



Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego LUX MED dla firm KOD OWU G/001/2021

Informacje, o których mowa w art. 17. ust. 1 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (tj. z dnia 17 stycznia 2019 r. Dz.U. z 2019 r. poz. 381 z późn.zm.)

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	<p>CZĘŚĆ OGÓLNA UMOWY</p> <ol style="list-style-type: none">1. Postanowienia wspólne<ol style="list-style-type: none">1) § 2 (Definicje);2) § 4 (Zawarcie Umowy ubezpieczenia) ust. 3, ust. 5-7, ust. 10, ust. 13-14;3) § 4 (Przystąpienie i wystąpienie Ubezpieczonych z Umowy) ust. 1-11;4) § 9 (Realizacja świadczeń z tytułu Umowy) ust.1, ust. 2;5) § 11 (Prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego) ust. 1, ust. 3; <p>CZĘŚĆ SZCZEGÓLNA UMOWY</p> <ol style="list-style-type: none">2. Moduł Ambulatoryjny<ol style="list-style-type: none">1) § 1 (Zasady ogólne) ust. 1-2, ust. 4-5;2) § 3 (Realizacja świadczeń) ust.1-7;3. Moduł Szpitalny<ol style="list-style-type: none">1) § 1 (Zasady ogólne) ust. 1-2, ust. 4, ust.5;2) § 4 (Zgłoszenie roszczenia) ust. 1-7;4. Moduł Poważne Zachorowania<ol style="list-style-type: none">1) § 1 (Zasady ogólne) ust. 1-4, ust. 6;2) § 4 (Realizacja świadczeń);



5. Moduł Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą –
BEST HELP

- 1) § 1 (Zasady ogólne);
- 2) § 2 (Zakres ubezpieczenia w ramach modułu), ust 1-2;
- 3) § 3 (Świadczenia należne z tytułu Umowy w ramach modułu);
- 4) § 4 (Realizacja świadczeń);
- 5) § 5 (Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela);

6. Moduł NNW

- 1) § 1 (Zasady ogólne) ust. 1-5;
- 2) § 2 (Prawo Ubezpieczonego do wyznaczenia Uposażonego w module NNW) ust. 1-2, ust. 4;
- 3) § 4 (Realizacja świadczeń).

7. Moduł Medycyna Pracy

- 1) § 1 (Zasady ogólne)

Ograniczenia
oraz wyłączenia
odpowiedzialności
zakładu ubezpieczeń
uprawniające do odmowy
wypłaty odszkodowania
i innych świadczeń
lub ich obniżenia

CZĘŚĆ OGÓLNA UMOWY

1. Postanowienia wspólne

- 1) § 2 (Definicje);
- 2) § 4 (Zawarcie Umowy ubezpieczenia) ust. 4, ust. 8-11;
- 3) § 4 (Przystąpienie i wystąpienie Ubezpieczonych z Umowy) ust. 9-11;
- 4) § 5 (Składka) ust. 9-11;
- 5) § 7 (Wygaśnięcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela) ust.1;
- 6) § 8 (Ograniczenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela);

CZĘŚĆ SZCZEGÓLNA UMOWY

2. Moduł Ambulatoryjny

- 1) § 1 (Zasady ogólne) ust. 4-6;



- 2) § 2 (Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela) ust. 1-3;
 - 3) § 3 (Realizacja świadczeń) ust. 1, ust. 5-6;
3. Moduł Szpitalny
- 1) § 1 (Zasady ogólne) ust. 3-7;
 - 2) § 2 (Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela) ust. 1-3;
 - 3) § 3 (Okres karencji) ust. 1-2;
 - 4) § 4 (Zgłoszenie roszczenia) ust. 2-4;
4. Moduł Poważne Zachorowania
- 1) § 1 (Zasady ogólne) ust. 4-5;
 - 2) § 2 (Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela) ust. 1-3;
 - 3) § 3 (Okres karencji) ust. 1-2;
5. Moduł Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP
- 1) § 1 (Zasady ogólne);
 - 2) § 2 (Zakres ubezpieczenia w ramach modułu);
 - 3) § 3 (Świadczenia należne z tytułu Umowy w ramach modułu);
 - 4) § 5 (Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela);
6. Moduł NNW
- 1) § 1 (Zasady ogólne) ust. 2, ust. 5;
 - 2) § 2 (Prawo Ubezpieczonego do wyznaczenia Uposażonego w module NNW) ust. 3;
 - 3) § 3 (Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela).
7. Moduł Medycyna Pracy
- 1) § 1 (Zasady ogólne)
 - 2) Załącznik do Umowy Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego LUX MED dla Firm Wykaz Świadczeń zdrowotnych Medycyny Pracy



CZĘŚĆ OGÓLNA

§ 1 Postanowienia ogólne

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego („OWU”), LMG Försäkrings AB S.A. z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Box 27093, Szwecja, zarejestrowana w Urzędzie Rejestracji Przedsiębiorstw pod numerem 516406-0831, kapitał akcyjny: 4 800 000 Euro opłacony w całości, działająca w Polsce poprzez oddział LMG Försäkrings AB Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie wpisany do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XIII Wydział Gospodarczy KRS pod nr KRS 0000395438, NIP: 1080011494 będąca dużym przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 8 marca 2013 r o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych („Ubezpieczyciel”), zawiera Umowy ubezpieczenia z osobami fizycznymi prowadzącymi działalność gospodarczą, osobami prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi nieposiadającymi osobowości prawnej, którym ustawa przyznaje zdolność prawną („Ubezpieczającymi”).
2. Ubezpieczający może zawrzeć Umowę ubezpieczenia grupowego („Umowa”) na cudzy rachunek, z tym, że Ubezpieczony będący osobą fizyczną jest wskazany imiennie w Umowie.
3. Strony mogą wprowadzić do Umowy postanowienia dodatkowe lub odmienne od zawartych w OWU, z tym, że różnice pomiędzy OWU a Umową zostaną przedstawione Ubezpieczającemu w formie pisemnej przed zawarciem rzeczony Umowy.
4. W przypadku rozbieżności między postanowieniami zawartymi w OWU i w Umowie, pierwszeństwo mają postanowienia Umowy.

§ 2 Definicje

Określenia użyte w niniejszych OWU, w tym w Modułach Ubezpieczenia, Wniosku ubezpieczeniowym, Polisie oraz innych dokumentach stanowiących integralną część Umowy, oznaczają:

1. **Badania kontrolne** - badania lekarskie przeprowadzane dla wszystkich Pracowników po powrocie do pracy po przerwie spowodowanej niezdolnością do pracy w wyniku choroby trwającej dłużej niż 30 dni;
2. **Badania okresowe** - badania lekarskie przeprowadzane dla wszystkich Pracowników wykonującym pracę na danym stanowisku pracy, dla których kończy się ważność zaświadczenia lekarskiego wydanego w ramach poprzedniego badania z zakresu medycyny pracy;
3. **Badania wstępne** – badania lekarskie przeprowadzane dla:
 - a) osób przyjmowanych do pracy,
 - b) Pracowników przenoszonych na stanowisko pracy, na którym występują czynniki szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe;
 - c) młodocianych przenoszonych na inne stanowisko.
4. **Badania specjalistyczne i diagnostyczne** – konsultacje u lekarzy oraz dodatkowe badania diagnostyczne wykonywane na zlecenie lekarza medycyny pracy, ściśle związane z warunkami pracy i zagrożeniami występującymi na określonym stanowisku pracy;
5. **Badania profilaktyczne** - badania lekarskie z zakresu medycyny pracy obejmujące badania wstępne, okresowe i kontrolne wraz z badaniami specjalistycznymi i diagnostycznymi. Badania profilaktyczne przeprowadzane są na podstawie skierowania wydanego przez pracodawcę;
6. **Centrum Obsługi Klienta** – infolinia, w ramach której Ubezpieczony może uzyskać informacje na temat ubezpieczenia;
7. **Choroba** – nieprawidłowy według ogólnie uznanej wiedzy medycznej stan fizyczny lub psychiczny organizmu;
8. **Ciąża o przebiegu fizjologicznym** – ciąża o przebiegu prawidłowym, niewymagająca podczas swojego przebiegu objęcia opieką perinatalną w ośrodku referencyjnym, hospitalizacji będącej w bezpośrednim związku z ciążą, w szczególności na oddziale patologii ciąży z przyczyn leżących po stronie zarówno matki jak i płodu;
9. **Ciąża wysokiego ryzyka** – ciąża charakteryzująca się zagrożeniem dla zdrowia lub życia matki lub płodu, związanym z występowaniem czynników ryzyka statystycznie zwiększających częstość powikłań ciąży i porodu, które mogą mieć związek ze schorzeniami występującymi przed ciążą, schorzeniami występującymi w trakcie ciąży, nałogami, przeszłością położniczą i ginekologiczną, schorzeniami występującymi w rodzinie;
10. **Data początku ochrony** – data, w której rozpoczyna się odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy wobec Ubezpieczonego w danym Module Ubezpieczenia;
11. **Deklaracja przystąpienia** – formularz udostępniany przez Ubezpieczyciela, na podstawie którego Ubezpieczeni przystępują do Umowy;
12. **Dziecko** – dziecko własne Ubezpieczonego Głównego, Współmałżonka lub Partnera a także dziecko przez nich przysposobione, od pierwszego dnia jego życia, a które w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej nie ukończyło 18 roku życia, a w przypadku uczęszczania przez Dziecko do szkoły [w rozumieniu art. 2 pkt. 2 ustawy z dnia 7 września 1991 roku o systemie oświaty (tj. Dz.U. z 2019 poz. 1481), oraz do szkoły wyższej lub uczelni w rozumieniu ustawy z dnia 20 lipca 2018 roku Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (tj. Dz.U. z 2018 poz. 1669 ze zm.)], nie ukończyło 26 lat;
13. **Grupa** – wskazana grupa albo podgrupa Pracowników Ubezpieczającego, która ma zostać objęta ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy; Grupa może być Grupą fakultatywną albo Grupą obligatoryjną;
14. **Grupa fakultatywna** – grupa jest Grupą fakultatywną, jeżeli decyzja przystąpienia do Umowy lub wybór zakresu ubezpieczenia jest autonomiczną decyzją każdego członka tej grupy (każdego Ubezpieczonego Głównego), przy czym Ubezpieczyciel wskazuje Ubezpieczającemu minimalną liczbę członków (Ubezpieczonych Głównych) niezbędnych do utworzenia Grupy fakultatywnej;
15. **Grupa obligatoryjna** – grupa (lub wskazana część Grupy – Podgrupa) jest Grupą obligatoryjną, jeżeli przystąpienie do Umowy lub wybór zakresu ubezpieczenia jest decyzją Ubezpieczającego. W takim przypadku Ubezpieczeni zostają objęci ochroną ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczenia wybranym przez Ubezpieczającego. W przypadku Grupy obligatoryjnej, nie przeprowadza się indywidualnej oceny ryzyka osób mających przystąpić do ubezpieczenia (Ubezpieczonych),



- pod warunkiem, że zakres ubezpieczenia zawiera jedynie Moduł Ambulatoryjny;
16. **Jednostki służby medycyny pracy** – jednostki, o których mowa w art. 2 ust. 2 ustawy o służbie medycyny pracy z dnia 27.06.1997 roku (Dz. U. 2004 r. nr 125, poz. 1317 j. t. z późn. zm.), współpracujące z Ubezpieczycielem w zakresie udzielania Świadczeń Medycyny Pracy, zwane także Placówkami medycznymi;
 17. **Kodeks Pracy** – ustawa Kodeks Pracy z dnia 26 czerwca 1974 roku (Dz. U. z 1998 roku, Nr 21, poz. 94 t.j. z późn. zm.) oraz akty wykonawcze wydane na jej podstawie;
 18. **Lekarz** – osoba posiadająca odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami polskiego prawa, w tym w szczególności ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tj. Dz. U. z 2019 poz.537z późn.zm.);
 19. **Lista Ubezpieczonych** – wykaz osób zgłaszanych do ubezpieczenia lub Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową wraz z zakresem ubezpieczenia, sporządzony według wzoru wskazanego przez Ubezpieczyciela;
 20. **Nieszczęśliwy wypadek** – nagle zdarzenie będące następstwem ekspozycji na fizyczne czynniki zewnętrzne, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Chorób występujących w sposób nagły;
 21. **Medycyna Pracy** – ochrona zdrowia Pracowników przed wpływem niekorzystnych warunków związanych ze środowiskiem pracy i sposobem jej wykonania, a także w celu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad Pracownikami;
 22. **Miesiąc polisy** – miesiąc rozpoczynający się w dniu początku Okresu ubezpieczenia, a następnie każdy kolejny miesiąc rozpoczynający się w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca;
 23. **Moduły Ubezpieczenia („MU”)** – stanowiące załącznik do OWU i jego integralną część postanowienia dodatkowe w stosunku do OWU, definiujące zakres ubezpieczenia; warunki ochrony ubezpieczeniowej określone w MU mogą być odmienne od tych określonych w OWU, przy czym w przypadku braku odmiennej regulacji w MU zastosowanie mają postanowienia OWU;
 24. **Okres karencji** – określony w Umowie okres od początku Okresu ochrony, w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego, w którym odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest ograniczona. W Okresie karencji Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe oraz Choroby. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona również po Okresie karencji, jeżeli przyczyna Zdarzenia ubezpieczeniowego zaistniała w Okresie karencji;
 25. **Okres ochrony** – okres, w którym udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego, tj. okres w którym Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy za Zdarzenia ubezpieczeniowe. Okres ochrony kończy się zawsze z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy;
 26. **Okres ubezpieczenia** – 12 miesięczny okres obowiązywania Umowy;
 27. **Operacja planowa** – zabieg medyczny, połączony z przecięciem tkanek lub polegający na oddziaływaniu na tkanki czynnikami fizycznymi (np. temperatura) celem zniszczenia zmiany chorobowej, wykonany w wyznaczonym terminie, którego odroczenie nie stwarza dającego się przewidzieć zagrożenia ciężkim pogorszeniem stanu zdrowia, uzasadniony Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą, przeprowadzony przez Lekarza w Szpitalu wskazanym przez Ubezpieczyciela. Zakres operacji planowych określa załącznik do Umowy „Wykaz Świadczeń szpitalnych – Operacji planowych”;
 28. **Operacja planowa NW** – zabieg medyczny, połączony z przecięciem tkanek lub polegający na oddziaływaniu na tkanki czynnikami fizycznymi (np. temperatura) celem zniszczenia zmiany chorobowej, wykonany w wyznaczonym terminie, którego odroczenie nie stwarza dającego się przewidzieć zagrożenia ciężkim pogorszeniem stanu zdrowia, uzasadniony Nieszczęśliwym wypadkiem, przeprowadzony przez Lekarza w Szpitalu wskazanym przez Ubezpieczyciela. Zakres operacji planowych NW określa załącznik do Umowy – „Wykaz Świadczeń szpitalnych – Operacji planowych NW”;
 29. **Operator** – podmiot koordynujący w imieniu Ubezpieczyciela udzielanie Świadczeń ambulatoryjnych, Świadczeń szpitalnych;
 30. **Partner życiowy** – osoba prowadząca z Ubezpieczonym Głównym wspólne gospodarstwo domowe, niepozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, niezłączona pokrewieństwem ani stosunkiem prawnym takim, jak przysposobienie lub powinowactwo;
 31. **Placówka medyczna** – jednostka organizacyjna przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych ambulatoryjnych, działająca na terenie i zgodnie z prawem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej;
 32. **Placówka medyczna wskazana przez Ubezpieczyciela** – jednostka organizacyjna przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych ambulatoryjnych, działająca na terenie i zgodnie z prawem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej, wskazana przez Operatora, jako właściwa do realizacji Świadczeń medycznych;
 33. **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy;
 34. **Poważne zachorowania** – Choroby lub stany chorobowe określone w załączniku do Umowy „Wykaz Poważnych zachorowań”;
 35. **Pracownik** – osoba fizyczna pozostająca w stosunku prawnym z Ubezpieczającym, na podstawie umowy cywilnoprawnej, umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania albo innej umowy, której przedmiotem jest świadczenie pracy albo usług, albo osoba fizyczna będąca członkiem organu jednostki organizacyjnej będącej Ubezpieczającym;
 36. **Profilaktyczna opieka zdrowotna** – działania zapobiegające powstawaniu i szerzeniu się niekorzystnych skutków zdrowotnych, które mają związek z warunkami lub charakterem wykonywanej pracy;
 37. **Rabat** – wskazana w Umowie, określona w odniesieniu do Modułu Ubezpieczenia niżka procentowa lub kwotowa od ustalonej w Placówce medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela aktualnej ceny Świadczenia ambulatoryjnego lub Świadczenia szpitalnego;
 38. **Rocznica** – dzień w każdym roku obowiązywania Umowy, odpowiadający dacie początku Okresu ubezpieczenia;



