

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek leczenia za granicą dla Ubezpieczonego i jego Dzieci
(kod GPR_TFTF_04.2026) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWU	§ 4; § 5; § 6; § 7; § 17 ust. 1	§ 6 ust. 1 i 4; § 7 ust. 4, 21, 22, 23, 26 i 28; § 9 ust. 6; § 15; § 16 ust. 1 i 4; § 17 ust. 1, 4 i 5

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
NA WYPADEK LECZENIA ZA GRANICĄ DLA UBEZPIECZONEGO I JEGO DZIECI
(KOD GPR_TFTF_04.2026)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek leczenia za granicą dla Ubezpieczonego i jego Dzieci (zwanym dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o leczenie za granicą dla Ubezpieczonego i jego Dzieci.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Dawca** – osoba żywa, od której pobierane są komórki, tkanki lub narządy do przeszczepu dla Osoby uprawnionej do świadczenia;
- 2) **Druga opinia medyczna** – opinia dotycząca Poważnego stanu chorobowego Osoby uprawnionej do świadczenia, sporządzana przez Lekarza konsultanta na podstawie dostarczonej przez Osobę uprawnioną do świadczenia dokumentacji medycznej;
- 3) **Dziecko** – dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przez niego Przysposobione, które w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 21 roku życia;
- 4) **Dzień wystąpienia Poważnego stanu chorobowego** – dzień, w którym:
 - a. wykonano badanie, które potwierdziło: Nowotwór złośliwy inwazyjny, Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ) albo Ciężką dysplazję nowotworową lub
 - b. zalecono wykonanie jednej z następujących operacji: Pomostowania aortalno-wieńcowego, Operacji zastawek serca, Operacji neurochirurgicznej, Przeszczepu narządu lub Przeszczepu szpiku kostnego;
- 5) **Further** – Further Underwriting International SLU, podmiot z siedzibą w Hiszpanii, za pośrednictwem którego Towarzystwo zapewnia organizację oraz realizację usług i świadczeń objętych Umową dodatkową, w tym nadzór nad organizacją procesu leczenia;
- 6) **Inżynieria tkankowa** – postępowanie, które dotyczy komórek lub tkanek zmodyfikowanych tak, by mogły być zastosowane do naprawy, regeneracji lub zamiany z tkankami ludzkimi;
- 7) **Leczenie alternatywne** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkt medyczny albo farmaceutyczny, które nie są uważane za część Medycyny konwencjonalnej lub za standardowe zabiegi, w tym: akupunktura, aromaterapia, medycyna chiropraktyczna, medycyna homeopatyczna, medycyna naturopatyczna, ajurweda, tradycyjna medycyna chińska i medycyna osteopatyczna;
- 8) **Leczenie eksperymentalne** – metoda leczenia, procedura, sprzęt, lek lub produkt farmaceutyczny, przeznaczone do użytku medycznego, których skuteczność i bezpieczeństwo w leczeniu określonych stanów chorobowych nie zostały potwierdzone naukowo i medycznie lub które są przedmiotem badań albo testów, lub znajdują się na jakimkolwiek etapie eksperymentu klinicznego;
- 9) **Leczenie niezbędne z medycznego punktu widzenia** – usługi lub świadczenia medyczne, które są:
 - a. zalecane przez Lekarza prowadzącego leczenie Poważnego stanu chorobowego Osoby uprawnionej do świadczenia w celu poprawy jej stanu zdrowia oraz
 - b. uznane za skuteczne w poprawie wyników zdrowotnych w następstwie planów leczenia, które są spójne z diagnozą pod względem rodzaju, częstotliwości i czasu trwania, zgodnie z amerykańskimi lub europejskimi wytycznymi naukowymi (w szczególności wytyczne NCCN

