubezpieczonemu prawo do opieki medycznej za granicą. Potwierdzenie prawa do opieki medycznej za granicą Further przekazuje wraz z drugą opinią medyczną, a w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z drugiej opinii medycznej, w terminie przewidzianym na wydanie drugiej opinii medycznej;
- 2) Further, w terminie 3 dni roboczych od potwierdzenia ubezpieczonemu prawa do opieki medycznej, przedstawi ubezpieczonemu propozycję trzech placówek medycznych za granicą, które są w stanie podjąć się leczenia. Ubezpieczony wybiera jedną z przedstawionych placówek medycznych w ciągu trzech miesięcy od daty otrzymania powyższej propozycji;
- 3) Po otrzymaniu od ubezpieczonego informacji o wyborze jednej z placówek medycznych, Further:
 - a) przekazuje ubezpieczonemu, w ciągu 10 dni roboczych, certyfikat leczenia za granicą oraz
 - b) organizuje podróży i zakwaterowanie konieczne do rozpoczęcia leczenia za granicą;
- 4) Jeśli ubezpieczony decyduje się na leczenie za granicą po 3 miesiącach od daty wystawienia certyfikatu leczenia za granicą, Further wystawia nowy certyfikat leczenia za granicą, na podstawie aktualnego stanu zdrowia ubezpieczonego;
- 5) Zakres świadczenia opieki medycznej za granicą:
 - a) organizacja i pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego – świadczenie obejmuje organizację i pokrycie kosztów podróży ubezpieczonego, osoby towarzyszącej (z miejsca zamieszkania ubezpieczonego) i dawcy – do miejsca, w którym znajduje się wybrana przez ubezpieczonego placówka medyczna za granicą oraz podróży powrotnej do Polski lub do miejsca zamieszkania dawcy (jeśli znajduje się ono poza Polską) w zakresie:
 - transportu z miejsca zamieszkania do wyznaczonego lotniska międzynarodowego lub dworca kolejowego,
 - biletów na pociąg lub biletów lotniczych w klasie ekonomicznej do miasta docelowego leczenia i transportu do wskazanego hotelu lub bezpośrednio do szpitala,
 - transportu z wyznaczonego hotelu lub szpitala do wskazanego międzynarodowego lotniska lub dworca kolejowego,
 - biletów na pociąg lub biletów lotniczych w klasie ekonomicznej, a następnie transportu do miejsca zamieszkania,
 - b) organizacja i pokrycie kosztów zakwaterowania – świadczenie obejmuje organizację i pokrycie kosztów zakwaterowania ubezpieczonego, osoby towarzyszącej i dawcy w miejscu leczenia poważnego stanu chorobowego (poza granicami Polski), w pokoju dwuosobowym ze śniadaniem w hotelu trzy- lub czterogwiazdkowym, który znajduje się najbliżej placówki medycznej za granicą wybranej przez ubezpieczonego, w odległości nie większej niż 10 km od tej placówki, z zastrzeżeniem pkt. 29 ppkt. 15),
 - c) organizacja i pokrycie kosztów leczenia za granicą – świadczenie obejmuje organizację i pokrycie kosztów leczenia za granicą, które wynikają z przyjętego planu leczenia lub są związane z leczeniem poważnego stanu chorobowego do wysokości sumy ubezpieczenia (z wyjątkiem usług i kosztów wyraźnie wyłączonych w niniejszych OWU), w szczególności organizację i pokrycie kosztów:
 - zakwaterowania i wyżywienia w szpitalu;

- zakwaterowania ubezpieczonego w szpitalu, które wynika z planu leczenia, oraz dodatkowego łóżka dla osoby towarzyszącej – jeśli szpital zapewnia taką usługę,
- posiłków dla ubezpieczonego, które są standardowo oferowane przez szpital,
- leczenia poważnego stanu chorobowego:
 - opieki lekarskiej, pielęgniarstwa oraz opieki pozostałego personelu medycznego w każdym oddziale szpitala, w którym – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego i ze względu na przebieg leczenia – jest konieczne leczenie oraz w ambulatorium, zgodnie z zasadami pracy szpitala,
 - badań diagnostycznych, które są wymagane do przygotowania leczenia lub w jego trakcie i są wykonywane na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie, w tym: badań rentgenowskich (RTG), tomografii komputerowej (CT), badań elektrokardiograficznych (EKG), elektroencefalograficznych (EEG), ultrasonograficznych (USG), badań z zastosowaniem izotopów promieniotwórczych, mikroskopowych badań szpiku kostnego (mielogram), kardiografii, angiografii, rezonansu magnetycznego (MRI),
 - leczenia: metodami chemioterapii, metodami radioterapii rozumianej jako promieniowanie wysokoenergetyczne do zmniejszania guzów i niszczenia komórek nowotworowych promieniami rentgenowskimi, promieniami gamma i naładowanymi cząstkami, dostarczającymi przez urządzenie zlokalizowane poza ciałem (promieniowanie wiązką zewnętrzną) lub przez materiał radioaktywny umieszczony w organizmie w pobliżu komórek nowotworowych (wewnętrzna radioterapia),
 - znieczulenia, jego podania przez lekarza anestezjologa oraz opieki anestezjologicznej przed, w trakcie i po zakończeniu znieczulenia,
 - korzystania z sal operacyjnych oraz wykonania operacji chirurgicznych,
 - chirurgii rekonstrukcyjnej, która polega na odbudowie lub naprawie struktury ciała w celu skorygowania funkcji uszkodzonej lub utraconej w trakcie leczenia za granicą,
 - transfuzji krwi, podawania osocza i surowicy,
 - podawania tlenu, iniekcji dożylnych, podskórnych, domięśniowych,
 - leczenia powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych, które zostały zastosowane w czasie leczenia za granicą, jeśli te powikłania lub skutki uboczne wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w szpitalu lub w innej placówce medycznej i są niezbędne, żeby ubezpieczony mógł zostać uznany za zdolnego do podróży powrotnej do Polski po zakończeniu leczenia za granicą,
 - leków i środków opatrunkowych, które są używane w placówce medycznej za granicą,
 - transportu ambulansem drogowym lub karetką powietrzną, jeśli ich użycie jest wskazane i zalecone przez lekarza konsultanta lub lekarza prowadzącego leczenie za granicą oraz zaplanowanego przez Further,
 - usług tłumacza w placówce medycznej za granicą, tłumacz posługuje się tym samym językiem, co ubezpieczony,
- przeszczepu:
 - badań diagnostycznych potwierdzających zgodność tkankową przeprowadzanych w celu zidentyfikowania odpowiedniego dawcy wśród członków rodziny ubezpieczonego,
 - usług szpitalnych świadczonych na rzecz dawcy w zakresie: zakwaterowania w pokoju lub oddziale i wyżywienia podczas hospitalizacji,
 - opieki lekarskiej i pielęgniarstwa podczas hospitalizacji, obsługi pozostałego personelu medycznego, badań zleconych przez lekarza,
 - operacji pobrania narządu lub szpiku kostnego od dawcy dla ubezpieczonego,
 - leczenia powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych, które zostały zastosowane w czasie leczenia za granicą u dawcy, jeśli te powikłania lub skutki uboczne wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w szpitalu lub w warunkach klinicznych i są niezbędne, żeby dawca mógł zostać uznany za zdolnego do podróży powrotnej do Polski po zakończeniu procedury przeszczepu,
- usług i materiałów na potrzeby hodowli szpiku kostnego w związku z przeszczepem tkanki u ubezpieczonego,
- d) **dziennie świadczenie szpitalne:**
 - Further wypłaca ubezpieczonemu **dziennie świadczenie szpitalne** za każdy dzień pobytu połączony z noclegiem w szpitalu poza granicami Polski, w ramach leczenia poważnego stanu chorobowego na podstawie certyfikatu leczenia za granicą, do wysokości sumy określonej w pkt. 20 w tabeli nr 3,
 - Further przekazuje pieniądze na rachunek bankowy ubezpieczonego, w ciągu 7 dni po każdym zakończonym tygodniu pobytu w szpitalu,
- e) **zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę po powrocie do Polski:**
 - Further zwraca ubezpieczonemu poniesione koszty zakupu leków wydawanych na receptę, jeśli ubezpieczony korzystał z leczenia za granicą i jego pobyt w szpitalu trwał co najmniej 3 dni oraz:
 - leki wydawane na receptę zalecił lekarz prowadzący leczenie za granicą jako niezbędną kontynuację leczenia,
 - recepty, na podstawie zaleceń lekarza prowadzącego leczenie za granicą, wystawił lekarz w Polsce przed upływem okresu 36 miesięcy, o którym mowa w pkt. 14 i 15,
 - ilość leku na każdej receptce, wyliczona na podstawie zaleconego sposobu dawkowania, jest niezbędna do stosowania w okresie nie dłuższym niż trzy miesiące,
 - leki wydawane na receptę zostały zakupione w Polsce,
 - ubezpieczony przedstawia dokumenty potwierdzające zakup leków wydawanych na receptę w Polsce w ciągu 180 dni kalendarzowych od dnia zakupu,
 - Further zwraca ubezpieczonemu poniesione koszty zakupu leków wydawanych na receptę na podstawie: wniosku o zwrot kosztów, kopii recepty lub wydruku informacyjnego o e-receptce i oryginału rachunku,
 - jeśli koszty leku wydawanego na receptę zostały częściowo sfinansowane przez publiczną służbę zdrowia, to ubezpieczony zaznacza taką informację we wniosku o zwrot kosztów. Further nie zwraca kosztów finansowanych przez publiczną służbę zdrowia,
 - ubezpieczenie nie obejmuje kosztów podania leków wydawanych na receptę ani zwrotu kosztów zakupu leków, które są dostępne bez recepty lub zostały w całości sfinansowane przez publiczną służbę zdrowia,
 - w przypadku, gdy spełnione są warunki opisane w pierwszym punkcie oraz leki wydawane na receptę nie są dostępne w Polsce lub nie są dopuszczone do obrotu w Polsce, to ubezpieczenie pokrywa również zakup tych leków za granicą.