39. **Rodzin** – rodzic Ubezpieczonego Głównego, Współmałżonka albo Partnera życiowego, który w dniu przystąpienia do ubezpieczenia (Umowy) nie ukończył 80 roku życia;
40. **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu Umowy;
41. **Sporty wysokiego ryzyka** – wszelkie sporty lotnicze, motolotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo oraz pilotowanie jakichkolwiek samolotów silnikowych, baloniarstwo, wszelkie odmiany skoków spadochronowych, skoki na linie, kolarstwo górskie, sporty motorowe i motorowodne, jazda na skuterach wodnych, kitesurfing, alpinizm, wspinaczka wysokogórska, skalna, skałkowa, speleologia, taternictwo jaskiniowe, skoki narciarskie, snowboard oraz narciarstwo z wyjątkiem uprawianych rekreacyjnie na wyznaczonych trasach, bobsleje, rafting i inne sporty wodne uprawiane na rzekach górskich, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, sporty walki, myślistwo oraz jazda konna;
42. **Standardy Bezpieczeństwa Medycznego** – oparte na wiedzy medycznej standardy uprawniające Operatora oraz placówki współpracujące z Operatorem do preferencyjnego udzielania Świadczeń medycznych Ubezpieczonym z uwagi na ich stan zdrowia lub wiek (w szczególności: pacjentom zagrożonym, pacjentom posiadających skierowania na badania w trybie pilnym, dzieciom w wieku do 3 lat, kobietom w ciąży).
43. **Suma Ubezpieczenia** – określona w Umowie kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy w stosunku do Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia;
44. **Szpital** – szpital działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w rozumieniu Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011/112/654 z późn. zm.), wskazany przez Operatora;
45. **Świadczenia towarzyszące** – świadczenia związane z pobytem i wyżywieniem Ubezpieczonego w Szpitalu podczas realizacji Świadczeń szpitalnych określonych w Umowie, oraz transportem medycznym związanym ze Świadczeniami medycznymi w zakresie określonym Umową;
46. **Świadczenie ambulatoryjne** – Świadczenie medycznie niezbędne, udzielane przez Placówkę medyczną wskazaną przez Ubezpieczyciela, które zwyczajowo wykonywane są w ramach lecznictwa otwartego i są możliwe do wykonania w sposób zgodny z wiedzą i sztuką medyczną w warunkach ambulatoryjnych;
47. **Świadczenia medycyny pracy** – świadczenia profilaktycznej opieki zdrowotnej, a także inne świadczenia z zakresu medycyny pracy na rzecz Pracowników, do których pracodawca jest zobowiązany na podstawie przepisów Kodeksu Pracy;
48. **Świadczenie medyczne** – świadczenie zdrowotne, objęte zakresem ubezpieczenia, pozostające w bezpośrednim związku z Chorobą, zaburzeniem lub uszkodzeniem ciała, wykonywane przez Placówkę medyczną na rzecz Ubezpieczonego;
49. **Świadczenie medycznie niezbędne** – Świadczenie medyczne realizowane dla Ubezpieczonego, którego realizacja wynika ze wskazań medycznych i którego odroczenie w czasie może spowodować zagrożenie trwałym pogorszeniem stanu zdrowia lub spowodować znaczący wzrost ryzyka powikłań przy późniejszym wykonaniu Świadczenia medycznego;
50. **Świadczenie opieki okołoporodowej** – świadczenie związane z hospitalizacją z powodu porodu siłami natury lub przez cięcie cesarskie. Zakres świadczeń związanych z porodem określa załącznik do Umowy „Wykaz Świadczeń Szpitalnych – hospitalizacja porodowa”;
51. **Świadczenie szpitalne** – Świadczenie medycznie niezbędne, dla którego prawidłowego wykonania niezbędna jest hospitalizacja Ubezpieczonego udzielana przez Szpital;
52. **Świadczeniodawca** – Placówka medyczna lub Szpital, współpracujące z Ubezpieczycielem lub Operatorem w zakresie udzielania Świadczeń ambulatoryjnych lub Świadczeń szpitalnych;
53. **Typ ubezpieczenia** – ubezpieczenie zdrowotne w ramach Umowy dostępne jest w Typach: Typ Indywidualny, Typ Rodzinny, Typ Partnerski oraz Typ Rodzic;
54. **Typ Indywidualny** – Typ ubezpieczenia, w ramach którego ochroną ubezpieczeniową objęty jest Ubezpieczony Główny;
55. **Typ Partnerski** – Typ ubezpieczenia, w ramach którego ochroną ubezpieczeniową objęty jest Ubezpieczony Główny i jeden Współubezpieczony;
56. **Typ Rodzic** – Typ ubezpieczenia, w ramach którego ochroną ubezpieczeniową objęci są Rodzice, w liczbie nie wyższej niż 4 na jednego Ubezpieczonego Głównego;
57. **Typ Rodzinny** – Typ ubezpieczenia, w ramach którego ochroną ubezpieczeniową objęty jest Ubezpieczony Główny, Współmałżonek albo Partner życiowy oraz Dzieci;
58. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której ustawa przyznaje zdolność prawną, zawierająca Umowę i zobowiązana z tytułu Umowy w szczególności do opłacania Składki zgodnie z terminami i na warunkach przewidzianych w Umowie;
59. **Ubezpieczony** – Ubezpieczony Główny, Współubezpieczony lub Rodzic. Jeżeli OWU posługują się terminem Ubezpieczony oznacza to, że dane postanowienie OWU stosuje się zarówno do Ubezpieczonego Głównego, Współubezpieczonego, Rodzica;
60. **Ubezpieczony Główny** – osoba fizyczna, będąca Pracownikiem Ubezpieczającego, na rachunek której zawarto Umowę, zamieszkała na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, która w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej ukończyła 18 lat i nie ukończyła 70 lat;
61. **Udział własny („Dopłata”)** – kwotowy lub procentowy udział Ubezpieczonego w koszcie udzielanego mu z tytułu Umowy świadczenia ubezpieczeniowego;
62. **Umowa ubezpieczenia (Umowa)** – Umowa ubezpieczenia grupowego zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych OWU;
63. **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
64. **Uprawniony** – osoba uprawniona zgodnie z Umową do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego;



65. **Wiek Ubezpieczonego** – liczba ukończonych pełnych lat Ubezpieczonego w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, a następnie w dniu każdej Rocznicy;
66. **Wniosek ubezpieczeniowy** – formularz Ubezpieczyciela, na którym Ubezpieczający wnioskuję o zawarcie Umowy;
67. **Współubezpieczony** – osoba fizyczna (Partner życiowy, Współmałżonek, lub Dziecko) wskazana przez Ubezpieczonego Głównego, zamieszkała na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, która w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej nie ukończyła 70 lat a w przypadku Dziecka nie ukończyła 26 lat;
68. **Wyczynowe uprawianie sportu** – za wyczynowe uprawianie sportu uważa się: uprawianie dyscyplin sportowych w ramach sekcji lub klubów sportowych, polegające na regularnym uczestniczeniu w treningach lub zawodach sportowych, jak również uprawianie dyscyplin sportowych w celach zarobkowych oraz uczestniczenie w wyprawach lub ekspedycjach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi;
69. **Wykaz Poważnych zachorowań** – wykaz Chorób i stanów chorobowych, których wystąpienie u Ubezpieczonego objęte jest ochroną ubezpieczeniową zgodnie z zakresem ubezpieczenia wynikającym z Umowy;
70. **Wykaz Świadczeń ambulatoryjnych** – wykaz Świadczeń ambulatoryjnych, objętych zakresem ubezpieczenia zgodnie z Umową;
71. **Wykaz Świadczeń szpitalnych** – wykaz Świadczeń szpitalnych, objętych zakresem ubezpieczenia zgodnie z Umową;
72. **Zakres ubezpieczenia** – zakres świadczeń przysługujący Ubezpieczonym z tytułu Umowy;
73. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – przewidziane w Umowie zdarzenie, którego wystąpienie powoduje powstanie obowiązku spełnienia świadczenia przez Ubezpieczyciela;

§ 3 Przedmiot i Zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego, a w przypadku Nieszczęśliwego wypadku, jego określone w Umowie następstwa.
2. W ramach Umowy dostępne są Moduły ubezpieczenia określone w Części szczególnej Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
3. Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wyłączenia szczególne, sposób ustalenia wysokości i warunki realizacji świadczeń z tytułu Umowy, Sumy ubezpieczenia bądź limity odpowiedzialności określone są w Umowie.

§ 4 Umowa ubezpieczenia

Zawarcie Umowy ubezpieczenia

1. Umowa zawierana jest na okres 1 roku (Okres ubezpieczenia).
2. Umowa zawierana jest na podstawie Wniosku ubezpieczeniowego, wraz z dołączonymi do niego wymaganymi dokumentami.
3. Jeżeli Wniosek ubezpieczeniowy nie zawiera wszystkich wymaganych informacji lub nie zostały do Wniosku dołączone

wszystkie wymagane dokumenty, Ubezpieczający zobowiązany jest do uzupełnienia Wniosku ubezpieczeniowego w zakresie i terminie wskazanym przez Ubezpieczyciela.

4. Jeżeli Ubezpieczający nie uzupełni braków, o których mowa w ust. 3 powyżej, we wskazanym terminie, Wniosek ubezpieczeniowy nie wywołuje skutków prawnych i nie dochodzi do zawarcia Umowy ubezpieczenia.
5. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie informacje i okoliczności, które są wymagane we Wniosku ubezpieczeniowym oraz te, o które Ubezpieczyciel zapytywał przed zawarciem Umowy ubezpieczenia. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
6. W Okresie ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest zawiadomić Ubezpieczyciela o zmianie okoliczności, o których mowa w ust. 5, niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.
7. Zawierając umowę na cudzy rachunek obowiązki określone w ust. 5 i 6 spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu Umowy ubezpieczenia na jego rachunek.
8. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności na podstawie Umowy za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 5–7, nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 5–7 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany Umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu pierwszym.
9. Do zawarcia Umowy dochodzi z chwilą akceptacji Wniosku ubezpieczeniowego przez Ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie Umowy lub objęcie poszczególnych osób ochroną ubezpieczeniową od uzyskania dodatkowych informacji mających wpływ na ocenę ryzyka, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
10. Ubezpieczyciel może skierować osoby zgłaszane do ubezpieczenia na dodatkowe badania medyczne w celu dokonania oceny ryzyka. Koszty tych badań ponosi Ubezpieczyciel.
11. Ubezpieczyciel na podstawie dokonanej oceny ryzyka ubezpieczeniowego może odmówić zawarcia Umowy albo uzależnić jej zawarcie od wprowadzenia do Umowy postanowień odmiennych lub dodatkowych w stosunku do niniejszych OWU.
12. Ubezpieczyciel potwierdza zawarcie Umowy Polisą.
13. Treść Umowy stanowią OWU, informacje zawarte we Wniosku ubezpieczeniowym oraz w każdym innym dokumencie dołączonym Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, który został zaakceptowany przez Ubezpieczyciela, jako część Umowy, w tym w szczególności wszystkie oświadczenia dotyczące stanu zdrowia składane przez Ubezpieczonego, inne dokumenty stworzone przez Strony Umowy lub Ubezpieczyciela, które zostały dołączone do Umowy, a także informacje zawarte w Polisie.
14. Jeżeli w odpowiedzi na złożony przez Ubezpieczającego Wniosek ubezpieczeniowy, Ubezpieczyciel doręczy Ubezpieczającemu Polisę zawierającą postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonego przez niego Wniosku ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel będzie obowiązany zwrócić



Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu Polisy, wyznaczając mu, co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania

tego obowiązku przez Ubezpieczyciela, zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie są skuteczne a Umowa jest zawarta zgodnie z warunkami określonymi we Wniosku ubezpieczeniowym.

15. W przypadku opisanym w ust. 14, przy braku sprzeciwu, Umowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią Polisy następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
16. Postanowień ust. 14 nie stosuje się, jeżeli Umowa zostanie zawarta w drodze negocjacji.

Przystąpienie i wystąpienie Ubezpieczonych z Umowy

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmowani są wszyscy Pracownicy Ubezpieczającego albo wskazana przez niego Grupa, o ile Strony nie umówią się inaczej.
2. Warunkiem objęcia ochroną ubezpieczeniową jest przekazanie przez Ubezpieczającego:
 - 1) wykazu osób przystępujących do ubezpieczenia, w formie trybie określonym przez Ubezpieczyciela (Lista Ubezpieczonych);
 - 2) kompletnych, poprawnie wypełnionych Deklaracji przystąpienia;
 - 3) innych dokumentów, jeżeli były one wskazane, jako niezbędne do zawarcia Umowy przez Ubezpieczyciela;
 - 4) pierwszej raty Składki.
3. Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczycielowi Listę Ubezpieczonych wraz z wszystkimi wymaganymi dokumentami nie później niż 10 dni roboczych przed datą początku Okresu ubezpieczenia lub w przypadkach szczególnych w innym terminie wskazanym przez Ubezpieczyciela.
4. W Okresie ubezpieczenia Ubezpieczający może zgłaszać osoby przystępujące do, a także osoby występujące z Umowy, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5-7 poniżej.
5. Ubezpieczający może zgłosić do Umowy nowych Ubezpieczonych z datą początku Okresu ochrony przypadającą na Miesiąc Polisy, przy czym objęcie Ochroną ubezpieczeniową ww. Ubezpieczonych następuje od pierwszego dnia Miesiąca polisy po miesiącu, w którym zostaną spełnione warunki określone w ust.2.
6. W przypadku Grupy fakultatywnej zmiana zakresu ubezpieczenia jest możliwa jedynie w Rocznicę.
7. W przypadku Grupy obligatoryjnej zmiana zakresu ubezpieczenia wynika z zasad określonych przez Ubezpieczającego, definiujących Grupę obligatoryjną i określonych na dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia.
8. Ubezpieczający zobowiązuje się do informowania Ubezpieczyciela o wszelkich zmianach dotyczących Ubezpieczonych na Liście Ubezpieczonych przynajmniej na 10 dni przed kolejnym Miesiącem polisy, od którego mają nastąpić zmiany (w szczególności o osobach przystępujących do Umowy ubezpieczenia i Ubezpieczonych występujących z Umowy ubezpieczenia).
9. Wystąpienie z Umowy poszczególnych Ubezpieczonych jest możliwe z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, zaś

wystąpienie Ubezpieczonych, którzy przestali spełniać definicję Pracownika (i odpowiednio wskazanych przez niego Współubezpieczonych), Współubezpieczonego lub Rodzica jest możliwe z upływem ostatniego dnia Miesiąca polisy – pod warunkiem przekazania przez Ubezpieczającego wykazu Ubezpieczonych występujących z Umowy w formacie i terminie określonym przez Ubezpieczyciela.

10. Wystąpienie z Umowy Ubezpieczonego Głównego jest równoznaczne z wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do zgłoszonych przez niego Współubezpieczonych i Rodziców (z wystąpieniem przez nich z Umowy).
11. Wystąpienie z Umowy przez Ubezpieczonego powoduje brak możliwości ponownego przystąpienia tego Ubezpieczonego do Umowy przez okres 12 miesięcy od dnia zakończenia okresu Ochrony ubezpieczeniowej.