- (National Comprehensive Cancer Network) dotyczące praktyki klinicznej w onkologii będą stosowane w odniesieniu do leczenia Modułu ochrony I), oraz
- c. opłacalne w porównaniu z alternatywnymi metodami leczenia, w tym z brakiem leczenia, które prowadzą do podobnych wyników, oraz
 - d. wymagane z powodów innych niż wygoda Osoby uprawnionej do świadczenia lub jej Lekarza;
- 10) **Lek** – substancja lub połączenie substancji, dopuszczone do obrotu w danym kraju, wydawane wyłącznie na receptę. Recepta na Lek jest ważna także dla zamiennika tego leku o tych samych składnikach aktywnych, sile i dawkowaniu;
 - 11) **Lekarz** – osoba posiadająca obowiązujące na terytorium państwa, w którym wykonuje zawód, uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń medycznych, potwierdzone wymaganymi dokumentami;
 - 12) **Lekarz konsultant** – Lekarz praktykujący poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej o specjalności i doświadczeniu zawodowym właściwym dla specyfiki danego Poważnego stanu chorobowego, który sporządza Drugą opinię medyczną;
 - 13) **Medycyna konwencjonalna (on-label)** – medycyna oparta na naukowym podejściu do diagnozowania, leczenia i zapobiegania chorobom, wykorzystująca procedury medyczne dopuszczone do stosowania oraz wykonywane zgodnie z prawem państwa, w którym jest prowadzone leczenie;
 - 14) **Moduł ochrony** – jeden z czterech modułów, obejmujący swoim zakresem określone rodzaje Poważnych stanów chorobowych, zgodnie z pkt 23;
 - 15) **NFZ** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
 - 16) **Nowotwór złośliwy** – Nowotwór złośliwy inwazyjny lub Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ);
 - 17) **Okres realizacji świadczenia** – okres trzydziestu sześciu (36) miesięcy, w trakcie którego realizowane są świadczenia dla wszystkich roszczeń zgłoszonych w ramach danego Modułu ochrony, rozpoczynający się od daty pierwszej podróży zorganizowanej i opłaconej przez Towarzystwo. Okres realizacji świadczenia jest ustalany odrębnie dla każdego Modułu ochrony po zaakceptowaniu przez Towarzystwo pierwszego roszczenia dla tego Modułu ochrony;
 - 18) **Osoba towarzysząca** – osoba wskazana przez Osobę uprawnioną do świadczenia, która podróżuje i przebywa z nią podczas realizacji świadczeń w ramach Umowy dodatkowej. W przypadku leczenia Dziecka za granicą możliwe jest wskazanie dwóch Osób towarzyszących;
 - 19) **Osoba uprawniona do świadczenia** – Ubezpieczony oraz wszystkie jego Dzieci;
 - 20) **Pobyt w szpitalu** – zorganizowane przez Towarzystwo leczenie w Szpitalu zagranicznym, trwające nieprzerwanie przez co najmniej 24 godziny;
 - 21) **Portal Leczenie za granicą** – platforma internetowa dostarczona i zarządzana przez Further w celu wspierania realizacji świadczeń dla Osoby uprawnionej do świadczenia;
 - 22) **Postępowanie profilaktyczne** – jakakolwiek procedura medyczna albo przyjęcie Leku mające na celu wyłącznie obniżenie ryzyka zachorowania na Nowotwór złośliwy, np. profilaktyczna operacja chirurgiczna polegająca na usunięciu tkanki lub organu o zwiększonym ryzyku zachorowania na Nowotwór złośliwy, w którym obecnie nie potwierdzono występowania komórek nowotworowych;
 - 23) **Poważny stan chorobowy** – stan chorobowy występujący w ramach jednej z wymienionych poniżej grup:
 - a. **Moduł ochrony I** – nowotwory:
 - a) Nowotwór złośliwy inwazyjny;
 - b) Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ);
 - c) Ciężka dysplazja nowotworowa;
 - b. **Moduł ochrony II** – stan chorobowy wymagający przeprowadzenia operacji kardiologicznej:
 - a) pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass);
 - b) zastawki serca;
 - c. **Moduł ochrony III** – stan chorobowy wymagający przeprowadzenia operacji neurochirurgicznej:
 - a) mózgu;
 - b) łagodnego guza rdzenia kręgowego;
 - d. **Moduł ochrony IV** – stan chorobowy wymagający przeprowadzenia przeszczepu:
 - a) narządów;
 - b) szpiku kostnego;
 - 24) **Przysposobienie** – powstanie takiego stosunku między przysposabiającym a przysposobionym jak między rodzicem a dzieckiem, tj. przysposobienie pełne nierozwiązywalne/całkowite potwierdzone aktem urodzenia Dziecka, w którym przysposabiający występuje w roli rodzica Dziecka;
 - 25) **Siła wyższa** – zdarzenia zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia, których skutkiem nie można było zapobiec;
 - 26) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą dla Ubezpieczonego i jego Dzieci;
 - 27) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek leczenia za granicą dla Ubezpieczonego i jego Dzieci;
 - 28) **Szpital** – prywatna lub publiczna organizacja prawnie upoważniona do zapewnienia leczenia chorób lub urazów ciała, wyposażona w środki materialne/technologiczne, obsługiwana przez Lekarzy i personel medyczny 24 godziny na dobę;
 - 29) **Terapia genowa** – terapia, która zawiera geny wywołujące efekt terapeutyczny, profilaktyczny lub diagnostyczny i polega na wprowadzeniu do organizmu fragmentów genów (DNA lub RNA) stworzonych w laboratorium, w celu leczenia różnego rodzaju chorób, w tym chorób genetycznych, Nowotworów złośliwych albo chorób przewlekłych;
 - 30) **Terapia komórkami somatycznymi** – terapia, która dotyczy modyfikacji komórek lub tkanek polegającej na zmianie ich charakterystyki biologicznej lub użyciu ich w innej roli niż ich podstawowa rola biologiczna w organizmie. Procedury te mogą być stosowane do leczenia, diagnostyki lub zapobiegania chorobom;
 - 31) **Terapia limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor T-cell therapy)** – rodzaj leczenia, w którym funkcja limfocytów T (rodzaj komórek układu odpornościowego) pobranych z krwi Osoby uprawnionej do świadczenia została zmodyfikowana w laboratorium w taki sposób, żeby rozpoznawały i niszczyły komórki nowotworowe;
 - 32) **Wstępny certyfikat medyczny** – dokument, który potwierdza organizację i pokrycie kosztów leczenia i opieki medycznej za granicą w wybranej przez Osobę uprawnioną do świadczenia placówce medycznej.

§ 3

Poważne stany chorobowe, o których mowa w niniejszych OWUD, otrzymują następujące definicje:

- 1) **Ciężka dysplazja nowotworowa** – wszelkie zmiany przednowotworowe w komórkach, które cytologicznie lub histopatologicznie zostały sklasyfikowane jako dysplazja dużego stopnia lub dysplazja ciężka;

- 2) **Nowotwór złośliwy inwazyjny** – każdy nowotwór złośliwy, w tym białaczka, mięsak i chłoniak, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek złośliwych i inwazją tkanek;
- 3) **Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ)** – każdy nowotwór in situ, który jest ograniczony do nabłonka, gdzie powstał i który nie zaatakował zrębu lub otaczających go tkanek;
- 4) **Operacja neurochirurgiczna** – interwencja chirurgiczna w obrębie mózgu lub innych struktur wewnątrzczaszkowych, lub leczenie łagodnych guzów zlokalizowanych w rdzeniu kręgowym;
- 5) **Operacja zastawek serca** – inwazyjna wymiana lub naprawa co najmniej jednej zastawki serca, niezależnie od tego, czy wymiana lub naprawa wykonywana jest operacją na otwartej klatce piersiowej, metodą małoinwazyjną, czy też za pomocą leczenia cewnikiem sercowym;
- 6) **Pomostowanie aortalno-wieńcowe** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony w celu skorygowania zwężenia lub zablokowania jednej lub więcej tętnic wieńcowych za pomocą pomostów aortalno-wieńcowych zgodnie z zaleceniami kardiologa;
- 7) **Przeszczep narządu** – przeszczep chirurgiczny, w którym Osoba uprawniona do świadczenia otrzymuje nerkę, fragment wątroby, płat płucny lub fragment trzustki od innego żyjącego zgodnego Dawcy;
- 8) **Przeszczep szpiku kostnego** – przeszczep szpiku kostnego (BMT) lub przeszczep komórek macierzystych krwi obwodowej (PBSCT) pochodzących od Osoby uprawnionej do świadczenia (autologiczny przeszczep szpiku kostnego) lub od żyjącego zgodnego Dawcy (allogeniczny przeszczep szpiku kostnego).