W tym celu Further organizuje wystawienie recepty oraz organizuje i pokrywa koszty podróży i zakwaterowania ubezpieczonego oraz osoby towarzyszącej, na zasadach obowiązujących w przypadku leczenia poważnego stanu chorobowego,

- f) organizację i pokrycie kosztów repatriacji zwłok ubezpieczonego lub dawcy:
- świadczenie obejmuje zakup trumny przewozowej, balsamowanie zwłok, transport na lotnisko, przelot oraz transport z lotniska do miejsca pochówku w Polsce lub w przypadku dawcy w kraju zamieszkania,
 - świadczenie będzie udzielane, jeśli zgon ubezpieczonego lub dawcy nastąpił podczas organizowanego przez Further procesu leczenia poważnego stanu chorobowego za granicą.

18.3 Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą

- 1) Further potwierdza ubezpieczonemu zakończenie leczenia za granicą, gdy zgodnie z opinią lekarza prowadzącego leczenie za granicą, z medycznego punktu widzenia, dalsze leczenie w placówce medycznej za granicą nie jest już konieczne;
- 2) Następnie ubezpieczony otrzymuje przetłumaczone na język polski:
 - a) dokumentację medyczną z leczenia za granicą i
 - b) plan kontroli stanu zdrowia w związku z przebytych poważnym stanem chorobowym, czyli zalecenia lekarza prowadzącego to leczenie;
- 3) Po zakończeniu leczenia za granicą i powrocie do Polski, Further zwraca ubezpieczonemu koszty wynikające z realizacji planu kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą w rekomendowanej lub zaakceptowanej przez Further placówce medycznej w Polsce. Further przedstawia ubezpieczonemu listę rekomendowanych placówek medycznych w Polsce;
- 4) Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą:
 - a) obejmuje badania diagnostyczne, profilaktyczne lub przesiewowe oraz konsultacje lekarskie z nimi związane, realizowane wyłącznie w rekomendowanych lub zaakceptowanych przez Further placówkach medycznych w Polsce lub placówkach medycznych za granicą,
 - b) przeprowadzana w Polsce – jest organizowana i opłacana bezpośrednio przez ubezpieczonego. Further zwraca ubezpieczonemu poniesione koszty po otrzymaniu faktur lub rachunków i dowodów płatności, lub
 - c) przeprowadzana za granicą – jest organizowana i opłacana przez Further na zasadach obowiązujących dla świadczenia opieki medycznej za granicą. Przeprowadzana jest przez lekarza, który prowadził leczenie za granicą lub jego zespół medyczny;
- 5) Further zwraca koszty poniesione w ramach kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, jeśli zostały poniesione przed końcem okresu, o którym mowa w pkt. 14 i 15;
- 6) Jeżeli wskutek zmiany stanu zdrowia, lekarze prowadzący leczenie w Polsce zmieniają zalecenia lekarza prowadzącego leczenie za granicą, to Further zwróci koszty kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą po akceptacji tych zmian przez lekarza prowadzącego leczenie za granicą.

19. Terapia spersonalizowana (medycyna precyzyjna)

- 1) Terapia spersonalizowana (medycyna precyzyjna) jest świadczeniem uzupełniającym do świadczeń wskazanych w pkt. 9;
- 2) Realizujemy ją w przypadku wystąpienia nowotworu złośliwego kwalifikującego się do terapii spersonalizowanej;
- 3) W razie wystąpienia nowotworu złośliwego kwalifikującego się do terapii spersonalizowanej Further poinformuje ubezpieczonego o możliwości wyboru ścieżki tj.:
 - a) druga opinia medyczna i opieka medyczna za granicą – bez terapii spersonalizowanej (medycyny precyzyjnej) albo
 - b) terapia spersonalizowana (medycyna precyzyjna) wynikająca z raportu eksperckiego terapii spersonalizowanej;
- 4) Istnieje też możliwość zmiany ścieżki i przejścia z opieki medycznej za granicą – bez terapii spersonalizowanej (medycyny precyzyjnej) na terapię spersonalizowaną (medycynę precyzyjną) w przypadku, gdy diagnoza nowotworu złośliwego w danym momencie nie kwalifikowała ubezpieczonego do skorzystania ze świadczenia terapii spersonalizowanej (medycyny precyzyjnej), a w późniejszym czasie nastąpi rozwój nowotworu złośliwego do stadium III lub IV albo leczenie pierwszej linii okaże się nieskuteczne;
- 5) Terapia spersonalizowana – medycyna precyzyjna obejmuje świadczenia wskazane w pkt. 19.1 – 19.5.

