

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek leczenia za granicą z Medycyną precyzyjną
dla Ubezpieczonego i jego Dzieci
(kod GPR_TFTMF_10.2025) 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, 7, 22, 23, 24, 27, 29 i 30; § 9 ust. 6; § 15; § 16 ust. 1 i 4; § 17 ust. 1, 4 i 5

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
NA WYPADEK LECZENIA ZA GRANICĄ Z MEDYCYNĄ PRECYZYJNĄ
DLA UBEZPIECZONEGO I JEGO DZIECI
(KOD GPR_TFTMF_10.2025)**

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek leczenia za granicą z Medycyną precyzyjną dla Ubezpieczonego i jego Dzieci (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o leczenie za granicą z Medycyną precyzyjną 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) **Badania kliniczne** – badania przeprowadzane wśród pacjentów w celu oceny bezpieczeństwa i skuteczności nowego protokołu leczenia, nowego leku, nowego urządzenia medycznego lub nowej procedury diagnostycznej;
- 2) **Dawca** – osoba żywa, od której pobierane są komórki, tkanki lub narządy do przeszczepu dla Osoby uprawnionej do świadczenia;
- 3) **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;
- 4) **Dziecko** – dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przez niego Przysposobione, które w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 21 roku życia;
- 5) **Dzień roboczy** – każdy dzień z wyłączeniem sobót i niedziel oraz dni ustawowo wolnych od pracy;
- 6) **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-wierćcowego, Operacji zastawek serca, Operacji neurochirurgicznej, Przeszczepu narządu lub Przeszczepu szpiku kostnego;
- 7) **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;
- 8) **Inżynieria tkankowa** – postępowanie, które dotyczy komórek lub tkanek zmodyfikowanych tak, by mogły być zastosowane do naprawy, regeneracji lub zamiany z tkankami ludzkimi;
- 9) **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;
- 10) **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 znajdując się na jakimkolwiek etapie eksperymentu klinicznego;

- 11) **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;
- 12) **Leczenie off-label** – leczenie, stosowane w oparciu o doświadczenia Lekarzy i badania naukowe, niezatwierdzone formalnie przez właściwe organy medyczne, polegające na podawaniu zarejestrowanego i dostępnego na rynku leku przeciwnowotworowego w inny sposób niż wynika to z oficjalnej charakterystyki i przeznaczenia tego produktu leczniczego, tzn. lek przeznaczony do leczenia określonych Nowotworów złośliwych zostanie użyty do leczenia innej Szczególnej postaci nowotworu złośliwego lub lek zostanie użyty w innej dawce, lub zostanie zastosowana inna metoda podawania leku;
- 13) **Leczenie pierwszej linii** – podstawowa, początkowa terapia stosowana w leczeniu danej choroby, zwykle uznawana za najbardziej skuteczną i najlepiej udokumentowaną w danym przypadku. W onkologii leczenie pierwszej linii odnosi się do pierwszego zestawu leków, terapii celowanej, immunoterapii lub chemioterapii stosowanej po postawieniu diagnozy;
- 14) **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;
- 15) **Lekarz** – osoba posiadająca obowiązujące na terytorium państwa, w którym wykonuje zawód, uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń medycznych, potwierdzone wymaganymi dokumentami;
- 16) **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;
- 17) **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;
- 18) **Medycyna precyzyjna** – świadczenie, w ramach którego wykonywane jest dodatkowe badanie molekularne, mające na celu dokładne zdiagnozowanie choroby i umożliwiające spersonalizowanie leczenia, w tym: ocenę oporności na metody leczenia, określenie rokowania Osoby uprawnionej do świadczenia, ocenę możliwości uczestnictwa w Badaniach klinicznych oraz Testy genetyczne dla rodziny;
- 19) **Moduł ochrony** – jeden z czterech modułów, obejmujący swoim zakresem określone rodzaje Poważnych stanów chorobowych, zgodnie z pkt 28;
- 20) **NFZ** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 21) **Nowotwór złośliwy** – Nowotwór złośliwy inwazyjny lub Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ);
- 22) **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;
- 23) **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;
- 24) **Osoba uprawniona do świadczenia** – Ubezpieczony oraz wszystkie jego Dzieci;
- 25) **Pobyt w szpitalu** – zorganizowane przez Towarzystwo leczenie w Szpitalu zagranicznym, trwające nieprzerwanie przez co najmniej 24 godziny;
- 26) **Portal Leczenie za granicą** – platforma internetowa dostarczona i zarządzana przez Further w celu wspierania realizacji świadczeń dla Osoby uprawnionej do świadczenia;
- 27) **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;
- 28) **Poważny stan chorobowy** – stan chorobowy występujący w ramach jednej z wymienionych poniżej grup:
 - a. **Moduł ochrony I** – nowotwory:
 - a) Nowotwór złośliwy inwazyjny, w tym Szczególna postać nowotworu złośliwego;
 - 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;
- 29) **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;
- 30) **Raport ekspercki medycyny precyzyjnej** – opinia, sporządzana przez Zespół lekarsko-eksperski, w ramach świadczenia Medycyny precyzyjnej, na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej oraz bioprobek;
- 31) **Siła wyższa** – zdarzenia zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia, których skutkiem nie można było zapobiec;
- 32) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą z Medycyną precyzyjną dla Ubezpieczonego i jego Dzieci;