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 4

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego oraz wszystkich jego Dzieci.

§ 5

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia i usługi, z których ma prawo skorzystać Osoba uprawniona do świadczenia w przypadku wystąpienia u niej Poważnego stanu chorobowego:
 - 1) Druga opinia medyczna;
 - 2) leczenie i opieka medyczna za granicą;
 - 3) kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą.
2. Szczegółowy zakres świadczeń i usług, o których mowa w ust. 1, opisany został w § 7.

Okres realizacji świadczenia

§ 6

1. Osoba uprawniona do świadczenia może skorzystać ze świadczeń i usług, o których mowa w § 5, w ramach każdego z Modułów ochrony, wyłącznie w trakcie trwania Okresu realizacji świadczenia.
2. Przed realizacją świadczenia lub usługi Towarzystwo sprawdza możliwość skorzystania z nich przez Osobę uprawnioną do świadczenia w ramach danego Modułu ochrony, w którym znajduje się Poważny stan chorobowy.
3. Osoba uprawniona do świadczenia może skorzystać z usług i świadczeń, o których mowa w § 5, w ramach Okresu realizacji świadczenia dla danego Modułu ochrony, jeżeli:
 - 1) nie korzystała wcześniej z leczenia za granicą w ramach tego Modułu ochrony albo
 - 2) korzystała wcześniej z leczenia za granicą w ramach tego Modułu ochrony, ale nie upłynął jeszcze okres 36 miesięcy, liczony od daty pierwszej podróży zorganizowanej przez Towarzystwo w celu leczenia Poważnego stanu chorobowego znajdującego się w tym Module ochrony.
4. Towarzystwo nie zrealizuje świadczenia lub usługi, jeżeli od daty pierwszej podróży zorganizowanej przez Towarzystwo w celu leczenia Poważnego stanu chorobowego znajdującego się w danym Module ochrony do daty zgłoszenia kolejnego roszczenia upłynęło 36 miesięcy.
5. W przypadku gdy Okres realizacji świadczenia dla danego Modułu ochrony upłynie w trakcie leczenia za granicą, Towarzystwo pokryje koszty, o których mowa w § 7 ust. 12, poniesione do czasu wyznaczonej, w oparciu o przyjęty plan leczenia, podróży powrotnej Osoby uprawnionej do świadczenia do Rzeczypospolitej Polskiej, z uwzględnieniem ograniczeń odpowiedzialności określonych w § 15, z wyłączeniem ust. 6 pkt 14.
6. Jeżeli w trakcie leczenia Poważnego stanu chorobowego w ramach Modułu ochrony I konieczne będzie przeprowadzenie, bezpośrednio powiązanych z procesem leczenia onkologicznego, operacji lub przeszczepu, występujących w Modułach ochrony II-IV, wówczas świadczenia będą realizowane w ramach Okresu realizacji świadczenia dla Modułu ochrony I.

Zakres świadczeń i usług

§ 7

Druga opinia medyczna

1. Zakres świadczeń dotyczących Drugiej opinii medycznej obejmuje:
 - 1) informowanie Osoby uprawnionej do świadczenia o dokumentacji medycznej potrzebnej do przygotowania Drugiej opinii medycznej;
 - 2) udzielanie, na wniosek Osoby uprawnionej do świadczenia, pomocy w zebraniu dokumentacji medycznej potrzebnej do przygotowania Drugiej opinii medycznej;
 - 3) tłumaczenie dostarczonej przez Osobę uprawnioną do świadczenia dokumentacji medycznej na język Lekarza konsultanta;
 - 4) przekazanie dokumentacji medycznej Lekarzowi konsultantowi;
 - 5) zapewnienie ponownej oceny histopatologicznej tkanek, które zostały wcześniej pobrane od Osoby uprawnionej do świadczenia – jeśli będzie to medycznie uzasadnione;
 - 6) przygotowanie przez Lekarza konsultanta Drugiej opinii medycznej;
 - 7) przetłumaczenie Drugiej opinii medycznej na język polski;
 - 8) dostarczenie Drugiej opinii medycznej Osobie uprawnionej do świadczenia.
2. Przygotowana Druga opinia medyczna zawiera:
 - 1) opinię Lekarza konsultanta dotyczącą postawionej diagnozy i stosowanego leczenia u Osoby uprawnionej do świadczenia;
 - 2) propozycję planu leczenia Osoby uprawnionej do świadczenia;
 - 3) informację, czy Osobie uprawnionej do świadczenia przysługuje prawo do leczenia za granicą.

3. Osoba uprawniona do świadczenia może zrezygnować z Drugiej opinii medycznej. W takiej sytuacji o zasadności i planie leczenia za granicą rozstrzyga wyznaczony przez Towarzystwo zespół medyczny, na podstawie dostarczonej przez Osobę uprawnioną do świadczenia dokumentacji medycznej.
4. Osoba uprawniona do świadczenia może skorzystać ze świadczenia Drugiej opinii medycznej wyłącznie raz w stosunku do jednego rodzaju Poważnego stanu chorobowego, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Jeśli Lekarz konsultant postawi diagnozę odmienną od tej wynikającej z posiadanej przez Osobę uprawnioną do świadczenia dokumentacji medycznej, wówczas inny Lekarz konsultant przygotowuje dodatkową Drugą opinię medyczną.
6. Jeśli Osoba uprawniona do świadczenia zdecyduje się skorzystać z Drugiej opinii medycznej, realizacja świadczenia dotyczącego leczenia i opieki medycznej za granicą rozpocznie się po wydaniu Drugiej opinii medycznej.