19.1 Profilowanie molekularne

- 1) Further informuje ubezpieczonego, jaka dokumentacja medyczna jest potrzebna oraz wskazuje rodzaj materiału biologicznego, jaki jest wymagany do profilowania molekularnego;
- 2) Jeżeli materiał biologiczny dostarczony do laboratorium nie spełnia kryteriów wyznaczonych przez laboratorium wskazanych w pkt. 11 ppkt. 3, to Further organizuje i pokrywa koszt pobrania oraz badania biopsji płynnej (krew obwodowa) od ubezpieczonego;
- 3) Further wybiera laboratorium do wykonania profilowania molekularnego i zapewnia transport materiału biologicznego do laboratorium;
- 4) Further otrzymuje wynik profilowania molekularnego w terminie 15 dni roboczych od dnia dostarczenia materiału biologicznego do laboratorium. Natomiast po upływie kolejnych 10 dni roboczych od daty otrzymania wyników z laboratorium, Further przekazuje ubezpieczonemu wyniki profilowania molekularnego wraz raportem eksperckim terapii spersonalizowanej;
- 5) Następnie Further kontaktuje się z ubezpieczonym w celu omówienia raportu eksperckiego terapii spersonalizowanej. Za zgodą ubezpieczonego, lekarz onkolog prowadzący jego leczenie, może wziąć udział w konsultacji specjalistycznej z członkiem zespołu lekarsko-eksperckiego, który przygotował raport;
- 6) Dla każdej diagnozy nowotworu złośliwego kwalifikującego się do terapii spersonalizowanej (medycyny precyzyjnej) wykonywany jest jeden zestaw badań mutacji nabytych (somatic) i powiązane z nim opracowanie przypadku (jeden raport ekspercki terapii spersonalizowanej). Diagnoza nowotworu złośliwego odnosi się do określonego kodu przypisanego do danego nowotworu zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10/11;
- 7) Ze świadczenia terapii spersonalizowanej (medycyny precyzyjnej) można skorzystać ponownie w przypadku nowego nowotworu złośliwego kwalifikującego się do terapii spersonalizowanej, niezwiązanego z poprzednim nowotworem złośliwym, zdiagnozowanym pod innym kodem ICD-10/11.

19.2 Badania mutacji dziedzicznych ubezpieczonego i uprawnionych członków rodziny

- 1) Ubezpieczony może wnioskować o badanie mutacji dziedzicznych, jeśli wykonanie badania jest zalecane w raporcie eksperckim terapii spersonalizowanej;

- 2) Jeśli ubezpieczony posiada już wykonane badanie profilowania molekularnego, to Further podejmie decyzję, czy spełnia ono wymagane standardy kliniczne i czy konieczne jest jego powtórzenie;
- 3) Jeśli raport ekspercki terapii spersonalizowanej zidentyfikuje potencjalnie dziedziczne mutacje genów, Further zaproponuje ubezpieczonemu badanie mutacji dziedzicznych i pokryje jego koszty;
- 4) Further w ramach tego świadczenia:
 - a) organizuje pobranie materiału biologicznego (ślina) do wykonania badania mutacji dziedzicznych,
 - b) wybiera laboratorium do wykonania badania, zapewnia transport materiału biologicznego do laboratorium oraz pokrywa koszt wykonania badania,
 - c) jeśli wynik testu jest negatywny, Further przekazuje go ubezpieczonemu, a następnie kontaktuje się z nim w celu omówienia wyniku,
 - d) jeśli wynik testu jest pozytywny, Further organizuje rozmowę z ekspertem w zakresie genetyki, który omawia wyniki badania mutacji dziedzicznych i przekazuje ubezpieczonemu wyniki oraz raport z wytycznymi;
- 5) Jeśli wynik badania mutacji dziedzicznych ubezpieczonego jest dodatni, Further informuje ubezpieczonego, czy są wskazania do badania mutacji dziedzicznych u biologicznych dzieci ubezpieczonego lub biologicznego rodzeństwa ubezpieczonego, którzy mogą zachorować na nowotwór zdiagnozowany u ubezpieczonego. Ostateczną decyzję, którzy członkowie rodziny ubezpieczonego mają wskazania do badania pod kątem tej samej mutacji, podejmuje Further wyłącznie na podstawie wskazań medycznych.

19.3 Opieka medyczna za granicą wynikająca z rekomendacji raportu eksperckiego terapii spersonalizowanej

- 1) W ramach terapii spersonalizowanej (medycyny precyzyjnej) powstaje raport ekspercki terapii spersonalizowanej, który zawiera szereg zaleceń dotyczących leczenia o najwyższym potencjale klinicznym lub zestawienie dostępnych badań klinicznych. Zalecenia te mogą obejmować:
 - a) terapie leczenia zgodne ze wskazaniami rejestracyjnymi leków („on-label”),
 - b) terapie leczenia poza wskazaniami rejestracyjnymi leków („off-label”),
 - c) badania kliniczne;
- 2) Terapiom, wskazanym w ppkt. 1 lit. a) odpowiada poniższy zakres świadczeń:
 - a) rekomendacja leczenia onkologicznego zgodnie z zakresem, dawką i zaleceniami dotyczącymi metody przyjmowania leku zaakceptowanymi we wskazaniach rejestracyjnych wydanych przez odpowiedni do tego organ,
 - b) świadczenie opieki medycznej za granicą udzielane na zasadach określonych pkt. 18.2 z zastrzeżeniem pkt. 24–35, zakres terytorialny świadczeń wskazaliśmy w pkt. 12 w tabeli nr 2;
- 3) Terapiom, wskazanym w ppkt. 1 lit. b) odpowiada poniższy zakres świadczeń:
 - a) rekomendacja leczenia onkologicznego, które nie spełnia wskazań rejestracyjnych leków wydanych przez odpowiedni do tego organ. Leczenie poza wskazaniami rejestracyjnymi leków może dotyczyć wskazania do leczenia innego nowotworu złośliwego, stosowania innej dawki lub zaleceń dotyczących metody przyjmowania leku,
 - b) świadczenie opieki medycznej za granicą udzielane na zasadach określonych w pkt. 18.2 z uwzględnieniem pkt. 24–35, zakres terytorialny świadczeń wskazaliśmy w pkt. 12 w tabeli nr 2,
 - c) certyfikat leczenia za granicą obejmuje leczenie poza wskazaniami rejestracyjnymi leków w wybranym szpitalu za granicą, który oferuje świadczenia wymienione w raporcie eksperckim terapii spersonalizowanej;
- 4) Badaniem klinicznym wskazanym w ppkt. 1 lit. c) odpowiada poniższy zakres świadczeń:
 - a) przewodnik ubezpieczonego w ramach badań klinicznych z propozycją odpowiedniego dla ubezpieczonego badania klinicznego zgodnie z pkt. 19.4,
 - b) pomoc w organizacji leczenia w ramach badań klinicznych w zakresie określonym w pkt. 19.5.