- 33) **Standard leczenia** – uznana, oparta na aktualnej wiedzy medycznej i praktyce klinicznej metoda postępowania diagnostycznego i terapeutycznego, stosowana w leczeniu danego schorzenia, określająca działania, jakie powinien podjąć Lekarz, aby zapewnić pacjentowi odpowiednią i bezpieczną opiekę medyczną;
- 34) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek leczenia za granicą z Medycyną precyzyjną dla Ubezpieczonego i jego Dzieci;
- 35) **Szczególna postać nowotworu złośliwego** – każdy Nowotwór złośliwy, zakwalifikowany zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrotnych ICD-10 /11 jako konkretny typ nowotworu, który jednocześnie:
 - a. nie reaguje na Leczenie pierwszej linii lub
 - b. jest w III stopniu zaawansowania klinicznego (nowotwór zaawansowany), lub
 - c. jest w IV stopniu zaawansowania klinicznego (nowotwór bardzo zaawansowany z obecnością przerzutów odległych), lub
 - d. ma nieznanie umiejscowienie pierwotne, czyli nie można ustalić źródła pierwotnej zmiany, lub
 - e. jest rzadką formą Nowotworu złośliwego, tzn. jest nowotworem, którego częstość występowania jest mniejsza niż 6 przypadków na 100 000 zachorowań, i uwzględniony na liście Surveillance of Rare Cancers in Europe (RARECARENet), opublikowanej na stronie internetowej www.esmo.org (European Society for Medical Oncology);
- 36) **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;
- 37) **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;
- 38) **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;
- 39) **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;
- 40) **Testy genetyczne** – rodzaj badania, które polega na analizie sekwencji materiału genetycznego DNA bioprobki. Testy genetyczne dzielą się na:
 - a. testy mutacji nabytych (somatycznych), przeprowadzane poprzez analizę próbki tkanki (próbki biopsyjnej) lub płynnej biopsji (z krwi), które służą wykryciu mutacji występujących w ograniczonym zestawie komórek lub tkanek Nowotworu złośliwego, w celu identyfikacji czynników predykcyjnych, tzn. takich, których obecność jest związana z prawdopodobieństwem uzyskania odpowiedzi na leczenie;
 - b. testy mutacji dziedzicznych (germinalnych), przeprowadzane poprzez analizę wymazu z jamy ustnej, próbki płwociny lub krwi, które służą wykryciu mutacji obecnych od urodzenia w każdej komórce ciała, w celu identyfikacji dziedzicznych predyspozycji do określonych typów Nowotworów złośliwych;
- 41) **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;
- 42) **Zaaprobowany protokół terapii CAR-T** – terapia komórkami CAR-T, która:
 - a. obejmuje pojedynczy wlew dożylny leku oraz etapy leczenia wstępnego i przygotowania do podania, a także fazę monitorowania po podaniu oraz
 - b. jest dopuszczona do stosowania i wykonywana zgodnie z wytycznymi odpowiednich instytucji medycznych państwa, w którym prowadzone jest leczenie;
- 43) **Zespół lekarsko-ekspertski** – zespół specjalistów z zakresu onkologii, genetyki i patologii, z którymi współpracuje Towarzystwo w ramach świadczenia Medycyny precyzyjnej, wyznaczony do sporządzenia Raportu eksperckiego medycyny precyzyjnej.