Leczenie i opieka medyczna za granicą

7. Świadczenie dotyczące leczenia i opieki medycznej za granicą obejmuje:
 - 1) przedstawienie Osobie uprawnionej do świadczenia trzech rekomendowanych Szpitali zagranicznych, w których możliwe jest przeprowadzenie leczenia;
 - 2) wybranie przez Osobę uprawnioną do świadczenia jednego z zaproponowanych Szpitali zagranicznych;
 - 3) przekazanie Osobie uprawnionej do świadczenia Wstępnego certyfikatu medycznego;
 - 4) organizację i pokrycie kosztów podróży w celu leczenia za granicą;
 - 5) organizację i pokrycie kosztów zakwaterowania podczas leczenia za granicą;
 - 6) pokrycie kosztów związanych z leczeniem i opieką medyczną za granicą;
 - 7) wypłatę dziennego świadczenia za Pobyty w szpitalu;
 - 8) organizację i pokrycie kosztów transportu zwłok;
 - 9) tłumaczenie dokumentacji medycznej niezbędnej do leczenia i opieki medycznej za granicą;
 - 10) tłumaczenie dokumentacji medycznej na język polski po zakończeniu leczenia za granicą.
8. Wstępny certyfikat medyczny, o którym mowa w ust. 7 pkt 3, jest ważny 3 miesiące od daty jego wystawienia. Jeżeli Osoba uprawniona do świadczenia nie wyjedzie do Szpitala zagranicznego w okresie trwania ważności Wstępnego certyfikatu medycznego, Towarzystwo przygotowuje nowy Wstępny certyfikat medyczny. W tym celu konieczna będzie ponowna ocena stanu zdrowia Osoby uprawnionej do świadczenia.
9. W ramach organizacji i pokrycia kosztów podróży w celu leczenia za granicą Towarzystwo zapewnia:
 - 1) organizację i pokrycie kosztów podróży Osoby uprawnionej do świadczenia, Osoby towarzyszącej oraz Dawcy (w przypadku przeszczepu) do miejsca, w którym znajduje się wybrany przez Osobę uprawnioną do świadczenia Szpital zagraniczny oraz podróży powrotnej w zakresie:
 - a. transportu z miejsca zamieszkania Osoby uprawnionej do świadczenia oraz Dawcy do wyznaczonego lotniska międzynarodowego lub dworca kolejowego;
 - b. biletów kolejowych lub lotniczych w klasie ekonomicznej do miasta docelowego leczenia i transportu do wskazanego hotelu lub bezpośrednio do Szpitala;
 - c. transportu z wyznaczonego hotelu lub Szpitala do wskazanego międzynarodowego lotniska lub dworca kolejowego;
 - d. biletów kolejowych lub lotniczych w klasie ekonomicznej do Rzeczypospolitej Polskiej, a następnie transportu do miejsca zamieszkania Osoby uprawnionej do świadczenia oraz Dawcy;
 - 2) organizację i pokrycie kosztów transportu medycznego, w tym ambulansem drogowym lub karetką powietrzną, zaplanowanego i zaakceptowanego przez Towarzystwo, jeżeli taki transport został zalecony przez Lekarza konsultanta lub Lekarza prowadzącego leczenie za granicą.
10. Towarzystwo odpowiada za wybór terminów transportu oraz rezerwacji, a także miejsca zakwaterowania w ramach każdego przejazdu objętego zakresem ubezpieczenia (na podstawie zatwierzonego planu leczenia) i przedstawia je do akceptacji Osoby uprawnionej do świadczenia lub Dawcy najpóźniej na 3 dni przed podróżą. Zmiana ustalonych terminów podróży jest możliwa wyłącznie ze względu na udokumentowane powody medyczne. W każdym innym przypadku Towarzystwo nie dokona nowych ustaleń dotyczących podróży i zakwaterowania.
11. W ramach organizacji i pokrycia kosztów zakwaterowania podczas leczenia za granicą Towarzystwo zapewnia:
 - 1) organizację i pokrycie kosztów zakwaterowania Osoby uprawnionej do świadczenia, Osoby towarzyszącej oraz Dawcy (w przypadku przeszczepu) w miejscu leczenia Poważnego stanu chorobowego, w pokoju dwuosobowym ze śniadaniem w hotelu trzy- lub czterogwiazdkowym, który znajduje się nie dalej niż 10 km od Szpitala, w którym odbywa się leczenie (Osoba uprawniona do świadczenia nie może podwyższyć standardu hotelu);
 - 2) ustalenie daty powrotu z każdej podróży zorganizowanej przez Towarzystwo, w oparciu o informacje od Lekarza prowadzącego leczenie za granicą potwierdzające brak przeciwwskazań medycznych do odbycia takiej podróży przez Osobę uprawnioną do świadczenia.
12. W ramach leczenia i opieki medycznej za granicą Towarzystwo pokrywa następujące koszty powstałe w związku z Leczeniem niezbędnym z medycznego punktu widzenia, zgodnie z warunkami określonymi we Wstępnym certyfikacie medycznym:
 - 1) koszty poniesione przez Szpital w zakresie:
 - a. pobytu w pokoju, sali, na oddziale szpitalnym lub na oddziale intensywnej terapii;
 - b. dodatkowego łóżka związanego z pobytem Osoby towarzyszącej w Szpitalu, o ile Szpital udostępnia taką usługę;
 - c. wyżywienia podczas hospitalizacji;
 - d. usług medycznych świadczonych przez przychodnię przyszpitalną;
 - e. wykonania zabiegów chirurgicznych na sali operacyjnej;
 - f. opieki lekarskiej, pielęgniarskiej oraz pozostałego personelu medycznego na każdym oddziale Szpitala oraz w ambulatorium;
 - g. użytych leków i środków opatrunkowych;
 - 2) koszty ponoszone przez niezależny ośrodek, ale tylko wówczas, gdy przeprowadzone procedury medyczne były objęte zakresem ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 3) koszty następujących usług medycznych i procedur:
 - a. analiz laboratoryjnych, badań patomorfologicznych, badań rentgenowskich, chemioterapii, badań elektrokardiograficznych, badań ultrasonograficznych, badań z zastosowaniem izotopów promieniotwórczych, echokardiografii, mielogramów, encefalografii, angiografii, tomografii komputerowych, rezonansów magnetycznych oraz innych badań zleconych przez Lekarza w celu rozpoznania i leczenia Poważnego stanu chorobowego;
 - b. radioterapii, czyli promieniowania wysokoenergetycznego służącego do zmniejszania guzów i zabijania komórek nowotworowych promieniami rentgenowskimi, promieniami gamma i naładowanymi cząstkami, które są rodzajami promieniowania wykorzystywanymi do leczenia nowotworu albo dostarczającymi przez urządzenie poza ciałem (promieniowanie wiązką zewnętrzną) lub przez materiał radioaktywny umieszczony w organizmie w pobliżu komórek nowotworowych (wewnętrzna radioterapia);