19.4 Przewodnik ubezpieczonego w ramach badań klinicznych

- 1) Jeśli raport ekspercki terapii spersonalizowanej zawiera rekomendację w zakresie udziału ubezpieczonego w badaniach klinicznych i ubezpieczony wyrazi wolę udziału w takich badaniach, Further:
 - a) przekaze informacje o badaniach klinicznych,
 - b) przeszuka bazy danych badań klinicznych,
 - c) skontaktuje się z ośrodkami badawczymi przeprowadzającymi badania kliniczne w zakresie odpowiedniego leczenia przypadku ubezpieczonego w Polsce oraz, w razie konieczności, poszerzy zakres poszukiwań poza Polskę,
 - d) zweryfikuje, czy ubezpieczony spełnia kryteria udziału w danym badaniu klinicznym;
- 2) Further przekazuje ubezpieczonemu przewodnik zawierający przegląd badań klinicznych i informacje o ośrodkach badawczych prowadzących badania kliniczne adekwatne do leczenia nowotworu złośliwego zdiagnozowanego u ubezpieczonego w terminie 30 dni od wyrażenia przez ubezpieczonego woli wzięcia udziału w badaniach;
- 3) Ubezpieczony, po konsultacji z lekarzem onkologiem, który prowadzi jego leczenie, informuje Further o chęci udziału w wybranym badaniu klinicznym. Decyzję o włączeniu ubezpieczonego do badania klinicznego podejmuje ostatecznie ośrodek badawczy prowadzący badanie kliniczne;
- 4) Jeśli ośrodek badawczy prowadzący badanie kliniczne podejmie decyzję o włączeniu ubezpieczonego do badania klinicznego oraz ubezpieczony potwierdzi wolę udziału w wybranym badaniu klinicznym, Further:
 - a) zapewnia wsparcie w zakresie kontaktu z ośrodkiem badawczym prowadzącym badanie kliniczne,
 - b) zapewnia wsparcie administracyjne w wypełnieniu dokumentów rejestracyjnych i ich przetłumaczeniu,
 - c) przekazuje ubezpieczonemu informacje dotyczące szczegółów podróży i zakwaterowania, o ile to konieczne ze względu na miejsce, w którym znajduje się ośrodek badawczy prowadzący badanie kliniczne;
- 5) Ubezpieczony ma prawo do jednokrotnego skorzystania z przewodnika ubezpieczonego w ramach badań klinicznych dla każdego zdiagnozowanego nowotworu złośliwego kwalifikującego się do terapii spersonalizowanej;
- 6) Jeśli poszukiwania badań klinicznych odpowiednich dla przypadku ubezpieczonego nie powiodą się lub jeśli nie zdecyduje się on na udział w nich, Further na wniosek ubezpieczonego przeprowadzi drugą i ostateczną próbę znalezienia odpowiednich badań klinicznych. Jeśli w związku z upływem czasu będzie to medycznie uzasadnione, niektóre etapy procesu kwalifikacji do badań klinicznych mogą zostać powtórzone (np. zebranie zaktualizowanej dokumentacji medycznej).

19.5 Pomoc w organizacji leczenia w ramach badań klinicznych

- 1) W Polsce – jeśli ubezpieczony potwierdzi wolę udziału w wybranym badaniu klinicznym w Polsce przeprowadzanym w odległości powyżej 100 km od miejsca zamieszkania ubezpieczonego, w zakresie świadczeń zawarte są:

- a) organizacja i pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego oraz zakwaterowania – zgodnie z zakresem określonym w pkt. 18.2 ppkt. 5 lit. a) – b) obejmującym podróż w klasie ekonomicznej i rezerwację pokoju dwuosobowego ze śniadaniem w trzy- lub czterogwiazdkowym hotelu znajdującym się w odległości nie większej niż 10 km od miejsca przeprowadzania badań klinicznych,
 - b) dzienne świadczenie dla badań klinicznych – ubezpieczony otrzymuje 100 euro za każdy dzień uczestnictwa w badaniu klinicznym, tj. dzień przyjmowania badanego leku, dzień badań w szpitalu lub w placówce medycznej, w ramach protokołu badania klinicznego przez maksymalnie 60 dni na każdy nowotwór złośliwy kwalifikujący się do terapii spersonalizowanej,
 - c) organizacja i pokrycie kosztów repatriacji zwłok do miejsca pochówku – w przypadku śmierci ubezpieczonego w trakcie udziału w badaniach klinicznych w Polsce, świadczenie jest realizowane zgodnie z zakresem określonym w pkt. 18.2 ppkt. 5 lit. f);
- 2) Poza Polską – jeśli ubezpieczony potwierdzi wolę udziału w wybranym badaniu klinicznym poza Polską, w zakresie świadczeń zawarte są:
- a) organizacja i pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego oraz zakwaterowania – zgodnie z zakresem określonym w pkt. 18.2 ppkt. 5 lit. a) – b) obejmującym podróż w klasie ekonomicznej i rezerwację pokoju dwuosobowego ze śniadaniem w trzy- lub czterogwiazdkowym hotelu znajdującym się w odległości nie większej niż 10 km od miejsca przeprowadzania badań klinicznych,
 - b) organizacja i pokrycie kosztów leczenia za granicą – pokrywamy koszty leczenia w ramach terapii spersonalizowanej (medycyny precyzyjnej), zgodnie z zakresem określonym w pkt. 18.2 ppkt. 5 lit. c) – e) oraz pkt. 18.3 w sytuacji, gdy badania kliniczne odbywają się w połączeniu lub równolegle z aktualnie przyjętym standardem leczenia danej diagnozy nowotworu oraz leczenie to jest przeprowadzane w tej samej placówce medycznej, w której jest przeprowadzane badanie kliniczne, a ośrodek badawczy prowadzący badanie kliniczne nie pokryje kosztów leczenia zgodnie z aktualnie przyjętym standardem leczenia danej diagnozy nowotworu,
 - c) dzienne świadczenie dla badań klinicznych – ubezpieczony otrzymuje 100 euro za każdy dzień uczestnictwa w badaniu klinicznym, tj. dzień przyjmowania badanego leku, dzień badań w szpitalu lub w placówce medycznej, w ramach protokołu badania klinicznego, przez maksymalnie 60 dni na każdy nowotwór złośliwy kwalifikujący się do terapii spersonalizowanej. Jeśli za ten sam okres należne jest dzienne świadczenie szpitalne i dzienne świadczenie dla badań klinicznych, wypłacone zostanie tylko dzienne świadczenie szpitalne,
 - d) organizacja i pokrycie kosztów repatriacji zwłok do miejsca pochówku – w przypadku śmierci ubezpieczonego w trakcie udziału w badaniach klinicznych poza Polską, świadczenie jest realizowane zgodnie z zakresem określonym w pkt. 18.2 ppkt. 5 lit. f);
- 3) Dienne świadczenie dla badań klinicznych jest wypłacane na rachunek bankowy ubezpieczonego w ciągu 14 dni po zakończonym udziale w badaniach klinicznych lub po każdym zakończonym tygodniu udziału w badaniach klinicznych;
- 4) Ośrodek badawczy prowadzący badanie kliniczne wskazuje ubezpieczonemu zakres kosztów medycznych, które zostaną pokryte przez ośrodek w ramach badania klinicznego;
- 5) Koszt leków stanowiących przedmiot badania klinicznego oraz koszt bieżącego monitorowania wyników tego badania są poza zakresem ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I LIMITY ŚWIADCZEŃ

– czyli do jakiej kwoty realizujemy świadczenia z ubezpieczenia

20. Świadczenia dostępne w ramach poszczególnych wariantów ubezpieczenia są realizowane do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w tabeli nr 3, z uwzględnieniem limitów w niej zawartych.

Tabela nr 3 Suma ubezpieczenia i limity świadczeń

Suma ubezpieczenia	Wysokość sumy ubezpieczenia	
	wariant Standard	wariant Premium
Górna granica naszej odpowiedzialności – ustalona łącznie – na wszystkie świadczenia w ramach pierwszej umowy i wszystkich kolejnych umów zawartych na rzecz tego samego ubezpieczonego, obowiązuje bez względu na liczbę poważnych stanów chorobowych. Każde świadczenie udzielone w ramach pierwszej i kolejnych umów pomniejsza sumę ubezpieczenia	1 000 000 euro	2 000 000 euro
Opis świadczenia	Limity na poszczególne świadczenia	
I. Świadczenia		
1. Druga opinia medyczna	jedna opinia na wystąpienie danego poważnego stanu chorobowego	jedna opinia na wystąpienie danego poważnego stanu chorobowego
2. Opieka medyczna za granicą – bez terapii spersonalizowanej (medycyny precyzyjnej):		
a) Organizacja i pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego	w granicach sumy ubezpieczenia	
b) Organizacja i pokrycie kosztów zakwaterowania	w granicach sumy ubezpieczenia	
c) Organizacja i pokrycie kosztów leczenia za granicą	w granicach sumy ubezpieczenia	

d) Dienne świadczenie szpitalne	nie dotyczy	100 euro za dzień pobytu w szpitalu maksymalnie do 60 dni pobytu w szpitalu na każdy poważny stan chorobowy
e) Zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę po powrocie do Polski	nie dotyczy	50 000 euro łącznie – na wszystkie świadczenia w ramach pierwszej i kolejnych umów zawartych na rzecz tego samego ubezpieczonego bez względu na liczbę poważnych stanów chorobowych
f) Organizacja i pokrycie kosztów repatriacji zwłok ubezpieczonego lub dawcy do miejsca pochówku	w granicach sumy ubezpieczenia	
3. Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą	w granicach sumy ubezpieczenia	