§ 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. W przypadku zdiagnozowania u Osoby uprawnionej do świadczenia Szczególnej postaci nowotworu złośliwego zakres ubezpieczenia obejmuje także Medycynę precyzyjną, uwzględniającą:
 - 1) profilowanie molekularne i ocenę jego wyników zawarte w Raporcie eksperckim medycyny precyzyjnej;
 - 2) przegląd Badań klinicznych;
 - 3) pokrycie wydatków wynikających z zaleceń Medycyny precyzyjnej;
 - 4) Testy genetyczne dla rodziny.
3. Szczegółowy zakres świadczeń i usług, o których mowa w ust. 1 i 2, 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. 13, 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. 7 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.
7. Osoba uprawniona do świadczenia nie może skorzystać z Drugiej opinii medycznej, jeśli dla danego Poważnego stanu chorobowego Towarzystwo rozpoczęło procedurę z wykorzystaniem Medycyny precyzyjnej.

Leczenie i opieka medyczna za granicą

8. 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 Pobyt 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.
9. Wstępny certyfikat medyczny, o którym mowa w ust. 8 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.
10. 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.
11. Towarzystwo odpowiada za wybór terminów transportu oraz rezerwacji, a także miejsca zakwaterowania w ramach każdego przejazdu objętego zakresem ubezpieczenia (na podstawie zatwierdzonego 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.
12. 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.
13. 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).
14. 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. 13 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.
15. Świadczenia, określone w ust. 14, będą dostępne na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wyłącznie do czasu, gdy Towarzystwo będzie w stanie ponownie zorganizować leczenie za granicą.
16. W ramach dziennego świadczenia za Pobyt w szpitalu, Towarzystwo wypłaca Osobie uprawnionej do świadczenia świadczenie pieniężne, w wysokości równowartości 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.
17. Dienne 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.
18. 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.
19. W medycznie uzasadnionych przypadkach ocena konieczności ponownego leczenia za granicą możliwa będzie po sporządzeniu nowej Drugiej opinii medycznej.
20. 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.
21. 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

22. 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.
23. Towarzystwo zwróci Osobie uprawnionej do świadczenia koszty, o których mowa w ust. 22, po otrzymaniu stosownej recepty oraz dowodu zakupu, pod warunkiem, że zostaną one przedłożone Towarzystwu przed upływem 180 dni od daty poniesienia wydatku.
24. 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. 22 pkt 1, albo nie jest możliwy do nabycia lub nie jest dostępny na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z ust. 22 pkt 2;
 - 2) spełnione zostały warunki, o których mowa w ust. 22 pkt 4-7;
 - 3) zakup Leku został zatwierdzony przez Towarzystwo.
25. W przypadku, o którym mowa w ust. 24, Towarzystwo zorganizuje podróż i zakwaterowanie dla Osoby uprawnionej do świadczenia i wyznaczonej Osoby towarzyszącej, niezbędne w celu zakupu Leków, na warunkach opisanych w ust. 10-12.

Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą

26. 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.
27. Badania i konsultacje, o których mowa w ust. 26 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.
28. Badania i konsultacje, o których mowa w ust. 26 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.

29. 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.

Medycyna precyzyjna

30. Świadczenia z zakresu Medycyny precyzyjnej, określone w § 5 ust. 2, są realizowane, jeżeli łącznie zostały spełnione poniższe warunki:
- 1) Osoba uprawniona do świadczenia jest w trakcie terapii przeciwnowotworowej lub otrzymała zalecenie natychmiastowego rozpoczęcia leczenia onkologicznego;
 - 2) diagnoza potwierdza wystąpienie Szczególnej postaci nowotworu złośliwego;
 - 3) materiał do testów jest dostępny w formie próbki z biopsji, która spełnia kryteria wyznaczone przez laboratorium i umożliwia mu prawidłowe przeprowadzenie testów (jeśli próbka nie zawiera wystarczającej liczby komórek nowotworu, w uzasadnionych medycznie przypadkach, możliwe jest wykorzystanie płynnej biopsji – próbki krwi);
 - 4) Osoba uprawniona do świadczenia wyraziła wolę skorzystania z Medycyny precyzyjnej.
31. W przypadku, gdy diagnoza Nowotworu złośliwego nie kwalifikowała Osoby uprawnionej do świadczenia do skorzystania ze świadczenia Medycyny precyzyjnej, a w późniejszym czasie nastąpi rozwój Nowotworu złośliwego do stadium III lub IV albo Leczenie pierwszej linii okaże się nieskuteczne, wówczas Osoba uprawniona do świadczenia zyskuje prawo do skorzystania z Medycyny precyzyjnej.