- c. znieczulenia, jego podania przez Lekarza anestezjologa oraz opieki anestezjologicznej przed, w trakcie i po zakończeniu znieczulenia;
 - d. chirurgii rekonstrukcyjnej, która polega na odbudowie lub naprawie struktury ciała w celu skorygowania funkcji uszkodzonej lub utraconej wskutek wykonanych procedur medycznych przeprowadzonych w ramach leczenia za granicą;
 - e. transfuzji krwi, podawania osocza i surowicy;
 - f. podawania tlenu, wlewów: dożylnych, podskórnych, domięśniowych;
 - g. leczenia powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych, które zostały zastosowane w czasie leczenia za granicą, jeśli te powikłania lub skutki uboczne wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w Szpitalu lub w innej placówce medycznej oraz są niezbędne, żeby Osoba uprawniona do świadczenia mogła zostać uznana za zdolną do podróży powrotnej do Rzeczypospolitej Polskiej po zakończeniu leczenia za granicą;
- 4) koszty Leków wydawanych przez Lekarza prowadzącego leczenie za granicą, które zostały przepisane po przeprowadzonej operacji, w ciągu 30 dni od daty zakończenia przez Osobę uprawnioną do świadczenia leczenia za granicą i tylko wtedy, gdy zostały zakupione przed powrotem do Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 5) koszty protez piersi (po operacji mastektomii), protez zastawek serca, potrzebnych po operacji zorganizowanej i opłaconej przez Towarzystwo w ramach leczenia za granicą;
 - 6) koszty usług tłumacza medycznego w placówce medycznej za granicą;
 - 7) koszty Przeszczepu narządu lub Przeszczepu szpiku kostnego, na które składają się koszty:
 - a. badań diagnostycznych przeprowadzanych w celu znalezienia odpowiedniego Dawcy wśród członków rodziny Osoby uprawnionej do świadczenia;
 - b. usług szpitalnych świadczonych na rzecz Dawcy, w tym zakwaterowania w sali szpitalnej, na oddziale lub sekcji, posiłków, ogólnych usług pielęgniarskich, regularnych usług świadczonych przez personel Szpitala, badań laboratoryjnych oraz korzystania ze sprzętu i innych udogodnień Szpitala (z wyłączeniem przedmiotów do użytku osobistego, które nie są wymagane w procesie pobrania narządu lub tkanki do przeszczepienia);
 - c. operacji pobrania narządu lub szpiku kostnego od Dawcy dla Osoby uprawnionej do świadczenia;
 - d. procedury hodowli szpiku kostnego dla Osoby uprawnionej do świadczenia (poniesione od daty wydania Wstępnego certyfikatu medycznego).
 13. W przypadku, gdy jakakolwiek Siła wyższa lub ograniczenia logistyczne lub operacyjne nałożone przez władze lokalne lub międzynarodowe uniemożliwią Towarzystwu organizację leczenia za granicą, wówczas Towarzystwo zapewni świadczenia, określone w ust. 12 pkt 1-3, 5 oraz 7, na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pod warunkiem, że te same ograniczenia logistyczne lub operacyjne nie utrudniają organizacji tych usług i świadczeń na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
 14. Świadczenia, określone w ust. 13, będą dostępne na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wyłącznie do czasu, gdy Towarzystwo będzie w stanie ponownie zorganizować leczenie za granicą.
 15. W ramach dziennego świadczenia za Pobyt w szpitalu, Towarzystwo wypłaca Osobie uprawnionej do świadczenia świadczenie pieniężne, w wysokości równoważności 100 EUR za każdy dzień Pobytu w szpitalu połączonego z noclegiem poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. W ramach jednego Modułu ochrony Towarzystwo wypłaci świadczenie łącznie za nie więcej niż 60 dni Pobytu w szpitalu.
 16. Dzielne świadczenie za Pobyt w szpitalu wypłacane jest na rachunek bankowy wskazany przez Osobę uprawnioną do świadczenia, w terminie 14 dni po zakończonej hospitalizacji lub po każdym zakończonym 7-dniowym Pobycie w szpitalu.
 17. W przypadku gdy po zakończeniu planu leczenia za granicą i ostatecznym powrocie Osoby uprawnionej do świadczenia do Rzeczypospolitej Polskiej niezbędne będzie dalsze leczenie, a Okres realizacji świadczenia nie upłynął, wydany zostanie nowy Wstępny certyfikat medyczny.
 18. W medycznie uzasadnionych przypadkach ocena konieczności ponownego leczenia za granicą możliwa będzie po sporządzeniu nowej Drugiej opinii medycznej.
 19. Organizacja i pokrycie kosztów transportu zwłok Osoby uprawnionej do świadczenia lub Dawcy realizowane są, jeżeli śmierć, odpowiednio, Osoby uprawnionej do świadczenia lub Dawcy, nastąpiła w trakcie leczenia Poważnego stanu chorobowego za granicą.
 20. W ramach organizacji i pokrycia kosztów transportu zwłok Towarzystwo zapewnia organizację i pokrycie kosztów usług świadczonych przez zakład pogrzebowy zapewniający międzynarodowy transport zwłok, w tym: wszelkich formalności administracyjnych, zakupu trumny przewozowej, balsamowania zwłok, transportu na lotnisko, przelotu oraz transportu z lotniska do miejsca pochówku na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Koszty Leków po leczeniu za granicą