§ 5 Składka

1. Składka obliczana jest za czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy na podstawie oceny ryzyka.
2. Wysokość należnej Składki, częstotliwość oraz terminy jej płatności potwierdzone są w Polisie.
3. W przypadku wygaśnięcia albo rozwiązania Umowy ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta i za jaki została zapłacona Składka, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej Ochrony ubezpieczeniowej.
4. Wysokość Składki należnej ustalana będzie jako iloczyn Składki za jednego Ubezpieczonego albo za określony zakres ubezpieczenia w Typie Indywidualnym, Typie Partnerskim, Rodzinnym lub Rodzic oraz liczby Ubezpieczonych albo odpowiednio liczby zakresów ubezpieczenia z uwzględnieniem zakresu ochrony ubezpieczeniowej według aktualnej, w danym okresie Listy Ubezpieczonych.
5. Płatność Składki następuje przelewem na wskazany w Polisie rachunek bankowy Ubezpieczyciela.
6. Za dzień opłacenia Składki uznaje się dzień uznania rachunku Ubezpieczyciela całą należną kwotą Składki; ta sama zasada dotyczy poszczególnych rat Składki.
7. W przypadku, gdy wpłacona kwota jest niższa od należnej Składki, Składkę uważa się za niezapłaconą.
8. W przypadku powstania zaległości w opłacaniu rat Składki, dokonane wpłaty w pierwszej kolejności są przekazywane na pokrycie wcześniej nieuregulowanych rat.
9. Jeżeli Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem Składki lub jej pierwszej raty a Składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie, Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty Składki za okres przez który ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia Umowy wygasa ona z końcem okresu za który przypadła niezapłacona Składka lub jej pierwsza rata.
10. W razie opłacania Składki w ratach i nieopłaceniu kolejnej raty Składki, Ubezpieczyciel może wezwać Ubezpieczającego do zapłaty raty Składki w dodatkowym terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania, pod rygorem wygaśnięcia



odpowiedzialności Ubezpieczyciela w przypadku braku zapłaty raty Składki w dodatkowym terminie albo pod rygorem ograniczenia zakresu Ochrony ubezpieczeniowej do czasu uregulowania należności.

11. W wezwaniu Ubezpieczyciel poda do wiadomości Ubezpieczającego skutki niezapłacenia Składki lub jej raty.
12. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłacenia Składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy.

§ 6 Zmiany w Umowie ubezpieczenia

Zmiany Umowy Strony mogą dokonać w formie pisemnej pod rygorem nieważności. Ubezpieczyciel potwierdza uzgodnioną i dokonaną zmianę Umowy aneksem do Polisy albo nową Polisą.

§ 7 Wygaśnięcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się:
 - 1) w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych z:
 - a) dniem odstąpienia od Umowy przez Ubezpieczającego;
 - b) upływem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia Umowy, z powodu wypowiedzenia jej przez Ubezpieczyciela w przypadku niezapłacenia przez Ubezpieczającego Składki lub pierwszej raty Składki;
 - c) upływem ostatniego dnia 7-dniowego terminu na zapłatę kolejnej raty Składki, jeżeli Ubezpieczyciel uprzednio wezwie Ubezpieczającego do zapłaty raty Składki, liczonego od dnia doręczenia wezwania Ubezpieczającemu;
 - d) upływem Okresu ubezpieczenia.
 - 2) w stosunku do danego Ubezpieczonego z:
 - a) dniem jego śmierci;
 - b) upływem ostatniego dnia okresu, za który została zapłacona Składka lub rata Składki za danego Ubezpieczonego;
 - c) upływem ostatniego dnia Miesiąca polisy, w którym złożony został wniosek przez Ubezpieczającego o wyłączenie Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej;
 - d) upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony ukończył 71 lat, w przypadku Współubezpieczonego będącego Dzieckiem odpowiednio 18 lub 26 lat, a Rodzica 81 lat;
 - e) z dniem wykorzystania sumy ubezpieczenia z tytułu Opieki medycznej za granicą (FindBestCare) w odniesieniu do Ubezpieczonych objętych ochroną w Module Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP.

§ 8 Ograniczenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela

Ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, mające zastosowanie do wszystkich Modułów Ubezpieczenia

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje Zdarzeń ubezpieczeniowych, będących bezpośrednim lub pośrednim następstwem:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, wojny domowej, rewolucji, stanu wyjątkowego, cywilnego zamachu stanu, aktów terroryzmu, służby wojskowej, udziału w misjach wojskowych lub stabilizacyjnych, czynnego uczestnictwa Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach lub strajkach;
 - 2) stosowania naukowo nieuznanych metod leczenia oraz medycyny niekonwencjonalnej, ludowej i orientalnej, stosowania leków niedopuszczonych do użytku w Polsce (lub poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lecz wyłącznie w związku z Modułem Leczenia Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP) oraz ich następstw, jak również udziału Ubezpieczonego w eksperymentach medycznych, badaniach klinicznych lub podobnych badaniach związanych ze zdrowiem, oraz ich następstw;
 - 3) transplantacji organów lub tkanek, komórek, hodowli komórkowych (pochodzenia naturalnego lub sztucznego), w tym także z wykorzystaniem autoprzeszczepu, wszczepianie implantów i urządzeń, przy czym wyłączenie to nie dotyczy Modułu Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą - BEST HELP;
 - 4) wyczynowego uprawiania sportów lub uprawiania sportów wysokiego ryzyka, przy czym wyłączenie to nie dotyczy Modułu Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą - BEST HELP;
 - 5) epidemii, stanów kłęski żywiołowej lub katastrof naturalnych ogłoszonych i potwierdzonych przez właściwe organy administracji państwowej;
 - 6) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego oraz czynników biologicznych i chemicznych w zakresie szkodliwym dla człowieka;
 - 7) prowadzenia pojazdu przez Ubezpieczonego bez uprawnień lub prowadzenia pojazdu bez aktualnego badania technicznego, zgodnych z obowiązującymi przepisami lub prowadzenia pojazdu pod wpływem alkoholu, narkotyków albo innych środków odurzających, psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (tekst jednolity Dz. U. z 2019 poz.852 z późn. zm.);
 - 8) usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia, świadomego spowodowania rozstroju zdrowia,
 - 9) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa lub wykroczenia;
 - 10) działania umyślnego, samodzielnego diagnozowania, leczenia, modyfikacji zaleconego leczenia lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego;
 - 11) pozostawania pod wpływem, nadużycia lub zatrucia dobrowolnie spożywanymi: alkoholem, narkotykami, innymi substancjami odurzającymi lub psychotropowymi, tytoniem, lekami stosowanymi niezgodnie z zaleceniem Lekarza;
 - 12) detoksykacji, zabiegów odwykowych oraz leczenia odwykowego;



- 13) leczenia chorób psychicznych, zaburzeń lub innych zakłóceń czynności psychicznych, w tym choroby Alzheimera, i ich następstw;
- 14) uzyskania świadczeń medycznych za pomocą czynów zakazanych, prób wyłudzenia lub celowego wprowadzenia Ubezpieczyciela w błąd;
2. Mając na uwadze Standardy Bezpieczeństwa Medycznego, Operator może udzielić Świadczenia medycznego określonego pacjentowi z pierwszeństwem przed innym pacjentami.
3. Ubezpieczyciel lub Operator ma prawo odmowy udzielania Świadczenia medycznego Ubezpieczonemu, który naruszając przepisy prawa, zasady współżycia społecznego lub regulaminu organizacyjnego placówki własnej Operatora, Placówki medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela lub Szpitala utrudnia pracę, udzielenie Świadczenia medycznego lub funkcjonowanie tej placówki lub jej personelu. W przypadku, gdy powyższe działanie ma charakter uporczywy Ubezpieczyciel może wyłączyć z ochrony ubezpieczeniowej takiego Ubezpieczonego informując o tym Ubezpieczającego w formie pisemnej.

§ 9 Realizacja świadczeń z tytułu Umowy

1. Ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić swoje zobowiązania z tytułu Umowy w terminie do 30 dni licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być wypłacone w terminie 14 dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia z tytułu Umowy Ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie przewidzianym w ust. 1 powyżej.

§ 10 Roszczenia regresowe

1. Z dniem realizacji świadczenia (odszkodowania) przez Ubezpieczyciela roszczenie Ubezpieczonego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na Ubezpieczyciela do wysokości zrealizowanego świadczenia lub zapłaconego odszkodowania. Jeżeli Ubezpieczyciel pokrył tylko część szkody, Ubezpieczonemu przysługuje, co do pozostałej części, pierwszeństwo zaspokojenia przed roszczeniem Ubezpieczyciela.
2. Nie przechodzą na Ubezpieczyciela roszczenia Ubezpieczonego przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
3. W przypadku, gdy Ubezpieczony bez zgody Ubezpieczyciela zrzekł się roszczenia przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę lub je ograniczył Ubezpieczyciel może odmówić realizacji świadczenia lub wypłaty odszkodowania albo je zmniejszyć. Jeżeli zrzeczenie się lub ograniczenie roszczenia zostanie ujawnione po realizacji świadczenia lub wypłacie odszkodowania, Ubezpieczyciel może żądać od Ubezpieczonego

zwrotu całości lub części wartości zrealizowanego świadczenia lub wypłaconego odszkodowania.

4. Ubezpieczający lub Ubezpieczony obowiązany jest udzielić Ubezpieczycielowi wszelkiej pomocy przy dochodzeniu roszczeń regresowych, w tym dostarczyć odpowiednie dokumenty oraz udzielić wymaganych informacji i pełnomocnictw.

§ 11 Prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

1. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał we Wniosku ubezpieczeniowym lub przed zawarciem Umowy w innych okolicznościach. Jeżeli Ubezpieczyciel zawarł Umowę mimo braku odpowiedzi Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do:
 - 1) opłacania Składki w wysokości i terminach określonych w Umowie;
 - 2) dostarczenia Ubezpieczycielowi List Ubezpieczonych wraz ze wszystkimi wymaganymi dokumentami;
 - 3) powiadamiania Ubezpieczyciela niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni o każdej zmianie swojej siedziby lub adresu korespondencyjnego;
 - 4) informowania Ubezpieczyciela o zmianie wszelkich danych dotyczących Ubezpieczonych i Ubezpieczającego mających wpływ na Umowę ubezpieczenia;
 - 5) doręczenia Ubezpieczonym warunków Umowy, w tym w szczególności OWU przed wyrażeniem przez Ubezpieczonych zgody na udzielenie im ochrony ubezpieczeniowej, jeżeli taka zgoda jest wymagana Umową lub jeżeli ubezpieczony zgadza się na finansowanie kosztu Składki ubezpieczeniowej - przed wyrażeniem przez niego na to zgody, oraz do doręczania Ubezpieczonym dokumentów statuujących wszelkie zmiany Umowy i OWU w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia;
 - 6) poinformowania Ubezpieczonych o zmianie numeru Centrum Obsługi Klienta oraz zmian dotyczących Operatora.
3. Ubezpieczający ponosi pełną odpowiedzialność za działania i zaniechania w ramach Umowy, w tym w szczególności za naruszenie postanowień ust. 2 powyżej.
4. Ubezpieczony jest zobowiązany do:
 - 1) ścisłego przestrzegania zaleceń lekarskich wydawanych przez Lekarzy;
 - 2) przestrzegania zasad organizacji pracy w Placówkach medycznych w części dotyczącej pacjentów;
 - 3) informowania Ubezpieczyciela o wszelkich zmianach danych osobowych i adresowych; w przypadku kiedy Współubezpieczony nie jest pełnoletni obowiązek ten spoczywa na Ubezpieczonym Głównym lub Ubezpieczającym;
 - 4) przestrzegania terminów wykonania Świadczeń medycznych uzgodnionych ze Świadczeniodawcą;
 - 5) przybycia w uzgodnionym terminie do Placówki medycznej lub poinformowania Operatora o rezygnacji ze Świadczenia ambulatoryjnego, Świadczenia szpitalnego niezwłocznie, nie później niż 12 godzin przed ustalonym terminem jego wykonania;
 - 6) powstrzymania się od wszelkich działań utrudniających lub uniemożliwiających udzielenie świadczenia przez Świadczeniodawcę.



§ 12 Prawa i obowiązki Ubezpieczyciela

Ubezpieczyciel zobowiązany jest do:

1. wystawienia Polisy i przekazania jej Ubezpieczającemu;
2. prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych Umową;
3. poinformowania Ubezpieczającego o zmianie siedziby lub adresu korespondencyjnego;
4. poinformowania Ubezpieczającego o zmianie numeru infolinii Centrum Obsługi Klienta oraz zmian dotyczących Operatora.

§ 13 Odstąpienie od Umowy

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy.
2. Odstąpienie od Umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia Składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

§ 14 Reklamacje

1. Reklamacje związane z zawarciem lub wykonaniem Umowy mogą być kierowane przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy do Ubezpieczyciela pisemnie, za pomocą adresu poczty elektronicznej reklamacje.ubezpieczenia@luxmed.pl bądź poprzez formularz znajdujący się na stronie internetowej Ubezpieczyciela. Reklamacja może być również złożona osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela lub za pośrednictwem poczty lub posłańca.
2. Reklamacja powinna być kierowana do Ubezpieczyciela i zawierać zwięzły opis nieprawidłowości, pozwalający na jednoznaczną identyfikację zdarzenia będącego podstawą reklamacji i wszystkich istotnych jego okoliczności.
3. Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi na reklamację w formie papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, ewentualnie w formie elektronicznej, gdy osoba składająca reklamację wyrazi zgodę na jej zastosowanie.
4. Odpowiedź na reklamację udzielana jest bez zbędnej zwłoki jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
5. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa ust. 4, Ubezpieczyciel:
 - 1) wyjaśni przyczynę opóźnienia;
 - 2) wskaże okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - 3) określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
6. Reklamacja może być złożona również przez pełnomocnika.
7. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego (<https://www.knf.gov.pl>).
8. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu lub Uposażonemu z tytułu Umowy po wyczerpaniu postępowania reklamacyjnego, w ramach Umowy ubezpieczenia, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie jego sprawy do podmiotu uprawnionego do pozasądowego rozwiązywania sporów, którym jest Rzecznik

Finansowy (szczegółowe informacje dostępne na stronie internetowej Rzecznika Finansowego <https://rf.gov.pl/>).

§ 15 Właściwość sądu

1. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego (Uposażonego) z Umowy ubezpieczenia.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego (Uposażonego) z Umowy ubezpieczenia.

§ 16 Cesja praw z umowy ubezpieczenia

Roszczenia z tytułu świadczeń ubezpieczeniowych wynikających z Umowy nie mogą być przedmiotem cesji w rozumieniu przepisów art. 509 Kodeksu Cywilnego, ani zastawu w rozumieniu art. 327 Kodeksu Cywilnego.

§ 17 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy prawa.
2. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia składane przez Strony w związku z Umową powinny być dokonywane na piśmie, chyba że co innego wynika z Umowy.
3. OWU zostały zatwierdzone przez Dyrektora Generalnego i mają zastosowanie do Umów zawieranych od dnia **01 marca 2021 r.**

Anna Rulkiewicz

Dyrektor Generalny



CZĘŚĆ SZCZEGÓLNA OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA

Moduły Ubezpieczenia

Tytuł I. Moduł Ambulatoryjny

§ 1 Zasady ogólne

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym w Module Ambulatoryjnym jest wystąpienie Choroby u Ubezpieczonego w Okresie ochrony.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pokrycie kosztów Świadczeń ambulatoryjnych, określonych w załączniku do Umowy „Wykaz Świadczeń ambulatoryjnych”, udzielonych w Okresie ochrony z zastrzeżeniem poniższych postanowień.
3. Moduł Ambulatoryjny jest oferowany w Typie Indywidualnym, Partnerskim, Rodzinnym oraz Typie Rodzic.
4. Zakres Świadczeń ambulatoryjnych jest uzależniony od wybranego zakresu ubezpieczenia.
5. Świadczenia ambulatoryjne udzielane są wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w Placówkach medycznych wg. wyboru Ubezpieczonego spośród Placówek medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela. Lista Placówek medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela znajduje się na właściwej podstronie internetowej www.luxmed.pl/ubezpieczenia oraz jest dostępna w Centrum Obsługi Klienta.
6. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje świadczeń zdrowotnych udzielanych w celu ratowania życia zgodnie z Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity z dnia 19 kwietnia 2013 r. (Dz.U. z 2013 r. poz. 757 z późn. zm.).