Profilowanie molekularne w ramach Medycyny precyzyjnej

32. W ramach profilowania molekularnego Towarzystwo:
- 1) informuje Osobę uprawnioną do świadczenia o zakresie informacji medycznych niezbędnych do przygotowania Raportu eksperckiego medycyny precyzyjnej (m.in. o diagnozie, dostępności i miejscu przechowywania próbki, przebiegu dotychczasowego leczenia), a także sporządza listę brakujących dokumentów oraz przekazuje dalszy plan działania;
 - 2) organizuje odbiór próbki oraz dostarczenie jej do laboratorium;
 - 3) zleca przeprowadzenie testu profilowania molekularnego (jeśli leczenie onkologiczne rozpoczęło się przed wykonaniem badania mutacji nabytych (somatycznych) Osoba uprawniona do świadczenia nie powinna przerywać leczenia w oczekiwaniu na wyniki testu);
 - 4) przygotowuje, za pośrednictwem Zespołu lekarsko-eksperskiego, w ciągu 10 Dni roboczych od daty otrzymania wyników profilowania molekularnego, Raport ekspercki medycyny precyzyjnej obejmujący:
 - a. kliniczne podsumowanie stanu zdrowia Osoby uprawnionej do świadczenia;
 - b. wnioski z profilowania molekularnego;
 - c. zalecenia Zespołu lekarsko-eksperskiego dotyczące leczenia o najwyższym potencjale klinicznym;
 - d. ocenę oporności lub toksyczności pewnych metod terapeutycznych, które mogą mieć wpływ na dalsze rekomendacje terapeutyczne;
 - e. informacje o dostępności Badań klinicznych (o ile mają zastosowanie);
 - f. wnioski dotyczące możliwych mutacji i nowotworów dziedzicznych (jeśli ma zastosowanie). Jeżeli Raport ekspercki medycyny precyzyjnej zidentyfikuje u Osoby uprawnionej do świadczenia potencjalne dziedziczne mutacje genów, Towarzystwo zaoferuje jej również testy mutacji germinalnych (dziedzicznych);
 - 5) kontaktuje się z Osobą uprawnioną do świadczenia w celu pełnego omówienia i wyjaśnienia wyników Raportu eksperckiego medycyny precyzyjnej. Za zgodą Osoby uprawnionej do świadczenia lekarz onkolog prowadzący leczenie może wziąć udział w konsultacji specjalistycznej z członkiem Zespołu lekarsko-eksperskiego, który brał udział w przygotowaniu Raportu eksperckiego medycyny precyzyjnej.
33. Dla każdej unikalnej diagnozy Nowotworu złośliwego wykonywany jest jeden zestaw badań mutacji nabytych (somatycznych) i powiązane z nim opracowanie przypadku (jeden Raport ekspercki medycyny precyzyjnej). Unikalna diagnoza Nowotworu złośliwego odnosi się do określonego kodu przypisanego do danego nowotworu zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 /11.