21. Po powrocie z leczenia za granicą Towarzystwo pokryje koszty Leków, przepisanych i zakupionych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez Osobę uprawnioną do świadczenia, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:
 - 1) Lek został dopuszczony do obrotu i zatwierdzony przez właściwy organ medyczny lub agencję medyczną na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a jego przepisywanie i podawanie jest uregulowane przepisami polskiego prawa;
 - 2) Lek jest dostępny do nabycia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w czasie i w sposób niezbędny do zapewnienia kontynuacji leczenia;
 - 3) Lek wymaga recepty wystawionej przez Lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 4) Lek jest zalecony przez Lekarza prowadzącego leczenie za granicą, jako niezbędny do kontynuacji leczenia;
 - 5) Lek jest podawany w następstwie Pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 3 dni;
 - 6) każda recepta nie przekracza dawki przeznaczonej do spożycia przez okres dłuższy niż 2 miesiące;
 - 7) wszystkie recepty zostały wystawione przed końcem Okresu realizacji świadczenia.
22. Towarzystwo zwróci Osobie uprawnionej do świadczenia koszty, o których mowa w ust. 21, po otrzymaniu stosownej recepty oraz dowodu zakupu, pod warunkiem, że zostaną one przedłożone Towarzystwu przed upływem 180 dni od daty poniesienia wydatku.
23. Towarzystwo pokryje także koszty Leków zakupionych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - 1) zalecany Lek nie jest licencjonowany lub zatwierdzony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z ust. 21 pkt 1, albo nie jest możliwy do nabycia lub nie jest dostępny na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z ust. 21 pkt 2;
 - 2) spełnione zostały warunki, o których mowa w ust. 21 pkt 4-7;
 - 3) zakup Leku został zatwierdzony przez Towarzystwo.
24. W przypadku, o którym mowa w ust. 23, Towarzystwo zorganizuje podróż i zakwaterowanie dla Osoby uprawnionej do świadczenia i wyznaczonej Osoby towarzyszącej, niezbędne do celu zakupu Leków, na warunkach opisanych w ust. 9-11.

Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą

25. Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą obejmuje, wynikające z zaleceń Lekarza prowadzącego leczenie za granicą, badania diagnostyczne, profilaktyczne lub przesiewowe oraz konsultacje lekarskie z nimi związane, realizowane wyłącznie w rekomendowanych lub zaakceptowanych przez Towarzystwo Szpitalach:
 - 1) na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pod warunkiem, że badania te są dostępne na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w czasie i w sposób niezbędny do kontynuowania kontroli stanu zdrowia lub
 - 2) poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
26. Badania i konsultacje, o których mowa w ust. 25 pkt 1, są organizowane i opłacane przez Osobę uprawnioną do świadczenia. W takim przypadku Towarzystwo zwróci Osobie uprawnionej do świadczenia poniesione koszty, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) Osoba uprawniona do świadczenia przedstawiła dowód zapłaty za te usługi przed upływem 180 dni od daty poniesienia kosztów;
 - 2) dowód zapłaty został wystawiony w trakcie trwania Okresu realizacji świadczenia;
 - 3) koszty kontroli stanu zdrowia nie zostały sfinansowane przez NFZ.
27. Badania i konsultacje, o których mowa w ust. 25 pkt 2, są organizowane i opłacane przez Towarzystwo, zgodnie z zasadami opisanymi w części „Leczenie i opieka medyczna za granicą”. W takim przypadku usługi te będą świadczone przez Lekarza, który prowadził leczenie za granicą lub jego zespół medyczny.
28. Jeżeli w związku ze zmianą stanu zdrowia Osoby uprawnionej do świadczenia Lekarze odpowiedzialni za organizację kontroli stanu zdrowia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wydadzą inne wytyczne dotyczące leczenia niż ustalone przez Lekarza prowadzącego leczenie za granicą, wówczas Towarzystwo przekaże je do zatwierdzenia Lekarzowi prowadzącemu leczenie za granicą. Zwrot wydatków poniesionych w ramach nowych wytycznych będzie możliwy wyłącznie, gdy Lekarz prowadzący leczenie za granicą je zatwierdzi.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 8

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - 1) ukończył 18 lat i nie ukończył 65 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie indywidualnym albo w wariantcie pakietowym, albo
 - 2) ukończył 60 lat i nie ukończył 65 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym 60+.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 9

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 10, z zastrzeżeniem ust. 4 oraz § 17 ust. 5.
4. Zakończenie Okresu realizacji świadczenia w ramach wszystkich Modułów ochrony dla danej Osoby uprawnionej do świadczenia, skutkuje wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do tej osoby.
5. Ubezpieczony nie może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej oraz z tytułu:
 - 1) Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą dla Ubezpieczonego;
 - 2) Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą z Medycyną precyzyjną dla Ubezpieczonego;
 - 3) Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą z Medycyną precyzyjną dla Ubezpieczonego i jego Dzieci.
6. Dziecko może skorzystać ze świadczeń wyłącznie w ramach jednej Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą dla Ubezpieczonego i jego Dzieci. Jeżeli Dziecko jest objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej oraz innej umowy dodatkowej dotyczącej leczenia za granicą, to świadczenia będą realizowane jedynie w ramach tej umowy dodatkowej, która została zawarta jako pierwsza.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 10

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 85 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie indywidualnym albo w wariantcie pakietowym 60+;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 69 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym chyba, że Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu bezterminową kontynuację Umowy, o której mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy”. W takiej sytuacji Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 85 lat;
 - 4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

§ 11

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest stała i wynosi 2 000 000 EUR (dwa miliony euro) odrębnie dla Ubezpieczonego i każdego jego Dziecka.

2. Ubezpieczający lub Ubezpieczony mogą sprawdzić aktualny stopień wykorzystania Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej kontaktując się z Towarzystwem.

§ 12

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 13 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

Składka za Umowę dodatkową

§ 13

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek oraz Wiek Ubezpieczonego, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 16 ust. 1 oraz wyników oceny ryzyka i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Indeksacja

§ 14

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej nie podlega indeksacji.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 15

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego stanu chorobowego, jeżeli był on konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Osoby uprawnionej do świadczenia w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) ruchów sejsmicznych, powodzi, wybuchów wulkanów, a także bezpośrednich lub pośrednich skutków skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową i wszelkich innych nadzwyczajnych lub katastrofalnych zjawisk, a także oficjalnie ogłoszonych epidemii;
 - 3) zaburzeń poznawczych, demencji lub upośledzenia umysłowego Osoby uprawnionej do świadczenia, niezależnie od stanu ich zaawansowania;
 - 4) uzależnienia od narkotyków i/lub nadużywania alkoholu potwierdzonego w dokumentacji medycznej i/lub stosowania środków psychoaktywnych, odurzających lub halucynogennych;
 - 5) pozostawania przez Osobę uprawnioną do świadczenia pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Osobę uprawnioną do świadczenia, próby samobójczej Osoby uprawnionej do świadczenia, świadomego samookaleczenia Osoby uprawnionej do świadczenia lub okaleczenia Osoby uprawnionej do świadczenia na jej prośbę, niezależnie od stanu jej poczytalności;

a także, jeżeli Poważny stan chorobowy:

 - 6) został zdiagnozowany lub był leczony u Osoby uprawnionej do świadczenia przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 7) był następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
 - a. zdiagnozowanych u Osoby uprawnionej do świadczenia lub
 - b. leczonych u Osoby uprawnionej do świadczenia, lub
 - c. których leczenie zalecono u Osoby uprawnionej do świadczenia, w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń Ubezpieczonego, o których Ubezpieczający i Ubezpieczony poinformował Towarzystwo we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej;
 - 8) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w OWU w części „Skutki podania nieprawdziwych informacji”.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli w Dniu wystąpienia Poważnego stanu chorobowego Osoba uprawniona do świadczenia nie miała miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej albo miała miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, ale w ciągu 12 miesięcy przed wystąpieniem Poważnego stanu chorobowego przebywała poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez okres dłuższy niż 183 dni kalendarzowe.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, nie zrealizuje świadczenia i nie pokrywa kosztów powstałych w związku z:
 - 1) niezastosowaniem się przez Osobę uprawnioną do świadczenia do zaleceń Lekarza prowadzącego leczenie za granicą lub do określonego planu leczenia;
 - 2) odmową poddania się przez Osobę uprawnioną do świadczenia leczeniu, dodatkowym analizom lub badaniom diagnostycznym koniecznym w celu określenia ostatecznej diagnozy lub planu leczenia;
 - 3) leczeniem innymi metodami, jeśli zalecanym przez Lekarza konsultanta sposobem leczenia jest Przeszczep narządu lub Przeszczep szpiku kostnego w ramach Modułu ochrony IV;
 - 4) leczeniem, które nie spełnia definicji Leczenia niezbędnego z medycznego punktu widzenia;
 - 5) leczeniem nowotworów związanych z AIDS i infekcją wirusem HIV;
 - 6) leczeniem nowotworu skóry, który nie jest czerniakiem złośliwym i nie został sklasyfikowany histopatologicznie, histologicznie jako powodujący inwazję/naciekanie poza naskórek (zewnętrzna warstwa skóry);
 - 7) leczeniem z zastosowaniem innej techniki niż pomostowanie (by-pass) tętnic wieńcowych;
 - 8) przeszczepieniem narządów od żywego Dawcy, w przypadku gdy:
 - a. konieczność przeprowadzenia przeszczepu wątroby wynika ze skutków alkoholowej choroby wątroby;

- b. wykonanie przeszczepu wymaga leczenia komórkami macierzystymi;
 - c. narząd do przeszczepu został zakupiony od Dawcy;
 - d. Osoba uprawniona do świadczenia jest Dawcą dla osoby trzeciej;
 - e. Przeszczep narządów lub Przeszczep szpiku kostnego wykonywany jest z wykorzystaniem przeszczepu krwiopochodnych komórek macierzystych z krwi pępowinowej;
- 9) Postępowaniem profilaktycznym;
- 10) Leczeniem alternatywnym;
- 11) Leczeniem eksperymentalnym nawet, jeśli zaleca je Lekarz prowadzący leczenie za granicą;
- 12) leczeniem z wykorzystaniem Terapii genowej, Terapii komórkami somatycznymi, Inżynierii tkankowej;
- 13) leczeniem z wykorzystaniem Terapii limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor T-cell therapy).
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie pokrywa kosztów związanych ze stosowaniem Leków po powrocie z leczenia za granicą w zakresie:
- 1) wszelkich kosztów finansowanych przez NFZ lub inną umowę ubezpieczenia, w ramach której Osoba uprawniona do świadczenia jest objęta ochroną;
 - 2) kosztów podania Leku;
 - 3) kosztów zakupu Leków poniesionych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, chyba, że zakup ten został zatwierdzony przez Towarzystwo;
 - 4) kosztów zakupu Leków na podstawie dowodów zakupu przedłożonych Towarzystwu po upływie 180 dni od daty poniesienia wydatku.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie pokrywa kosztów związanych z kontrolą stanu zdrowia po leczeniu za granicą w zakresie:
- 1) wszelkich kosztów finansowanych przez NFZ lub inną umowę ubezpieczenia, w ramach której Osoba uprawniona do świadczenia jest objęta ochroną;
 - 2) wydatków poniesionych w innym Szpitalu niż zatwierdzony przez Towarzystwo;
 - 3) kosztów zakupu Leków na podstawie dowodów zakupu przedłożonych Towarzystwu po upływie 180 dni od daty poniesienia wydatku.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie pokrywa kosztów związanych z:
- 1) leczeniem chorób oraz wykonywaniem procedur medycznych nieobjętych zakresem ubezpieczenia;
 - 2) procedurami diagnostycznymi, leczeniem, usługami, świadczeniami lub zaleceniami lekarskimi dowolnego rodzaju, poniesionymi na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z wyjątkiem: wydatków na Leki pokrywane po leczeniu za granicą, kosztów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą oraz leczenia zorganizowanego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z § 7 ust. 13 (Siła wyższa);
 - 3) leczeniem w innym Szpitalu zagranicznym niż wskazany we Wstępnym certyfikacie medycznym;
 - 4) leczeniem powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych zastosowanych podczas leczenia za granicą, innych niż te, które:
 - a. wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w Szpitalu zagranicznym oraz
 - b. są niezbędne, żeby Osoba uprawniona do świadczenia mogła zostać uznana za zdolną do podróży powrotnej do Rzeczypospolitej Polskiej po zakończeniu leczenia za granicą;
 - 5) leczeniem długotrwałych skutków ubocznych, łagodzeniem przewlekłych objawów lub rehabilitacją (w tym fizjoterapią, rehabilitacją ruchową oraz terapią logopedyczną);
 - 6) leczeniem lub pobytem w szpitalach uzdrowiskowych (sanatoryjnych), szpitalach rehabilitacyjnych, sanatoriach i uzdrowiskach, ośrodkach pomocy społecznej, domach opieki, ośrodkach leczenia uzależnień, hospicjach, ośrodkach opieki domowej, nawet jeśli takie leczenie lub usługi są zalecane lub konieczne w ramach leczenia Poważnego stanu chorobowego;
 - 7) leczeniem zmian otępiennych, które wywołuje starość, lub leczeniem wszelkiego rodzaju zaburzeń poznawczych, niezależnie od ich przyczyny;
 - 8) dodatkowymi posiłkami, poza śniadaniem hotelowymi zapewnionymi w ramach pobytu w hotelu, oraz wszelkimi innymi dodatkowymi kosztami pobytu w hotelu;
 - 9) przejazdami z hotelu do Szpitala lub do Lekarza prowadzącego leczenie za granicą;
 - 10) rozmowami telefonicznymi Osoby uprawnionej do świadczenia, Dawcy oraz Osoby towarzyszącej;
 - 11) usługami świadczonymi Osobie towarzyszącej, z wyjątkiem kosztów objętych ubezpieczeniem w ramach organizacji i pokrycia kosztów podróży, transportu i zakwaterowania;
 - 12) zakwaterowaniem i transportem organizowanymi przez Osobę uprawnioną do świadczenia we własnym zakresie bądź przez osobę trzecią w imieniu Osoby uprawnionej do świadczenia;
 - 13) wydatkami poniesionymi przed datą wystawienia Wstępnego certyfikatu medycznego;
 - 14) wydatkami poniesionymi po zakończeniu Okresu realizacji świadczenia, z zastrzeżeniem § 6 ust. 5;
 - 15) wydatkami medycznymi, które przekraczają zwyczajowe stawki zgodne ze standardem rynkowym, stosowane w przypadku zwrotu kosztów Osobie uprawnionej do świadczenia w ramach świadczeń dotyczących kontroli stanu zdrowia oraz kosztów Leków po leczeniu za granicą;
 - 16) zakupem leków lub kosztem leków podanych Osobie uprawnionej do świadczenia po powrocie do Rzeczypospolitej Polskiej, które są dostępne bez recepty lub zostały w całości sfinansowane przez NFZ.
7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie pokrywa kosztów powstałych w związku z zakupem lub wynajmem:
- 1) sztucznych narządów lub organów albo urządzeń, które zastępują całość albo część narządu lub całość albo część funkcji tego narządu (protezy), z wyjątkiem protezy piersi po mastektomii i protezy zastawek serca wstawianych w wyniku wykonania procedur medycznych zorganizowanych w ramach leczenia za granicą;
 - 2) przyrządów ortopedycznych, obuwia ortopedycznego, gorsetów, kul;
 - 3) okularów korekcyjnych, szkieł kontaktowych, protez zębowych, peruk;
 - 4) wózków inwalidzkich, specjalnych łóżek, urządzeń klimatyzacyjnych i oczyszczaczy powietrza.
8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za:
- 1) medyczną poprawność Drugiej opinii medycznej oraz za skutki działań lub zaniechań na podstawie informacji zawartych w tej opinii;
 - 2) skutki wdrożenia planu leczenia oraz leczenia za granicą, w tym ich skuteczność;
 - 3) skutki wdrożenia planów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, w tym ich skuteczność.
9. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie zrealizuje świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo realizacja świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do Umowy dodatkowej, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałyby zostać zrealizowane świadczenie.