§ 2 Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1. Jeżeli Umowa nie stanowi inaczej, oprócz wyłączeń określonych w § 8 OWU Część Ogólna, odpowiedzialność Ubezpieczyciela w Module Ambulatoryjnym nie obejmuje udzielania świadczeń zdrowotnych będących następstwem lub w zakresie:
 - 1) diagnozowania i leczenia zaburzeń płodności, w tym ciąży będącej wynikiem ww. postępowania, o ile jest to ciąża wysokiego ryzyka;
 - 2) diagnozowania i leczenia związanego ze zmianą płci;
 - 3) przeprowadzania zabiegów aborcji oraz leczenia ich następstw;
 - 4) prowadzenia ciąży wysokiego ryzyka;
 - 5) diagnozowania i leczenia protetycznego, ortodontycznego, periodontologicznego, implantologicznego;
 - 6) diagnozowania i leczenia oraz zabiegów lub operacji z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej oraz kosmetyki a także leczenia niepożądanych następstw wymienionych w zdaniu poprzednim procedur;
 - 7) diagnozowania i leczenia nie zleconego lub nie wykonanego w Placówkach wskazanych przez Ubezpieczyciela;

- 8) wystawiania orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń, wniosków niezwiązanych z koniecznością kontynuacji procesu diagnostycznego i terapeutycznego prowadzonego w Placówce wskazanej przez Ubezpieczyciela (wyłączenie nie dotyczy świadczeń medycyny pracy – o ile jest objęte zakresem Ubezpieczenia, druków ZUS ZLA);
- 9) leczenia sanatoryjnego i uzdrowiskowego oraz pobytów rehabilitacyjnych, w domu opieki lub innej placówce opiekuńczo-leczniczej lub leczniczo-pielęgniarskiej, w której Ubezpieczony przebywa z przyczyn medycznych, rodzinnych lub społecznych;
- 10) leczenia zakażenia wirusami HIV (AIDS), wirusami wirusowego zapalenia wątroby (z wyłączeniem WZW typu A) oraz schorzeń będących następstwem w/w zakażeń;
- 11) będących wynikiem uczestnictwa Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nie licencjonowanych linii lotniczych;
- 12) badań diagnostycznych niezbędnych do planowego leczenia szpitalnego, realizowanego w ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. Jeśli Świadczenia ambulatoryjne, jakie mają być udzielone Ubezpieczonemu wykraczają ponad zakres Świadczeń medycznie niezbędnych, Ubezpieczyciel może odpowiednio zredukować świadczenia medyczne do Świadczenia medycznie niezbędnego albo wykonać świadczenie odpłatnie po uzyskaniu na to zgody Ubezpieczonego.
3. Ubezpieczyciel nie odpowiada za Zdarzenia ubezpieczeniowe wynikłe z:
 - 1) błędów medycznych;
 - 2) błędów wynikających z nienależytej prowadzonej dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.

Za błędy wymienione w ust. 3 pkt 1) i 2) odpowiada Świadczeniodawca.

§ 3 Realizacja świadczeń

1. Świadczenia ambulatoryjne udzielane są przez Placówki medyczne wskazane przez Ubezpieczyciela, zgodnie z godzinami i zakresem pracy danej Placówki medycznej, chyba że warunki Umowy ubezpieczenia stanowią inaczej.
2. W celu uzyskania Świadczenia ambulatoryjnego w Placówce medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela, Ubezpieczony obowiązany jest:
 - 1) skontaktować się z infolinią Operatora lub Placówką medyczną osobiście, telefonicznie lub za pośrednictwem innych kanałów udostępnionych przez Operatora;
 - 2) uzgodnić termin i miejsce wykonania Świadczenia ambulatoryjnego;
 - 3) okazać w Placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem, potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego;
 - 4) zastosować się do regulaminów lub poleceń i wskazówek otrzymanych od Pracownika Placówki medycznej, obowiązujących w danej Placówce medycznej;
 - 5) udzielić Placówce medycznej wszelkich informacji dotyczących podstawy udzielenia Świadczenia ambulatoryjnego (tj. Choroba, Nieszczęśliwy wypadek).



3. Ubezpieczony obowiązany jest do odwołania zarezerwowanego terminu wykonania Świadczenia ambulatoryjnego, jeśli nie może stawić się w terminie, przy użyciu kanałów kontaktu wskazanych przez Operatora.
4. Świadczenia ambulatoryjne są udzielane przez Placówki medyczne zgodnie obowiązującymi przepisami prawa i standardami obsługi obowiązującymi w danej placówce.
5. Jeżeli Świadczenia ambulatoryjne udzielane są osobom poniżej 18 roku życia, Placówka medyczna może żądać przed udzieleniem świadczenia przedstawiania dokumentów wskazanych w standardach obsługi pacjenta małoletniego stosowanych przez taką placówkę.
6. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za udzielenie przez Placówkę medyczną Świadczeń ambulatoryjnych nieobjętych zakresem Umowy oraz świadczeń zleconych lub wykonanych przez Placówkę medyczną inną niż wskazaną przez Ubezpieczyciela, o ile Umowa nie stanowi inaczej.
7. Ubezpieczyciel zapewnia, że udzielenie Świadczenia ambulatoryjnego przez Placówkę medyczną nastąpi bez zbędnej zwłoki w możliwie najszybszym terminie.

Tytuł II. Moduł Szpitalny

§ 1 Zasady ogólne

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym w Module Szpitalnym jest wystąpienie w Okresie ochrony uzasadnionej medycznie konieczności wykonania Świadczenia szpitalnego objętego zakresem ubezpieczenia, potwierdzonego skierowaniem wystawionym przez Lekarza z wyłączeniem Świadczenia opieki okołoporodowej, które nie wymaga potwierdzenia skierowaniem. Realizacja Operacji planowej lub Operacji planowej NW lub pobytu w Szpitalu związanego z porodem ma miejsce w Okresie ochrony.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pokrycie kosztów lub części kosztów Świadczeń szpitalnych udzielonych Ubezpieczonemu, określonych w załączniku do Umowy „Wykaz Świadczeń szpitalnych”.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w Module Szpitalnym jest ograniczona do wysokości Sumy Ubezpieczenia określonej w „Wykazie Świadczeń szpitalnych” dla poszczególnych Świadczeń szpitalnych.
4. Suma Ubezpieczenia stanowi maksymalną kwotę, do której Ubezpieczyciel pokryje Świadczenia szpitalne z zastrzeżeniem, że wysokość świadczenia z tytułu Świadczeń towarzyszących związanych z jednorazowym pobytom w Szpitalu nie może przekroczyć kosztów pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu przez okres dłuższy niż 30 dni.
5. Świadczenia szpitalne udzielane są wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
6. Świadczenia szpitalne nie obejmują świadczeń zdrowotnych udzielanych w celu ratowania życia zgodnie z Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity z dnia 19 kwietnia 2013 r. (Dz.U. z 2013 r. poz. 757 z późn. zm.).
7. Zakres Świadczeń szpitalnych jest uzależniony od wybranego zakresu ubezpieczenia. Kontynuacja leczenia w nowym Okresie

ochrony nie jest traktowana jako nowe Zdarzenie ubezpieczeniowe.

§ 2 Wyłączenia odpowiedzialności

1. Oprócz wyłączeń określonych w § 8 OWU Część Ogólna, odpowiedzialność Ubezpieczyciela w Module Szpitalnym nie obejmuje Świadczeń szpitalnych, lub pokrycia ich kosztów, będących następstwem lub w zakresie:
 - 1) diagnozowania i leczenia zaburzeń płodności, w tym ciąży będącej wynikiem ww. postępowania o ile jest to ciąża wysokiego ryzyka;
 - 2) diagnozowania i leczenia związanego ze zmianą płci;
 - 3) przeprowadzania zabiegów aborcji i leczenia powikłań będących jego następstwami;
 - 4) prowadzenia ciąży wysokiego ryzyka;
 - 5) diagnozowania i leczenia protetycznego, ortodontycznego, periodontologicznego, implantologicznego;
 - 6) diagnozowania i leczenia oraz zabiegów lub operacji z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej oraz kosmetycznej; a także leczenia niepożądanych następstw procedur wymienionych w zdaniu poprzednim;
 - 7) diagnozowania i leczenia nie zleconego lub niewykonanego w Placówkach wskazanych przez Ubezpieczyciela;
 - 8) wystawiania orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń, wniosków nie związanych z koniecznością kontynuacji procesu diagnostycznego i terapeutycznego prowadzonego w Placówce wskazanej przez Ubezpieczyciela (wyłączenie nie dotyczy świadczeń medycyny pracy – o ile jest objęte zakresem Ubezpieczenia, druków ZUS ZLA);
 - 9) leczenia sanatoryjnego i uzdrowiskowego oraz pobytów rehabilitacyjnych, w domu opieki lub innej placówce opiekuńczo-leczniczej lub leczniczo-pielęgniarskiej, w której Ubezpieczony przebywa z przyczyn medycznych, rodzinnych lub społecznych;
 - 10) leczenia zakażenia wirusami HIV (AIDS), wirusami wirusowego zapalenia wątroby (z wyłączeniem WZW typu A) oraz schorzeń będących następstwem ww. zakażeń;
 - 11) będących wynikiem uczestnictwa Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nie licencjonowanych linii lotniczych;
 - 12) badań diagnostycznych niezbędnych do planowego leczenia szpitalnego, realizowanego w ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
 - 13) Chorób lub następstw Nieszczęśliwych wypadków, które wystąpiły, lub przyczyny ich wystąpienia były znane Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu w ciągu 24 miesięcy przed zawarciem Umowy ubezpieczenia lub o których, przy zachowaniu należytej staranności Ubezpieczający lub Ubezpieczony mógł się dowiedzieć w tym okresie.
 - 14) Zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych w Okresie karencji;
2. Jeśli Świadczenia szpitalne, jakie mają być udzielone Ubezpieczonemu wykraczają ponad zakres Świadczeń medycznie niezbędnych, Ubezpieczyciel może odpowiednio zredukować świadczenia medyczne do Świadczenia medycznie



niezbędnego albo wykonać świadczenie odpłatnie po uzyskaniu na to zgody Ubezpieczonego.

3. Ubezpieczyciel nie odpowiada za Zdarzenia ubezpieczeniowe wynikłe z:
 - 1) błędów medycznych;
 - 2) błędów z nienależycie prowadzonej dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.

Za błędy wymienione w ust. 3 pkt 1) i 2) odpowiada Świadczeniodawca.

§ 3 Okres karencji

1. W Module szpitalnym odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się po upływie Okresu karencji, wynoszącego:
 - 1) dla Operacji planowych – 3 miesiące,
 - 2) dla Świadczeń opieki okołoporodowej – 10 miesięcy, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.
2. Okres karencji dla Operacji planowych NW i zdarzeń wymienionych w ust.1 pkt 1) nie obowiązuje, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe jest wynikiem Nieszczęśliwego wypadku, który zaistniał w Okresie ochrony.

§ 4 Zgłoszenie roszczenia

1. Świadczenia szpitalne realizowane są w Szpitalach wskazanych przez Operatora.
2. Operacje planowe, Operacje planowe NW i Świadczenia towarzyszące realizowane są wyłącznie na podstawie skierowania od Lekarza Placówki medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela.
3. Skierowanie nie może być wystawione wcześniej niż 30 dni przed datą zgłoszenia roszczenia przez Ubezpieczonego do Ubezpieczyciela.
4. Zamiar skorzystania ze Świadczeń opieki okołoporodowej musi być zgłoszony na co najmniej 3 miesiące przed planowaną datą porodu.
5. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Świadczenia szpitalnego realizowane jest po zgłoszeniu Ubezpieczycielowi roszczenia, najlepiej w formie pisemnej na formularzu Ubezpieczyciela wraz z wymienionymi w nim załącznikami.

Tytuł III. Moduł Poważne Choroby

§ 1 Zasady ogólne

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym w Module Poważne zachorowania jest wystąpienie Poważnego zachorowania w Okresie ochrony.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego w Okresie ochrony pierwszego i jednego Poważnego zachorowania wskazanego w „Wykazie Poważnych zachorowań”.
3. Moduł Poważne zachorowania zapewnia ochronę ubezpieczeniową na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.
4. Zakres ochrony jest uzależniony od wybranego zakresu ubezpieczenia. Ubezpieczenie jest oferowane wyłącznie osobom, które ukończyły 18 rok życia i nie ukończyły 64 lat.

5. Świadczenie ubezpieczeniowe stanowi Suma Ubezpieczenia aktualna na dzień wystąpienia Poważnego zachorowania.

6. Za dzień wystąpienia Poważnego zachorowania uznaje się:
 - 1) dzień postawienia przez Lekarza ostatecznej diagnozy potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z warunkami wskazanymi w opisie Choroby, znajdującym się w „Wykazie Poważnych zachorowań” – w przypadku raka, ostrego zawału serca, udaru, łagodnego guza mózgu, utraty kończyn, śpiączki, stwardnienia rozsianego, oparzenia trzeciego stopnia, ślepoty, utraty słuchu, niewydolności nerek, paraliżu, utraty mowy;
 - 2) dzień zabiegu operacyjnego – w przypadku zabiegu chirurgicznego polegającego na operacyjnym leczeniu choroby wieńcowej (by-pass), operacji zastawki serca, operacji aorty, przeszczepu głównych organów.

§ 2 Wyłączenia odpowiedzialności

Oprócz wyłączeń określonych w § 8 OWU Część Ogólna, odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje Poważnych zachorowań, które są następstwem:

1. zakażenia wirusami HIV (AIDS), wirusami zapalenia wątroby oraz schorzeń będących następstwem tych zakażeń;
2. uczestnictwa Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nielicencjonowanych linii lotniczych;
3. usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa w okresie 2 lat od rozpoczęcia Okresu ochrony.

§ 3 Okres karencji

1. W Module Poważne zachorowania odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się po upływie Okresu karencji, wynoszącego 3 miesiące.
2. Okres karencji nie obowiązuje, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe jest wynikiem Nieszczęśliwego wypadku, który zaistniał w Okresie ochrony.

§ 4 Realizacja świadczeń

Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Poważnego zachorowania wypłacane jest po zgłoszeniu Ubezpieczycielowi roszczenia, najlepiej w formie pisemnej na formularzu Ubezpieczyciela wraz z wymienionymi w nim załącznikami.

Tytuł IV. Moduł Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP

§ 1 Zasady ogólne

1. Ochroną ubezpieczeniową objęte jest zdrowie Ubezpieczonego. Zdarzeniem ubezpieczeniowym w Module Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP jest wystąpienie u Ubezpieczonego Krytycznego stanu chorobowego w Okresie ochrony.
2. Określenia użyte poniżej przyjmują w Umowie następujące znaczenie:
 - 1) **Krytyczny stan chorobowy** – oznacza następujące Choroby, zabiegi medyczne lub Operacje:

A. CHOROBY



MODUŁ 1: LECZENIE RAKA

- a) Umowa ubezpieczenia obejmuje leczenie i koszty wchodzące w zakres Umowy w odniesieniu do następującego rodzaju nowotworu:
 - i. każdy nowotwór złośliwy, w tym białaczka, mięsaki i chłoniaki, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz naciekaniem tkanek,
 - ii. każdy rak in situ – nieprzekraczający błony podstawnej nabłonka, w której powstał, i nienaciekający podścieliska i tkanek otaczających;
 - iii. wszelkie zmiany przednowotworowe w komórkach, które w oparciu o badanie cytologiczne lub histopatologiczne zostały sklasyfikowane jako ciężka dysplazja lub dysplazja dużego stopnia.

B. ZABIEGI MEDYCZNE

Umowa ubezpieczenia obejmuje niżej wymienione (moduły 2-4) zabiegi medyczne, gdy Choroba będąca przyczyną zabiegu medycznego nie jest związana z leczeniem raka (tj. podstawą zabiegu nie jest leczenie Choroby określonej w pkt A powyżej – moduł 1: Leczenie raka).