Przegląd Badań klinicznych w ramach Medycyny precyzyjnej

34. W przypadku gdy Osobie uprawnionej do świadczenia zalecono w Raporcie eksperckim medycyny precyzyjnej, aby zbadał możliwość uzyskania dostępu do określonego leczenia za pośrednictwem Badań klinicznych, a Osoba uprawniona do świadczenia chce skorzystać z tej możliwości, Towarzystwo, w ramach przeglądu Badań klinicznych, zapewnia:
- 1) informacje na temat Badań klinicznych;
 - 2) przeszukanie baz danych Badań klinicznych;
 - 3) kontakt z ośrodkami prowadzącymi odpowiednie Badania kliniczne na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a w razie potrzeby, kontakt z ośrodkami prowadzącymi odpowiednie Badania kliniczne poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 4) pomoc w interpretacji kryteriów udziału w Badaniu klinicznym;
 - 5) dostarczenie raportu na temat najbardziej odpowiednich dla Osoby uprawnionej do świadczenia Badań klinicznych w ciągu 30 dni od daty złożenia wniosku przez tę osobę.
35. Towarzystwo nie może zagwarantować dopasowania wyszukanego Badań klinicznych do Osoby uprawnionej do świadczenia.
36. Jeśli wyszukanie Badań klinicznych nie zakończy się pomyślnym dopasowaniem lub Osoba uprawniona do świadczenia nie zdecyduje się dołączyć do żadnego ze znalezionych Badań klinicznych, na wniosek Osoby uprawnionej do świadczenia, Towarzystwo przeprowadzi drugie i ostateczne przeszukiwanie. Ponowne wyszukiwanie Badań klinicznych może wymagać powtórzenia części lub całości procesu rekrutacji, np. zebrania zaktualizowanej dokumentacji medycznej.
37. Po otrzymaniu od Osoby uprawnionej do świadczenia potwierdzenia zamiaru przystąpienia do któregośkolwiek z wyszukanymi Badań klinicznych, Towarzystwo zapewni następujące wsparcie:
- 1) pomoc administracyjną przy wypełnianiu wniosku rejestracyjnego, w tym potrzebne tłumaczenia;
 - 2) informacje logistyczne dotyczące organizacji podróży i zakwaterowania, w zależności od lokalizacji Badań klinicznych;
 - 3) pokrycie kosztów podróży i zakwaterowania, zgodnie z ust. 10 i 12, oraz wypłatę świadczenia dziennego, zgodnie z ust. 16 i 17.
38. Decyzję o przyjęciu Osoby uprawnionej do świadczenia do Badań klinicznych podejmuje jego organizator.

Testy genetyczne dla rodziny w ramach Medycyny precyzyjnej

39. W przypadku gdy w Raporcie eksperckim medycyny precyzyjnej zidentyfikowano potencjalnie dziedziczne mutacje genów, Towarzystwo, w ramach Testów genetycznych dla rodziny, zapewnia:

- 1) organizację i pokrycie kosztów wykonania badania mutacji dziedzicznych (germinalnych) Osoby uprawnionej do świadczenia;
 - 2) jeśli wynik Testu genetycznego Osoby uprawnionej do świadczenia jest dodatni – organizację i pokrycie kosztów wykonania badania mutacji dziedzicznych (germinalnych) członkom rodziny Osoby uprawnionej do świadczenia, w celu ustalenia obecności mutacji genów u tych osób, pod warunkiem, że wyrazili oni na to zgodę;
 - 3) dostarczenie członkom rodziny Osoby uprawnionej do świadczenia wyników Testu genetycznego;
 - 4) w przypadku pozytywnego wyniku Testu genetycznego członka rodziny – wirtualną rozmowę specjalisty z zakresu genetyki z członkiem rodziny Osoby uprawnionej do świadczenia w celu omówienia wyników tego testu.
40. Członkowie rodziny Osoby uprawnionej do świadczenia, którzy mogą zostać poddani Testom genetycznym, to: biologiczne rodzeństwo i biologiczne dzieci Osoby uprawnionej do świadczenia, które mogą zachorować na nowotwór zdiagnozowany u Osoby uprawnionej do świadczenia. Ostateczna decyzja o wyborze członków rodziny, którzy zostaną poddani Testowi genetycznemu, zostanie podjęta wyłącznie na podstawie zasadności klinicznej (przesłanek medycznych i naukowych).