II. Świadczenia dla nowotworu złośliwego kwalifikującego się do terapii spersonalizowanej – uzupełniające w stosunku do świadczeń z pkt. I

1. Terapia spersonalizowana (medycyna precyzyjna) obejmująca poniższe świadczenia:		
a) Profilowanie molekularne	dla każdej diagnozy nowotworu złośliwego (kod ICD-10/11) wykonywany jest jeden zestaw badań mutacji nabytych (somaticznych) i odpowiedni raport ekspercki terapii spersonalizowanej	
b) Badanie mutacji dziedzicznych ubezpieczonego i uprawnionych członków rodziny	Jedno badanie na diagnozę dla ubezpieczonego Jedno badanie dla każdego uprawnionego członka rodziny	
c) Opieka medyczna za granicą – wynikająca z rekomendacji raportu eksperckiego terapii spersonalizowanej	w granicach sumy ubezpieczenia	
d) Przewodnik ubezpieczonego w ramach badań klinicznych	dla każdej diagnozy nowotworu złośliwego (kod ICD-10/11) przysługuje jednokrotne skorzystanie z przewodnika ubezpieczonego w ramach badań klinicznych	
e) Pomoc w organizacji leczenia w ramach badań klinicznych:		
• w Polsce (powyżej 100 km od miejsca zamieszkania ubezpieczonego)		
– Organizacja i pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego oraz zakwaterowania	w granicach sumy ubezpieczenia	
– Dienne świadczenie dla badań klinicznych	100 euro za każdy dzień udziału w badaniach klinicznych tzn. dzień przyjmowania badanego leku lub dzień badań w szpitalu lub placówce medycznej, maksymalnie do 6 000 euro na każdy poważny stan chorobowy	
– Organizacja i pokrycie kosztów repatriacji zwłok do miejsca pochówku	w granicach sumy ubezpieczenia	
• poza Polską		
– Organizacja i pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego oraz zakwaterowania	w granicach sumy ubezpieczenia	
– Organizacja i pokrycie kosztów leczenia za granicą pod warunkiem, że:	w granicach sumy ubezpieczenia	
– jest przeprowadzane w tej samej placówce medycznej, w której jest przeprowadzane badanie kliniczne		
– koszty te nie są finansowane przez ośrodek badawczy prowadzący badanie kliniczne		
– Dienne świadczenie dla badań klinicznych	100 euro za każdy dzień udziału w badaniach klinicznych tzn. dzień przyjmowania badanego leku lub dzień badań w szpitalu lub placówce medycznej, maksymalnie do 6 000 euro na każdy poważny stan chorobowy	
– Zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę po powrocie do Polski	50 000 euro – na wszystkie świadczenia w ramach pierwszej i kolejnych umów zawartych na rzecz tego samego ubezpieczonego bez względu na liczbę poważnych stanów chorobowych	
– Organizacja i pokrycie kosztów repatriacji zwłok do miejsca pochówku	w granicach sumy ubezpieczenia	

21. Każdy koszt, który pokrywamy w ramach umowy dla ubezpieczonego, osoby towarzyszącej i dawcy, lub który zwracamy ubezpieczonemu pomniejsza sumę ubezpieczenia. Wysokość aktualnej sumy ubezpieczenia możesz sprawdzić, kontaktując się z centrum obsługi klienta lub poprzez portal.

22. Suma ubezpieczenia wyrażona jest w euro. Wszystkie koszty poniesione w walucie innej niż euro przeliczamy na euro. Do przeliczenia używamy średniego kursu ogłoszonego przez Europejski Bank Centralny z dnia, w którym ten koszt został poniesiony.
23. Wypłata dziennego świadczenia szpitalnego, dziennego świadczenia dla badań klinicznych, zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę, zwrot kosztów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą organizowanej w Polsce są realizowane w euro na rachunek bankowy ubezpieczonego.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

– czyli w jakich okolicznościach nie zrealizujemy świadczenia

24. Nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli wystąpienie poważnego stanu chorobowego było skutkiem okoliczności znanych ubezpieczającemu lub ubezpieczonemu, których ubezpieczający lub ubezpieczony nie podali do naszej wiadomości, a o które pytaliśmy ich we wniosku o ubezpieczenie lub w innych pismach przed zawarciem umowy.
25. Jeśli ubezpieczający lub ubezpieczony umyślnie nie podali do naszej wiadomości wszystkich znanych im okoliczności, o które pytaliśmy w sposób określony w pkt. 24 przed zawarciem umowy to, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wystąpienie poważnego stanu chorobowego i jego następstwa są skutkiem tych okoliczności.
26. Nie ponosimy odpowiedzialności za poważny stan chorobowy, który powstał:
- 1) wskutek nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed początkiem ochrony;
 - 2) wskutek działań wojennych;
 - 3) wskutek czynnego uczestnictwa ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
 - 4) wskutek popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 5) wskutek nietrzeźwości ubezpieczonego (w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi), użycia przez niego narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii);
 - 6) bezpośrednio w wyniku zatrucia ubezpieczonego spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi, środkami zastępczymi lub nowymi substancjami psychoaktywnymi (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) oraz wskutek schorzeń spowodowanych nadużywaniem tych substancji;
 - 7) wskutek użycia przez ubezpieczonego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego oraz wskutek schorzeń spowodowanych nadużywaniem tych produktów;
 - 8) wskutek samookaleczenia się lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa;
 - 9) wskutek działania promieniowania radioaktywnego lub jonizującego w wyniku reakcji termojądrowych lub wybuchu nuklearnego.
27. Nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli w ciągu 12 miesięcy przed wystąpieniem poważnego stanu chorobowego ubezpieczony przebywał poza Polską łącznie dłużej niż 183 dni kalendarzowe.
28. Nasza ochrona nie obejmuje:
- 1) nowotworów związanych z AIDS i zakażeniem wirusem HIV;
 - 2) nowotworów skóry, które zostały sklasyfikowane histopatologicznie jako nowotwory nie powodujące inwazji poza naskórek, z wyjątkiem czerniaków skóry;
 - 3) leczenia metodami radioterapii innej niż promieniowanie wysokoenergetyczne do zmniejszania guzów i niszczenia komórek nowotworowych promieniami rentgenowskimi, promieniami gamma i naładowanymi cząstkami, dostarczającymi przez urządzenie zlokalizowane poza ciałem (promieniowanie wiązką zewnętrzną) lub przez materiał radioaktywny umieszczony w organizmie w pobliżu komórek nowotworowych (wewnętrzna radioterapia);
 - 4) poważnego stanu chorobowego, co do którego stwierdzono konieczność przeprowadzenia przeszczepu:
 - a) jeżeli konieczność przeprowadzenia przeszczepu wątroby wynika ze skutków alkoholowej choroby wątroby,
 - b) jeżeli jego wykonanie wymaga leczenia komórkami macierzystymi – w przypadku przeszczepu narządów,
 - c) jeżeli narząd do przeszczepu został zakupiony lub miałby być zakupiony od dawcy;
 - 5) organizacji i pokrycia kosztów znalezienia dawcy dla ubezpieczonego, kosztów badań diagnostycznych potwierdzających zgodność tkankową przeprowadzanych w celu zidentyfikowania odpowiedniego dawcy spoza członków rodziny ubezpieczonego;
 - 6) przeszczepu krwiopochodnych komórek macierzystych z krwi pępowinowej.
29. Nie organizujemy, nie pokrywamy i nie zwracamy kosztów:
- 1) postępowania profilaktycznego;
 - 2) leczenia alternatywnego;
 - 3) leczenia eksperymentalnego nawet, jeśli zaleca je lekarz konsultant podczas leczenia poważnego stanu chorobowego, za wyjątkiem leczenia off-label oraz badań klinicznych realizowanych zgodnie z pkt. 19.3 ppkt. 3–4;
 - 4) leczenia z wykorzystaniem terapii genowej, terapii komórkami somatycznymi, inżynierii tkankowej;
 - 5) leczenia z wykorzystaniem terapii Limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor CAR T-cell therapy), chyba że terapia ta została zalecona w raporcie eksperckim terapii spersonalizowanej oraz spełnia definicję zaaprobowanego protokołu terapii CAR-T;
 - 6) leczenia poza wskazaniami rejestracyjnymi leków („off-label”) niezarekomendowanego w raporcie eksperckim terapii spersonalizowanej;
 - 7) tłumacza i tłumaczenia dla celów osobistych, niemedycznych, które nie są niezbędne do zapewnienia ochrony;
 - 8) zakupu lub wynajmu:
 - a) sztucznych narządów lub organów ani urządzeń, które zastępują całość albo część narządu lub całość albo część funkcji tego narządu (protez), z wyjątkiem protez piersi po mastektomii i protez zastawek serca potrzebnych w związku z leczeniem za granicą,
 - b) przyrządów ortopedycznych, obuwia ortopedycznego, gorsetów, kul,
 - c) okularów korekcyjnych, szkieł kontaktowych, protez zębowych, peruk,
 - d) wózków inwalidzkich, specjalnych łóżek, urządzeń klimatyzacyjnych i oczyszczaczy powietrza,
 - e) leków i środków opatrunkowych, które przepisuje lekarz prowadzący leczenie za granicą, i które ubezpieczony kupuje po 30 dniach od opuszczenia placówki medycznej za granicą, a przed powrotem do Polski;
 - 9) usług świadczonych osobie towarzyszącej, z wyjątkiem kosztów wyraźnie objętych ubezpieczeniem;