MODUŁ 2: KARDIOCHIRURGIA

- a) **pomostowanie naczyń wieńcowych (by-pass), rewaskularyzacja mięśnia sercowego** – zabieg operacyjny wykonany ze wskazań kardiologicznych celem leczenia zwężenia lub niedrożności co najmniej jednego naczynia wieńcowego serca, polegający na wykonaniu omijającego przeszczepu naczyniowego; wykluczone choroby i procedury medyczne: wszelkie zabiegi na tętnicach wieńcowych z zastosowaniem innych technik niż pomostowanie wieńcowe (by-pass), jak na przykład każdy rodzaj angioplastyki, stenty;
- b) **operacja naprawcza zastawki serca** – zabieg operacyjny wykonany ze wskazań kardiologicznych, polegający na wymianie lub plastyce jednej lub więcej zastawek serca;

MODUŁ 3: NEUROCHIRURGIA

zabieg neurochirurgiczny – dowolna operacja chirurgiczna mózgu lub innych struktur wewnątrzczaszkowych; leczenie operacyjne nowotworów łagodnych rdzenia kręgowego;

MODUŁ 4: PRZESZCZEPY

- a) **przeszczep od żywego dawcy narządów** – przeszczep Ubezpieczonemu jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: nerki, segmentu płata wątroby, płata płuc lub fragmentu trzustki od innego kompatybilnego żywego dawcy;
 - b) **przeszczep szpiku kostnego** – przeszczep komórek szpiku kostnego lub komórek macierzystych krwi obwodowej autologiczny lub allogeniczny od dawcy żywego.
- 2) **Further – FURTHER Underwriting International SLU („FURTHER”)** z siedzibą przy Paseo Recoletos 12, 28001 Madryt, Hiszpania, zarejestrowana w Rejestrze Handlowym w Madrycie pod nr Strona m-554734, Tom 30823, karta 126 oraz numer identyfikacji podatkowej (CIF) B 86661857, podmiot, za pośrednictwem którego

Ubezpieczyciel zapewnia organizację i realizację usług i świadczeń objętych Umową ubezpieczenia w Module Leczenia Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP, w tym nadzór nad organizacją procesu leczenia Ubezpieczonego;

- 3) **Druga opinia medyczna** – Druga opinia medyczna dotycząca Krytycznego stanu chorobowego. Obejmuje przygotowanie raportu zawierającego drugą opinię medyczną, sporządzonego przez Eksperta medycznego, po zebraniu i szczegółowym przeanalizowaniu dokumentacji medycznej Ubezpieczonego;
- 4) **Opieka medyczna za granicą (usługa Medical Concierge)** – Usługa, w ramach której FURTHER, na podstawie zatwierdzonego roszczenia, ustala wszystkie szczegóły dotyczące leczenia Ubezpieczonego, obejmuje nadzór nad danym przypadkiem i organizację podróży i zakwaterowania dla Ubezpieczonego, oraz każdej uprawnionej osoby towarzyszącej;
- 5) **Ekspert medyczny** – praktykujący poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej Lekarz, wyznaczony w ramach usługi Drugiej opinii medycznej do sporządzenia raportu odnośnie stanu zdrowia Ubezpieczonego i wskazań medycznych, którego specjalność oraz doświadczenie odpowiadają potrzebom w zakresie stanu zdrowia Ubezpieczonego;
- 6) **Hospitalizacja** – leczenie w zakresie Chorób lub zabiegów medycznych lub Operacji objętych Ubezpieczeniem w Szpitalu znajdującym się za granicą Rzeczypospolitej Polskiej (z wyjątkiem Kontroli stanu zdrowia po powrocie do Rzeczypospolitej Polskiej § 3 ust. E pkt 2 – i Siły Wyższej - § 3 ust. B pkt 3), trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny;
- 7) **Leki** – każda substancja lub połączenie substancji, które mogą być stosowane lub podawane Ubezpieczonemu w celu przywrócenia, skorygowania, poprawienia lub modyfikacji funkcji fizjologicznych organizmu poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne, lub w celu postawienia diagnozy; możliwe do uzyskania wyłącznie na receptę wystawioną przez lekarza i wydawane przez licencjonowanego farmaceutę; Lekiem jest również produkt leczniczy posiadający taki sam skład jakościowy i ilościowy substancji czynnych, taką samą postać farmaceutyczną, takie same zastosowanie, działanie i dawkowanie jak referencyjny produkt leczniczy wskazany przez Lekarza na receptę;
- 8) **Proteza** – urządzenie, które zastępuje całość lub część narządu lub zastępuje całość lub część upośledzonej jego funkcjonalności;
- 9) **Szpital** – szpital działający, jako podmiot leczniczy zgodnie z przepisami prawa państwa, w którym ma swoją siedzibę, jako zakład lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest leczenie chorych i całodobowa opieka nad nimi w warunkach specjalnie do tych celów przystosowanych, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, będący pod stałym kierownictwem medycznym, zatrudniający wykwalifikowaną kadrę lekarską i pielęgniarską;
- 10) **Niezbędne z medycznego punktu widzenia** – usługi medyczne i środki zaopatrzenia medycznego użyte w leczeniu, które są:



- a) przepisane Ubezpieczonemu w celu leczenia Choroby objętej Ubezpieczeniem lub zorganizowania zabiegu medycznego objętego Ubezpieczeniem w celu poprawy stanu zdrowia Ubezpieczonego i;
- b) uznawane za skuteczne dla poprawy stanu zdrowia na podstawie planów leczenia, które są spójne pod względem rodzaju, częstotliwości i czasu trwania z rozpoznaniem, zgodnie z opublikowaną recenzowaną naukową literaturą medyczną (taką jak Pubmed) lub mających naukowe poparcie w amerykańskich, brytyjskich i europejskich wytycznych (w szczególności, do leczenia nowotworów stosowane będą wytyczne NCCN dotyczące praktyki klinicznej w onkologii (modu 1) oraz;
- c) bardziej efektywne kosztowo w porównaniu z analogicznymi metodami leczenia, które dają podobne wyniki, w tym brak leczenia, i są wymagane z powodów innych niż wygoda Ubezpieczonego lub jego Lekarza.

Sam w sobie fakt, że Lekarz może zalecić, przepisać, zamówić lub zatwierdzić usługę lub środek zaopatrzenia medycznego, niekoniecznie oznacza, że taka usługa lub środek zaopatrzenia medycznego są niezbędne z medycznego punktu widzenia zgodnie z Umową;

- 11) **Promesa leczenia** – pisemne skierowanie wydane przez FURTHER w imieniu Ubezpieczyciela, przed odbyciem Leczenia za granicą we wskazanym Szpitalu, na Świadczenia medyczne wynikające z Umowy, które stanowi jednocześnie zobowiązanie FURTHER do dokonania płatności za świadczenia w niej wskazane, w odniesieniu do każdego leczenia, usług, środków zaopatrzenia medycznego lub recept dotyczących roszczenia.
- 12) **Okres odszkodowawczy** – okres trzydziestu sześciu (36) miesięcy, liczony dla każdego modułu, w ramach Modułu Leczenia Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP, osobno, który rozpoczyna się od daty pierwszej podróży zorganizowanej i opłaconej w ramach Umowy i uznanego roszczenia. Okres odszkodowawczy to okres, przez który świadczenia w ramach Umowy są realizowane w odniesieniu do wszystkich roszczeń przyjętych w ramach tego samego modułu.
- 13) **Produkty do terapii genowej** - zawierają geny, które prowadzą do osiągnięcia efektu terapeutycznego, profilaktycznego lub diagnostycznego. Działają poprzez wstawianie do organizmu rekombinowanych genów, zwykle w leczeniu różnych chorób, w tym chorób genetycznych, nowotworów lub chorób przewlekłych. Rekombinowany gen to odcinek DNA lub RNA, który jest tworzony w laboratorium, łączący DNA lub RNA z różnych źródeł;
- 14) **Produkty do terapii komórkami somatycznymi** - zawierają komórki lub tkanki, poddane manipulacji w celu zmiany ich cech biologicznych lub komórki lub tkanki nieprzeznaczone do wykorzystania w tych samych podstawowych funkcjach w organizmie. Mogą być używane do leczenia, diagnozowania lub zapobiegania chorobom;
- 15) **Produkty inżynierii tkankowej** - zawierają komórki lub tkanki, które zostały zmodyfikowane w taki sposób, aby można je było wykorzystać do naprawy, regeneracji lub wymiany ludzkiej tkanki;
- 16) **Terapia komórkami CAR-T (terapia komórkami CAR-T z chimerowym receptorem antygenowym)** - rodzaj leczenia, w którym limfocyty T pacjenta (rodzaj komórek układu odpornościowego) modyfikowane są w laboratorium taki sposób, aby móc zaatakować komórki nowotworowe. Limfocyty T pobierane są z krwi pacjenta. Następnie w laboratorium dodawany jest gen dla specjalnego receptora, który wiąże się z określonym białkiem na komórkach nowotworowych u pacjenta. Receptor ten nazywany jest chimerowym receptorem antygenowym (CAR). Duża liczba komórek CAR-T hodowana jest w laboratorium i podawana pacjentowi w formie kroplówki.
- 17) **Zaburzenia poznawcze:** zaburzenia, które upośledzają funkcje poznawcze danej osoby do takiego stopnia, że jej normalne funkcjonowanie w społeczeństwie jest niemożliwe bez leczenia, zgodnie z definicją zawartą w najnowszej wersji Diagnostycznego i statystycznego podręcznika zaburzeń psychicznych (DSM-V).
- 18) **Leczenie eksperymentalne:** leczenie, zabieg, przebieg leczenia, sprzęt, lek lub produkt farmaceutyczny, przeznaczony do użytku medycznego lub chirurgicznego, który:
- a) nie został powszechnie uznany za bezpieczny, skuteczny i odpowiedni w leczeniu Chorób lub Urazów przez różne organizacje naukowe uznawane w międzynarodowym środowisku medycznym, lub
 - b) który jest w trakcie badań, analiz, testów lub na jakimkolwiek etapie eksperymentów klinicznych.
- 19) **Kontrola stanu zdrowia** - wszelkie badania diagnostyczne i/lub usługi monitorowania/nadzoru (wykonywane przez Lekarza posiadającego specjalistyczną wiedzę na temat leczonego Krytycznego stanu chorobowego) po odbyciu leczenia za granicą, stosowane w celu ustalenia, czy Ubezpieczony cierpi (lub może cierpieć) z powodu nasilenia lub powikłania leczonego Stanu chorobowego, mające na celu zapobieżenie nawrotom lub wznowom tej tego samego Krytycznego stanu chorobowego.
- Plan Kontroli stanu zdrowia powinien zostać opracowany przez Lekarza prowadzącego leczenie za granicą i dostarczony Ubezpieczonemu po zakończonej Hospitalizacji, po ukończeniu leczenia. Plan wskazuje przedziały czasowe oraz rodzaj procedur diagnostycznych, którym Ubezpieczony powinien być poddany.
- 20) **Uraz** - fizyczne uszkodzenie ciała Ubezpieczonego.
- 21) **Choroba** - dowolne zaburzenie organizmu, układu lub struktury bądź funkcji narządu z możliwym do zidentyfikowania i charakterystycznym zestawem oznak i objawów lub spójnymi zmianami anatomicznymi, zdiagnozowane przez Lekarza.
- Za Chorobę uważa się wszystkie Urazy i skutki wynikające z tej samej diagnozy, jak również wszystkie dolegliwości spowodowane tą samą przyczyną lub powiązanymi przyczynami. Jeżeli dolegliwość wynika z tej samej przyczyny, która spowodowała poprzednią Chorobę lub z przyczyny pokrewnej, należy ją traktować jako kontynuację poprzedniej Choroby, a nie jako oddzielną Chorobę.
- 22) **Rak nieinwazyjny lub „in situ”** - złośliwy guz nieprzekraczający błony podstawnej nabłonka, w którym powstał, i nienaciekający podścieliska i tkanek otaczających.



- 23) **Chirurgia rekonstrukcyjna** - zabiegi mające na celu odbudowę danej struktury w celu skorygowania utraconej przez nią funkcji.
- 24) **Operacja** - wszystkie zabiegi przeprowadzane w celu diagnostycznym lub terapeutycznym, w Szpitalu przez Lekarza o specjalności zabiegowej chirurga wykonywane z przerwaniem ciągłości tkanek, w warunkach sali operacyjnej.
- 25) **Leczenie za granicą** - leczenie Niezbędne z medycznego punktu widzenia zorganizowane przez FURTHER w czasie trwania Okresu odszkodowawczego poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i opłacone w ramach Umowy.
- 26) **Lekarz** - osoba posiadająca odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa w kraju udzielania świadczeń zdrowotnych.

§ 2 Zakres ubezpieczenia

1. Zakres Umowy obejmuje następujące świadczenia:
 - 1) Usługi i zabiegi medyczne wskazane w Umowie w Okresie odszkodowawczym,
 - 2) Koszty wszelkich medycznych procedur diagnostycznych, leczenia, usług, środków zaopatrzenia medycznego lub recept objętych Umową, określonych w § 3,
 - 3) Leczenie zorganizowane przez FURTHER zgodnie z procedurą zgłaszania roszczeń określoną w § 4,
 - 4) Koszty leczenia powstałe poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z wyjątkiem:
 - a) Kosztów zakupu Leków poniesionych w Rzeczypospolitej Polskiej, o których mowa w § 3 ust. E punkt 1,
 - b) Kosztów dalszej opieki poniesionych w Rzeczypospolitej Polskiej, o których mowa w § 3 ust. E punkt 2, z wyjątkiem planu dalszej opieki, który jest objęty ubezpieczeniem.
2. FURTHER pokrywa wyłącznie koszty objętych Umową usług Niezbędnych z medycznego punktu widzenia.
3. Sumy ubezpieczenia oraz limity odpowiedzialności Ubezpieczyciela określone są w Polisie lub innym dokumencie Umowy ubezpieczenia.

§ 3 Świadczenia należne z tytułu Umowy

Umowa ubezpieczenia w Module Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP pokrywa następujące usługi, koszty i świadczenia pieniężne (w ramach limitów wskazanych w Polisie lub innym dokumencie Umowy ubezpieczenia) powstałe w związku z uzasadnionym roszczeniem zgłoszonym w ramach Ubezpieczenia. Usługi muszą zostać zorganizowane, a wydatki poniesione w ramach Okresu odszkodowawczego.

A USŁUGI OBJĘTE UBEZPIECZENIEM przed rozpoczęciem leczenia za granicą: Druga opinia medyczna

Ubezpieczony ma prawo zwrócenia się do FURTHER, w momencie zgłaszania roszczenia, o sporządzenie Drugiej opinii medycznej w

celu potwierdzenia diagnozy Krytycznego stanu chorobowego oraz rekomendacji planu optymalnego leczenia.

O Drugą opinię medyczną można zwrócić się wyłącznie jeden raz w ramach jednego roszczenia.

Druga opinia medyczna składa się z następujących czynności:

- 1) udzielenia Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej do przygotowania raportu przez Eksperta medycznego;
- 2) w przypadkach uzasadnionych medycznie, ponownej oceny histopatologicznej tkanek Ubezpieczonego uprzednio pobranych na koszt Ubezpieczonego, w celu postawienia diagnozy;
- 3) tłumaczenia dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia Ubezpieczonego, niezbędnej do przygotowania raportu przez Eksperta medycznego;
- 4) przekazania przetłumaczonej dokumentacji medycznej Ekspertowi medycznemu;
- 5) sporządzenia raportu przez Eksperta medycznego, zawierającego:
 - a) opinię Eksperta medycznego na temat postawionej diagnozy i dotychczasowego leczenia,
 - b) propozycję dotyczącą dalszego postępowania i leczenia zalecanego przez Eksperta medycznego,
 - c) odpowiedzi na pytania Ubezpieczonego dotyczące jego przypadku medycznego.
- 6) wydania raportu przez Eksperta medycznego;
- 7) przetłumaczenia raportu Eksperta medycznego na język polski;
- 8) doręczenia raportu Eksperta medycznego Ubezpieczonemu.