Pokrycie kosztów medycznych wynikających z zaleceń Medycyny precyzyjnej

41. Usługa Medycyny precyzyjnej skutkuje szeregiem zaleceń dotyczących możliwych rekomendacji klinicznych opracowanych w ramach Raportu eksperckiego medycyny precyzyjnej i/lub wyników przeglądu Badań klinicznych, które, w oparciu o ich medyczny charakter, można podzielić na trzy grupy:
- 1) protokoły leczenia zgodne ze wskazaniami rejestracyjnymi leków („on-label”);
 - 2) protokoły leczenia poza wskazaniami rejestracyjnymi leków („off-label”);
 - 3) Badania kliniczne.
42. Terapiom, wymienionym w ust. 41, odpowiada poniższy zakres świadczeń:
- 1) w ramach protokołów leczenia zgodnych ze wskazaniami rejestracyjnymi leków („on-label”):
 - a. sporządzenie rekomendacji w formie protokołu, który obejmuje leczenie onkologiczne zgodnie z zakresem, dawką i zaleceniami dotyczącymi metody przyjmowania leku, zaakceptowanymi we wskazaniach rejestracyjnych wydanych przez odpowiedni do tego organ;
 - b. opieka medyczna za granicą obejmująca świadczenia określone w części „Leczenie i opieka medyczna za granicą”, z uwzględnieniem § 15;
 - 2) w ramach protokołów leczenia poza wskazaniami rejestracyjnymi leków („off-label”):
 - a. sporządzenie rekomendacji w formie protokołu, obejmującego terapie nowotworowe, które nie spełniają wskazań rejestracyjnych wydanych przez odpowiedni do tego organ. Odstępstwo może dotyczyć wskazania do leczenia innego Nowotworu złośliwego, stosowania innej dawki lub zaleceń dotyczących metody przyjmowania leku;
 - b. opieka medyczna za granicą obejmująca świadczenia określone w części „Leczenie i opieka medyczna za granicą”, z uwzględnieniem § 15;
 - c. Wstępny certyfikat medyczny obejmujący leczenie onkologiczne poza wskazaniami rejestracyjnymi w wybranym Szpitalu zagranicznym, który oferuje świadczenia wymienione w Raporcie eksperckim medycyny precyzyjnej;
 - 3) w ramach Badań klinicznych:
 - a. sporządzenie Raportu eksperckiego medycyny precyzyjnej z rekomendacją do Badania klinicznego oraz sporządzenie raportu z Badań klinicznych z propozycją odpowiedniego dla Osoby uprawnionej do świadczenia Badania klinicznego;
 - b. pokrycie kosztów wymienionych w tabeli nr 1.

Tabela nr 1

Rodzaj kosztów		Zakres pokrywanych kosztów
	Badania kliniczne na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeśli są przeprowadzane w odległości powyżej 100 km od miejsca zamieszkania Osoby uprawnionej do świadczenia	Badania kliniczne poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej
Koszty medyczne	Nie dotyczy.	Koszty leczenia w ramach Medycyny precyzyjnej, zgodne ze standardem opieki medycznej, określonym w ust. 13-19, 22-29 oraz 44, pod warunkiem, że: a. leczenie jest przeprowadzane w tym samym Szpitalu, w którym jest przeprowadzane Badanie kliniczne oraz b. koszty te nie są finansowane przez organizatora Badania klinicznego.
Koszty podróży i zakwaterowania Osoby uprawnionej do świadczenia oraz Osoby towarzyszącej	Zgodnie z zakresem określonym w ust. 10-12 obejmującym podróż w klasie ekonomicznej i rezerwację pokoju dwuosobowego ze śniadaniem w trzy- lub czterogwiazdkowym hotelu znajdującym się w odległości nie większej niż 10 km od miejsca przeprowadzania Badań klinicznych (Osoba uprawniona do świadczenia nie może podwyższyć standardu hotelu).	
Koszty transportu zwłok	W przypadku śmierci Osoby uprawnionej do świadczenia w trakcie udziału w Badaniach klinicznych, świadczenie realizowane zgodnie z zasadami określonymi w ust. 20 i 21.	

Dzienne świadczenie dla Badań klinicznych Osoby uprawnionej do świadczenia	100 EUR za każdy dzień udziału w Badaniach klinicznych, tzn. dzień przyjmowania badanego leku lub dzień badań w Szpitalu. Dzienne świadczenie wypłacane jest w ciągu 14 dni po zakończonym udziale w Badaniach klinicznych lub po każdym zakończonym 7-dniowym udziale w Badaniach klinicznych.	100 EUR za każdy dzień udziału w Badaniach klinicznych, tzn. dzień przyjmowania badanego leku lub dzień badań w Szpitalu. Dzienne świadczenie wypłacane jest w ciągu 14 dni po zakończonym udziale w Badaniach klinicznych lub po każdym zakończonym 7-dniowym udziale w Badaniach klinicznych. Jeśli za ten sam okres należne jest dzienne świadczenie za Pobyt w szpitalu i dzienne świadczenie dla Badań klinicznych, wypłacone zostanie tylko dzienne świadczenie za Pobyt w szpitalu.
--	--	--