- 10) leczenia powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych zastosowanych podczas leczenia za granicą, innych niż te, które:
 - wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w szpitalu lub innej placówce medycznej za granicą i
 - są niezbędne, żeby ubezpieczony mógł zostać uznany za zdolnego do podróży powrotnej do Polski po zakończeniu leczenia za granicą;
 - 11) rehabilitacji (w tym fizjoterapii, rehabilitacji ruchowej oraz terapii logopedycznej);
 - 12) leczenia lub pobytu w szpitalach uzdrowiskowych (sanatoryjnych), szpitalach rehabilitacyjnych, sanatoriach i uzdrowiskach, ośrodkach pomocy społecznej, domach opieki, ośrodkach leczenia uzależnień, hospicjach, ośrodkach opieki domowej, nawet jeśli takie leczenie lub usługi są zalecane lub konieczne w ramach leczenia poważnego stanu chorobowego;
 - 13) świadczeń i leczenia zmian otępiennych, które wywołuje starość lub w przypadku wszelkiego rodzaju zaburzeń poznawczych, niezależnie od tego, jaka jest ich przyczyna;
 - 14) leczenia innymi metodami, jeśli zalecanym przez lekarza konsultanta sposobem leczenia jest przeszczep (w ramach grupy 4, chyba że przeszczep szpiku jest związany z nowotworem złośliwym);
 - 15) dodatkowych posiłków, poza śniadaniem hotelowymi zapewnionymi w ramach pobytu w hotelu oraz wszelkich innych dodatkowych kosztów pobytu w hotelu. Zakwaterowanie w pokoju o wyższym standardzie niż wskazany w pkt. 18.2 ppkt. 5 lit. b) nie jest objęte ubezpieczeniem;
 - 16) przejazdów z hotelu do szpitala lub do lekarza prowadzącego podczas leczenia za granicą.
- 30. Nie zwracamy kosztów:**
- 1) poniesionych przed wystawieniem certyfikatu leczenia za granicą;
 - 2) rozmów telefonicznych, przedmiotów osobistego użytku;
 - 3) poniesionych z tytułu zakwaterowania lub transportu zorganizowanego samodzielnie przez ubezpieczonego, osobę towarzyszącą lub dawcę;
 - 4) poniesionych przez ubezpieczonego, osoby towarzyszące lub dawcę, z wyjątkiem kosztów, co do których przysługuje zwrot zgodnie z OWU.
- 31. Nie odpowiadamy za:**
- 1) medyczną poprawność drugiej opinii medycznej, raportu eksperckiego terapii spersonalizowanej ani za skutki działań lub zaniechań na podstawie informacji zawartych w tych dokumentach;
 - 2) skutki wdrożenia planu leczenia w ramach leczenia za granicą, oraz leczenia za granicą, w tym jego skuteczność;
 - 3) skutki wdrożenia planów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, oraz kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, w tym ich skuteczność;
 - 4) krzywdy, ból, cierpienie fizyczne lub psychiczne, które są skutkiem poważnego stanu chorobowego;
 - 5) straty materialne wynikające z utraty lub uszkodzenia rzeczy, które należą do ubezpieczonego lub osoby towarzyszącej w czasie pobytu w placówce medycznej lub w podróży.
- 32. Jeśli z powodu działania siły wyższej lub ograniczeń logistycznych lub operacyjnych nałożonych przez władze lokalne lub międzynarodowe, uniemożliwione będzie podjęcie działań w celu organizacji świadczenia opieki medycznej za granicą, to Further zapewni organizację świadczenia opieki medycznej w Polsce w zakresie określonym w pkt. 18.2 ppkt. 5 lit. c) i pokryje jego koszty, pod warunkiem, że:**
- 1) te same okoliczności nie uniemożliwiają organizacji tego świadczenia w Polsce;
 - 2) istnieje możliwość realizacji świadczenia w Polsce w takim samym zakresie jak określono w drugiej opinii medycznej lub raporcie eksperckim terapii spersonalizowanej, z zastrzeżeniem pkt. 33.
- 33. Świadczenia określone w pkt. 32 będą udzielane w Polsce do momentu ustania okoliczności określonych w pkt. 32. Z tą chwilą przystąpimy do organizacji świadczenia opieki medycznej za granicą, o ile stan zdrowia ubezpieczonego będzie umożliwiał kontynuację leczenia poza Polską.**
- 34. O wystąpieniu okoliczności, o których mowa w pkt. 32, jak i o ich ustaniu, niezwłocznie poinformujemy ubezpieczonego, który zgłosił nam wystąpienie poważnego stanu chorobowego.**
- 35. Nie ponosimy odpowiedzialności i nie pokrywamy następujących kosztów terapii spersonalizowanej (medycyny precyzyjnej):**
- 1) wykonania biopsji w celu pobrania płynu lub wycięcia tkanki, która będzie źródłem próbki niezbędnej do profilowania molekularnego, za wyjątkiem pobrania krwi do płynnej biopsji, zgodnie z pkt. 19.1 ppkt. 2;
 - 2) kosztów standardowego leczenia danej diagnozy nowotworu zgodnego z aktualnie przyjętym standardem opieki medycznej, które odbywa się w połączeniu lub równoległe z badaniem klinicznym, w przypadku gdy ubezpieczony weźmie udział w badaniu klinicznym na terytorium Polski;
 - 3) kosztów leku stanowiącego przedmiot badania klinicznego, jego podania oraz kosztów bieżącego monitorowania stanu zdrowia ubezpieczonego, a także leczenia jakichkolwiek niezamierzonych skutków ubocznych lub powikłań medycznych spowodowanych przez leki przeciwnowotworowe będące przedmiotem badania klinicznego;
 - 4) kosztów podróży lub zakwaterowania poniesionych przez ubezpieczonego lub jego członków rodziny w związku ze stawieniem się na zaplanowane wizyty w celu pobrania próbki do badań wskazanych w pkt. 19.1 ppkt. 2;
 - 5) opłat administracyjnych lub kosztów związanych z przystąpieniem do badania klinicznego.