B KOSZTY MEDYCZNE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM w trakcie Leczenia za granicą:

Opieka medyczna za granicą (usługa Medical Concierge)

1. W ramach świadczenia Opieka medyczna za granicą (usługa Medical Concierge) FURTHER organizuje i pokrywa poniżej wymienione koszty, powstałe w związku z Krytycznym stanem chorobowym, którego leczenie wymaga usług Niezbędnych z medycznego punktu widzenia, na zasadach określonych w Umowie i do wysokości sumy ubezpieczenia lub limitów określonych w Polisie.
2. Zakres świadczeń Opieki medycznej za granicą (usługa Medical Concierge) obejmuje organizację oraz:
 - 1) pokrycie kosztów leczenia za granicą Rzeczypospolitej Polskiej:
 - a) pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, w tym koszty:
 - i. zakwaterowania, wyżywienia i usług opiekuńczych świadczonych w okresie Hospitalizacji Ubezpieczonego, koszty pobytu Ubezpieczonego w pokoju, na oddziale lub na oddziale intensywnej terapii, a także na oddziale obserwacyjnym,
 - ii. usług szpitalnych, w tym usług świadczonych przez przychodnię przyszpitalną,
 - iii. dodatkowego łóżka związanego z pobytem w Szpitalu osoby towarzyszącej Ubezpieczonemu (lub dwóch osób towarzyszących, gdy leczony Ubezpieczony jest



- osobą małoletnią), w przypadku jeżeli Szpital udostępni taką usługę;
- iv. wykonania Operacji na sali operacyjnej, w tym koszty opieki anestezyjologicznej.
 - b) pobytu Ubezpieczonego w poradni przyszpitalnej lub centrum obsługi pacjenta, pod warunkiem że poniesione tam koszty byłyby objęte ubezpieczeniem w związku z pobytom Ubezpieczonego w Szpitalu,
 - c) pobytu na oddziale pobytu dziennego lub w ośrodku pomocy, jeśli Szpital takim dysponuje, ale tylko w przypadku, gdy leczenie, Operacja lub recepta były objęte Umową,
 - d) opieki lekarskiej, w odniesieniu do badania, leczenia lub operacji,
 - e) wizyt lekarskich podczas Hospitalizacji,
 - f) znieczulenia i podania środków znieczulających, pod warunkiem że są wykonywane przez wykwalifikowanego anestezyjologa,
 - g) badań laboratoryjnych, badań histopatologicznych, badań rentgenowskich, scyntygrafii, elektrokardiogramów, echokardiografii, mielogramów, elektroencefalogramów, badań naczyniowych, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, oraz innych badań i zabiegów diagnostycznych, które są niezbędne do przeprowadzenia leczenia objętej Ubezpieczeniem Choroby lub przeprowadzenia objętego Ubezpieczeniem zabiegu medycznego, lub Operacji, i na które Lekarz prowadzący za granicą wystawił skierowanie, oraz są wykonywane przez Lekarza lub pod nadzorem Lekarza,
 - h) radioterapii, procedur z zastosowaniem izotopów promieniotwórczych, chemioterapii oraz innych procedur leczniczych, które są niezbędne do przeprowadzenia leczenia objętej Ubezpieczeniem Choroby lub przeprowadzenia objętego Ubezpieczeniem zabiegu medycznego, lub Operacji, i na które Lekarz prowadzący za granicą wystawił skierowanie, oraz są wykonywane przez Lekarza lub pod nadzorem Lekarza,
 - i) transfuzji krwi, osocza i podawania surowicy,
 - j) związanych z terapiami z wykorzystaniem tlenu, stosowaniem płynów dożylnych, jak również iniekcji,
 - k) Chirurgii rekonstrukcyjnej polegającej na naprawie lub odbudowie struktury uszkodzonej lub usuniętej w wyniku zabiegów medycznych zorganizowanych i opłaconych na mocy Umowy,
 - l) leczenia powikłań lub skutków ubocznych bezpośrednio związanych z zabiegami medycznymi zorganizowanymi i opłaconymi na mocy Umowy, które:
 - i. wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w warunkach szpitalnych oraz
 - ii. wymagają leczenia przed uznaniem Ubezpieczonego za zdolnego do podróży w celu powrotu do Rzeczypospolitej Polskiej po zakończeniu etapu Leczenia za granicą.
 - m) Leków przepisanych przez Lekarza po Hospitalizacji związanej z leczeniem Krytycznego stanu chorobowego, poniesionych przez Ubezpieczonego za granicą Rzeczypospolitej Polskiej w ciągu 30 dni od dnia zakończenia procesu leczenia za granicą, pod warunkiem że Lekki te zostały zakupione przed powrotem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - n) transferu i transportu medycznego ambulansem naziemnym lub powietrznym, pod warunkiem że został on zalecony przez Lekarza i wcześniej zaakceptowany i zorganizowany przez FURTHER,
 - o) w odniesieniu do świadczeń dla żywego dawcy w trakcie procesu pobrania narządu celem przeszczepienia go Ubezpieczonemu wynikających z:
 - i. kosztu badań wraz z analizą wykonanych w celu zidentyfikowania odpowiedniego dawcy w rodzinie Ubezpieczonego;
 - ii. usług szpitalnych świadczonych dawcy, w tym zakwaterowanie na sali szpitalnej, oddziale lub w dziale, posiłki, usługi z zakresu pielęgniarstwa ogólnego, standardowe usługi świadczone przez personel Szpitala, badania laboratoryjne oraz korzystanie ze sprzętu i innych obiektów Szpitala (z wyłączeniem przedmiotów osobistego użytku, które nie są wymagane podczas procesu pobierania narządu lub tkanki do przeszczepu);
 - iii. kosztów operacji i usług medycznych związanych z pobraniem narządu lub tkanki dawcy celem przeszczepienia Ubezpieczonemu.
 - p) w odniesieniu do usług i środków zaopatrzenia medycznego niezbędnych dla potrzeb posiewów szpiku kostnego w związku z przeszczepem tkanki, który ma zostać przeprowadzony u Ubezpieczonego, ubezpieczenie obejmie jedynie wydatki poniesione od daty wystawienia Promesy leczenia;
3. W przypadku, gdy jakkolwiek siła wyższa lub ograniczenia logistyczne lub operacyjne nałożone przez władze krajowe lub międzynarodowe utrudniają FURTHER organizację Leczenia za granicą, FURTHER zorganizuje realizację świadczeń określonych w § 3 ust. B pkt 1 w Polsce, pod warunkiem, że te same ograniczenia logistyczne lub operacyjne nie utrudnią zorganizowania równoważnego i medycznie wykonalnego analogicznego leczenia w Polsce. Świadczenia określone w § 3 ust. B pkt 1 będą dostępne w Polsce tylko do czasu, gdy FURTHER będzie w stanie potwierdzić przywrócenie organizacji Leczenia za granicą.
4. Świadczenia udzielane w Polsce będą wypłacane w kwocie stanowiącej nadwyżkę nad ewentualnym prywatnym ubezpieczeniem zdrowotnym posiadanym przez Ubezpieczonego.

C KOSZTY NIEMEDYCZNE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM w trakcie Leczenia za granicą

1. Umowa obejmie niżej opisane wydatki niemedyczne powstałe w związku z podróżą i zakwaterowaniem zorganizowanymi przez FURTHER w celu zapewnienia Ubezpieczonemu dostępu do leczenia na warunkach określonych w Promesie leczenia.
2. Ubezpieczenie obejmuje koszty podróży i zakwaterowania Ubezpieczonego, osoby towarzyszącej (lub dwóch osób towarzyszących, gdy poddawany leczeniu Ubezpieczony jest osobą małoletnią) w odniesieniu do każdego wyjazdu obejmującego podróż z Rzeczypospolitej Polskiej do miejsca leczenia i powrót oraz organizację niezbędnego zakwaterowania na łączny czas trwania każdej podróży.



3. Daty i czas trwania podróży zostaną określone przez FURTHER na podstawie harmonogramu planu leczenia wskazanego przez Lekarza prowadzącego za granicą (Lekarzy prowadzących za granicą).
4. Ubezpieczenie obejmuje koszty podróży i zakwaterowania w przypadku każdego wyjazdu objętego ubezpieczeniem zgodnie warunkami określonymi poniżej:

4.1. KOSZTY PODRÓŻY związane z odbyciem Leczenia za granicą:

pokrycie kosztów podróży Ubezpieczonego wraz z osobą towarzyszącą (lub dwiema osobami towarzyszącymi, gdy poddawany leczeniu Ubezpieczony jest osobą małoletnią) oraz dawcą (w przypadku przeszczepów) w następującym zakresie:

- a) FURTHER organizuje i pokrywa koszty podróży Ubezpieczonego i osoby towarzyszącej (lub dwóch osób towarzyszących, gdy poddawany leczeniu Ubezpieczony jest osobą małoletnią) oraz dawcy w przypadku przeszczepów za granicę, w związku z leczeniem Ubezpieczonego w zagranicznej placówce medycznej potwierdzonej w Promesie leczenia;
- b) Całość podróży musi zostać zorganizowana przez FURTHER, FURTHER nie pokryje kosztów podróży zorganizowanej przez Ubezpieczonego lub jakąkolwiek osobę trzecią w imieniu Ubezpieczonego.

FURTHER odpowiada za ustalanie dat podróży dla każdej objętej ubezpieczeniem podróży na podstawie zatwierdzonego harmonogramu leczenia. Daty te zostaną podane Ubezpieczonemu z wyprzedzeniem pozwalającym mu na dokonanie wszelkich niezbędnych osobistych przygotowań;

- c) kosztów podróży lub transportu medycznego, które obejmują:
 - i. transport Ubezpieczonego z jego miejsca stałego pobytu do międzynarodowego lotniska lub dworca kolejowego, z którego zgodnie z planem podróży będzie zorganizowany transport do miasta docelowego leczenia,
 - ii. bilet kolejowy lub lotniczy w klasie ekonomicznej do miasta docelowego leczenia i transport do wskazanego hotelu,
 - iii. transport z hotelu lub Szpitala do lotniska lub międzynarodowego dworca kolejowego,
 - iv. bilet kolejowy lub lotniczy w klasie ekonomicznej oraz transport z miasta docelowego do miejsca stałego pobytu Ubezpieczonego;
- d) Objęte ubezpieczeniem koszty podróży nie obejmują transferów z hotelu do Szpitala oraz ze Szpitala do hotelu lub Lekarza prowadzącego leczenie za granicą w czasie trwania Leczenia za granicą.

4.2. KOSZTY ZAKWATEROWANIA w trakcie Leczenia za granicą:

pokrycie kosztów zakwaterowania Ubezpieczonego oraz osoby towarzyszącej (lub dwóch osób towarzyszących, gdy poddawany leczeniu Ubezpieczony jest osobą małoletnią) lub dawcy w zakresie opisanym poniżej lit. a – f poniżej

- a) FURTHER organizuje i pokrywa koszty zakwaterowania Ubezpieczonego i osoby towarzyszącej (lub dwóch osób towarzyszących, gdy poddawany leczeniu Ubezpieczony

jest osobą małoletnią) oraz dawcy, w przypadku przeszczepów, związanych z ich pobytem w miejscu wykonywania Operacji;

- b) Całość zakwaterowania w przypadku każdej podróży objętej ubezpieczeniem w ramach Umowy musi być zorganizowana przez FURTHER, FURTHER nie pokryje kosztów żadnego zakwaterowania zorganizowanego przez Ubezpieczonego lub jakąkolwiek osobę trzecią w imieniu Ubezpieczonego.

FURTHER odpowiada za ustalenie terminów rezerwacji zakwaterowania dla każdej podróży objętej ubezpieczeniem na podstawie zatwierdzonego harmonogramu leczenia. Daty te zostaną podane Ubezpieczonemu z wyprzedzeniem pozwalającym mu na dokonanie wszelkich niezbędnych osobistych przygotowań;

- c) FURTHER ustala okres zakwaterowania osób określonych w lit. a powyżej na podstawie uzgodnionego planu leczenia Ubezpieczonego, przy czym w przypadku gdy Ubezpieczony, bez uzasadnienia medycznego oraz bez uzgodnienia z FURTHER zmieni datę zakwaterowania, będzie zobowiązany do zwrotu FURTHER wszelkich kosztów związanych z wprowadzonymi zmianami warunków zakwaterowania, o ile takie wystąpią;

Organizacja zakwaterowania obejmuje:

- d) zakwaterowanie w pokoju dwuosobowym w hotelu trzy- lub czterogwiazdkowym ze śniadaniem. O wyborze hotelu będzie decydowała odległość od Szpitala lub Lekarza prowadzącego za granicą, która powinna być nie większa niż 10 km;
- e) wszystkie posiłki (z wyjątkiem śniadań) i związane z tym koszty nie są objęte ubezpieczeniem;
- f) podwyższenie standardu hotelu nie jest możliwe i nie może być sfinansowane przez Ubezpieczonego;

4.3. KOSZTY REPATRIACJI:

pokrycie kosztów repatriacji zwłok Ubezpieczonego lub dawcy w zakresie określonym w lit. a-b poniżej:

- a) FURTHER organizuje i pokrywa koszty repatriacji zwłok Ubezpieczonego lub dawcy do miejsca pochówku na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli nastąpi śmierć Ubezpieczonego lub dawcy podczas organizowanego przez Ubezpieczyciela procesu leczenia za granicą Rzeczypospolitej Polskiej;
- b) koszty repatriacji zwłok obejmują:
 - i. usługi świadczone przez zakład pogrzebowy zajmujący się repatriacją za granicę, w tym balsamowanie i wszelkie formalności administracyjne,
 - ii. koszt zakupu trumny spełniającej minimalne wymagania,
 - iii. transport zwłok zmarłego z lotniska do wyznaczonego miejsca pochówku na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

D ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM w trakcie Leczenia za granicą

- 1) wypłatę świadczenia pieniężnego za każdy dzień pobytu w Szpitalu w zakresie określonym w lit. a-b poniżej:



- a) FURTHER wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie, za każdą pełną dobę Hospitalizacji podczas leczenia szpitalnego Ubezpieczonego za granicą w ramach Opieki medycznej za granicą (usługa Medical Concierge), w kwocie określonej w Polisie lub innym dokumencie Umowy ubezpieczenia;
- b) FURTHER wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie za każdą dobę pobytu w Szpitalu za okres nieprzekraczający 60 dni, który jest liczony osobno w stosunku do każdego zasadnego roszczenia z tytułu Krytycznego stanu chorobowego;

E KOSZTY MEDYCZNE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM po powrocie z Leczenia za granicą

1) KOSZTY ZAKUPU LEKÓW po powrocie z Leczenia za granicą:

zwrot kosztów poniesionych na zakup Leków, po powrocie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie określonym w lit. a-d poniżej:

- a) Po powrocie do Rzeczypospolitej Polskiej z leczenia za granicą, FURTHER pokryje koszty Leków przepisanych i zakupionych w Rzeczypospolitej Polskiej, z zastrzeżeniem następujących warunków i ograniczeń:
 - i. Lek jest certyfikowany i zatwierdzony przez organ uprawniony do rejestracji wyrobów medycznych i produktów leczniczych w Rzeczypospolitej Polskiej, a jego przepisywanie i podawanie jest regulowane, oraz
 - ii. Lek można zakupić w Rzeczypospolitej Polskiej w czasie i w sposób niezbędny do kontynuacji leczenia, oraz
 - iii. Lek wymaga wystawienia na receptę przez Lekarza w Rzeczypospolitej Polskiej, oraz
 - iv. Lek jest zalecany przez FURTHER zgodnie z zaleceniami Lekarza prowadzącego za granicą, który leczył Ubezpieczonego, jako niezbędny do kontynuacji leczenia, oraz
 - v. Lek podawany jest w następstwie Hospitalizacji poza Rzeczypospolitą Polską trwającej co najmniej trzy doby, zatwierdzonej przez FURTHER w Promesie leczenia, oraz
 - vi. Żadna recepta nie jest wystawiona w ilości do zażywania przez okres dłuższy niż 2 miesiące, oraz
 - vii. wszystkie recepty wystawiane są przed końcem Okresu odszkodowawczego.
- b) Zakup Leku w ramach § 3 ust. E pkt 1, jeśli zostanie dokonany w Rzeczypospolitej Polskiej, jest organizowany i opłacony bezpośrednio przez Ubezpieczonego. FURTHER zwróci Ubezpieczonemu poniesione koszty po otrzymaniu odnośnej recepty, oryginału faktury i dowodu zapłaty.
- c) Jeżeli koszt Leku został częściowo lub w całości zrefundowany przez publiczną służbę zdrowia Rzeczypospolitej Polskiej, lub z innej polisy ubezpieczeniowej, FURTHER zwróci jedynie te koszty, które nie zostały zrefundowane, czyli zostały poniesione bezpośrednio przez Ubezpieczonego. Wniosek o dokonanie zwrotu powinien jasno wyodrębnić koszty poniesione bezpośrednio przez Ubezpieczonego od części zrefundowanych.
- d) W przypadku, gdy zalecany Lek (lub zamiennie równoważny Lek o podobnej skuteczności), po otrzymaniu potwierdzenia przez FURTHER:

- i. nie jest certyfikowany lub zatwierdzony do stosowania w Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z powyższym warunkiem § 3 ust. E pkt 1.a.i, lub
 - ii. nie jest możliwy do kupienia lub dostępny dla Ubezpieczonego w Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z powyższym warunkiem § 3 ust. E pkt 1.a.ii, i
 - iii. wszystkie pozostałe warunki § 3 ust. E pkt 1.a.i do vii są nadal spełnione
- w ramach Umowy zostaną pokryte również koszty zakupu Leków poza Rzeczypospolitą Polską.