43. Organizator Badań klinicznych wskazuje Osobie uprawnionej do świadczenia zakres kosztów medycznych, które zostaną pokryte przez niego w ramach Badania klinicznego.
44. Badania kliniczne zazwyczaj odbywają się w połączeniu lub równolegle z aktualnie przyjętym Standardem leczenia danej diagnozy nowotworu (zgodnie ze „standardem opieki medycznej”). Jeżeli organizator Badania klinicznego nie pokryje kosztów leczenia, zgodnie z aktualnie przyjętym Standardem leczenia danej diagnozy nowotworu, zostaną one pokryte przez Towarzystwo w zakresie określonym w Tabeli nr 1.

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 wariancie indywidualnym albo w wariancie pakietowym, albo
 - 2) ukończył 60 lat i nie ukończył 65 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariancie 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 dla Ubezpieczonego i jego Dzieci;
 - 3) Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą z Medycyną precyzyjną dla Ubezpieczonego.
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 wariancie indywidualnym albo w wariancie pakietowym 60+;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 69 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariancie 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, w tym Szczególnej postaci nowotworu złośliwego, 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) pozostawiania 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, w tym Szczególnej postaci nowotworu złośliwego, 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 (zewnętrzną warstwę 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, z wyjątkiem Leczenia off-label oraz Badań klinicznych realizowanych zgodnie z § 7 ust. 42 pkt 3;
 - 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), chyba, że terapia ta została zalecona w Raporcie eksperckim medycyny precyzyjnej oraz spełnia definicję Zaaprobowanego protokołu terapii CAR-T.
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 następujących kosztów związanych z Medycyną precyzyjną:
- 1) wykonania biopsji w celu pobrania lub usunięcia tkanki lub płynu, który będzie źródłem próbki niezbędnej do testu profilowania molekularnego, z wyjątkiem pobrania krwi do płynnej biopsji, zgodnie z § 7 ust. 30 pkt 3;
 - 2) kosztów medycznych (leczenia) – w przypadku, gdy Osoba uprawniona do świadczenia weźmie udział w Badaniu klinicznym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 3) kosztów leku stanowiącego przedmiot Badania klinicznego, jego podania oraz kosztów bieżącego monitorowania stanu zdrowia Osoby uprawnionej do świadczenia, a także leczenia jakichkolwiek niezamierzonych skutków ubocznych lub powikłań medycznych spowodowanych przez leki przeciwnowotworowe będące przedmiotem Badania klinicznego – w przypadku, gdy Osoba uprawniona do świadczenia weźmie udział w Badaniu klinicznym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 4) kosztów podróży lub zakwaterowania poniesionych przez Osobę uprawnioną do świadczenia lub członków jej rodziny w związku ze stawieniem się na zaplanowane wizyty w celu pobrania lub ekstrakcji próbki do badań;
 - 5) opłat administracyjnych lub innych kosztów związanych z przystąpieniem do Badania klinicznego.
7. 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. 14 (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.

8. 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 (protez), z wyjątkiem protez piersi po mastektomii i protez 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.
9. 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.
10. 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, w tym Szczególna postać nowotworu złośliwego, 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 2.

Tabela nr 2

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej (łączny limit odpowiedzialności za wszystkie świadczenia i usługi z tytułu Umowy dodatkowej)		2 000 000 EUR
Świadczenia z tytułu leczenia za granicą		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
Świadczenia z tytułu Medycyny precyzyjnej		Wysokość limitu dla jednej Osoby uprawnionej do świadczenia
1) Koszty podróży i zakwaterowania		Do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej
2) Leczenie w ramach Medycyny precyzyjnej		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
3) Dienne świadczenie dla Badań klinicznych		100 EUR ograniczone do 60 dni
4) 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

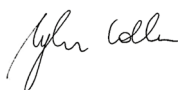
1. Osoba zgłaszająca roszczenie o realizację świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o realizację świadczenia;
 - 2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 3) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Poważnego stanu chorobowego.
2. W sytuacji 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

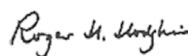
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 16 października 2025 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie TU S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie TU S.A.