ZAWARCIE UMOWY

– jak się odbywa i co jest do tego potrzebne

- 36. Umowę zawieramy na podstawie Twojego wniosku o ubezpieczenie.**
- 37. Możesz wybrać jeden z dwóch wariantów ubezpieczenia.**
- 38. Umowę możesz zawrzeć:**
- 1) wraz z zawarciem umowy podstawowej, albo
 - 2) jeśli posiadasz już umowę podstawową – w dniu najbliższej płatności składki, z zastrzeżeniem pkt. 48 ppkt. 2, o ile w umowie podstawowej nie zawiesiłeś opłacania składki regularnej i nie została ona zamieniona na ubezpieczenie bezskładkowe.
- 39. Warunkiem zawarcia umowy na rzecz współmałżonka/partnera jest dodatkowo zawarcie lub posiadanie umowy terminowej na rzecz współmałżonka/partnera.**
- 40. Zasady i tryb zawierania umowy są zgodne z zasadami przyjętymi w umowie podstawowej, o ile nie umówiliśmy się z Tobą inaczej.**
- 41. Wariantu ubezpieczenia nie można zmienić w trakcie trwania umowy.**

- 42. Możemy odmówić zawarcia umowy.
- 43. Zawarcie umowy potwierdzimy polisą.

KTO MOŻE ZAWRZEĆ UMOWĘ I BYĆ OBJĘTY OCHRONĄ

- 44. Umowę zawieramy z Tobą, czyli ubezpieczającym.
- 45. Ubezpieczonym w umowie jest:
 - 1) ubezpieczony z umowy podstawowej lub
 - 2) współmałżonek/partner ubezpieczonego z umowy podstawowej objęty ochroną w ramach umowy terminowej.
- 46. Umowę możesz zawrzeć na rzecz ubezpieczonego, którego:
 - 1) wiek polisowy wynosi co najmniej 18 lat i nie więcej niż 64 lata;
 - 2) miejsce zamieszkania jest na terenie Polski.
- 47. Na rzecz każdego ubezpieczonego zostaje zawarta odrębna umowa.

CZAS TRWANIA UMOWY

– czyli jak długo trwa umowa

- 48. Umowę zawierasz z nami na czas określony zwany okresem ubezpieczenia. Okres ubezpieczenia trwa:
 - 1) rok, jeśli zawierasz umowę wraz z umową podstawową albo w rocznicę umowy podstawowej, albo
 - 2) taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej rocznicy umowy podstawowej, nie mniej niż 3 miesiące – jeśli umowę zawierasz po zawarciu umowy podstawowej i opłacasz składki z częstotliwością miesięczną, kwartalną lub półroczną.
- 49. Okres ubezpieczenia potwierdzimy w polisie.

PONOWNE ZAWARCIE UMOWY

– czyli kiedy możemy zaproponować Ci ponowne zawarcie umowy

- 50. Najpóźniej 30 dni przed końcem umowy możemy zaproponować Ci zawarcie kolejnej umowy i wskazać nową wysokość składki.
- 51. Jeśli przyjmiesz naszą propozycję, kolejna umowa zostanie zawarta w tym samym wariancie ubezpieczenia, co poprzednia umowa, z zastrzeżeniem pkt. 52–56.
- 52. Nie później niż 30 dni przed końcem umowy możesz zawnioskować o zmianę wariantu ubezpieczenia w kolejnej umowie.
- 53. Aby zmienić wariant ubezpieczenia, złóż nam pisemny wniosek o zmianę.
- 54. Jeśli wystąpisz o zmianę wariantu ubezpieczenia w kolejnej umowie:
 - 1) możemy zwrócić się do ubezpieczonego z prośbą, aby:
 - a) udostępnić nam dodatkowe informacje o swoim stanie zdrowia,
 - b) poddał się na nasz koszt badaniom medycznym w wyznaczonych placówkach medycznych;
 - 2) na podstawie otrzymanych dokumentów możemy:
 - a) zgodzić się na zmianę wariantu ubezpieczenia, o którą wnioskujesz, albo
 - b) odmówić Ci zmiany wariantu ubezpieczenia i pozostawić dotychczasowy wariant ubezpieczenia.
- 55. Jeśli zgodzimy się na zmianę wariantu ubezpieczenia, nowy wariant ubezpieczenia oraz nowa wysokość składki będą obowiązywać od dnia zawarcia kolejnej umowy, co potwierdzimy w polisie.
- 56. Zawarcie kolejnej umowy potwierdzimy polisą.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY

– czyli od kiedy ubezpieczamy ubezpieczonego

- 57. Nasza ochrona w stosunku do ubezpieczonego rozpocznie się zgodnie z zasadami przyjętymi w umowie podstawowej – jeśli tę umowę zawierasz razem z umową podstawową.
- 58. Jeśli umowę zawierasz w trakcie trwania umowy podstawowej, nasza ochrona rozpocznie się w dniu najbliższej płatności składki, nie wcześniej jednak niż po wyrażeniu przez nas zgody na zawarcie umowy.
- 59. Jeśli Ty i ubezpieczony jesteście różnymi osobami, nasza ochrona rozpocznie się w dniu wskazanym w pkt. 57 albo 58, ale nie wcześniej niż następnego dnia po zgodzie ubezpieczonego na objęcie go ochroną, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia.
- 60. Datę początku ochrony wskazujemy w polisie.
- 61. W okresie 90 dni od daty zawarcia pierwszej umowy odpowiadamy wyłącznie za wystąpienie poważnego stanu chorobowego, będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w tym okresie.
- 62. W przypadku zmiany wariantu ze Standard na Premium, w odniesieniu do poważnych stanów chorobowych, które obejmujemy ochroną wyłącznie w wariancie Premium, w okresie 90 dni od daty zawarcia kolejnej umowy, odpowiadamy wyłącznie za wystąpienie poważnego stanu chorobowego będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w tym okresie.