W takim przypadku FURTHER poczyni niezbędne ustalenia dotyczące podróży i zakwaterowania na zasadach opisanych w § 3 ust. C ppkt 4.1. i 4.2. dla Ubezpieczonego i wskazanej osoby towarzyszącej (lub dwóch osób towarzyszących, gdy poddawany leczeniu Ubezpieczony jest osobą małoletnią).

2) Kontrola stanu zdrowia po powrocie do Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie określonym w pkt. a-d poniżej:

- a) Po powrocie do Rzeczypospolitej Polskiej po zakończeniu etapu Leczenia za granicą, w ramach Umowy zostaną pokryte wydatki wynikające z Kontroli stanu zdrowia poniesione w Rzeczypospolitej Polskiej, z zastrzeżeniem następujących warunków i ograniczeń:
 - i. Kontrola stanu zdrowia odbyła się w jednym ze Szpitali wybranych przez FURTHER i
 - ii. Kontrola stanu zdrowia jest dostępna w Rzeczypospolitej Polskiej w czasie i w sposób niezbędny do regularnych badań medycznych, oraz
 - iii. Kontrola stanu zdrowia odbywa się zgodnie z zaleceniami Lekarza prowadzącego za granicą (Lekarzy), który leczył Ubezpieczonego, w zakresie niezbędnym do wykonywania regularnych badań medycznych i monitorowania, oraz
 - iv. faktury związane z Kontrolą stanu zdrowia wystawiane są przed końcem Okresu odszkodowawczego.
- b) Kontrola stanu zdrowia w ramach § 3 ust. E pkt 2, jeśli odbywa się w Rzeczypospolitej Polskiej, jest organizowana i opłacana bezpośrednio przez Ubezpieczonego w Rzeczypospolitej Polskiej. FURTHER zwróci Ubezpieczonemu poniesione koszty po otrzymaniu oryginału faktury i dowodu zapłaty.
- c) W przypadku, gdy Lekarze odpowiedzialni za zorganizowanie Kontroli stanu zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej wskażą, w związku ze zmianą stanu zdrowia Ubezpieczonego, potrzebę aktualizacji wytycznych dotyczących Kontroli stanu zdrowia pierwotnie ustalonych przez Lekarza prowadzącego za granicą, FURTHER poinformuje o tym Lekarza prowadzącego za granicą celem uzyskania akceptacji i potwierdzi, w stosownych przypadkach, zwrot takich kosztów zgodnie z nowymi zaakceptowanymi wytycznymi.
- d) Jeżeli koszt Kontroli stanu zdrowia został zrefundowany w części lub w całości przez publiczną służbę zdrowia Rzeczypospolitej Polskiej lub z innej polisy ubezpieczeniowej, FURTHER zwróci jedynie te koszty, które nie zostały zrefundowane, czyli zostały poniesione bezpośrednio przez Ubezpieczonego. Wniosek o dokonanie zwrotu powinien jasno wyodrębnić koszty poniesione bezpośrednio przez Ubezpieczonego od części zrefundowanych.
- e) Na wniosek Ubezpieczonego i pod warunkiem, że powyższe warunki § 3 ust. E pkt 2 a. iii i § 3 ust. E pkt 2 a. iv są nadal spełnione, FURTHER może również zatwierdzić i zorganizować Kontrolę stanu zdrowia poza Rzeczypospolitą Polską.



W takim przypadku:

- i. Kontrola stanu zdrowia będzie realizowana przez Lekarza prowadzącego za granicą (Lekarzy), który leczył Ubezpieczonego, lub przez jego zespół medyczny.
- ii. FURTHER bezpośrednio pokryje medyczne koszty takich konsultacji i badań diagnostycznych.
- iii. FURTHER poczyni niezbędne ustalenia dotyczące podróży i zakwaterowania na zasadach opisanych w § 3 ust. C pkt 4.1. i 4.2. dla Ubezpieczonego i wskazanej osoby (lub dwóch osób towarzyszących, gdy poddawany leczeniu Ubezpieczony jest osobą małoletnią).

§ 4 Realizacja świadczeń

1. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Krytycznego stanu chorobowego realizowane jest po zgłoszeniu Ubezpieczycielowi roszczenia, w formie pisemnej, lub za pośrednictwem elektronicznych środków porozumiewania się, najlepiej na formularzu Ubezpieczyciela wraz z wymienionymi w nim załącznikami.
2. Koordynację realizacji świadczeń w zakresie Drugiej opinii medycznej lub Opieki medycznej za granicą będzie realizować w imieniu Ubezpieczyciela FURTHER.
3. Warunkiem skorzystania z usługi Opieki Medycznej za granicą jest potwierdzenie Krytycznego stanu chorobowego w raporcie Eksperta Medycznego (w przypadku wyboru przez Ubezpieczonego świadczenia Drugiej opinii medycznej) lub kompletnej dokumentacji medycznej dostarczonej przez Ubezpieczonego, uznanej przez FURTHER za niezbędną do oceny zasadności roszczenia (w przypadku, gdy Ubezpieczony zdecydował się zrezygnować z Drugiej opinii medycznej).
4. Refundacja kosztów poniesionych na Leki, o których mowa w § 3 ust.. E pkt 1 i Kontrolę stanu zdrowia, o której mowa w § 3 ust. E pkt 2, odbywa się na podstawie złożonego przez Ubezpieczonego wniosku o refundację kosztów wraz z kopią recepty oraz oryginałem faktury i dowodem zapłaty.

Procedura realizacji świadczeń

Zgłoszenie roszczenia

5. Po zgłoszeniu roszczenia odpowiednio zgodnie z ust. 1 powyżej, FURTHER skontaktuje się niezwłocznie z Ubezpieczonym i poinformuje go o działaniach wymaganych celem przekazania FURTHER odpowiednich badań diagnostycznych i dokumentów medycznych niezbędnych do oceny zasadności roszczenia.
6. W przypadku, gdy Ubezpieczony zażąda usługi Drugiej opinii medycznej, usługa ta będzie wymagała wykonania przed potwierdzeniem, iż roszczenie wchodzi w zakres pokrycia udzielanego na mocy Umowy.

Potwierdzenie zasadności roszczenia i wykaz rekomendowanych Szpitali

7. Po otrzymaniu wszystkich wyników badań diagnostycznych i historii choroby, o które wnioskował FURTHER, Ubezpieczony zostanie poinformowany, czy roszczenie jest objęte Umową.

8. W przypadku, gdy Ubezpieczony wyrazi wolę podjęcie Leczenia za granicą, FURTHER oceni dostępność Okresu odszkodowawczego, w efekcie czego zaistnieje jeden z następujących scenariuszy:

a) Scenariusz 1: Pełna dostępność

Nie zgłoszono wcześniej roszczenia w ramach odnośnego modułu, w wyniku którego zorganizowano i opłacono leczenie zgodnie z Umową. W związku z tym, FURTHER potwierdzi pełną dostępność 36 miesięcy Okresu odszkodowawczego.

b) Scenariusz 2: Częściowa dostępność

Zgłoszono wcześniej roszczenie (roszczenia) w ramach odnośnego modułu, w wyniku czego zorganizowano i opłacono leczenie zgodnie z Umową. W związku z tym, FURTHER potwierdzi dostępność liczby pozostałych miesięcy w Okresie odszkodowawczym.

c) Scenariusz 3: Upłynął Okres odszkodowawczy

Zgłoszono wcześniej roszczenie (roszczenia) w ramach odpowiedniego modułu w Module Leczenia Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP, w wyniku czego zorganizowano i opłacono leczenie zgodnie z Umową, aż do upływu Okresu odszkodowawczego. FURTHER potwierdzi, że roszczenie nie zostanie uznane w ramach Umowy z uwagi na wyczerpanie Okresu odszkodowawczego.

9. W scenariuszach 1 (lit. a) i 2 (lit. b) Ubezpieczonemu zostanie przekazana lista rekomendowanych Szpitali

Promesa leczenia

10. Po otrzymaniu przez FURTHER od Ubezpieczonego potwierdzenia decyzji o leczeniu za granicą w Szpitalu wybranym z wykazu rekomendowanych Szpitali i pod warunkiem, że leczenie ma się rozpocząć przez upływem Okresu odszkodowawczego, FURTHER skoordynuje niezbędne formalności logistyczne oraz medyczne w celu właściwego przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala oraz wystawi Promesę leczenia, ważną wyłącznie dla danego Szpitala.

11. Wykaz rekomendowanych Szpitali oraz Promesa leczenia wystawiane są na podstawie stanu zdrowia Ubezpieczonego w chwili wystawienia Promesy leczenia przez FURTHER. W związku z możliwą zmianą stanu zdrowia Ubezpieczonego po wystawieniu Promesy leczenia, obydwa dokumenty, tj. wykaz rekomendowanych Szpitali oraz Promesa leczenia zachowują ważność przez okres trzech miesięcy od daty ich wystawienia.

12. W przypadku niewybrania przez Ubezpieczonego Szpitala z wykazu rekomendowanych Szpitali lub nierozpoczęcia leczenia w zatwierdzonym Szpitalu, o którym mowa w Promesie leczenia w terminie trzech miesięcy od wystawienia dokumentu, FURTHER wystawi ponownie wyżej wymienione dokumenty w oparciu o aktualny w tym czasie stan zdrowia Ubezpieczonego.

Okres odszkodowawczy

13. Okres odszkodowawczy w ramach poszczególnych modułów rozpocznie się w dniu pierwszej podróży mającej na celu odbycie



Leczenia za granicą. W ramach Umowy zostaną pokryte usługi, wydatki i świadczenia pieniężne (do wysokości limitów wskazanych w Polisie lub innym dokumencie Umowy ubezpieczenia) powstałe w związku z zasadnym roszczeniem zgłoszonym na podstawie Umowy przez czas trwania Okresu odszkodowawczego.

14. W przypadku, gdy na koniec Okresu odszkodowawczego Ubezpieczony podlega Hospitalizacji lub znajduje się pod opieką Szpitala na warunkach określonych w Promesie leczenia, Umowa zapewnia pokrycie kosztów leczenia określonych w § 3 ust. B pkt 1 do momentu najbliższego zaplanowanego na podstawie ustalonego planu leczenia powrotu do Rzeczypospolitej Polskiej.

Powrót z Leczenia za granicą

15. W przypadku, gdy powrót do Rzeczypospolitej Polskiej po zrealizowaniu planu leczenia nastąpi przed końcem Okresu odszkodowawczego, FURTHER przedstawi Ubezpieczonemu wytyczne dotyczące objętych ubezpieczeniem kosztów leczenia po powrocie z Leczenia za granicą. Wytyczne te oparte będą na zaleceniach Lekarza prowadzącego za granicą.
16. W ramach tego scenariusza Ubezpieczony będzie uprawniony do:
- Korzystania z możliwości zwrotu kosztów Leków, o której mowa w § 3 ust. E pkt 1 i
 - Korzystania z tytułu Kontroli stanu zdrowia, o którym mowa w § 3 ust. E pkt 2

aż do końca Okresu odszkodowawczego.

Analiza roszczeń po powrocie z Leczenia za granicą

17. Po powrocie Ubezpieczonego do Rzeczypospolitej Polskiej po zrealizowaniu planu leczenia, stan zdrowia Ubezpieczonego może ulec zmianie, co może spowodować konieczność przeprowadzenia ponownej jego oceny pod kątem dalszego leczenia Niezbędnego z medycznego punktu widzenia. Ubezpieczony ma prawo ponownego zgłoszenia roszczenia FURTHER w celu przeprowadzenia takiej oceny, o ile nadal obowiązuje odnośny Okres odszkodowawczy.
18. FURTHER następnie ponownie poinformuje Ubezpieczonego o niezbędnych wymaganych badaniach diagnostycznych i dokumentacji medycznej, które powinny być dostarczone FURTHER w celu przeprowadzenia takiej oceny.
19. W przypadku, gdy ocena przeprowadzona przez FURTHER potwierdzi, że dalsze leczenie jest Niezbędne z medycznego punktu widzenia, Ubezpieczony otrzyma potwierdzenie w formie na nowo wystawionej Promesy leczenia, wraz z listą rekomendowanych Szpitali i możliwego Planu leczenia za granicą.
20. Do przeprowadzenia oceny może okazać się konieczne ponowne wykonanie usługi Drugiej Opinii Medycznej, o ile FURTHER uzna to za Niezbędne z medycznego punktu widzenia.
21. Umowa będzie nadal obejmować wszystkie usługi i wydatki medyczne (zgodnie ze szczegółowym opisem w § 3) do końca

Okresu odszkodowawczego zgodnie z warunkami ostatniej Promesy leczenia.

Współpraca

22. W celu potwierdzenia współpracy Ubezpieczonego z Lekarzem prowadzącym za granicą w ramach leczenia, Ubezpieczony i jego krewni zobowiązani są do wyrażenia zgody na wizyty Lekarzy pracujących dla FURTHER i/lub Ubezpieczyciela oraz na wszelkie zapytania uznane za niezbędne przez FURTHER i/lub Ubezpieczyciela. W tym celu Lekarze, którzy udzielili świadczenia Ubezpieczonemu, zostaną zwolnieni z obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej. Zgoda wydawana będzie bezpośrednio lub pośrednio dla każdej wizyty lub zapytania.
23. Niedopuszczenie do powyższych wizyt zostanie uznane przez Ubezpieczyciela za wyrażne zrzeczenie się prawa do wypłaty świadczeń w odniesieniu do odnośnego roszczenia objętego Umową.

Wydatki

O ile warunki Promesy leczenia są spełnione, FURTHER pokryje bezpośrednio, w ramach świadczeń w ramach Umowy, wydatki poniesione przez Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ograniczeń, wyłączeń i warunków wyszczególnionych w Umowie.

§ 5 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1. Oprócz wyłączeń określonych w § 8 OWU Część Ogólna, odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje Krytycznych stanów chorobowych powstałych w związku z:
- Chorobami, które zdiagnozowano leczono, lub których powiązane i udokumentowane medycznie objawy lub oznaki zostały stwierdzone po raz pierwszy w ciągu 3 miesięcy od dnia przystąpienia do Umowy w zakresie Modułu Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP;
 - Chorobami, które zdiagnozowano lub leczono lub Chorobami, których objawy zostały stwierdzone stosownymi dokumentami medycznymi w okresie 10 lat poprzedzających datę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy w zakresie Modułu Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą – BEST HELP;
 - Procedurami medycznymi wymaganymi w związku z AIDS, HIV lub Chorobami związanymi z tymi Chorobami (w tym mięsak Kaposiego), lub leczenia AIDS lub HIV;
 - Leczeniem eksperymentalnym, jak również leczeniem lub czynnościami, które nie zostały powszechnie przyjęte za bezpieczne, skuteczne lub właściwe dla celów leczenia danego Krytycznego stanu chorobowego przez wiodące organizacje w Stanach Zjednoczonych Ameryki oraz Europie uznane przez międzynarodowe środowisko medyczne, lub leczeniem będącym, na etapie badania, testowania lub na dowolnym etapie eksperymentów medycznych lub badań klinicznych;
 - Roszczeniem, w przypadku którego Ubezpieczony, przed, w trakcie lub po przeprowadzeniu procesu oceny zasadności roszczenia przez FURTHER:
 - nie zastosował się do porad, zaleceń lub ustalonego planu leczenia Lekarza prowadzącego za granicą lub



- b) odmawia poddania się leczeniu lub poddania się dodatkowym analizom diagnostycznym bądź badaniom niezbędnym do postawienia ostatecznej diagnozy lub ustalenia planu leczenia.