§ 16

1. W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność tylko wówczas, gdy Poważny stan chorobowy był skutkiem Nieszczęśliwego wypadku.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisy.
3. W przypadku gdy Osoba uprawniona do świadczenia była wcześniej objęta przez Towarzystwo ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniej zawartej Umowy dodatkowej, pod warunkiem, że ochrona z tytułu tej Umowy dodatkowej zakończyła się nie wcześniej niż 30 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tych świadczeń i usług, które stanowią rozszerzenie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do wcześniej zawartej Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej**§ 17**

1. Usługi i świadczenia, o których mowa w § 7, realizowane są z uwzględnieniem limitów kwotowych określonych w Tabeli nr 1.

Tabela nr 1

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej (łącznie limit odpowiedzialności za wszystkie świadczenia i usługi z tytułu Umowy dodatkowej)		2 000 000 EUR
Świadczenia	Wysokość limitu dla jednej Osoby uprawnionej do świadczenia	
1) Koszty podróży i zakwaterowania	Do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej	
2) Leczenie i opieka medyczna za granicą	Do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej	
a. Koszty Leków po leczeniu za granicą	50 000 EUR w całym okresie obowiązywania Umowy dodatkowej	
b. Dienne świadczenie za Pobyt w szpitalu	100 EUR ograniczone do 60 dni na każdy Moduł ochrony	
3) Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą	Do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej	

2. Każdy koszt związany z organizacją i realizacją usług i świadczeń, o których mowa w § 7, pokrywany jest przez Towarzystwo i pomniejsza Sumę ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz limity w ramach poszczególnych usług i świadczeń wyrażone są w euro. W przypadku gdy koszty ponoszone są w innej walucie, wówczas Towarzystwo przelicza je na euro po kursie Narodowego Banku Polskiego, obowiązującym w dniu poniesienia wydatku.
4. Suma zrealizowanych świadczeń dla jednej Osoby uprawnionej do świadczenia, bez względu na liczbę występujących rodzajów Poważnych stanów chorobowych, nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W przypadku gdy kwota świadczeń z tytułu Poważnych stanów chorobowych przekracza 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma zrealizowanych świadczeń stanowiła 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
5. Realizacja świadczeń w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla danej Osoby uprawnionej do świadczenia, skutkuje wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do tej osoby.

Realizacja świadczenia**§ 18**

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o realizację świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o realizację świadczenia;
 - 2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 3) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Poważnego stanu chorobowego.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. W celu realizacji świadczenia Osoba uprawniona do świadczenia może zarejestrować się w Portalu Leczenie za granicą, do którego login i instrukcję logowania otrzyma od Towarzystwa na podany przez nią adres e-mail.
5. Towarzystwo zobowiązane jest do realizacji świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
6. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest zrealizować w terminie przewidzianym w ust. 5.

Postanowienia końcowe

§ 19

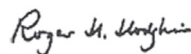
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 16 kwietnia 2026 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie TU S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie TU S.A.