KONIEC NASZEJ OCHRONY

– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie

- 63. Nasza ochrona w ramach umowy zakończy się:
 - 1) w dniu, w którym otrzymamy Twoje oświadczenie o odstąpieniu od umowy;
 - 2) w dniu, w którym upłynie okres wypowiedzenia umowy;
 - 3) w dniu śmierci ubezpieczonego;
 - 4) w dniu, w którym zostanie wykorzystana suma ubezpieczenia;

- 5) w dniu, w którym zakończy się okres ubezpieczenia umowy, a w sytuacji wskazanej w pkt. 14 i 15 – w dniu, w którym zakończy się okres, o którym mowa w tych punktach dla każdego z dostępnych w danym wariancie poważnych stanów chorobowych;
- 6) w dniu, w którym zakończy się ochrona w umowie podstawowej;
- 7) w dniu, w którym zakończy się ochrona w umowie terminowej – w stosunku do współmałżonka/partnera ubezpieczonego z umowy podstawowej;
- 8) w dniu, w którym umowa podstawowa zamieni się na umowę bezskładkową;
- 9) w dniu, w którym umowa podstawowa zamieni się na umowę z jednorazową płatnością składki – jeśli opłacisz składkę za umowę podstawową jednorazowo do końca okresu ubezpieczenia;
- 10) z końcem miesiąca umowy, w którym ubezpieczony zmienił miejsce zamieszkania na miejscowość znajdującą się poza Polską.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

– czyli do kiedy możesz się wycofać z zawartej umowy

64. Możesz odstąpić od umowy, ale musisz złożyć nam oświadczenie w ciągu:
 - 1) 7 dni od jej zawarcia – jeśli jesteś przedsiębiorcą;
 - 2) 30 dni od jej zawarcia – jeśli nie jesteś przedsiębiorcą.
65. Jeśli jesteś konsumentem i nie poinformowaliśmy Cię najpóźniej w chwili zawarcia umowy o prawie do odstąpienia, możesz odstąpić od umowy w ciągu 30 dni od dnia, w którym dowiedziałeś się o tym prawie.
66. Jeżeli odstąpisz od umowy, zwrócimy Ci wpłaconą składkę. Pomniejszymy ją o kwotę należną za okres, w którym udzielaliśmy ochrony (czyli za okres od dnia zawarcia umowy do dnia, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o odstąpieniu). Kwotę tę obliczymy proporcjonalnie do liczby dni, w których udzielaliśmy ochrony.
67. Odstąpienie od umowy podstawowej skutkuje odstąpieniem od tej umowy.
68. Odstąpienie od umowy terminowej skutkuje odstąpieniem od tej umowy, jeśli została zawarta na rzecz współmałżonka/partnera.
69. Odstąpienie od umowy nie skutkuje odstąpieniem od umowy podstawowej i od umowy terminowej.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

– czyli jak możesz zrezygnować z umowy

70. Możesz wypowiedzieć umowę w każdym czasie, zachowując miesięczny okres wypowiedzenia ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca umowy następującego po miesiącu umowy, w którym otrzymaliśmy Twoje wypowiedzenie.
71. Jeżeli wypowiesz umowę, zwrócimy Ci składkę za okres niewykorzystanej ochrony, jeśli okres taki występuje.
72. Wypowiedzenie umowy podstawowej skutkuje wypowiedzeniem umowy.
73. Wypowiedzenie umowy terminowej skutkuje wypowiedzeniem tej umowy, jeśli została zawarta na rzecz współmałżonka/partnera.
74. Wypowiedzenie umowy nie skutkuje wypowiedzeniem umowy podstawowej i umowy terminowej.

SKŁADKA

– od czego zależy i kiedy ją opłacać

75. Wysokość składki, która będzie obowiązywać dla umowy, określamy w zależności od:
 - 1) wieku polisowego ubezpieczonego;
 - 2) częstotliwości opłacania składki;
 - 3) wyniku oceny ryzyka;
 - 4) wariantu ubezpieczenia.Wysokość składki potwierdzimy w polisie.
76. Składkę opłacasz z góry, w polskich złotych, w pełnej wymaganej kwocie, w terminach i z częstotliwością przyjętymi w umowie podstawowej.

REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA

– kto, gdzie i w jaki sposób może je złożyć

77. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce, w której obsługujemy klientów.
78. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć:
 - 1) na piśmie – osobiście albo wysłane pocztą w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe albo nadane w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej;
 - 2) na piśmie – wysłane na adres do doręczeń elektronicznych PZU Życie w rozumieniu ustawy o doręczeniach elektronicznych: AE: PL-50066-37983-FBWRA-37, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o którym mowa w ustawie o doręczeniach elektronicznych;
 - 3) w formie ustnej – telefonicznie, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801 102 102, albo osobiście, co potwierdzamy protokołem podczas wizyty w naszej jednostce;
 - 4) w postaci elektronicznej – wysyłając e-mail na reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl.
79. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy najszybciej jak to możliwe, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia, kiedy ją otrzymaliśmy. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, jeśli nie będziemy mogli odpowiedzieć w ciągu 30 dni, informujemy:
 - 1) dlaczego odpowiedź się opóźnia;
 - 2) jakie okoliczności musimy jeszcze ustalić, aby rozpatrzyć sprawę;
 - 3) jaki jest nowy termin naszej odpowiedzi – termin ten nie może być dłuższy niż 60 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy reklamację, skargę lub zażalenie.

80. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy osobie, która je złożyła:
- 1) w przypadku, gdy klientem jest osoba fizyczna – na piśmie, z tym że odpowiedź dostarczymy elektronicznie wyłącznie na wniosek klienta;
 - 2) w przypadku, gdy klientem jest inny podmiot niż wskazany w ppkt. 1 – na piśmie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji.
81. Jeśli po rozpatrzeniu reklamacji:
- 1) nie uwzględniliśmy zgłoszonych roszczeń albo
 - 2) uwzględniliśmy roszczenia, ale w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację nie wykonaliśmy czynności, do których się zobowiązaliśmy
- osoba fizyczna, która złożyła reklamację, może napisać wniosek w tej sprawie do Rzecznika Finansowego.
82. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrujemy w naszych jednostkach, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.
83. Więcej o reklamacjach można dowiedzieć się z Ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej oraz z Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.
84. Przewidujemy możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
85. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu Ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla PZU Życie do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy. Adres jego strony internetowej jest taki: www.rf.gov.pl.
86. Jeżeli ubezpieczający lub ubezpieczony są konsumentami, mogą zwrócić się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
87. Językiem stosowanym przez nas w relacjach z konsumentem jest język polski.
88. W PZU Życie podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

POZOSTAŁE PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY ORAZ POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jest jeszcze ważne

89. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu umowy regulują Ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz Ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych.
90. Jeśli zgodnie z prawem będziemy musieli potrącić ze świadczenia jakiegokolwiek kwoty, zwłaszcza podatek dochodowy, świadczenie zmniejszymy o te kwoty.
91. Prawem właściwym dla umowy jest prawo polskie.
92. W sprawach, których nie reguluje umowa, stosuje się ogóle warunki umowy podstawowej, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa.
93. Wszystkie nasze powiadomienia, wnioski i oświadczenia, które dotyczą tej umowy, będziemy składać w formie pisemnej lub w innej formie, którą uzgodnimy z Tobą.
94. Wszystkie powiadomienia, wnioski i oświadczenia, które dotyczą tej umowy – oprócz reklamacji, skarg i zażeń – muszą być złożone w formie pisemnej lub w innej formie, którą uzgodniłeś z nami.
95. Jako ubezpieczający masz obowiązek zgłaszać nam zmiany swoich danych osobowych i teleadresowych oraz danych ubezpieczonego, chyba że ubezpieczony zgłosił nam zmiany swoich danych.
96. Ubezpieczony ma obowiązek zgłaszać nam lub Tobie zmiany swoich danych osobowych i teleadresowych.
97. Pozew w sprawach, które wynikają z niniejszej umowy, można złożyć według przepisów o właściwości ogólnej zgodnie z Kodeksem postępowania cywilnego albo:
- 1) przed sąd właściwy dla Twojego miejsca zamieszkania, siedziby lub miejsca zamieszkania ubezpieczonego, lub
 - 2) przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego.
98. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej publikujemy na pzu.pl w części o relacjach inwestorskich.