Wydatki nieobjęte ubezpieczeniem

2. Oprócz wyłączeń określonych w § 8 OWU Część Ogólna oraz wskazanych w ust. 1 powyżej, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności na podstawie Umowy w zakresie wskazanym poniżej w pkt. 1-12, nawet jeżeli takie świadczenia są uzasadnione lub niezbędne w wyniku wystąpienia Poważnej Choroby, tj. w zakresie:

- 1) wydatków w związku z diagnostyką, leczeniem, usługami, środkami zaopatrzenia medycznego lub receptami dowolnego rodzaju poniesionych w Rzeczypospolitej Polskiej, z wyjątkiem
 - a) wydatków na Leki poniesionych w Rzeczypospolitej Polskiej, o których mowa w § 3 ust. E pkt 1
 - b) wydatków na Kontrolę stanu zdrowia poniesionych w Rzeczypospolitej Polskiej, o których mowa w § 3 ust. pkt 2;
- 2) kosztów poniesionych przed datą wystawienia Promesy leczenia;
- 3) opłat za inne leczenie, usługi, środki zaopatrzenia medycznego lub recepty w przypadku Choroby lub stanu chorobowego, dla których najlepszą metodą leczenia według planu Leczenia potwierdzonego przez FURTHER jest przeszczep organu objęty Umową (moduł 4);
- 4) kosztów poniesionych w innym Szpitalu poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej niż ten, do którego został skierowany Ubezpieczony w Promesie leczenia;
- 5) kosztów poniesionych w związku opieką domową związaną z rekonwalescencją, pobytem w domu opieki zdrowotnej lub usługami świadczonymi w ośrodku rekonwalescencji lub podobnej instytucji, uzdrowiskach, klinikach i gabinetach medycyny naturalnej, hospicjum lub domu starców;
- 6) kosztów poniesionych na zakup lub wynajem dowolnego typu protezy lub przyrządów ortopedycznych, gorsetów, bandaży, kul, sztucznych członków lub organów, peruk (nawet jeśli ich zastosowanie zostanie uznane za konieczne podczas chemioterapii), obuwia ortopedycznego, protez dentystrycznych, pasów przepuklinowych, wózków, specjalnych łóżek, urządzeń klimatyzacyjnych, filtrów powietrza, urządzeń lub przedmiotów, z wyjątkiem protez piersi – po mastektomii, i sztucznych zastawek serca, niezbędnych w związku z przebytą Operacją, zrealizowaną w ramach świadczenia Opieki medycznej za granicą (usługa Medical Concierge);
- 7) organizacji i pokrycia kosztów medycyny alternatywnej i leczenia niekonwencjonalnego (z uwzględnieniem akupunktury, aromaterapii, chiropraktyki, homeopatii, naturopatii, Ajurwedy, tradycyjnej medycyny chińskiej i osteopatii), nawet jeśli zostało przepisane lub zalecone przez Lekarza podczas leczenia Krytycznego stanu chorobowego;
- 8) gdy poza leczeniem w ramach świadczeń Opieki medycznej za granicą (usługa Medical Concierge) zajdzie potrzeba leczenia związanego z zaburzeniami poznawczymi, otępieniem starczym lub upośledzeniem mózgu, demencją, niezależnie od stanu ich zaawansowania, lub w związku z porodem lub położeniem;
- 9) kosztów poniesionych na tłumacza, z wyjątkiem tłumaczenia zorganizowanego przez FURTHER, dotyczącego prowadzonego w ramach świadczeń z tytułu Opieki medycznej za granicą (usługa Medical Concierge) procesu leczenia;
- 10) kosztów poniesionych na rozmowy telefoniczne oraz opłaty w odniesieniu do przedmiotów osobistego użytku lub które nie są natury medycznej, lub z tytułu usług świadczonych uprawnionej osobie towarzyszącej;
- 11) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego lub uprawnioną osobę towarzyszącą, które nie są objęte zakresem Umowy;
- 12) kosztów z tytułu zakwaterowania lub transportu nie zorganizowanych przez FURTHER;
- 13) leczenia obejmującego grupy terapii: terapię genową, terapię komórkami somatycznymi, terapię inżynierią tkankową i terapię komórkami CAR-T;
- 14) wszelkich usług lub środków zaopatrzenia medycznego, które nie są Niezbędne z medycznego punktu widzenia do leczenia Choroby objętej Ubezpieczeniem lub do przeprowadzenia zabiegu medycznego lub Operacji objętych Ubezpieczeniem;
- 15) leczenia długoterminowych skutków ubocznych, łagodzenie objawów przewlekłych lub rehabilitacji (w tym między innymi fizjoterapii, rehabilitacji ruchowej oraz terapii językowej i logopedycznej);
- 16) wszelkich wydatków poniesionych w związku z diagnostyką, leczeniem, usługami, środkami zaopatrzenia medycznego lub receptami dowolnego rodzaju, poniesionych na całym świecie, w przypadku gdy Ubezpieczony w momencie zgłoszenia roszczenia nie może być uznany za stałego/legalnego rezydenta Rzeczypospolitej Polskiej;
- 17) wszelkich wydatków poniesionych poza Okresem odszkodowawczym, z wyjątkiem wymienionych w § 4 pkt 14;
- 18) wszelkich Leków, które nie zostały wydane przez licencjonowanego farmaceutę lub które są dostępne bez recepty;
- 19) Wszelkich wydatków medycznych niebędących zwyczajową i uzasadnioną opłatą;
- 20) W odniesieniu do kosztów zakupu Leków określonych w § 3 ust. E pkt 1, obowiązują następujące wyłączenia:
 - a) Koszt podania leku;
 - b) Wszelkie zakupy Leków dokonane poza Rzeczypospolitą Polską, chyba że zostały wyraźnie zatwierdzone przez FURTHER.
- 21) W odniesieniu do kosztów Kontroli stanu zdrowia, o których mowa w § 3 ust. E. pkt 2, obowiązują następujące wyłączenia:
 - a) Wszelkie koszty refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia Rzeczypospolitej Polskiej lub objęte inną polisą ubezpieczeniową posiadaną przez Ubezpieczonego;
 - b) Wszelkie koszty poniesione niezgodnie z wytycznymi ustalonymi przez FURTHER;
 - c) Wszelkie koszty poniesione w innym Szpitalu lub placówce medycznej niż autoryzowane przez FURTHER.



3. Oprócz wyłączeń określonych w § 8 OWU Część Ogólna oraz wskazanych w ust. 1 i 2 powyżej, odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje:

- 1) w przypadku nowotworów:
 - a) każda diagnoza raka, w rozumieniu § 1 ust. A Moduł 1: Leczenie raka, w przebiegu zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS),
 - b) każdy rak skóry inny niż czerniak, który nie został histologicznie sklasyfikowany jako powodujący naciekanie poza naskórek (zewnętrzną warstwę skóry);
 - c) wszelkie leczenie obejmujące terapię komórkami CAR-T;
- 2) w przypadku Operacji pomostowania aortalno-wieńcowego:
 - a) wszelkie choroby wieńcowe leczone za pomocą technik innych niż pomostowanie tętnic wieńcowych, jak na przykład każdy rodzaj angioplastyki, stenty;
- 3) w przypadku przeszczepienia organu od żywego dawcy:
 - a) każde przeszczepienie dokonane, gdy zaistnieje potrzeba przeszczepu w wyniku choroby wątroby spowodowanej spożywaniem alkoholu;
 - b) każdy przeszczep, gdy przeszczep jest dokonywany jako przeszczep własny, za wyjątkiem przeszczepu szpiku kostnego;
 - c) każdy przeszczep, gdy Ubezpieczony jest dawcą dla osoby trzeciej;
 - d) wszelkie przeszczepy od dawcy martwego;
 - e) wszelkie przeszczepy organu wiążące się z leczeniem komórkami macierzystymi;
 - f) przeszczepy umożliwiające dzięki zakupowi organów dawcy.
4. W przypadku przeszczepu szpiku kostnego:
 - a) przeszczep krwiotwórczych komórek macierzystych (HCT) z wykorzystaniem krwi pępowinowej.
5. W przypadku, gdy Ochrona ubezpieczeniowa na podstawie Umowy w stosunku do danego Ubezpieczonego wygaśnie, a:
 - 1) Ubezpieczony będzie w trakcie leczenia świadczonego poza Rzeczpospolitą Polską w ramach Umowy; lub
 - 2) FURTHER wystawił Ubezpieczonemu Promesę leczenia przed wygaśnięciem Ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do tego Ubezpieczonego,

Ubezpieczyciel zagwarantuje świadczenia wynikające z Umowy dostępne dla Ubezpieczonego w zakresie i z ograniczeniami, które wskazano w Umowie i Promesie leczenia, lecz z zastrzeżeniem maksymalnego okresu na spełnienie tych świadczeń do 6 miesięcy od daty zakończenia Okresu ochrony w stosunku do danego Ubezpieczonego.

Tytuł V. Moduł NNW

§ 1 Zasady ogólne

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym w Module NNW jest śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, tj. w sytuacji, gdy istnieje związek przyczynowo skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem, a śmiercią Ubezpieczonego.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w Okresie ochrony w Module NNW pod warunkiem, że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła nie później niż przed upływem 6 miesięcy, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku oraz miała miejsce w Okresie ochrony.
3. Moduł NNW zapewnia ochronę ubezpieczeniową na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.
4. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie Uposażonemu.
5. Świadczenie ubezpieczeniowe stanowi wypłata Sumy Ubezpieczenia w wysokości określonej w Umowie, aktualna na dzień śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

§ 2 Prawo Ubezpieczonego do wyznaczenia Uposażonego w Module NNW

1. W Module NNW Ubezpieczony może wskazać jednego lub większą liczbę Uposażonych. W trakcie trwania Umowy Ubezpieczony może zmieniać Uposażonych oraz procent ich udziału w świadczeniu, jeżeli wskazał więcej niż jednego Uposażonego.
2. W przypadku, gdy Uposażony zmarł przed Ubezpieczonym lub utracił prawo do świadczenia, jego prawo przejmują pozostali Uposażeni proporcjonalnie do przyznanego im procentowego udziału w świadczeniu.
3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia osobie, która swoim umyślnym działaniem spowodowała lub przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego. W tym przypadku prawo do tej części świadczenia przechodzi na inne osoby Uposażone proporcjonalnie do przyznanego im procentowego udziału w świadczeniu.
4. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonych lub wskazani przez niego Uposażeni zmarli przed datą śmierci Ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia, uprawnionymi do wypłaty świadczenia stają się:
 - 1) małżonek, a w przypadku jego braku;
 - 2) dzieci (w równych częściach), a w przypadku ich braku;
 - 3) rodzice (w równych częściach), a w przypadku ich braku;
 - 4) rodzeństwo (w równych częściach), a w przypadku ich braku;
 - 5) inni spadkobiercy ustawowi w kolejności wynikającej z przepisów prawa, z wyłączeniem gminy i Skarbu Państwa.

§ 3 Wyłączenia odpowiedzialności

Oprócz wyłączeń określonych w § 8 OWU Część Ogólna, odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje następstw Nieszczęśliwych wypadków, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek był wynikiem uczestnictwa Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nielicencjonowanych linii lotniczych.



§ 4 Realizacja świadczeń

Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest po przedłożeniu Ubezpieczycielowi przez Uposażonego lub Uprawnionego zgłoszenia roszczenia z tytułu Umowy, najlepiej w formie pisemnej na formularzu Ubezpieczyciela wraz z wymienionymi w nim załącznikami.

Tytuł VI. Moduł Medycyna Pracy

§ 1 Zasady ogólne

1. Zakresem ubezpieczenia objęte są zapewnienie oraz pokrycie kosztów Świadczeń medycyny pracy niezbędnych na podstawie przepisów Kodeksu Pracy w zakresie przewidzianym Umową. Zakres Świadczeń medycyny pracy objęty Umową został wskazany w załączniku do Umowy.
 2. Na podstawie Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zorganizuje oraz pokrywa koszty Świadczeń Medycyny Pracy polegających na:
 - 1) przeprowadzaniu Badań profilaktycznych dla Pracowników;
 - 2) sprawowaniu Profilaktycznej opieki zdrowotnej nad Pracownikami, niezbędnej z uwagi na warunki pracy, obejmującej przeprowadzeniem badań poza terminami wynikającymi z częstotliwości wykonywania Badań okresowych i orzekanie o możliwości wykonywania dotychczasowej pracy; skierowanie na przeprowadzenie badania wydaje pracodawca po zgłoszeniu przez Pracownika niemożności wykonywania dotychczasowej pracy,
 - 3) wydawaniu orzeczeń lekarskich do celów przewidzianych w Kodeksie pracy, w tym orzeczeń:
 - a) o utracie przez Pracownika zdolności do wykonywania dotychczasowej pracy,
 - b) o konieczności przeniesienia Pracownika do innej pracy ze względu na stwierdzenie szkodliwego wpływu wykonywanej pracy na zdrowie Pracownika,
 - c) stwierdzających, że ze względu na stan ciąży kobieta – Pracownik - nie powinna wykonywać pracy dotychczasowej,
 - d) stwierdzających, że dana praca zagraża zdrowiu młodocianego Pracownika,
 - e) o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na określonym stanowisku,
 - f) stwierdzających u Pracownika objawy wskazujące na powstawanie choroby zawodowej,
 - g) stwierdzających niezdolność do wykonywania dotychczasowej pracy u Pracownika, który uległ wypadkowi przy pracy lub u którego stwierdzono chorobę zawodową, lecz nie zaliczono go do żadnej z grup inwalidów.
 - 4) wykonywaniu Badań profilaktycznych do celów sanitarno-epidemiologicznych;
 - 5) ocenie zdolności do pracy w określonym zawodzie i na określonym stanowisku pracy, uwzględniającej stan zdrowia i zagrożenia występujące w miejscu pracy;
 - 6) wydawaniu zaświadczeń i świadectw dla celów przewidzianych w Kodeksie pracy o stanie zdrowia Pracownika lub niezdolności do pracy;
 - 7) wizytowaniu zakładu pracy przez lekarza medycyny pracy celem sprawdzenia prawidłowego zabezpieczenia warunków zdrowotnych stanowisk pracy;
 - 8) uczestniczeniu lekarza medycyny pracy w zakładowej komisji bezpieczeństwa i higieny pracy powołanej na terenie zakładu pracy w trybie przewidzianym w Kodeksie pracy w przypadkach przewidzianych w Kodeksie pracy.
3. W celu uzyskania oraz pokrycia kosztów Świadczeń medycyny pracy Ubezpieczający wystawia imienne skierowania na badanie w trybie obowiązujących przepisów prawa. Skierowanie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, powinno zawierać w szczególności:
 - 1) w przypadku Badań profilaktycznych – określenie rodzaju Badania profilaktycznego, jakie ma być wykonane (Badanie wstępne, Badanie okresowe albo Badanie kontrolne);
 - 2) w przypadku osób przyjmowanych do pracy lub Pracowników przenoszonych na inne stanowiska pracy – określenie stanowiska pracy, na którym osoba podlegająca badaniu jest lub ma być zatrudniona. W tym przypadku pracodawca (Ubezpieczający) może wskazać w skierowaniu dwa lub więcej stanowisk pracy w kolejności odpowiadającej potrzebom zakład pracy;
 - 3) w przypadku Pracowników – określenie stanowiska pracy, na którym Pracownik jest zatrudniony;
 - 4) informacje o występowaniu na stanowisku pracy czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych oraz aktualne wyniki badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonanych na tych stanowiskach pracy;
 - 5) w przypadku badań sanitarno-epidemiologicznych – wskazanie wykonywanych prac przez Pracownika przy których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby.