

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Twoja Hospitalizacja

SPIS TREŚCI:

CZĘŚĆ OGÓLNA	3
§1 Kim są strony Umowy ubezpieczenia?.....	3
§2 Definicje.....	3
§3 Co jest przedmiotem ubezpieczenia?	4
§4 Jak skorzystać z ubezpieczenia?.....	4
§5 Czego wymagamy do zawarcia lub zmiany Umowy?.....	5
§6 Jak odstąpić od Umowy lub ją rozwiązać?.....	5
§7 Na jak długo jest zawierana Umowa ubezpieczenia?	6
§8 Do kiedy obowiązuje Umowa?.....	6
§9 Jaka jest wysokość Składki i jak ją opłacić?	6
§10 Jakie mamy obowiązki wobec Ciebie?.....	7
§11 Jakie obowiązki masz Ty i Ubezpieczony wobec nas?.....	7
§12 W jaki sposób możesz złożyć reklamację?.....	8
§13 W jakim celu przetwarzamy dane osobowe?.....	8
§14 Postanowienia końcowe.....	10
Moduł: Leczenie w Polsce	12
§1 Definicje stosowane w Module	12
§2 Co jest przedmiotem Modułu?	12
§3 Jak skorzystać ze Świadczeń opisanych w niniejszym Module?	13
§4 Jaka jest długość karencji?	13
§5 Jakie są wyłączenia z ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia w ramach Modułu?	14
§6 Świadczenia w ramach niniejszego Modułu obejmują:.....	15
§7 Hospitalizacja.....	16
§8 Opieka medyczna przed Hospitalizacją	18
§9 Opieka medyczna po Hospitalizacji	19
§10 Rehabilitacja	19
§11 Konsultacje psychologiczne	19
§12 Koordynacja opieki szpitalnej.....	19
§13 Szpitalny przegląd zdrowia (dostępny wyłącznie w wariantcie Leczenie w Kraju i za Granicą Premium)	20
Moduł: Leczenie Międzynarodowe	22
§1 Definicje stosowane w Module	22
§2 Co jest przedmiotem Modułu?	24
§3 Jak skorzystać ze świadczeń opisanych w niniejszym Module?	25
§4 Okres realizacji świadczeń związanych z wystąpieniem Poważnego stanu chorobowego.....	25
§5 Zakres odpowiedzialności.....	25
§6 Jaka jest długość karencji?.....	25
§7 Diagnostyka dodatkowa	26
§8 Świadczenia w ramach niniejszego Modułu obejmują:.....	26
§9 Druga opinia medyczna	26
§10 Opieka medyczna za granicą.....	27
§11 Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą.....	29
§12 Profilowanie molekularne	29
§13 Przegląd badań klinicznych	30
§14 Leczenie w ramach Spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyna precyzyjna).....	31
§15 Badania kliniczne w ramach medycyny precyzyjnej.....	31
§16 Testy genetyczne dla rodziny.....	32
§17 Suma ubezpieczenia i limity świadczeń.....	32
§18 Ograniczenia naszej odpowiedzialności z tytułu wystąpienia Poważnego stanu chorobowego.....	34

Informacje zawarte w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Twoja Hospitalizacja

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej w OWU
Przesłanki, które zobowiązują nas do realizacji i wypłaty świadczeń	<ul style="list-style-type: none">• Część Ogólna: § 2 ust. 6, 20, § 3 ust. 1, 4, 5, § 4 ust. 1, 2;• Moduł: Leczenie w Polsce: § 2, § 3 ust. 1-3, §7 - 13• Moduł: Leczenie Międzynarodowe: § 2 ust. 2, § 3 ust. 1-2, § 5, § 7 ust. 1, § 8 ust. 3 § 9 - 16
Ograniczenia oraz wyłączenia naszej odpowiedzialności uprawniające do odmowy realizacji, wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	<ul style="list-style-type: none">• Część Ogólna: § 5 ust. 2;• Moduł: Leczenie w Polsce: § 3 ust. 3-4, § 4 ust. 1, 2, § 5, § 7 - 13• Moduł: Leczenie Międzynarodowe: § 4 ust. 1 – 5, § 6 ust. 1, 2, § 7 ust. 2, 3, § 9 ust. 11, § 10 ust. 5 pkt 6 d), e), § 11 ust. 1 pkt 4), § 12 ust. 5, 6, 8, § 13 ust. 3, 6, §14 ust. 1 pkt 2 c), ust. 2 pkt. 2 d), §15 ust. 1, 2, 4, § 17, § 18

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Twoja Hospitalizacja

KOD I/2/2026/PRU

CZĘŚĆ OGÓLNA

§1 Kim są strony Umowy ubezpieczenia?

Umowę ubezpieczenia zawierasz Ty (dalej **Ubezpieczający**) z nami: LMG Försäkrings AB z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Box 27093, Szwecja, działającą w Polsce poprzez oddział LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (nasze pełne dane jako Ubezpieczyciela znajdują się w § 2 ust. 16).

§2 Definicje

Aby zapewnić większą czytelność dokumentu, w OWU używamy rodzaju męskiego niezależnie od płci. Poniżej wprowadzamy definicje wspólne dla większości Modułów OWU. Dodatkowe definicje dotyczące pojedynczego Modułu znajdziecie Państwo w opisie warunków danego Modułu.

1. **Choroba** – nieprawidłowy według ogólnie uznanej wiedzy medycznej stan fizyczny lub psychiczny organizmu człowieka.
2. **Further (również Partner)** - Further Underwriting International SLU, podmiot z siedzibą w Madrycie (Hiszpania), który organizuje oraz realizuje w naszym imieniu usługi i świadczenia objęte Umową w zakresie Modułu: Leczenie Międzynarodowe.
3. **Karencja** - okres, który musi upłynąć od początku pierwszego dnia Okresu ochrony, zanim Ubezpieczony będzie uprawniony do Świadczenia. Oznacza to, że w tym okresie nie ponosimy odpowiedzialności za Zdarzenia.
4. **Lekarz** - osoba, która posiada formalnie potwierdzone kwalifikacje do leczenia ludzi, zgodnie z prawem państwa, w którym prowadzi praktykę zawodową i wykonuje zawód w zakresie swoich uprawnień i kwalifikacji.
5. **Moduł** – integralna część OWU. Udzielamy ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zdarzeń opisanych w Modułach, które obejmuje Umowa ubezpieczenia zawarta z Ubezpieczającym.
6. **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przez przyczynę niezależną od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, w którym Ubezpieczony doznał obrażeń fizycznych ciała lub naruszenia struktur anatomicznych układu mięśniowo-szkieletowego lub poniósł szkodę materialną. Nieszczęśliwym wypadkiem nie są Choroby nawet takie, które występują nagle.
7. **Okres ochrony** – okres, w którym ponosimy odpowiedzialność w stosunku do Ubezpieczonego za zdarzenia objęte Umową.
8. **Operator** – podmiot koordynujący w naszym imieniu udzielanie Świadczeń.
9. **Polisa** - dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia.
10. **Polski lekarz** – osoba, która posiada wymagane kwalifikacje i uprawnienia potwierdzone odpowiednimi dokumentami do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa polskiego, w tym w szczególności ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarzy i lekarza dentysty.
11. **Rocznica** – dzień roku odpowiadający dacie zawarcia Umowy, a jeżeli w danym miesiącu kalendarzowym nie ma dnia miesiąca odpowiadającego tej dacie – ostatni dzień tego miesiąca.
12. **Przychodnia (również Placówka medyczna)** – podmiot leczniczy udzielający świadczeń ambulatoryjnych w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, działający na terenie i zgodnie z prawem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej, realizujący Świadczenia w oparciu o OWU, wskazany przez nas.
13. **Składka** – kwota należna nam z tytułu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Umowy.
14. **Świadczenie** – usługa, którą Ubezpieczyciel zorganizuje i sfinansuje w razie zajścia zdarzenia objętego zakresem Umowy Ubezpieczenia.
15. **Ubezpieczony** – ubezpieczony, na którego rzecz została zawarta Umowa i który jest objęty ochroną ubezpieczeniową. Ubezpieczonym może być osoba, która ukończyła 3 miesiąc życia i nie ukończyła 85 roku życia z zastrzeżeniem, że zakres ubezpieczenia jest zależny od wieku Ubezpieczonego. Osobą uprawnioną do składania oświadczeń w imieniu dziecka niepełnoletniego jest opiekun prawny.

Zapewniamy Ubezpieczonemu ochronę w ramach wybranego przez Ciebie wariantu ubezpieczenia, najwcześniej począwszy od dnia, w którym Ubezpieczony ukończył minimalny wiek wskazany w Tabeli 1, do ostatniego dnia Okresu ochrony, w którym Ubezpieczony osiągnął maksymalny wiek określony w Tabeli 1.

Tabela 1:

Wariant ubezpieczenia Twoja Hospitalizacja:	Minimalny wiek objęcia ochroną	Maksymalny wiek zawarcia umowy	Maksymalny wiek objęcia ochroną
Leczenie za Granicą	3 miesiące	65 lat	85 lat
Leczenie w Kraju	18 lat	74 lat	75 lat
Leczenie w Kraju i za Granicą	18 lat	65 lat	75 lat
Leczenia w Kraju i za Granicą Premium	18 lat	65 lat	75 lat
Leczenia w Kraju i za Granicą dla Dziecka	3 miesiące	17 lat	18 lat

16. **Ubezpieczyciel** - LMG Försäkrings AB z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Box 27093, Szwecja, zarejestrowana w Urzędzie Rejestracji Przedsiębiorstw pod numerem 516406-0831, kapitał akcyjny: 5 800 000 Euro opłacony w całości, NIP: 1080011494, działająca w Polsce poprzez oddział LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie wpisany do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XIII Wydział Gospodarczy KRS pod nr KRS 0000395438, REGON 145156729.
17. **Umowa ubezpieczenia** (również **Umowa**) – Umowa zawarta na podstawie niniejszych OWU. Treść Umowy ubezpieczenia stanowią niniejsze OWU oraz Polisa.
18. **Wiek ubezpieczonego** – liczba ukończonych pełnych lat Ubezpieczonego w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, a następnie w dniu każdej Rocznicy.
19. **Wniosek ubezpieczeniowy** – Twoja propozycja zawarcia Umowy na warunkach OWU, którą nam składasz;
20. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** (również **Zdarzenie**) - zdarzenie mające miejsce w trakcie trwania Okresu Ochrony, opisane w niniejszych OWU, a którego zajście jest niezbędne do skorzystania ze Świadczenia przez Ubezpieczonego.

§3 Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- Przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej na podstawie Umowy jest zdrowie Ubezpieczonego oraz następstwa Nieszczęśliwego wypadku. Jeżeli zawierasz Umowę i dotyczy ona Twojego zdrowia, jesteś zarówno Ubezpieczającym, jak również Ubezpieczonym.
- Umowa składa się z 2 Modułów:
 - Leczenie w Polsce;
 - Leczenie Międzynarodowe.
- Moduły tworzą warianty ubezpieczenia. Ubezpieczający może wybrać jeden z wariantów ubezpieczenia dla danego Ubezpieczonego:
 - Leczenie w Kraju** - Leczenie w Polsce;
 - Leczenie za Granicą** – Leczenie Międzynarodowe;
 - Leczenie w Kraju i za Granicą** - Leczenie w Polsce oraz Leczenie Międzynarodowe;
 - Leczenie w Kraju i za Granicą Premium** - Leczenie w Polsce oraz Leczenie Międzynarodowe;
 - Leczenie w Kraju za Granicą dla Dziecka** - Leczenie w Polsce oraz Leczenie Międzynarodowe.
- Szczegółowy zakres ochrony ubezpieczeniowej Twoja Hospitalizacja zastał opisany w ramach poszczególnych wariantów w Modułach: Leczenie w Polsce oraz Leczenie Międzynarodowe.
- Odpowiadamy za Zdarzenia, które mają miejsce w Okresie ochrony i które zgodnie z Umową są podstawą do zrealizowania przez nas Świadczenia. Data zajścia zdarzenia zdefiniowana jest w każdym z Modułów.

§4 Jak skorzystać z ubezpieczenia?

- Aby skorzystać z ubezpieczenia, należy powiadomić nas o Zdarzeniu objętym ochroną ubezpieczeniową. Sposoby zgłoszenia różnią się w zależności od Modułu i zostały opisane w warunkach danego Modułu.
- Jeżeli do określenia, czy lub w jakiej wysokości Świadczenie jest należne, niezbędne będą dodatkowe dokumenty, informacje, badania lub konsultacje lekarskie, poinformujemy o tym osobę zgłaszającą Zdarzenie. Informację prześlemy pisemnie lub w inny sposób, na który ta osoba wyraziła zgodę.
- Rozpoczniemy realizację Świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu, z zastrzeżeniem ust. 4 i 5 poniżej.
- Ustalenie, czy lub w jakiej wysokości Świadczenie jest należne, może być niemożliwe w terminie określonym w ust. 3. W takiej sytuacji rozpoczniemy realizację Świadczenia w terminie 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, przy zachowaniu należytej staranności.

5. Weryfikując wniosek o realizację Świadczenia, możemy ustalić, że Świadczenie nie przysługuje lub że przysługuje w innej wysokości niż w zawiadomieniu o Zdarzeniu. Poinformujemy o tym na piśmie osobę składającą wniosek i wskażemy podstawę prawną oraz okoliczności, które uzasadniają odmowę.

§5 Czego wymagamy do zawarcia lub zmiany Umowy?

- Umowę możesz zawrzeć z nami po podaniu przez Ciebie i przez Ubezpieczonych wszystkich znanych Wam informacji i okoliczności, które są wymagane we Wniosku ubezpieczeniowym oraz innych informacji niezbędnych do zawarcia Umowy, o które zapytamy przed jej zawarciem także w innych pismach. Przyjmujemy Wnioski i pisma, które są kompletne i poprawnie wypełnione.
- Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały nam podane do wiadomości, dotyczących istotnych kwestii związanych ze stanem zdrowia Ubezpieczonego, o które zapytaliśmy.
- Wniosek ubezpieczeniowy składasz za pośrednictwem aplikacji elektronicznej. Informacja o wysokości składki ubezpieczeniowej za ochronę ubezpieczeniową jest wiążąca do końca jej prezentacji w aplikacji elektronicznej.
- Jeżeli Wniosek ubezpieczeniowy nie będzie zawierał wszystkich wymaganych informacji lub dokumentów, wtedy niezwłocznie zawiadomimy Cię o tym i poprosimy o ich uzupełnienie, wskazując 14-dniowy termin na uzupełnienie braków.
- Na etapie weryfikacji stanu zdrowia Ubezpieczonego możemy poprosić Ubezpieczonego o dostarczenie dodatkowych dokumentów lub informacji
- Jeżeli informacje lub dokumenty, o których mowa w ust. 4 lub ust. 5, nie zostaną przez Ciebie uzupełnione we wskazanym przez nas terminie, uznamy to za rezygnację z ubiegania się o zawarcie Umowy. Złożony przez Ciebie Wniosek zostaje przez nas anulowany, w konsekwencji czego nie dojdzie do zawarcia Umowy na jego podstawie.
- Na podstawie przeprowadzonej oceny ryzyka i złożonego Wniosku ubezpieczeniowego możemy:
 - zawrzeć Umowę zgodnie ze złożoną ofertą;
 - zapropozować zmienione warunki Umowy, które wymagają akceptacji Ubezpieczającego w terminie 14 dni od daty ich przekazania Ubezpieczającemu;
 - odmówić zawarcia Umowy zgodnie ze złożoną ofertą.
- Umowa zostaje zawarta pod warunkiem łącznego spełnienia poniższych warunków:
 - zaakceptowania przez nas Wniosku ubezpieczeniowego albo zaakceptowania przez Ubezpieczającego zaproponowanych przez nas zmienionych warunków Umowy zgodnie z ust. 7 pkt 2), jeżeli taką propozycję złożymy oraz
 - opłacenia przez Ubezpieczającego Składki lub pierwszej raty Składki.
- Korzystając z możliwości zawarcia Umowy na odległość, Ubezpieczający nie ponosi dodatkowych kosztów wynikających z korzystania ze środków porozumiewania się na odległość innych niż koszty:
 - połączenia internetowego pozwalającego na skorzystanie z aplikacji elektronicznej oraz adresu poczty elektronicznej wskazanego przez Ubezpieczającego w trakcie zawierania Umowy, na który po jej zawarciu zostanie przesłana Polisa i inne dokumenty związane z Umową,
 - połączenia telefonicznego pozwalającego na kontakt z nami, jeśli to klient kontaktuje się z nami telefonicznie w celu zawarcia Umowy.

§6 Jak odstąpić od Umowy lub ją rozwiązać?

- Masz prawo odstąpić od Umowy bez podania przyczyny w terminie 30 dni od dnia poinformowania Cię o zawarciu Umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ust. 3 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważamy za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane.
- Odstąpienie od Umowy nie zwalnia Cię z obowiązku zapłacenia Składki za okres, w jakim udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.
- Odstąpienia od Umowy dokonujesz, składając nam na piśmie oświadczenie o odstąpieniu od Umowy. Odstąpienie można wysłać na nasz adres e-mail: obslugaubezpieczenia_ind@luxmed.pl lub na adres naszej siedziby. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie oświadczenia przed upływem terminu na odstąpienie od Umowy.
- Masz prawo wypowiedzieć Umowę w dowolnym momencie, z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia, który rozpoczyna bieg od 1 dnia miesiąca kalendarzowego przypadającego bezpośrednio po dacie złożenia do nas przez Ciebie wypowiedzenia Umowy. Wypowiedzenie można wysłać na nasz adres e-mail: obslugaubezpieczenia_ind@luxmed.pl lub na adres naszej siedziby.
- Możemy wypowiedzieć Umowę jedynie w przypadkach wskazanych w ustawie, a także z ważnych powodów określonych poniżej:
 - popęnienia przez Ciebie lub Ubezpieczonego w związku z zawarciem lub realizacją Umowy czynu zabronionego w rozumieniu art. 115 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny;

- 2) uporczywe naruszanie przez Ciebie lub Ubezpieczonego dóbr osobistych lub innych praw Ubezpieczyciela lub podmiotów lub osób, za pomocą których Ubezpieczyciel wykonuje Umowę, po uprzednim pisemnym wezwaniu Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego do zaniechania ww. naruszeń;
- 3) powtarzające się nieprzestrzeganie przez Ciebie lub Ubezpieczonego zasad organizacji pracy w Przychodniach i Szpitalach lub niestosowanie się do poleceń personelu tychże, po uprzednim wezwaniu Ciebie lub Ubezpieczonego do zaniechania ww. ww. działań;
- 4) powtarzające się naruszanie przez Ciebie lub Ubezpieczonego regulaminów organizacyjnych Przychodni i Szpitali, po uprzednim wezwaniu Ciebie lub Ubezpieczonego do zaniechania ww. działań.

§7 Na jak długo jest zawierana Umowa ubezpieczenia?

1. Umowę zawieramy na okres 12 miesięcy, licząc od pierwszego dnia Okresu ochrony. Datę początku Okresu ochrony znajdziesz na Polisie.
2. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową od dnia, w którym zaczyna się Okres ochrony..
3. Umowa może zostać odnowiona (ochrona ubezpieczeniowa może zostać przedłużona) w Rocznicę na kolejny 12-miesięczny Okres ochrony, na warunkach określonych w ust. 4-8 poniżej.
4. Przy przedłużeniu ochrony i odnowieniu Umowy mamy prawo zaproponować zmianę wysokości Składki w związku ze wzrostem ponoszonych przez nas kosztów świadczeń udzielanych na podstawie Umowy.
5. Propozycję zmiany Składki wyślemy Tobie na co najmniej 60 dni przed Rocznicą.
6. Jeśli akceptujesz naszą propozycję, o której mowa w ust. 5 powyżej, opłacić Składkę lub jej pierwszą ratę w nowej wysokości najpóźniej we wskazanym w naszej propozycji terminie. Opłacenie Składki lub jej pierwszej raty w nowej wysokości stanowi potwierdzenie Twojej woli przedłużenia ochrony ubezpieczeniowej na kolejny 12 miesięczny Okres ochrony, licząc od ostatniego dnia poprzedniego Okresu ochrony.
7. Jeśli nie opłacisz Składki lub jej pierwszej raty w nowej wysokości we wskazanym w naszej propozycji terminie płatności, uznajemy, że nie wyrażasz zgody na zmianę wysokości Składki i przedłużenie ochrony ubezpieczeniowej na kolejny 12 miesięczny Okres ochrony. W takim przypadku Umowa wygaśnie z końcem okresu, na który została zawarta.
8. Nie zaoferujemy przedłużenia Umowy, jeżeli wygasta ona z powodu wyczerpania Sumy ubezpieczenia lub okresów realizacji świadczeń dla wszystkich grup Poważnych stanów chorobowych wskazanych w Module: Leczenie Międzynarodowe.

§8 Do kiedy obowiązuje Umowa?

1. Umowa ulega zakończeniu:
 - 1) w dniu, w którym otrzymaliśmy oświadczenie Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy;
 - 2) z upływem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia;
 - 3) z upływem ostatniego dnia dodatkowego 7-dniowego terminu na zapłatę kolejnej raty Składki, jeżeli rata ta nie została opłacona, zgodnie z § 9 ust. 6;
 - 4) z upływem ostatniego dnia okresu obowiązywania Umowy, jeżeli ochrona nie zostanie przedłużona w Rocznicę na kolejny Okres ochrony;
 - 5) z upływem ostatniego dnia Okresu ochrony, w którym Ubezpieczony ukończył:
 - a) 75 rok życia - w przypadku Wariantów Leczenie w Kraju, Leczenie w Kraju i za Granicą, Leczenie w Kraju i za Granicą Premium;
 - b) 85 rok życia - w przypadku Wariantu Leczenie za Granicą ;
 - c) 18 rok życia - w przypadku Wariantu Leczenie w Kraju i za Granicą dla Dziecka.
 - 6) w dniu zgonu Ubezpieczonego;
 - 7) w dniu zgonu Ubezpieczającego;
 - 8) W razie zrealizowania świadczeń, których łączny koszt wyczerpuje Sumę ubezpieczenia z tytułu Poważnego stanu chorobowego – w przypadku Modułu: Leczenie Międzynarodowe;
 - 9) W sytuacji, gdy zostaną wykorzystane okresy realizacji świadczeń dla wszystkich czterech grup Poważnych stanów chorobowych - w przypadku Modułu: Leczenie Międzynarodowe;
 - 10) W sytuacjach opisanych w ust. 8) i 9) nadal trwa ochrona ubezpieczeniowa w zakresie Leczenia w Kraju, pod warunkiem opłacania składki zgodnie z warunkami wskazanymi w OWU.

§9 Jaka jest wysokość Składki i jak ją opłacić?

1. Składka jest naliczana za cały Okres ochrony. Składkę za ubezpieczenie możesz opłacać w ratach miesięcznych, kwartalnych, półrocznych lub rocznie.
2. Wysokość Składki uzależnione jest od Wiek Ubezpieczonego oraz wybranego wariantu.

3. Składka wyliczana jest z uwzględnieniem Karencji wskazanych w Modułach.
4. Szczegóły dotyczące wysokości Składki oraz sposobu zapłaty znajdziesz w informacjach handlowych przekazanych przed zawarciem Umowy lub Polisie.
5. Dniem zapłaty Składki lub jej raty jest dzień, w którym Twoja wpłata w pełnej należnej wysokości wpłynęła na rachunek bankowy wskazany w Polisie.
6. W przypadku nieopłacenia jakiegokolwiek raty Składki, gdy Składka opłacana jest w ratach, wezwiemy Cię na piśmie do jej zapłaty w dodatkowym terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania, informując Cię o skutku jej nieopłacenia. Jeżeli rata Składki nie zostanie opłacona w tym dodatkowym terminie, Umowa wygaśnie z upływem ostatniego dnia terminu dodatkowego wskazanego przez nas w wezwaniu do zapłaty Składki.
7. W przypadku rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy przed upływem okresu, na jaki została zawarta i za jaki została zapłacona Składka, przysługuje Ci zwrot Składki za niewykorzystany Okres ochrony.
8. Wcześniejsze rozwiązanie lub wygaśnięcie Umowy nie zwalnia Cię z obowiązku opłacenia Składki za okres (w tym okres wypowiedzenia Umowy), w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.

§10 Jakie mamy obowiązki wobec Ciebie?

1. Zanim zawrzesz z nami Umowę, przekazemy Ci OWU, a w przypadku, gdy w wyniku przeprowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego zaproponujemy zawarcie Umowy na warunkach dodatkowych lub odmiennych od OWU – oprócz OWU otrzymasz nas informacje na piśmie o tych warunkach.
2. Aby potwierdzić zawarcie Umowy wystawimy i dostarczymy Polisę. W przypadku wprowadzenia zmian do Umowy wymagających zmian na Polisie, dostarczymy aneks do Polisy.
3. Poinformujemy Cię o ewentualnej zmianie naszych adresów korespondencyjnych, w tym zmianie numeru infolinii, w ramach której Ubezpieczony może uzyskać informacje na temat ubezpieczenia.
4. Będziemy prawidłowo i terminowo wykonywać zobowiązania wynikające z Umowy.

§11 Jakie obowiązki masz Ty i Ubezpieczony wobec nas?

1. Razem z Ubezpieczonym macie obowiązek podać do naszej wiadomości wszystkie znane okoliczności, o które zapytamy we Wniosku ubezpieczeniowym i innych dokumentach wymaganych do zawarcia Umowy, a także niezwłocznego poinformowania nas, jeżeli dane podane w którymkolwiek z tych dokumentów ulegną zmianie w czasie obowiązywania Umowy.
2. Twoje obowiązki obejmują:
 - 1) opłacanie Składki w wysokości i terminach określonych w Umowie;
 - 2) informowanie nas o zmianie swoich danych i danych wszystkich Ubezpieczonych, podanych we Wniosku ubezpieczeniowym i innych dokumentach wymaganych do zawarcia Umowy;
 - 3) doręczenie Ubezpieczonemu warunków Umowy, w szczególności OWU, a w przypadku, gdy w wyniku przeprowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego zaproponujemy zawarcie Umowy na warunkach dodatkowych lub odmiennych od OWU – także informacji o tych warunkach, zanim wyrazi on zgodę na objęcie ochrony ubezpieczeniowej. Obowiązek ten dotyczy również doręczenia dokumentów wprowadzających wszelkie zmiany do Umowy w trakcie jej trwania;
 - 4) poinformowanie nas o śmierci Ubezpieczonego;
 - 5) poinformowanie Ubezpieczonego o zmianie numeru infolinii, w ramach której Ubezpieczony może uzyskać informacje na temat ubezpieczenia oraz zmian dotyczących Operatora.
3. Obowiązki Ubezpieczonego obejmują:
 - 1) zapoznanie się z warunkami, na jakich zawarta jest Umowa (OWU), a także ewentualnych ograniczeń ochrony ubezpieczeniowej oferowanej Ubezpieczonemu w wyniku oceny ryzyka po wypełnieniu przez niego ankiety medycznej;
 - 2) przestrzeganie zaleceń Lekarzy;
 - 3) przestrzeganie zasad obowiązujących w Przychodniach i Szpitalach;
 - 4) stosowanie się do poleceń personelu Przychodni i Szpitali;
 - 5) przestrzeganie uzgodnionych z nami terminów wykonania Świadczeń;
 - 6) przybycie w uzgodnionym terminie do Szpitala lub Przychodni wskazanej przez nas lub poinformowanie Operatora o rezygnacji ze Świadczenia, nie później niż 12 godzin przed ustalonym terminem jego wykonania. Jeżeli okoliczności nie pozwalają zachować tego terminu, Ubezpieczony powinien poinformować Operatora o rezygnacji niezwłocznie po powstaniu jej przyczyny;
 - 7) powstrzymywanie się od wszelkich działań utrudniających lub uniemożliwiających udzielenie Świadczeń;
 - 8) okazania dokumentu tożsamości ze zdjęciem przed realizacją Świadczenia. W przypadku, gdy korzystającym ze Świadczenia jest Dziecko Niepełnoletnie o okazanie dokumentu tożsamości może zostać również poproszona osoba pełnoletnia, towarzysząca.

§12 W jaki sposób możesz złożyć reklamację?

1. Reklamacje związane z oferowaniem, zawieraniem lub wykonywaniem Umowy mogą być zgłoszone przez Ciebie, Ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, spadkobiercę posiadającego interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z Umowy.
2. Reklamację można złożyć:
 - 1) na piśmie:
 - a) w postaci elektronicznej:
 - i. Wysyłając e-mail na adres: reklamacje.ubezpieczenia@luxmed.pl,
 - ii. przez formularz online: <https://www.luxmed.pl/zgloszenie-reklamacji-ubezpieczenia>,
 - iii. na adres do doręczeń elektronicznych wpisany do bazy adresów elektronicznych AE:PL-71281-48855-GTFED-29, albo
 - b) w postaci papierowej:
 - i. przesyłką pocztową (w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe) na adres siedziby LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce, ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa albo nadając w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji w Unii Europejskiej,
 - ii. poprzez osobiste dostarczenie na adres siedziby LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce, ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa, albo
 - 2) ustnie:
 - a) telefonicznie pod numerem tel. 22 501 81 60,
 - b) podczas wizyty w naszej siedzibie LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce, ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa, gdzie reklamacja zostanie zapisana w protokole.
3. Reklamacja powinna być skierowana do nas i zawierać zwięzły opis nieprawidłowości, który pozwoli na zidentyfikowanie zdarzenia, którego reklamacja dotyczy i ustalenie wszystkich istotnych okoliczności.
4. Odpowiemy na reklamację złożoną zgodnie z ust. 1-3 bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni od jej otrzymania.
5. Odpowiedź prześlemy w takiej samej postaci, w jakiej została złożona (z wyjątkiem reklamacji złożonej ustnie (przeczytaj ramkę poniżej) oraz za wyjątkiem sytuacji opisanych w pkt 6. 7. poniżej).
6. Jeśli reklamację złożono ustnie (telefonicznie lub podczas wizyty w siedzibie naszego oddziału w Polsce), odpowiedź prześlemy w postaci elektronicznej albo w postaci papierowej, zgodnie z preferencją osoby składającej reklamację.
7. Odpowiedź prześlemy z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej za pomocą którego Klient złożył reklamację, albo innego wskazanego przez klienta środka komunikacji elektronicznej – w przypadku, gdy reklamacja została złożona przez klienta z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej.
8. Osoba składająca reklamację może wnieść o udzielenie odpowiedzi na reklamację w innej postaci niż ją złożyła. W przypadku złożenia jej w postaci elektronicznej może wnieść o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej. Jeżeli reklamacja została złożona na piśmie w postaci papierowej osoba ją składająca może wnieść o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej.
9. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, możemy potrzebować więcej czasu. W takiej sytuacji przed upływem terminu na odpowiedź wskażemy:
 - 1) przyczynę opóźnienia;
 - 2) okoliczności, które muszą zostać ustalone do rozpatrzenia sprawy;
 - 3) przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie będzie dłuższy niż 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
10. W przypadku nieuwzględnienia roszczeń wynikających z reklamacji, osoba, która złożyła reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego (szczegóły na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: <https://rf.gov.pl/>).
11. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich, właściwym dla Ubezpieczyciela, jest Rzecznik Finansowy (szczegóły na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: <https://rf.gov.pl/>).
12. Klientowi posiadającemu status konsumenta przysługuje uprawnienie do zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumentów.

§13 W jakim celu przetwarzamy dane osobowe?

1. Jesteśmy administratorem danych osobowych Twoich i Ubezpieczonego w rozumieniu art. 4 ust. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej: „Rozporządzenie”). Dane przetwarzane są na potrzeby zawarcia Umowy oraz objęcia opieką ubezpieczeniową. Jeżeli Ty lub Ubezpieczony wyraziliście zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych lub w celu otrzymywania komunikacji marketingowej, administratorami danych osobowych są podmioty z

Grupy LUX MED – ich listę znajdziesz na stronie internetowej www.luxmed.pl w zakładce „Dane osobowe” We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem przez nas danych osobowych możesz skontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych dostępnym pod adresem e-mail: daneosobowe@luxmed.pl.

2. Dane osobowe podajesz nam przy zawieraniu Umowy. Dane osobowe przekazywane są nam przez złożenie Wniosku ubezpieczeniowego. Przetwarzamy dane osobowe Ubezpieczonego, które podane zostały we Wniosku, tj. imię, nazwisko, nr PESEL, płeć, datę urodzenia, adres zamieszkania. Jeżeli Ubezpieczony jest obcokrajowcem, przetwarzamy także informację o obywatelstwie oraz nr paszportu. Możemy również otrzymać numer telefonu, ale informacja ta nie jest nam niezbędna do objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową. W związku z udostępnieniem Ci możliwości złożenia Wniosku poprzez platformę elektroniczną, jak i objęcia za jej pośrednictwem ochroną ubezpieczeniową wskazanego przez Ciebie Ubezpieczonego, będziemy również przetwarzać Twój adres e-mail oraz adres e-mail Ubezpieczonego. Celem oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w ramach wypełnianego kwestionariusza medycznego, przetwarzamy także zawarte w nim dane osobowe Ubezpieczonego obejmujące wiek, wagę, wzrost, jak również informacje o stanie zdrowia Ubezpieczonego w zakresie wynikającym z kwestionariusza medycznego. Możemy poprosić Ubezpieczonego o podanie dodatkowych informacji o jego stanie zdrowia lub na podstawie upoważnienia udzielonego przez Ubezpieczonego zwrócić się do podmiotów leczniczych, z których korzystał w celu uzyskania informacji koniecznych, do podjęcia decyzji o realizacji Świadczenia, prawidłowej jego koordynacji albo przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego w związku ze zgłoszonym roszczeniem. Jeżeli do realizacji celów, o których mowa w zdaniu poprzednim, konieczne będzie uzyskanie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, to poprosimy go o przekazanie nam kopii jego dokumentacji medycznej w niezbędnym zakresie bądź na podstawie udzielonej przez Ubezpieczonego zgody zwrócimy się do odpowiednich podmiotów leczniczych z wnioskiem o udostępnienie nam takiej dokumentacji.
3. Zgoda na przetwarzanie danych w celach marketingowych obejmuje wszelkie informacje jakie zostały nam udzielone przez Ciebie lub Ubezpieczonego podczas współpracy z nami, w tym mogą być to imię, nazwisko, płeć, data urodzenia, wiek, miejscowość. Zapewniamy jednak, że w żadnym wypadku nie sięgamy do dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, którą nam przekazał lub którą pozyskujemy od podmiotów leczniczych na podstawie stosownego upoważnienia – dostęp do tych informacji mają jedynie upoważnione do tego osoby.
4. Przetwarzamy dane osobowe Twoje oraz Ubezpieczonego jako Ubezpieczyciel, a celem tego przetwarzania jest ocena ryzyka ubezpieczeniowego oraz realizacja Umowy (art. 6 ust. 1 lit. b. Rozporządzenia w związku z art. 41 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej). W pierwszej kolejności potrzebujemy przyjąć Wniosek. Pozwoli to na ustalenie tożsamości Ubezpieczonego przed udzieleniem Świadczenia oraz umożliwi nam realizację Umowy i kontakt z Ubezpieczonym. Jako Ubezpieczyciel, jesteśmy zobowiązani przepisami prawa do wykonywania oceny ryzyka ubezpieczeniowego przed zawarciem Umowy oraz przetwarzania danych osobowych w ramach jej wykonywania. Na podstawie odrębnie udzielonych zgód przez Ubezpieczonego na pozyskiwanie od podmiotów leczniczych dokumentacji medycznej oraz udostępnianie jej podmiotom leczniczym, które w ramach opieki ubezpieczeniowej mają świadczyć usługi medyczne jako Ubezpieczyciel przetwarzamy także informacje o stanie zdrowia zawarte w przedmiotowej dokumentacji w celu koordynacji procesu korzystania przez Ubezpieczonego ze Świadczeń W ramach prowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, będziemy przetwarzać dane osobowe Ubezpieczonego (w tym dane szczególnej kategorii w zakresie stanu zdrowia) i będzie się to odbywać w sposób zautomatyzowany, w tym poprzez profilowanie. Podstawą prawną takiego działania po stronie LMG są przepisy regulujące naszą działalność jako podmiotu ubezpieczeniowego. Informujemy jednak, że Ubezpieczony zawsze ma prawo nie podlegać decyzji opartej o zautomatyzowane przetwarzanie danych osobowych i domagać się udziału człowieka, co oczywiście zapewniamy. Jako administrator danych będący przedsiębiorcą, mamy również prawo do przetwarzania danych osobowych, aby dochodzić roszczeń z tytułu prowadzonej przez nas działalności gospodarczej (art. 6 ust. 1 lit. b. oraz f. Rozporządzenia, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, którym jest dochodzenie naszych roszczeń i obrona naszych praw). Jeżeli Ty lub Ubezpieczony podzieliłeś się z nami swoją opinią na temat Świadczeń lub złożyłeś reklamację, możemy przetwarzać dane osobowe, aby rozpatrzyć zgłoszenie oraz udzielić na nie odpowiedzi (art. 6 ust. 1 lit. b. oraz f. Rozporządzenia, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, jakim jest rozpatrzenie roszczeń reklamacyjnych oraz obrona interesów Ubezpieczyciela). Jako przedsiębiorca prowadzimy księgi rachunkowe oraz spoczywają na nas obowiązki podatkowe – wystawiamy np. rachunki za wykonane przez nas usługi, co może się wiązać z koniecznością przetwarzania danych osobowych. (art. 6 ust. 1 lit. c. Rozporządzenia w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości). Jeżeli Ty lub Ubezpieczony wyraziłicie zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych, to możemy przetwarzać dane osobowe, aby kierować do Ciebie lub Ubezpieczonego komunikację marketingową dotyczącą działalności Grupy LUX MED. Komunikacją tą mogą być oferty, informacje o usługach, wydarzeniach organizowanych przez podmioty z Grupy LUX MED, promocjach oraz artykuły prozdrowotne. Na podstawie wyrażonej przez Ciebie lub Ubezpieczonego zgody, możemy przetwarzać dane osobowe pozyskane w trakcie współpracy z nami w celach marketingowych, na przykład poprzez ich analizę oraz wiązanie z innymi informacjami o Tobie, aby dostosować kierowane do Ciebie komunikaty do Twoich potrzeb (art. 6 ust. 1 lit. a. Rozporządzenia).
5. Dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców w związku z prowadzoną przez nas działalnością:
 - 1) agentom ubezpieczeniowym działającym na naszą rzecz, z którymi mamy zawarte umowy powierzenia danych osobowych,

- 2) dostawcom usług zaopatrujących nas w rozwiązania techniczne oraz organizacyjne, umożliwiające świadczenie usług i zarządzanie naszą organizacją, z którymi mamy zawarte odpowiednie umowy (w szczególności dostawcom usług teleinformatycznych, firmom kurierskim i pocztowym);
 - 3) dostawcom usług prawnych i doradczych oraz wspierających nas w dochodzeniu należnych roszczeń (w szczególności kancelariom prawnym, firmom windykacyjnym);
 - 4) zakładom reasekuracji, które będą wykonywać działalność w zakresie reasekuracji ryzyka przyjętego przez nas z tytułu Umowy;
 - 5) Przychodniom lub szpitalom realizującym świadczenia w oparciu o OWU;
 - 6) Operatorowi;
 - 7) Partnerowi (Further) - w przypadku korzystania z Modułu: Leczenie Międzynarodowe;
 - 8) W ramach procesu realizacji Świadczeń szpitalnych, dokumentacja medyczna Ubezpieczonego, którą nam przekazał lub którą pozyskaliśmy na podstawie jego zgody od odpowiednich podmiotów leczniczych, może zostać udostępniona przez Ubezpieczyciela Przychodniom lub szpitalom realizującym świadczenia w oparciu o OWU za pośrednictwem Koordynatora Opieki Szpitalnej, który wspiera Ubezpieczonego w procesie: kwalifikacji do leczenia szpitalnego, przebiegu Hospitalizacji oraz leczenia po pobycie w szpitalu. Proces, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, dotyczy Świadczeń szpitalnych, o których mowa w §8-14 Modułu Leczenie w Polsce.
6. Z uwagi na to, że korzystamy z usług innych dostawców, np. w zakresie struktury teleinformatycznej, dane osobowe Ubezpieczającego i Ubezpieczonego mogą być przekazywane poza teren Europejskiego Obszaru Gospodarczego (na który składają się państwa Unii Europejskiej oraz Islandia, Norwegia i Liechtenstein). Zapewniamy, że w takim przypadku przekazywanie danych odbywać się będzie w oparciu o stosowną podstawę prawną, na przykład umowę zawartą pomiędzy Ubezpieczycielem a tym podmiotem zawierającą standardowe klauzule ochrony danych osobowych przyjęte przez Komisję Europejską lub na podstawie decyzji Komisji Europejskiej stwierdzającej odpowiedni stopień ochrony danych osobowych. Ubezpieczyciel weryfikuje, czy dane osobowe są przetwarzane w sposób bezpieczny przez dostawcę usług, któremu są one przekazywane.
7. Jednym ze sposobów przetwarzania przez nas danych osobowych jest tzw. profilowanie. Polega ono na tym, że możemy tworzyć profile preferencji w oparciu o informacje o Tobie lub Ubezpieczonym, i tym samym w oparciu o nie, dostosowywać nasze usługi i treści jakie oni od nas otrzymujecie. Zapewniamy, że nie przetwarzamy danych osobowych w sposób w pełni automatyczny, bez ingerencji człowieka.
8. Przechowujemy dane osobowe przez okres trwania Umowy, a następnie przez okres przedawnienia roszczeń, wynikający z przepisów kodeksu cywilnego. Wszelkie dane podatkowe oraz przetwarzane na potrzeby rachunkowości przetwarzamy przez 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym powstał obowiązek podatkowy. Jeżeli Ty lub Ubezpieczony wyrażiliście zgodę na przetwarzanie danych w celach marketingowych, przetwarzamy dane od chwili wyrażenia zgody do czasu jej cofnięcia. Po upływie wyżej wymienionych okresów dane osobowe są usuwane lub poddawane anonimizacji.
9. Zawarcie z nami Umowy jest w pełni dobrowolne, jednakże jako Ubezpieczyciel jesteśmy zobowiązani do oznaczenia tożsamości Twojej oraz Ubezpieczonego i wykonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego z wykorzystaniem danych osobowych. Niepodanie danych może skutkować odmową zawarcia Umowy lub realizacji Świadczeń. Również ze względów rachunkowych i podatkowych, mamy obowiązek prawny przetwarzania danych. Brak ich podania może skutkować np. brakiem wystawienia faktury czy imiennego rachunku na Twoją rzecz. Jeżeli otrzymujemy numer telefonu Twój lub Ubezpieczonego, jest to dobrowolne. Brak tych danych nie ma wpływu na zawarcie Umowy, lecz znacznie utrudni nam to kontakt z osobą uprawnioną w procesie realizacji Umowy. Wyrażenie którejkolwiek ze zgód marketingowych również jest dobrowolne. Oznacza to, że odmowa ich udzielenia nie ma wpływu na skorzystanie z naszych Świadczeń. Ty i Ubezpieczony macie prawo odwołać wyrażoną zgodę w dowolnej chwili.
10. Jako administrator danych, zapewniamy Tobie i Ubezpieczonemu prawo dostępu do danych osobowych. Możecie je również sprostować, żądać ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. Możecie także złożyć sprzeciw wobec przetwarzania danych oraz skorzystać z przenoszenia danych do innego administratora. Aby zrealizować powyższe uprawnienia, powinniście skontaktować się z nami poprzez infolinię, stronę internetową lub z naszym Inspektorem Ochrony Danych. Informujemy także, że Ty i Ubezpieczony macie prawo wnieść skargę do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów ochrony danych osobowych.

§14 Postanowienia końcowe

1. Mając na uwadze standardy bezpieczeństwa medycznego Przychodnia lub Szpital może udzielić Świadczenia określonego pacjentowi z pierwszeństwem przed innymi pacjentami.
2. Prawem właściwym stanowiącym podstawę stosunków między nami a Ubezpieczającym przed zawarciem Umowy oraz prawem właściwym do zawarcia i wykonywania tej Umowy oraz rozwiązywania ewentualnych sporów z nią związanych jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie przepisy prawa powszechnie obowiązującego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
3. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy Tobą a nami jest język polski.

4. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla:
 - 1) Twojego miejsca zamieszkania albo
 - 2) miejsca zamieszkania Ubezpieczonego,
 - 3) miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego.
5. Kierowane do nas wnioski, oświadczenia i powiadomienia, które dotyczą realizacji Umowy zawartej na podstawie niniejszych OWU, mogą być składane:
 - 1) na adres naszej siedziby;
 - 2) elektronicznie na adres poczty elektronicznej: obslogaubezpieczenia_ind@luxmed.pl.
6. Wszelkie zmiany Umowy wymagają formy pisemnej, elektronicznej lub dokumentowej pod rygorem nieważności
7. Roszczenia z tytułu Świadczeń wynikających z Umowy nie mogą być przedmiotem cesji w rozumieniu przepisów art. 509 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny ani zastawu w rozumieniu art. 327 Kodeksu cywilnego.
8. Podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego w zakresie zgodności działalności z przepisami polskiego prawa. Wyłączny nadzór nad naszą gospodarką finansową sprawuje szwedzki organ nadzoru.
9. Instytucją, która udzieliła nam zezwolenia na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej, jest Finansinspektionen z siedzibą w Sztokholmie (Szwecja).
10. Ogólne Warunki Ubezpieczenia Twoja Hospitalizacja – zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych z datą 12.05.2026 roku lub późniejszą.

Moduł: Leczenie w Polsce

Postanowienia niniejszego Modułu mają zastosowanie w Umowach, zawartych na podstawie niniejszych OWU, w wariantach wybranych przez Ubezpieczającego, w których skład wchodzi Moduł Leczenie w Polsce.

§1 Definicje stosowane w Module

Określenia użyte w niniejszym Module oznaczają:

1. **Choroba rzadka** – schorzenie, które wg rozporządzenia (WE) nr 141/2000 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 16 grudnia 1999 r. w sprawie sierocych produktów leczniczych, występuje z częstością niższą niż 5 na 10 000 osób w populacji. Jest najczęściej uwarunkowana genetycznie i ma przewlekły oraz często ciężki przebieg. Prowadzi przedwcześnie do zgonu lub powoduje niepełnosprawność. Zazwyczaj ujawnia się w wieku dziecięcym.
2. **Drobny uraz** – uraz, który wymaga pomocy chirurgicznej lub ortopedycznej, ale nie wymaga Hospitalizacji ani procedur medycznych w reżimie sali operacyjnej.
3. **Hospitalizacja (także Hospitalizacja planowa)** – pobyt na polskim oddziale szpitalnym, mający na celu przeprowadzenie diagnostyki lub leczenie, w tym przeprowadzenie operacji spowodowanych Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą. Hospitalizacja obejmuje pobyt na oddziale szpitalnym, który:
 - 1) odbywa się w wyznaczonym terminie;
 - 2) może zostać odroczone o co najmniej 7 dni od momentu potwierdzenia konieczności przez Polskiego lekarza Szpitala, który kwalifikuje do hospitalizacji, z zastrzeżeniem, że odroczenie nie może przekroczyć terminu, po którym może nastąpić, możliwe do przewidzenia, ciężkie pogorszenie stanu zdrowia lub znaczące zmniejszenie szans na powrót do zdrowia.
4. **Izba przyjęć** – dział Szpitala, który:
 - 1) kwalifikuje pacjentów do Hospitalizacji;
 - 2) udziela porady i pomocy doraźnej pacjentom niezakwalifikowanym do Hospitalizacji;
 - 3) przygotowuje dokumenty niezbędne do rejestracji Hospitalizacji;
 - 4) przekazuje pacjenta pod opiekę zespołu oddziału szpitalnego.
5. **Koordinator opieki szpitalnej (także KOS)** – przedstawiciel Operatora, którego zadaniem jest obsługa Ubezpieczonego przy realizacji Leczenia w polsce w ramach Koordynacji opieki szpitalnej.
6. **Placówka medyczna (także Przychodnia)** – podmiot leczniczy udzielający świadczeń ambulatoryjnych w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, działający na terenie i zgodnie z prawem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej, realizujący Świadczenia w oparciu o niniejszy Moduł, wskazany przez nas.
7. **Szpital** – podmiot leczniczy udzielający świadczeń szpitalnych w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, działający na terenie i zgodnie z prawem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej, realizujący Świadczenia w oparciu o niniejszy Moduł. Definicja Szpitala obejmuje również przychodnie wchodzące w skład Szpitala.
8. **Uraz wielonarządowy (politrauma)** – uraz obejmujący jednocześnie kilka układów lub narządów i powodujący uszkodzenia przynajmniej dwóch okolic ciała w znacznym stopniu, stanowiąc możliwość zaburzenia stabilności krążeniowo-oddechowej osoby poszkodowanej. Każde z tych obrażeń może stanowić stan bezpośrednio zagrażający życiu. W szczególności taki uraz obejmuje stany wymagające pilnych interwencji torakochirurgicznych, neurochirurgicznych oraz pobytu w warunkach oddziału anestezjologii i intensywnej terapii.
9. **Wysokospecjalistyczne metody leczenia i diagnostyki** – najbardziej zaawansowane technicznie lub o dużej rozległości metody lecznicze, chirurgia robotyczna, zabiegi operacyjne dotyczące jelit, trzustki i wątroby, naczyń tętniczych, leczenie endometriozy, Funkcjonalne Endoskopowe Operacje Zatok, zabiegi wymagające użycia materiałów wszczepialnych, implantów lub endoprotez, zabiegi neurochirurgiczne dotyczące krążków międzykręgowych, zabiegi z użyciem kleju naczyniowego oraz badania diagnostyczne za pomocą skanerów PET-CT / PET-MRI, badania scyntygraficzne, badania MRI serca. Badania diagnostyczne, o których mowa w niniejszej definicji, dotyczą przygotowania do planowanej Hospitalizacji lub opieki medycznej po Hospitalizacji. W uzasadnionych medycznie przypadkach badania diagnostyczne mogą być realizowane doraźnie w trakcie Hospitalizacji objętej ubezpieczeniem, z zastrzeżeniem, że diagnostyka i leczenie, których cel może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych są wyłączone.

§2 Co jest przedmiotem Modułu?

1. W ramach Modułu Leczenie w Polsce oraz wybranego Wariantu, zapewniamy następujące Świadczenia:
 - 1) **Świadczenie szpitalne** – Świadczenie medyczne związane z Hospitalizacją udzielane w Szpitalu, a w niektórych sytuacjach również w Przychodni;
 - 2) **Szpitalny przegląd zdrowia (także Przegląd)** – zapewnienie gotowości oddziału szpitalnego na przyjęcie Ubezpieczonego w jednym uzgodnionym terminie nie częściej niż raz na 2 lata w trakcie trwania Okresu ochrony w celu udzielenia Świadczenia z

zakresu diagnostyki obrazowej, laboratoryjnej i konsultacji specjalistycznych, udzielane przez Szpital. Ma na celu profilaktykę zdrowotną.

- 3) **Koordinację opieki szpitalnej** – wsparcie Ubezpieczonego w zakresie korzystania z Modułu.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym, które uprawnia Ubezpieczonego do skorzystania ze Świadczeń dostępnych w ramach Modułu jest otrzymanie skierowania wystawionego przez Polskiego lekarza w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia lub poza na leczenie szpitalne (datą Zdarzenia jest data wystawienia skierowania);
3. Jeżeli przez minimum 2 lata nieprzerwanego Okresu ochrony Ubezpieczony nie skorzystał z żadnego ze Świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 1, Ubezpieczony ma możliwość umówienia i skorzystania ze Szpitalnego przeglądu zdrowia. Świadczenie polega na zapewnieniu gotowości oddziału szpitalnego na przyjęcie Ubezpieczonego w jednym uzgodnionym terminie nie częściej niż raz na 2 lata w trakcie trwania Okresu ochrony. W przypadku niestawienia się na Szpitalny przegląd zdrowia w uzgodnionym przez Ubezpieczonego z KOS terminie, mamy prawo do odmowy zaoferowania gotowości oddziału szpitalnego na wykonanie Świadczeń w ramach Przeglądu w innym terminie
4. Świadczenia są udzielane na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w lokalizacjach wskazanych przez nas, których pełna lista znajduje się na stronie <https://www.luxmed.pl/placowki>. Lista lokalizacji zawiera zakres Świadczeń szpitalnych, jakie dana Placówka realizuje.

§3 Jak skorzystać ze Świadczeń opisanych w niniejszym Module?

1. Aby skorzystać ze Świadczeń, Ubezpieczony może powiadomić Koordynatora opieki szpitalnej (KOS) o zdarzeniu objętym Modułem Leczenie w Polsce. Dane kontaktowe do KOS są przekazywane Ubezpieczającemu mailowo niezwłocznie po zawarciu Umowy.
2. Do podjęcia decyzji o realizacji Świadczenia potrzebujemy następujących dokumentów:
 - 1) kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o realizację Świadczenia, a w przypadku, gdy zdarzenie zostało spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem dołączenie również krótkiego opisu okoliczności wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) w przypadku Hospitalizacji planowej:
 - a) kopii skierowania do Szpitala;
 - b) kopii posiadanej dokumentacji medycznej z konsultacji, podczas której wystawiono skierowanie do Szpitala;
 - c) kopii pozostałej dokumentacji medycznej dotyczącej zgłoszonego wniosku (jeśli Ubezpieczony ją posiada);
3. Wniosek o realizację Świadczenia powinien zostać do nas złożony nie później niż 60 dni po wystawieniu skierowania do Szpitala. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych w zdaniach poprzednich możemy odpowiednio zmniejszyć Świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło nam ustalenie okoliczności i skutków wypadku.
4. W określonych sytuacjach skorzystanie ze Świadczeń w ramach Modułu nie będzie możliwe. Jest to związane z okresem Karencji (opisanym w §4 niniejszego Modułu) oraz wyjątkowymi sytuacjami ograniczenia naszej odpowiedzialności (opisanymi w §5 niniejszego Modułu).
5. Jeżeli do określenia, czy Ubezpieczonemu przysługuje Świadczenie, potrzebne będą dodatkowe dokumenty, informacje, badania lub konsultacje Polskich lekarzy, poinformujemy o tym osobę zgłaszającą Zdarzenie, w terminie nie dłuższym niż 7 dni od daty otrzymania wniosku o Świadczenie. Informację prześlemy pisemnie lub w inny sposób, na który ta osoba wyraziła zgodę.
6. Rozpoczniemy realizację Świadczenia nie później niż 30 dni od otrzymania wniosku o realizację Świadczenia.
7. Ustalenie, czy Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu przysługuje Świadczenie, może być niemożliwe w terminie określonym w ust. 6. W takiej sytuacji rozpoczniemy realizację Świadczenia w terminie 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie wszystkich okoliczności było możliwe, przy zachowaniu należytej staranności.
8. Weryfikując wniosek o realizację Świadczenia, możemy ustalić, że Świadczenie nie przysługuje Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu. Poinformujemy o tym na piśmie osobę składającą wniosek i wskażemy podstawę prawną oraz okoliczności, które uzasadniają odmowę.

§4 Jaka jest długość karencji?

1. W Module Leczenie w Polsce stosujemy Karencję.
2. Okresy Karencji stosowane w Module wynoszą:
 - 1) 3 miesiące - dla Hospitalizacji planowych;
 - 2) 10 miesięcy – dla Wysokospecjalistycznych metod leczenia i diagnostyki. W takim przypadku, w okresie karencji, koszt Wysokospecjalistycznych metod i diagnostyki ponosi Ubezpieczony, podczas gdy my zapewniamy pozostałe Świadczenia zgodnie z OWU. 10 miesięczna karencja nie ma zastosowania do wariantu ubezpieczenia Leczenie w Kraju i za Granicą Premium.
3. Nie stosujemy karencji wobec zdarzeń będących wynikiem Nieszczęśliwego wypadku i wobec Świadczenia Koordinacji opieki szpitalnej.

4. Karencji nie stosujemy w przypadku kontynuacji Okresu ochrony w ramach Umowy odnawianej na kolejne okresy, w takim samym lub węższym zakresie ubezpieczenia.

§5 Jakie są wyłączenia i ograniczenia ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia w ramach Modułu?

1. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje zdarzeń, które są skutkiem:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, wojny domowej, zamieszek, stanu wyjątkowego, cywilnego zamachu stanu, aktów terroryzmu, służby wojskowej, udziału w misjach wojskowych lub stabilizacyjnych, czynnego uczestnictwa Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach lub strajkach;
 - 2) stosowania naukowo nieuznanych metod leczenia oraz medycyny niekonwencjonalnej, ludowej i orientalnej, stosowania leków niedopuszczonych do użytku w Polsce oraz ich następstw, jak również udziału Ubezpieczonego w eksperymentach medycznych, badaniach klinicznych lub podobnych badaniach związanych ze zdrowiem, oraz ich następstw;
 - 3) transplantacji organów lub tkanek, komórek, hodowli komórkowych (pochodzenia naturalnego lub sztucznego), w tym także z wykorzystaniem autoprzeszczepu, wszczepianie implantów i urządzeń;
 - 4) wyczynowego uprawiania przez Ubezpieczonego sportu, wymagającego aktywności fizycznej, w tym uczestnictwo w treningach klubowych, związkowych lub stowarzyszeniach sportowych, uprawianie sportu w celach zarobkowych, udział w zawodach sportowych, a także udziału w obozach kondycyjnych lub szkoleniowych o charakterze sportowym. Ponadto, obejmuje ono wyprawy do miejsc o ekstremalnych warunkach klimatycznych lub przyrodniczych. Wyczynowym uprawianiem sportu nie jest:
 - a) rekreacyjne uprawianie dyscyplin sportowych w czasie wolnym, którego celem jest wyłącznie wypoczynek, regeneracja sił psychofizycznych lub utrzymanie dobrego stanu zdrowia;
 - b) udział we współzawodnictwie sportowym o charakterze amatorskim, czyli w imprezach sportowych przeznaczonych dla osób lub zespołów formalnie niezrzeszonych, organizowanych poza klubami, ligami, związkami lub stowarzyszeniami sportowymi;
 - 5) uprawiania sportów wysokiego ryzyka, czyli takich których uprawianie wiąże się ze szczególnym ryzykiem dla zdrowia. W ramach OWU za takie sporty uznajemy:

<ol style="list-style-type: none"> a) sporty lotnicze oraz pilotowanie jakichkolwiek samolotów silnikowych, b) baloniarstwo, c) skoki spadochronowe, d) skoki na linie, e) kolarstwo górskie, f) sporty motorowe i motorowodne, g) kitesurfing, h) wspinaczka wysokogórska, skalna, skałkowa, i) speleologia, j) skoki narciarskie, 	<ol style="list-style-type: none"> k) snowboard oraz narciarstwo z wyjątkiem uprawianych rekreacyjnie na wyznaczonych trasach, l) bobsleje, m) rafting i inne sporty wodne uprawiane na rzekach górskich, n) freediving oraz nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, o) sporty walki, p) myślistwo, q) jazda konna.
---	--
 - 6) stanów klęski żywiołowej, katastrof naturalnych, stanów pandemii oraz stanów epidemii ogłoszonych i potwierdzonych przez właściwe organy administracji państwowej;
 - 7) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego oraz czynników biologicznych i chemicznych w zakresie szkodliwym dla człowieka;
 - 8) prowadzenia pojazdu bez uprawnień, prowadzenia pojazdu bez aktualnego badania technicznego zgodnie z obowiązującymi przepisami lub prowadzenia pojazdu pod wpływem alkoholu, narkotyków albo innych środków odurzających, psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 9) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia, świadomego spowodowania rozstroju zdrowia,
 - 10) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa lub wykroczenia;
 - 11) działania umyślnego, samodzielnego diagnozowania, leczenia, modyfikacji zaleconego leczenia lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego;
 - 12) pozostawiania pod wpływem, nadużycia lub zatrucia dobrowolnie spożywanymi: alkoholem, narkotykami, innymi substancjami odurzającymi lub psychotropowymi, lekami stosowanymi niezgodnie z zaleceniem Lekarza oraz nadużycia lub zatrucia tytoniem;
 - 13) detoksykacji, zabiegów odwykowych, leczenia odwykowego oraz ich następstw;
 - 14) uzyskania świadczeń medycznych za pomocą czynów zakazanych, prób wyłudzenia lub celowego wprowadzenia Ubezpieczyciela w błąd.
2. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje ponadto:
 - 1) leczenia oraz następstw chorób, schorzeń, urazów innych niż wymienione w § 7 niniejszego Modułu;
 - 2) leczenia: chorób, schorzeń, urazów w trybie pilnym / cito w tym stanów nagłych i ostrych;

- 3) leczenia stanów nagłych, które zostały stwierdzone w dniu przyjęcia do Szpitala (w tym udaru mózgu, zawału mięśnia sercowego, zapalenia trzustki, zatorowości płucnej), w szczególności leczenia w warunkach oddziałów prowadzących intensywną terapię lub z zapewnieniem intensywnej terapii nerkozastępczej, dializy wątrobowej, ECMO, wentylacji mechanicznej, kontrapulsacji;
 - 4) rehabilitacji innej niż w placówce wskazanej przez nas i wymienionej w §11 niniejszego Modułu;
 - 5) leczenia Urazów wielonarządowych oraz ich następstw;
 - 6) wszczepienia protez i implantów; zastępujących funkcjonalność i kształt operowanych narządów;
 - 7) leczenia w oddziałach psychiatrycznych;
 - 8) leczenia chorób psychicznych, otępiennych, neurodegeneracyjnych (w tym choroby Alzheimera) oraz ich następstw;
 - 9) leczenia wynikającego ze wskazań natury psychologicznej;
 - 10) diagnozowania i leczenia zaburzeń płodności oraz ich następstw;
 - 11) diagnozowania i leczenia związanego z korektą płci oraz ich następstw;
 - 12) diagnozowania i leczenia wrodzonych wad genetycznych związanych z aberracjami chromosomalnymi oraz wad wrodzonych wywołujących orzeczoną niesprawność oraz ich następstw;
 - 13) diagnozowania i leczenia bez wskazań medycznych oraz diagnostyki i leczenia, których cel może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych;
 - 14) diagnozowania i leczenia Chorób rzadkich oraz ich następstw;
 - 15) zabiegów chirurgii robotycznej;
 - 16) przeprowadzania zabiegów aborcji i leczenia powikłań będących jej następstwami;
 - 17) diagnozowania i leczenia oraz zabiegów lub operacji również ze wskazań medycznych z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej w tym operacji lub zabiegów o charakterze korekcyjnym, kosmetologii; a także leczenia ich niepożądanych następstw, o ile zakres Świadczenia szpitalnego nie stanowi inaczej;
 - 18) diagnozowania i leczenia niewykonywanego w Szpitalach lub Przychodniach wskazanych przez nas oraz ich następstw;
 - 19) świadczeń szpitalnych, które zostały zorganizowane lub zrealizowane u Ubezpieczonego przed zgłoszeniem zdarzenia Ubezpieczycielowi lub w trakcie oczekiwania na decyzję dotyczącą realizacji Świadczenia;
 - 20) wystawiania orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń i wniosków niezwiązanych z koniecznością kontynuacji procesu diagnostycznego i terapeutycznego prowadzonego w Szpitalu lub Przychodni wskazanej przez nas (wyłączenie nie dotyczy Świadczeń medycyny pracy, o ile są objęte zakresem Świadczeń i zaświadczeń o niezdolności do pracy lub nauki);
 - 21) leczenia sanatoryjnego i uzdrowiskowego oraz pobytów rehabilitacyjnych, w domu opieki lub innej placówce opiekuńczo-leczniczej lub leczniczo-pielęgniacyjnej, w której Ubezpieczony przebywa;
 - 22) leczenia zakażenia wirusami HIV, SARS-CoV-2, wirusami wirusowego zapalenia wątroby (z wyłączeniem WZW typu A) oraz schorzeń będących następstwem tych zakażeń;
 - 23) leczenia domowego jako kontynuacji terapii szpitalnej z wyłączeniem leczenia będącego następstwem procedur objętych i zrealizowanych w ramach ubezpieczenia;
 - 24) opieki medycznej po Hospitalizacji w zakresie opisanym w §10 niniejszego Modułu związanej z Hospitalizacją wykonaną w innych placówkach niż wskazane przez nas.
3. Mając na uwadze standardy bezpieczeństwa medycznego, Przychodnia lub Szpital może udzielić Świadczenia określonego pacjentowi z pierwszeństwem przed innym pacjentami.
 4. Przychodnia lub Szpital ma prawo odmówić Ubezpieczonemu Świadczenia, jeśli narusza on swoim zachowaniem zasady współżycia społecznego lub regulaminu organizacyjnego Przychodni lub Szpitala, a także, jeżeli utrudnia pracę lub funkcjonowanie tej placówki lub jej personelu.
 5. Wyłączona z zakresu ochrony jest Hospitalizacja, która ze względów bezpieczeństwa medycznego, stwierdzonych w dniu przyjęcia do oddziału szpitalnego lub w trakcie pobytu, wymaga jednoczesnego leczenia wysoko i wielospecjalistycznego w placówce medycznej spoza listy, o której mowa §2 ust. 4 niniejszego Modułu lub jej zakres wykracza poza zakres opisany w §8-14 niniejszego Modułu.
 6. Nie zrealizujemy Świadczenia szpitalnego w okresie pierwszych 12 miesięcy od początku nieprzerwanie trwającego Okresu ochrony w stosunku do Ubezpieczonego, jeżeli jest ono wynikiem wcześniejszej rezygnacji Ubezpieczonego z pobytu w szpitalu w związku z diagnostyką lub leczeniem w oparciu o skierowanie do Szpitala wystawione przed początkiem Okresu ochrony.
 7. Nie zrealizujemy Świadczenia, jeżeli w wyniku stanu klęski żywiołowej, katastrofy naturalnej, stanu pandemii lub stanu epidemii, ogłoszonych i potwierdzonych przez właściwe organy administracji państwowej, nastąpi brak możliwości świadczenia usług po naszej stronie.
 8. Nie obejmujemy odpowiedzialnością Świadczeń szpitalnych, które zostały zorganizowane lub zrealizowane u Ubezpieczonego przed zgłoszeniem do nas zdarzenia lub w trakcie oczekiwania na decyzję dotyczącą realizacji Świadczenia.

§6 Świadczenia w ramach niniejszego Modułu obejmują:

1. Hospitalizację, o której mowa w § 7.

2. Opiekę medyczną przed Hospitalizacją, o której mowa w § 8.
3. Opiekę medyczną po Hospitalizacji, o której mowa w §9.
4. Rehabilitację, o której mowa w § 10.
5. Konsultacje psychologiczne, o których mowa w § 11.
6. Koordynację opieki szpitalnej, o której mowa w § 12.
7. Szpitalny przegląd zdrowia (dostępny wyłącznie w wariantcie Leczenie w Kraju i za Granicą Premium), o którym mowa w § 13.

§7 Hospitalizacja

1. Zakres Hospitalizacji różni się w zależności od wybranego Modułu i dla wariantów Leczenie w Kraju, Leczenie w Kraju i za Granicą, Leczenie w Kraju i za Granicą Premium obejmuje:

1) Diagnostyka i leczenie w ramach oddziału zachowawczego

- a) obejmuje pobyt oraz przeprowadzenie kompleksowej diagnostyki i leczenia stanów chorobowych w oddziałach: chorób wewnętrznych, kardiologii, pulmonologii, neurologii, diabetologii, gastroenterologii, dermatologii, endokrynologii oraz nefrologii;
- b) nie obejmuje:
 - i. programów lekowych wskazanych w aktualnie obowiązującym obwieszczeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych jako świadczenie gwarantowane, które odbywa się z zastosowaniem innowacyjnych, kosztownych substancji czynnych, które nie są finansowane w ramach innych świadczeń gwarantowanych;
 - ii. usuwania znamion barwnikowych, brodawek skórnych, włókniaków, tłuszczaków, kaszaków oraz kępek żółtych;
 - iii. Hospitalizacji w celu planowanego zastosowania terapii farmakologicznej chorób przewlekłych;
 - iv. diagnostyki i leczenia następstw udarów;
 - v. przewlekłego leczenia nerkozastępczego, realizowanego poza okresem niezbędnej Hospitalizacji mieszczącej się w zakresie Umowy.

2) Ortopedia

- a) obejmuje zabiegi operacyjne ortopedyczne, w tym endoprotezy i ortopedyczne materiały zespalające;
- b) nie obejmuje:
 - i. wydłużania kończyn;
 - ii. zabiegów osseointegracji;
 - iii. operacji kręgosłupa.

3) Chirurgia ogólna

- a) obejmuje zabiegi operacyjne z zakresu chirurgii ogólnej;
- b) nie obejmuje:
 - i. chirurgicznego leczenia otyłości (bariatrii);
 - ii. zabiegów chirurgicznych klatki piersiowej (tj. torakochirurgicznych);
 - iii. usuwania znamion barwnikowych, brodawek skórnych, włókniaków, tłuszczaków, kaszaków oraz kępek żółtych.

4) Chirurgia naczyniowa

- a) obejmuje zabiegi operacyjne na żyłach i tętnicach obwodowych;
- b) nie obejmuje:
 - i. zabiegów operacyjnych wykonywanych w krążeniu pozaustrojowym;
 - ii. operacji tętniaków i malformacji naczyniowych;
 - iii. zabiegów embolizacji zmian patologicznych;
 - iv. zabiegów na naczyniach wewnątrzczaszkowych.

5) Ginekologia

- a) obejmuje zabiegi operacyjne z zakresu ginekologii;
- b) nie obejmuje:
 - i. diagnostyki i leczenia zaburzeń płodności kobiecej oraz wspomaganego rozrodu;
 - ii. ciąży oraz diagnostyki i leczenia zaburzeń związanych z ciążą i porodem;
 - iii. usuwania znamion barwnikowych, brodawek skórnych, włókniaków, tłuszczaków, kaszaków.

6) Laryngologia

- a) obejmuje zabiegi laryngologiczne;
- b) nie obejmuje:

- i. zabiegów wszczepienia implantów narządu słuchu i innych zastępujących funkcje zmysłów;
- ii. zabiegów wymagających asysty neurochirurgicznej;
- iii. leczenia następstw urazów twarzowo-czaszkowych, w szczególności zabiegów rekonstrukcyjnych twarzoczaszki.

7) Urologia

- a) obejmuje zabiegi z zakresu urologii, w tym chirurgię robotyczną gruczołu krokowego;
- b) nie obejmuje:
 - i. zabiegów pobrania lub wszczepienia nerki, przewlekłego leczenia nerkozastępczego realizowanego poza okresem niezbędnej Hospitalizacji mieszczącej się w zakresie Umowy;
 - ii. zabiegów urologicznych powiązanych z korekcją wielkości lub kształtu narządów płciowych;
 - iii. leczenia zaburzeń erekcji;
 - iv. implantacji sztucznych zwieraczy dróg moczowych;
 - v. leczenia zaburzeń płodności męskiej, np. rewazektomii.

8) Okulistyka

- a) obejmuje zabiegi okulistyczne;
- b) nie obejmuje:
 - i. korekty chirurgicznej wad wzroku (np. laserowa korekta wad wzroku lub wszczepienie soczewek faliujnych), za wyjątkiem wszczepienia soczewek korygujących podczas jednoczasowej operacji zaćmy;
 - ii. zabiegów przeszczepu rogówki;
 - iii. leczenia operacyjnego stożka rogówki;
 - iv. zabiegów protezowania zmysłu wzroku;
 - v. usuwania znamion barwnikowych, brodawek skórnych, włókniaków, tłuszczaków, kaszaków oraz kępek żółtych.

9) Neurochirurgia kręgosłupa

- a) obejmuje zabiegi neurochirurgiczne krążków kręgosłupa oraz termolezję;
- b) nie obejmuje:
 - i. leczenia wtórnych i pierwotnych skolioz kręgosłupa;
 - ii. zabiegów operacyjnych dotyczących trzech i więcej krążków międzykręgowych;
 - iii. zabiegów neurochirurgicznych dotyczące mózgowia i czaszki;
 - iv. zabiegów na rdzeniu kręgowym i korzeniach nerwowych;
 - v. złamań kręgosłupa.

10) Chirurgia onkologiczna

- a) obejmuje:
 - i. leczenie chirurgiczne zmian nowotworowych, w tym: plastyczną rekonstrukcję piersi po mastektomii i usuwanie guzków, zmian skórnych i/lub podskórnych większych niż 2 cm;
 - ii. zabiegi profilaktyczne ze wskazań onkologicznych obejmujące owariectomię i mastectomię z plastyczną rekonstrukcją piersi;
 - iii. zaawansowane metody leczenia nowotworów prostaty, w tym chirurgię robotyczną nowotworów prostaty;
- b) nie obejmuje:
 - i. rozległych zabiegów operacyjnych nowotworów głowy i szyi, w tym w szczególności krtani;
 - ii. terapii systemowych (chemioterapii, immunoterapii, CAR-T i innych) oraz radioterapii onkologicznej, jako leczenia izolowanego lub jako elementu leczenia skojarzonego;
 - iii. leczenia zmian nowotworowych mózgowia, płuc, nowotworów hematologicznych;
 - iv. rekonstrukcji piersi w przypadku przeciwwskazań medycznych do wykonania takiego zabiegu.

11) Kardiologia inwazyjna

- a) obejmuje planowe zabiegi z zakresu kardiologii inwazyjnej, w tym także niezbędne w okresie pozabiegowym pobytu w warunkach oddziału intensywnej terapii (Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego);
- b) nie obejmuje:
 - i. leczenia ostrych zespołów wieńcowych, według aktualnych kryteriów rozpoznania Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego;
 - ii. operacji kardiologicznych;
 - iii. implantacji kardiostymulatorów, zastawek serca, kardiowerterów-defibrylatorów (ICD) i urządzeń o analogicznej lub zbliżonej funkcji.

2. Ponadto wariant Leczenie w Kraju i za Granicą Premium obejmuje:

1) Bariatria - chirurgiczne leczenie otyłości

- a) chirurgiczne leczenie otyłości po spełnieniu kryteriów kwalifikacyjnych do operacji:
- wskaźnik masy ciała BMI: $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ bez względu na obecność chorób współistniejących lub $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ w przypadku współistnienia chorób związanych z otyłością;
 - wiek pacjenta: 18–65 lat;
 - współistnienie co najmniej 2 chorób związanych z otyłością, obejmujących: cukrzycę typu 2, nadciśnienie tętnicze, obturacyjny bezdech senny, niewydolność serca z udokumentowaną nieskutecznością ich leczenia, dla której chirurgiczna redukcja masy ciała jest jedyną terapeutyczną możliwością poprawy tej skuteczności
 - potwierdzony w dokumentacji 2 letni brak skutecznego leczenia zachowawczego tj nie osiągnięto zmiany stylu życia oraz brak efektów leczenia farmakologicznego, których celem było ograniczenie otyłości i ich następstw;
 - gotowość pacjenta do współpracy i zmiany stylu życia, w tym potwierdzona w dokumentacji medycznej redukcja masy ciała o co najmniej 10% wartości pierwotnej masy ciała, ale nie mniej niż 10 kg przed planowaną operacją bariatryczną
 - brak skuteczności leczenia zachowawczego;
 - gotowość pacjenta do współpracy i zmiany stylu życia;
 - brak przeciwwskazań do zabiegu;
- i dotyczy: laparoskopowej rękawowej resekcji żołądka oraz laparoskopowego ominięcia żołądkowego typu Roux-en-Y;
3. W ramach wariantu Leczenie w Kraju i za Granicą dla Dziecka oferujemy Hospitalizację planową w zakresie następujących obszarów medycznych:
- 1) Ortopedia**
 - obejmuje zabiegi operacyjne ortopedyczne, w tym endoprotezy i ortopedyczne materiały zespajające;
 - nie obejmuje:
 - wydłużania kończyn;
 - zabiegów osseointegracji;
 - operacji kręgosłupa.
 - 2) Chirurgia dziecięca**
 - obejmuje zabiegi operacyjne z zakresu chirurgii ogólnej;
 - nie obejmuje:
 - chirurgicznego leczenia otyłości;
 - zabiegów chirurgicznych klatki piersiowej (tj. torakochirurgicznych);
 - usuwania znamion barwnikowych, brodawek skórnych, włókniaków, tłuszczaków, kaszaków oraz kępek żółtych.
 - 3) Urologia**
 - obejmuje zabiegi operacyjne w ramach urologii dla dzieci w zakresie: żyłaki powrózka nasiennego, stulejka, wodniak jądra i powrózka nasiennego, kamica nerki i moczowodu, kamica pęcherza moczowego i cewki moczowej.
 - 4) Laryngologia**
 - obejmuje zabiegi laryngologiczne;
 - nie obejmuje:
 - zabiegów wszczepienia implantów narządu słuchu i innych zastępujących funkcje zmysłów;
 - zabiegów wymagających asysty neurochirurgicznej;
 - leczenia następstw urazów twarzowo-czaszkowych, w szczególności zabiegów rekonstrukcyjnych twarzoczaszki.

§8 Opieka medyczna przed Hospitalizacją

- Zakresem objęte są świadczenia diagnostyki obrazowej, laboratoryjnej i konsultacji specjalistycznych niezbędne do przygotowania do Hospitalizacji. Zakres wszystkich badań oraz konsultacji określimy w trakcie przygotowania Ubezpieczonego do Hospitalizacji, po zaakceptowaniu wniosku o realizację Świadczenia. Nie zrealizujemy badań oraz konsultacji w zakresie opieki medycznej przed Hospitalizacją zleconych przez inną placówkę medyczną niż wskazana przez nas. Opieka medyczna przed Hospitalizacją jest niezbędna do:
 - określenia konieczności Hospitalizacji planowej, jej typu, metody i zakresu zabiegu;
 - zakwalifikowania Ubezpieczonego do Hospitalizacji;
 - określenia terminu przeprowadzenia operacji, zabiegu;
 - opracowania planu leczenia.
- Opieka medyczna przed Hospitalizacją nie jest tym samym co:
 - postawienie diagnozy;
 - monitorowanie leczenia;
 - poradnictwo ogólnomedyczne;
 - wydanie drugiej opinii medycznej.
- Zakres nie obejmuje:

- 1) prowadzenia ciąży;
- 2) leczenia ambulatoryjnego w tym zabiegów, badań, jeżeli podczas kwalifikacji Lekarz nie zdecyduje o konieczności hospitalizacji.

§9 Opieka medyczna po Hospitalizacji

1. Opieka po Hospitalizacji obejmuje 8 wizyt kontrolnych we wskazanej przez nas placówce medycznej. Służą one monitorowaniu efektów przeprowadzonego zabiegu i procesu powrotu do zdrowia. Realizowane są w okresie do 60 dni od wypisu ze Szpitala lub do zakończenia okresu rehabilitacji wskazanego w § 10 poniżej, w zależności od tego, który z tych terminów nastąpi wcześniej.
2. Oferujemy opiekę także w przypadku nagłego pogorszenia się stanu zdrowia Ubezpieczonego po udzielonym Świadczeniu. W takim przypadku, zakres opieki dostosowany jest do sytuacji i zapotrzebowania medycznego i ma na celu poprawę lub przywrócenie prawidłowego stanu zdrowia Ubezpieczonego. Zakres Świadczenia określa wskazany przez nas Polski lekarz.
3. Opiekę medyczną po Hospitalizacji oferujemy wyłącznie w odniesieniu do Świadczenia przeprowadzonego w ramach Umowy.

§10 Rehabilitacja

1. Zakres rehabilitacji po Hospitalizacji różni się w zależności od wybranego Modułu i obejmuje dla wariantów:
 - 1) Leczenie w Kraju, Leczenie w Kraju i za Granicą, Leczenie w Kraju i za Granicą dla Dziecka:
 - a) niezbędne zabiegi z zakresu fizykoterapii i kinezyterapii wg zaleceń personelu lekarskiego lub fizjoterapeutycznego po zabiegach ortopedycznych, przez okres do 12 tygodni od daty wypisu ze szpitala;
 - b) niezbędne zabiegi z zakresu fizykoterapii i kinezyterapii wg zaleceń personelu lekarskiego lub fizjoterapeutycznego po zabiegach neurochirurgicznych przez okres do 12 tygodni od daty wypisu ze szpitala;
 - c) niezbędne zabiegi z zakresu drenażu limfatycznego po zabiegach chirurgicznych (np. mastektomii) wg zaleceń personelu lekarskiego lub fizjoterapeutycznego do 12 tygodni od daty wypisu ze szpitala;
 - d) badania obrazowe niezbędne do monitorowania przebiegu postępów rehabilitacji;
 - e) wizytę lekarską podsumowującą okres rehabilitacji.
 - 2) Leczenie w Kraju i za Granicą Premium:
 - a) niezbędne zabiegi z zakresu fizykoterapii i kinezyterapii wg zaleceń personelu lekarskiego lub fizjoterapeutycznego po zabiegach ortopedycznych, przez okres do 24 tygodni od daty wypisu ze szpitala;
 - b) niezbędne zabiegi z zakresu fizykoterapii i kinezyterapii wg zaleceń personelu lekarskiego lub fizjoterapeutycznego po zabiegach neurochirurgicznych przez okres do 24 tygodni od daty wypisu ze szpitala;
 - c) niezbędne zabiegi z zakresu drenażu limfatycznego po zabiegach chirurgicznych (np. mastektomii) wg zaleceń personelu lekarskiego lub fizjoterapeutycznego do 24 tygodni od daty wypisu ze szpitala;
 - d) badania obrazowe niezbędne do monitorowania przebiegu postępów rehabilitacji;
 - e) wizytę lekarską podsumowującą okres rehabilitacji.
2. Szczegółowy zakres rehabilitacji określimy przed końcem Hospitalizacji. Nie zrealizujemy rehabilitacji zleconej przez inną placówkę medyczną niż wskazana przez nas.
3. Nasza odpowiedzialność w zakresie rehabilitacji nie obejmuje:
 - 1) zabiegów rehabilitacyjnych wynikających ze wskazań innych niż następstwa zabiegu operacyjnego zrealizowanego w ramach ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) terapii złamań za pomocą stymulatorów wzrostu kostnego wykorzystujących oddziaływania fizyczne (np. falę ultradźwiękową);
 - 3) rehabilitacji zleconej podczas kwalifikacji, ale koniecznej do wykonania przed przeprowadzeniem zabiegu.
4. Rehabilitację oferujemy wyłącznie w odniesieniu do Świadczenia przeprowadzonego w ramach Umowy.

§11 Konsultacje psychologiczne

1. Dla Ubezpieczonych ze zdiagnozowanym nowotworem złośliwym, korzystających ze Świadczenia Hospitalizacji w obszarze Chirurgii onkologicznej, oferujemy konsultacje psychologiczne. Konsultacje mogą zostać przeprowadzone w trybie stacjonarnym lub zdalnym. Oferujemy w wariantach Leczenie w Kraju, Leczenie w Kraju i za Granicą, Leczenie w Kraju i za Granicą Premium do 5 konsultacji w ciągu 12 miesięcy oraz w wariantach Leczenie w Kraju i za Granicą dla Dziecka do 3 konsultacji w ciągu 12 miesięcy, licząc od daty zdiagnozowania nowotworu. Datą zdiagnozowania nowotworu jest data wykonania badania histopatologicznego potwierdzającego nowotwór.

§12 Koordynacja opieki szpitalnej

1. Ubezpieczony korzysta z wybranych przez siebie świadczeń w ramach Koordynacji Opieki Szpitalnej. Może skorzystać z części lub z całości oferowanego zakresu świadczeń.

2. Zakres świadczeń, które oferujemy w ramach Koordynacji Opieki Szpitalnej, obejmuje:
- 1) przyjęcie od Ubezpieczonego wniosku o realizację Świadczenia oraz bieżący kontakt z Ubezpieczonym w trakcie weryfikacji wniosku, a także w trakcie trwania Umowy;
 - 2) koordynację nad Ubezpieczonym przed Hospitalizacją:
 - a) przedstawienie propozycji Hospitalizacji – przedstawienie do wyboru dostępnych Szpitali i Polskich lekarzy;
 - b) umówienie pobytu zgodnie z wyborem Ubezpieczonego;
 - c) pomoc w umówieniu na badania i konsultacje kwalifikujące do Hospitalizacji;
 - d) monitorowanie realizacji przez Ubezpieczonego badań i konsultacji;
 - e) przypomnienie Ubezpieczonemu o terminie przyjęcia do Szpitala i wymaganych dokumentach, a także potwierdzenie obecności Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - f) koordynację obiegu dokumentów medycznych między Ubezpieczonym a Szpitalem;
 - g) przekazanie informacji dotyczących pobytu w Szpitalu;
 - 3) koordynację w trakcie Hospitalizacji:
 - a) pomoc w przekazaniu dokumentów niezbędnych do Świadczenia na rzecz Ubezpieczonego;
 - b) bieżący kontakt ze Szpitalem;
 - c) przekazywanie informacji o bieżącym statusie realizacji procedur medycznych osobie upoważnionej do otrzymywania informacji medycznych o Ubezpieczonym;
 - d) umówienie na wizytę kontrolną po Hospitalizacji, a także przedstawienie planu opieki po udzieleniu Świadczenia;
 - e) organizację transportu medycznego, jeżeli wynika on z potwierdzonych przez nas wskazań medycznych, który obejmuje transport kołowy:
 - międzyszpitalny w przypadku, gdy zlecimy transport medyczny do innej jednostki w ramach kontynuacji leczenia objętego zakresem ubezpieczenia, a także do innego najbliższego Szpitala w ramach kontynuacji leczenia w sytuacji, gdy dalsza diagnostyka i leczenie wykracza poza zakres naszej odpowiedzialności;
 - ze Szpitala do miejsca pobytu Ubezpieczonego;
 - 4) koordynację po Hospitalizacji, zgodnie z zaleceniami Polskiego lekarza:
 - a) umówienie zleconych Ubezpieczonemu badań lub rehabilitacji;
 - b) organizację transportu medycznego kołowego, jeżeli wynika on z potwierdzonych przez nas wskazań medycznych, który obejmuje transport kołowy:
 - z miejsca pobytu Ubezpieczonego do Szpitala;
 - ze Szpitala do miejsca pobytu Ubezpieczonego;
 - c) skompletowanie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego;

§13 Szpitalny przegląd zdrowia (dostępny wyłącznie w wariantcie Leczenie w Kraju i za Granicą Premium)

1. Szpitalny przegląd zdrowia jest przeprowadzany we wskazanym przez nas Szpitalu, w ciągu jednego dnia, w terminie uzgodnionym z Ubezpieczonym. Wydłużenie czasu jego realizacji powyżej jednego dnia może mieć miejsce w przypadkach uzasadnionych medycznie, jak np. konieczność powtórzenia badania w warunkach szpitalnych.
2. W zależności od oficjalnych wytycznych, w tym wytycznych wewnętrznych Szpitala związanych z sytuacją epidemiczną, wykonanie Szpitalnego przeglądu zdrowia może być uwarunkowane uzyskaniem przez Ubezpieczonego negatywnego wyniku rekomendowanego testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 (wirus wywołujący COVID-19) ważnego w dniu realizacji Przeglądu. Test finansujemy i udostępnimy przed planowanym Przeglądem.
3. Szczegółowy zakres świadczeń, zależy od płci i wieku Ubezpieczonego:

Szpitalny przegląd zdrowia dla kobiety w wieku poniżej 40 lat

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Pomiar ciśnienia • Pomiar wzrostu i wagi • Mocz – badanie ogólne • Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny • Badania laboratoryjne: OB./ESR, Transaminaza ALT, GGTP, Kreatynina, TSH, FT4, HCV Ab przeciwciała, HBS antygen, kwas moczowy, lipidogram, D-dimery, glukoza na czczo, Witamina D3 metabolit 25 (OH), Sód, Potas, Grupa krwi, Ferrytyna | <ul style="list-style-type: none"> • Badanie EKG – spoczynkowe • RTG klatki piersiowej • USG serca, jamy brzusznej, piersi, tarczycy, ginekologiczne • Cytologia szyjki macicy • Konsultacja internisty i ginekologa |
|---|---|

Raport stanu zdrowia i zalecenia

Szpitalny przegląd zdrowia dla kobiety w wieku 40 lat i więcej

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Pomiar ciśnienia • Pomiar wzrostu i wagi • Mocz – badanie ogólne • Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny • Badania laboratoryjne: OB./ESR, Transaminaza ALT, GGTP, Kreatynina, TSH, FT4, HCV Ab przeciwciała, HBS antygen, kwas moczowy, lipidogram, Homocysteina, D-dimery, glukoza na czczo, HbA1C, Insulina/Insulina na czczo, Witamina D3 metabolit 25 (OH), Witamina B12, Wapń, Fosfor, Sód, Potas, Grupa krwi, FSH, Testosteron, Ferrytyna | <ul style="list-style-type: none"> • Badanie EKG – spoczynkowe • RTG klatki piersiowej • USG serca, jamy brzusznej, piersi, tarczycy, ginekologiczne • Mammografia • Cytologia szyjki macicy • Konsultacja internisty, ginekologa i kardiologa |
|--|--|

Raport stanu zdrowia i zalecenia**Szpitalny przegląd zdrowia dla mężczyzny w wieku poniżej 40 lat**

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Pomiar ciśnienia • Pomiar wzrostu i wagi • Mocz – badanie ogólne • Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny • Badania laboratoryjne: OB./ESR, Transaminaza ALT, GGTP, Kreatynina, TSH, FT4, HCV Ab przeciwciała, HBS antygen, kwas moczowy, lipidogram, D-dimery, glukoza na czczo, Witamina D3 metabolit 25 (OH), Sód, Potas, Grupa krwi, Testosteron | <ul style="list-style-type: none"> • PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA/PSA) • Badanie EKG – spoczynkowe • RTG klatki piersiowej • USG serca, jamy brzusznej, tarczycy, jąder, prostaty • Konsultacja internisty i urologa |
|---|--|

Raport stanu zdrowia i zalecenia**Szpitalny przegląd zdrowia dla mężczyzny w wieku 40 lat i więcej**

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Pomiar ciśnienia • Pomiar wzrostu i wagi • Mocz – badanie ogólne • Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny • Badania laboratoryjne: OB./ESR, Transaminaza ALT, GGTP, Kreatynina, TSH, FT4, HCV Ab przeciwciała, HBS antygen, kwas moczowy, lipidogram, Homocysteina, D-dimery, glukoza na czczo, HbA1C, Insulina/Insulina na czczo, Witamina D3 metabolit 25 (OH), Witamina B12, Wapń, Fosfor, Sód, Potas, Grupa krwi, Testosteron | <ul style="list-style-type: none"> • PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA/PSA) • Badanie EKG – spoczynkowe • RTG klatki piersiowej • USG serca, jamy brzusznej, tarczycy, jąder, prostaty • Konsultacja internisty, urologa i kardiologa |
|--|--|

Raport stanu zdrowia i zalecenia

4. Nie przeprowadzimy Szpitalnego przeglądu zdrowia, jeżeli Ubezpieczony ma stwierdzoną infekcję, jej podejrzenie lub inny rozstrój zdrowia, który może zaburzyć wyniki Świadczenia.
5. W przypadku wskazań medycznych, na wniosek Polskiego lekarza prowadzącego Szpitalny przegląd zdrowia, możemy rozszerzyć zakres usług zrealizowanych podczas Przeglądu o dodatkowe badania, których łączny koszt nie przekroczy kwoty 1000 zł brutto.
6. Możemy odstąpić od wykonania lub ograniczyć zakres Szpitalnego przeglądu zdrowia w razie przeciwwskazań medycznych do wykonania określonych badań.

Moduł: Leczenie Międzynarodowe

Postanowienia niniejszego Modułu mają zastosowanie w Umowach, zawartych na podstawie niniejszych OWU, w wariantach wybranych przez Ubezpieczającego, w których skład wchodzi Moduł Leczenie Międzynarodowe.

§1 Definicje stosowane w Module

1. **Badania kliniczne** – badania przeprowadzane z udziałem pacjentów w celu oceny bezpieczeństwa i skuteczności nowego protokołu leczenia, nowego leku, nowego wyrobu medycznego lub nowej procedury diagnostycznej. Pacjent z diagnozą nowotworu złośliwego w przypadkach spełniających warunki określone przez organizatora badań klinicznych zostaje zakwalifikowany do udziału w badaniu klinicznym nowego protokołu leczenia, który jest dostępny wyłącznie w fazie eksperymentalnej lub co do którego przewiduje się, że będzie bardziej skuteczny niż leczenie dostępne standardowo.
2. **Certyfikat leczenia za granicą (Certyfikat)** – pisemna zgoda wydana przez Partnera w naszym imieniu na organizację i pokrycie kosztów Leczenia za granicą oraz innych świadczeń ubezpieczeniowych, które są objęte Umową w określonej placówce za granicą. Certyfikat jest wydawany Ubezpieczonemu przed skorzystaniem przez niego ze świadczenia Opieka medyczna za granicą.
3. **Dawca** – żywa osoba, od której pobierane są komórki, tkanki lub narządy do Przeszczepu od żywego dawcy dla Ubezpieczonego.
4. **Druga opinia medyczna** – opinia medyczna dostarczona Ubezpieczonemu na piśmie przez Partnera w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego Poważnego stanu chorobowego, dotycząca stanu zdrowia, diagnozy i leczenia Ubezpieczonego, wydawana na podstawie dokumentacji medycznej dostarczonej przez Ubezpieczonego.
5. **Dzień wystąpienia Poważnego stanu chorobowego** - dzień, w którym:
 - 1) wykonano badanie, które potwierdziło rozpoznanie: nowotworu złośliwego, nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym, nowotworu in situ, ciężką dysplazję nowotworową, lub
 - 2) zalecono wykonanie jednej z następujących operacji: operacji pomostowania tętnic wieńcowych, wymiany lub naprawy zastawek serca, operacji neurochirurgicznej, przeszczepienia od Dawcy narządów lub przeszczepienia szpiku kostnego.
6. **Pobyt w szpitalu** – każdy dzień kalendarzowy, w którym Ubezpieczony przebywał w Szpitalu, przy czym pierwszym dniem jest dzień przyjęcia do Szpitala, a ostatnim dniem jest dzień wypisu. Pobyt w szpitalu musi być Związany z leczeniem objętym Umową ubezpieczenia i trwać co najmniej 24 godziny lub obejmować nocleg.
7. **Poważny stan chorobowy** – choroba lub stan zdrowia objęty ochroną ubezpieczenia w ramach Modułu Leczenie Międzynarodowe, opisany w ramach czterech grup zdefiniowanych w § 2 ust. 3 poniżej.
8. **Ekspertski raport medyczny** - opinia, którą sporządza Zespół lekarsko-ekspertski, w ramach świadczenia medycyny precyzyjnej na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej oraz bioprobek.
9. **Inżynieria tkankowa** – postępowanie, które dotyczy komórek lub tkanek zmodyfikowanych tak, by mogły być zastosowane do naprawy, regeneracji lub zamiany z tkankami ludzkimi.
10. **Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą** – świadczenie obejmujące kontrolę stanu zdrowia Ubezpieczonego po powrocie do Polski, która została zaplanowana przez lekarza prowadzącego Leczenie za granicą.
11. **Leczenie alternatywne** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkt medyczny albo farmaceutyczny, które nie są uważane za część medycyny konwencjonalnej, w tym akupunktura, aromaterapia, medycyna chiropraktyczna, medycyna homeopatyczna, medycyna naturopatyczna, ajurweda, tradycyjna medycyna chińska i medycyna osteopatyczna.
12. **Leczenie eksperymentalne** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkt, których skuteczność i bezpieczeństwo nie zostały potwierdzone naukowo i medycznie lub które są w trakcie badań lub testów.
13. **Leczenie za granicą** – leczenie Poważnego stanu chorobowego, które:
 - 1) odbywa się poza Polską, w Placówce medycznej za granicą wybranej przez Ubezpieczonego spośród placówek rekomendowanych przez Partnera;
 - 2) jest konieczne z medycznego punktu widzenia w celu poprawy stanu zdrowia Ubezpieczonego, w związku z wystąpieniem Poważnego stanu chorobowego;
 - 3) zgodnie z opinią Lekarza konsultanta lub Zespołu medycznego Partnera, która uwzględni aktualną wiedzę medyczną (w szczególności wytyczne organizacji NCCN (National Comprehensive Cancer Network) w zakresie leczenia nowotworu) na temat danego Poważnego stanu chorobowego, jest uznane za najbardziej efektywny sposób leczenia.
14. **Lekarz konsultant** – Lekarz, praktykujący poza granicami Polski, o specjalności lekarskiej i doświadczeniu zawodowym właściwym dla specyfiki danego Poważnego stanu chorobowego, który sporządza Drugą opinię medyczną.
15. **Lek wydawany na receptę** – substancja lub połączenie substancji, która jest wydawana wyłącznie na receptę i jest dopuszczona do obrotu w danym kraju oraz w Polsce. Recepta na lek jest ważna także dla odpowiednika tego leku o tych samych składnikach aktywnych, sile i dawkowaniu.

16. **Opieka medyczna za granicą** – świadczenie obejmujące: organizację i pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego, zakwaterowania, Leczenia za granicą, dzienne świadczenie szpitalne, zwrot kosztów zakupu Leków wydawanych na receptę po powrocie do Polski, a w przypadku śmierci Ubezpieczonego lub Dawcy organizację i pokrycie kosztów repatriacji zwłok.
17. **Osoba towarzysząca** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego, która towarzyszy mu podczas realizacji świadczeń wynikających z Umowy. W przypadku realizacji świadczeń dla osoby niepełnoletniej Umowa pokrywa koszty dwóch Osób towarzyszących.
18. **Placówka medyczna za granicą** – Szpital (przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, które zgodnie z przepisami prawa kraju, na którego terenie działalność jest prowadzona, spełnia kryteria określone w przepisach tego kraju dla ustawowej definicji szpitala), przychodnia lub gabinet medyczny, działający poza Polską, zgodnie z wymogami miejscowego prawa, świadczący opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki oraz leczenia i zatrudniający wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski.
19. **Placówka medyczna w Polsce** – Szpital, przychodnia lub gabinet medyczny w Polsce, działający zgodnie z wymogami polskiego prawa, świadczący opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki oraz leczenia i zatrudniający wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski.
20. **Portal leczenie za granicą** - platforma internetowa dostarczona i zarządzana przez Partnera w celu realizacji świadczeń dla Ubezpieczonego, udostępniona Ubezpieczonemu po złożeniu przez niego powiadomienia zgodnie z §3 poniżej.
21. **Postępowanie profilaktyczne** – jakkolwiek procedura medyczna albo przyjęcie leku mająca wyłącznie na celu obniżenie ryzyka zachorowania na nowotwór złośliwy. Przykładem postępowania profilaktycznego jest profilaktyczna operacja chirurgiczna, która polega na usunięciu tkanki lub organu, o zwiększonym ryzyku zachorowania na nowotwór złośliwy, w którym obecnie nie potwierdzono występowania komórek nowotworowych.
22. **Przeszczep od żywego dawcy** – przeszczep narządów lub przeszczep szpiku kostnego od żywego dawcy.
23. **Rzadka forma Nowotworu Złośliwego** - nowotwór, którego częstość występowania jest mniejsza niż 6 przypadków na 100 000 zachorowań i uwzględniony na liście Surveillance of Rare Cancers in Europe, opublikowanej na stronie internetowej www.esmo.org (European Society for Medical Oncology).
24. **Suma ubezpieczenia** - stanowiąca górną granicę naszej odpowiedzialności kwota wskazana w OWU, do wysokości której będą realizowane świadczenia wynikające z wystąpienia Poważnego stanu chorobowego u Ubezpieczonego w danym Okresie ochrony, zarówno w trakcie pierwszego i kolejnych Okresów ochrony, o ile zachowana będzie ich ciężkość.
25. **Spersonalizowana terapia onkologiczna (medycyna precyzyjna)** – świadczenie, w ramach którego Partner wykonuje dodatkowe badanie molekularne mające na celu dokładne zdiagnozowanie choroby umożliwiające spersonalizowanie leczenia, w tym oceny oporności oraz określenie rokowania pacjenta. Świadczenie może zawierać ocenę możliwości uczestnictwa w badaniach klinicznych.
26. **Terapia genowa** – postępowanie, które dotyczy genów powodujących efekt terapeutyczny, profilaktyczny lub diagnostyczny i polega na wprowadzeniu do organizmu genów lub fragmentów genów DNA lub RNA stworzonych w laboratorium, w celu leczenia różnego rodzaju chorób (w tym chorób genetycznych, nowotworów albo chorób przewlekłych).
27. **Terapia komórkami somatycznymi** – postępowanie, które dotyczy komórek lub tkanek poddanych modyfikacjom w celu zmiany ich charakterystyki biologicznej lub użycia komórek lub tkanek w innej roli, niż ich podstawowa rola biologiczna w organizmie. Procedury te mogą być stosowane do leczenia, diagnostyki lub zapobiegania chorobom.
28. **Terapia limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor CAR T-cell therapy** – terapia z użyciem limfocytów T z chimericznymi receptorami antygenowymi) – rodzaj leczenia, w którym funkcja limfocytów T (rodzaj komórek układu odpornościowego) została zmodyfikowana w laboratorium tak, by były w stanie znaleźć i zaatakować komórki nowotworowe. Limfocyty T są pobierane z krwi pacjenta.
29. **Testy genetyczne** - rodzaj badania, które polega na analizie sekwencji materiału genetycznego DNA bioprobki; Testy genetyczne dzielą się na:
 - 1) **Badania mutacji somatycznych (nabytych)**, 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;
 - 2) **Badanie mutacji germinalnych** - mające na celu wykrycie mutacji dziedzicznych, które są obecne w każdej komórce ciała i były obecne od urodzenia. Celem tego badania jest ustalenie odziedziczonych predyspozycji do zachorowania na pewne typy nowotworów. Wyniki testu mogą pomóc w opiece onkologicznej poprzez identyfikację pacjentów z dziedzicznymi czynnikami ryzyka mogącymi wpływać na leczenie choroby nowotworowej oraz przyszłe ryzyko występowania kolejnych pierwotnych nowotworów złośliwych. Analiza może być istotna dla członków rodziny, którzy mogą dziedziczyć te same mutacje. Testowanie jest wykonywane jako analiza materiału w formie wymazu z policzka, próbki śliny lub próbki krwi.
30. **Transport medyczny** – transport Ubezpieczonego lub Dawcy dostosowany do jego stanu zdrowia, zalecany przez Lekarza konsultanta lub Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą, realizowany zgodnie z jego wskazaniami, z użyciem transportu sanitarnego; transport ten zatwierdza i organizuje Further.

31. **Uprawnieni członkowie rodziny** – biologiczne rodzeństwo i biologiczne dzieci Ubezpieczonego, ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na nowotwór złośliwy. Dla osób do 18 roku życia biologiczne rodzeństwo dziecka ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na nowotwór złośliwy.
32. **Zaprobowany protokół terapii CAR-T** – zastosowanie Terapii limfocytami CAR-T obejmującej pojedynczą infuzję leku oraz etapy leczenia przygotowawczego (wstępnego) wraz z podaniem leków przygotowujących do infuzji (premedykacja), jak również monitorowanie stanu pacjenta po infuzji przeprowadzone ściśle z protokołem leczenia określonym w licencji farmaceutycznej opracowanej przez upoważnione do tego podmioty w kraju, gdzie dana procedura jest przeprowadzana jest leczenie.
33. **Zespół lekarsko-ekspertki** – zespół specjalistów z zakresu onkologii, genetyki i patologii, z którymi współpracuje Partner w ramach świadczenia medycyny precyzyjnej, wyznaczony do sporządzenia Ekspertki raportu medycznego.
34. **Zespół medyczny Partnera** - zespół Lekarzy współpracujący z Partnerem, który w naszym imieniu realizuje świadczenia określone w niniejszym OWU.

§2 Co jest przedmiotem Modułu?

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego w Okresie ochrony Poważnego stanu chorobowego wskazanego w grupach Poważnych stanów chorobowych wskazanych w pkt. 3 poniżej.
- Grupy Poważnych stanów chorobowych, z zastrzeżeniem wyłączeń i ograniczeń naszej odpowiedzialności opisanych w § 18:
 - Grupa 1 – **nowotwory** – obejmująca:

a) **nowotwór złośliwy** – niekontrolowany rozrost komórek nowotworowych, cechujących się zdolnością do naciekania i niszczenia tkanek oraz tworzenia odległych przerzutów. Odpowiadamy wyłącznie za taki nowotwór złośliwy, którego inwazyjny charakter został potwierdzony badaniem histopatologicznym.

b) **Szczególna postać nowotworu złośliwego** – każdy nowotwór złośliwy, zakwalifikowany zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 /11 jako konkretny typ nowotworu, który jednocześnie:

- nie reaguje na Leczenie pierwszej linii lub
- jest w III stopniu zaawansowania klinicznego (nowotwór zaawansowany), lub
- jest w IV stopniu zaawansowania klinicznego (nowotwór bardzo zaawansowany z obecnością przerzutów odległych), lub
- ma nieznaną umiejscowienie pierwotne, czyli nie można ustalić źródła pierwotnej zmiany, lub
- jest Rzadką formą Nowotworu złośliwego,

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

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

- Grupa 2 – **choroby sercowo-naczyniowe** – obejmująca:

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

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

- Grupa 3 – **operacje w zakresie chirurgii wewnątrzczaszkowej i rdzenia kręgowego** – obejmująca:

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

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

4) Grupa 4 - **Przeszczepy od żywego dawcy** – obejmująca przeszczep:

- a) **narządów** – to jest operacji chirurgicznej, podczas której Ubezpieczonemu jako biorcy zostaje przeszczepiona nerka, płat płuca, część wątroby lub część trzustki od żywego Dawcy, lub
- b) **szpiku kostnego** – to jest przeszczepu komórek szpiku kostnego lub komórek macierzystych z krwi obwodowej, które pochodzą od:
- Ubezpieczonego (przeszczep autologiczny), lub
 - Dawcy (przeszczep allogeniczny).

4. Pokrycie kosztów procedur medycznych wymienionych w grupach 2, 3 i 4 obowiązuje w przypadku, gdy Poważny stan chorobowy nie jest związany z nowotworem wymienionym w grupie 1.

§3 Jak skorzystać ze świadczeń opisanych w niniejszym Module?

1. Aby skorzystać ze Świadczeń, Ubezpieczony powinien powiadomić Ubezpieczyciela o wystąpieniu Poważnego stanu chorobowego:
 - 1) Poczta elektroniczną: roszczeniaszpitalne@luxmed.pl;
 - 2) Poczta tradycyjną na adres siedziby Ubezpieczyciela.
2. Po zgłoszeniu Ubezpieczony uzyska za pośrednictwem Partnera dostęp do Portalu, gdzie rejestruje się podając swój adres e-mail.

§4 Okres realizacji świadczeń związanych z wystąpieniem Poważnego stanu chorobowego

1. Realizacja świadczeń trwa 36 miesięcy dla każdej z grup Poważnych stanów chorobowych wskazanych powyżej.
2. Okres realizacji świadczeń rozpoczyna się:
 - 1) pierwszego dnia pierwszej podróży rozpoczynającej Leczenie za granicą pierwszego z Poważnych stanów chorobowych w ramach danej grupy i dotyczy wszystkich Poważnych stanów chorobowych z tej grupy, które wystąpiły w tym okresie;
 - 2) następnego dnia po zakończeniu Okresu ochrony, jeśli zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego tj. wystąpienie Poważnego stanu chorobowego miało miejsce w Okresie ochrony, a pierwsza podróż rozpoczynająca Leczenie za granicą rozpoczęła się po zakończeniu tego Okresu.
3. Do realizacji świadczeń w Okresie realizacji świadczeń wymagane jest, aby pierwszy Certyfikat dla danej grupy Poważnych stanów chorobowych został wydany w Okresie ochrony. Jednocześnie, jeśli po wystawieniu Certyfikatu w Okresie ochrony, Polisa wygaśnie w wyniku jej rozwiązania lub odstąpienia przez Ubezpieczonego lub wygaśnięcia Polisy z powodu nieopłacenia Składek, realizacja świadczeń zakończy się wraz z wygaśnięciem Polisy, a świadczenia w Okresie realizacji świadczeń nie będą realizowane.
4. Okres realizacji świadczeń ustalany jest dla każdej z grup Poważnych stanów chorobowych odrębnie.
5. Na wszystkie Poważne stany chorobowe występujące w danej grupie Poważnych stanów chorobowych przypada wyłącznie jeden, ten sam okres realizacji świadczeń.
6. Po zakończeniu okresu realizacji świadczeń dla jednej grupy Poważnych stanów chorobowych ochrona ubezpieczeniowa z tytułu tej grupy wygasa.
7. Jeżeli okres realizacji świadczeń skończył się, a Ubezpieczony jest w trakcie Leczenia za granicą, zgodnie z wystawionym Certyfikatem Partner będzie realizował świadczenia do następnego planowanego powrotu do Polski Ubezpieczonego, zgodnie z ustalonym wcześniej planem leczenia.

§5 Zakres odpowiedzialności

1. Dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego jest dzień w Okresie ochrony, w którym wystąpił Poważny stan chorobowy, którym według dokumentacji medycznej jest:
 - 1) w odniesieniu do Grupy 1 – dzień podstawienia diagnozy przez Lekarza potwierdzającej wystąpienie Poważnego stanu chorobowego określonej w § 2 ust. 3 pkt 1, lub
 - 2) w odniesieniu do Grupy 2, 3 – dzień, w którym po raz pierwszy Lekarz pisemnie zalecił przeprowadzenie operacji wskazanej w § 2 ust. 3 pkt 2 i 3, lub
 - 3) w odniesieniu do Grupy 4 – dzień, w którym Lekarz pisemnie zalecił konieczność przeprowadzenia Przeszczepu od żywego dawcy wskazanego w § 2 ust. 3 pkt 4.

§6 Jaka jest długość karencji?

1. W Module Leczenie Międzynarodowe stosujemy Karencję.

- Okres Karencji stosowany w niniejszym Module wynosi 3 miesiące dla wystąpienia Poważnego stanu chorobowego, liczonych od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek Okresu ochrony, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki i ma zastosowanie do pierwszego Okresu ochrony.
- Karencji nie stosujemy w przypadku kontynuacji Okresu ochrony w ramach Umowy przedłużanej na kolejne okresy, w takim samym lub węższym zakresie ubezpieczenia.

§7 Diagnostyka dodatkowa

- Jeśli po złożeniu roszczenia dotyczącego Poważnego stanu chorobowego, Partner wskaże, że diagnoza nie obejmuje wystarczających informacji medycznych, aby dokładnie zidentyfikować rodzaj nowotworu lub potwierdzić wskazania medyczne do Leczenia za granicą, Ubezpieczony może samodzielnie zorganizować dodatkowe badania diagnostyczne i powiązane z nimi konsultacje Polskiego lekarza, a następnie zwrócić się do Ubezpieczyciela (LMG Försäkrings AB) o zwrot ich kosztów.
- Koszt dodatkowych badań diagnostycznych i konsultacji jest w całości pokrywany przez Ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem następujących warunków:
 - Ubezpieczony samodzielnie organizuje i poddaje się badaniom diagnostycznym oraz konsultacjom. Ubezpieczyciel ani Partner nie organizują i nie przeprowadzają badań lub konsultacji;
 - Badania są wykonywane na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w Okresie ochrony;
 - Zwrot kosztów jest ograniczony do 10 000 zł na jedno Zdarzenie objęte ubezpieczeniem.
- Aby ubiegać się o zwrot kosztów, Ubezpieczony musi powiadomić Ubezpieczyciela i przedstawić dowód poniesionych kosztów (imienną fakturę lub rachunek wystawiony w Okresie ochrony). Wniosek należy złożyć:
 - pocztą elektroniczną na adres roszczeniaszpitalne@luxmed.pl lub
 - pisemnie na adres siedziby Ubezpieczyciela.

§8 Świadczenia w ramach niniejszego Modułu obejmują:

- Świadczenia bez wykorzystania medycyny precyzyjnej, o której mowa w § 14:
 - Diagnostyka dodatkowa – zwrot kosztów, opisana w § 7;
 - Druga opinia medyczna opisana w § 9;
 - Opieka medyczna za granicą opisana w § 10;
 - Kontrola stanu zdrowia po Leczeniu za granicą opisana w § 11.
- Świadczenia przy wykorzystaniu medycyny precyzyjnej (w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego Szczególnej postaci nowotworu złośliwego), o której mowa w § 14:
 - Profilowanie molekularne w § 12;
 - przegląd Badań klinicznych opisane w § 13;
 - Leczenie w ramach Spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej) opisane w § 14;
 - Badania kliniczne w ramach medycyny precyzyjnej opisane w § 15;
 - testy genetyczne dla rodziny opisane w § 16.

W przypadku jeśli diagnoza nowotworu złośliwego nie kwalifikowała Ubezpieczonego do skorzystania z medycyny precyzyjnej, to późniejszy rozwój nowotworu złośliwego do stadium III lub IV albo potwierdzona nieskuteczność leczenia pierwszej linii stwierdzona w czasie Okresu ochrony upoważnia do skorzystania z medycyny precyzyjnej.

- Świadczenia z zakresu medycyny precyzyjnej, o której mowa w § 14 są realizowane pod warunkiem, że łącznie spełnione są poniższe wymagania:
 - Ubezpieczony jest w trakcie terapii nowotworowej lub otrzymał zalecenie natychmiastowego rozpoczęcia leczenia onkologicznego;
 - diagnoza nowotworu potwierdza wystąpienie Szczególnej postaci nowotworu złośliwego spełniającego definicję określoną w Grupie 1 w § 2 ust. 3 1) b).
 - materiał do testów jest dostępny w formie próbki z biopsji spełniającej kryteria wyznaczone przez laboratorium, które umożliwiają mu ich prawidłowe przeprowadzenie. Jeśli próbka nie zawiera wystarczającej liczby komórek nowotworu – w uzasadnionych medycznie przypadkach możliwe jest wykorzystanie płynnej biopsji (próbki krwi). Jeśli dany przypadek upoważnia Ubezpieczonego do medycyny precyzyjnej, Ubezpieczony decyduje czy skorzystać ze świadczeń z medycyny precyzyjnej, czy też świadczeń bez medycyny precyzyjnej i informuje o tym Further.

§9 Druga opinia medyczna

- W ramach Umowy Ubezpieczony ma możliwość uzyskania Drugiej opinii medycznej. Aby uzyskać tę opinię Ubezpieczony kontaktuje się z Ubezpieczycielem zgodnie ze ścieżką wskazaną w § 3 niniejszego Modułu.
- Partner w ramach tego świadczenia:
 - informuje Ubezpieczonego jaka dokumentacja medyczna jest potrzebna do przygotowania Drugiej opinii medycznej;

- 2) zapewnia ponowną ocenę histopatologiczną tkanek, które zostały wcześniej pobrane od Ubezpieczonego – jeśli jest to medycznie uzasadnione;
 - 3) tłumaczy dokumentację medyczną Ubezpieczonego na język Lekarza konsultanta;
 - 4) przekazuje dokumentację medyczną Lekarzowi konsultantowi;
 - 5) dostarcza ubezpieczonemu Drugą opinię medyczną.
3. Druga opinia medyczna zawiera opinię Lekarza konsultanta dotyczącą postawionej diagnozy i stosowanego leczenia, propozycję planu. Opinia zostaje przetłumaczona na język polski.
 4. Jeśli Lekarz konsultant postawi odmienną diagnozę niż diagnoza wynikająca z dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, Partner zapewnia organizację i pokrycie kosztów sporządzania dodatkowej opinii medycznej przez innego Lekarza konsultanta oraz przetłumaczenia jej na język polski.
 5. Ubezpieczony otrzymuje Drugą opinię medyczną wraz z informacją, czy przysługuje mu prawo do Opieki medycznej za granicą w ciągu 30 dni od dnia otrzymania przez Partnera zawiadomienia o wystąpieniu Poważnego stanu chorobowego.
 6. Jeśli w powyższym terminie nie jest możliwe przygotowanie tej opinii, to zostanie ona przekazana Ubezpieczonemu w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – jej sporządzenie stanie się możliwe.
 7. Dla jednego Poważnego stanu chorobowego Partner przygotowuje jedną Drugą opinię medyczną, z zastrzeżeniem ust. 4.
 8. Partner informuje Ubezpieczonego pisemnie lub w innej uzgodnionej z Ubezpieczonym formie, jak skorzystać z pozostałych świadczeń, które obejmuje Umowa.
 9. Ubezpieczony może zrezygnować z Drugiej opinii medycznej. W takiej sytuacji o zasadności i planie Leczenia za granicą rozstrzyga Zespół medyczny Partnera na podstawie dostarczonej przez Ubezpieczonego dokumentacji. Informację w powyższym zakresie Ubezpieczony otrzymuje w terminie przewidzianym na wydanie Drugiej opinii medycznej.
 10. Jeśli Ubezpieczony zdecyduje się skorzystać z Drugiej opinii medycznej, realizacja świadczenia dotyczącego Opieki medycznej za granicą rozpocznie się po wydaniu Drugiej opinii medycznej, z której wynika, że Ubezpieczonemu przysługuje prawo do tego świadczenia.
 11. Ubezpieczony nie może skorzystać z Drugiej opinii medycznej, jeśli w danym przypadku rozpoczęto już procedurę z wykorzystaniem medycyny precyzyjnej.

§10 Opieka medyczna za granicą

1. Jeśli u Ubezpieczonego wystąpił Poważny stan chorobowy i Lekarz konsultant w Drugiej opinii medycznej lub Zespół medyczny Partnera (w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z Drugiej opinii medycznej) wskaże możliwości dalszego leczenia, Ubezpieczony, który zamierza rozpocząć Leczenie za granicą, kontaktuje się z Partnerem poprzez Portal.
2. Partner w terminie 3 dni roboczych przedstawia Ubezpieczonemu propozycję trzech Placówek medycznych za granicą, które są w stanie podjąć się leczenia. Ubezpieczony wybiera jedną z przedstawionych Placówek medycznych za granicą maksymalnie w ciągu trzech miesięcy od daty otrzymania powyższej propozycji. Ubezpieczony ma prawo wyboru Placówek medycznych za granicą po upływie tego terminu. W takim przypadku otrzyma nową listę Placówek medycznych za granicą.
3. Po otrzymaniu od Ubezpieczonego informacji o wyborze jednej z Placówek medycznych za granicą, Partner rozpoczyna proces organizacji świadczenia Opieki medycznej za granicą poprzez:
 - 1) przekazanie Ubezpieczonemu Certyfikatu w ciągu 10 dni roboczych od dnia dokonania przez niego wyboru oraz
 - 2) organizację podróży i zakwaterowania koniecznych do rozpoczęcia Leczenia za granicą.
4. Jeśli Ubezpieczony decyduje się na Leczenie za granicą po 3 miesiącach od daty wystawienia Certyfikatu to Partner wystawia nowy Certyfikat, na podstawie aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego.
5. Świadczenie **Opieki medycznej za granicą** obejmuje:
 - 1) **organizację i pokrycie kosztów podróży** Ubezpieczonego, Osoby towarzyszącej i Dawcy (w przypadku przeszczepu) do wysokości Sumy ubezpieczenia (z uwzględnieniem limitów wskazanych w niniejszych OWU), – do miejsca, w którym znajduje się wybrana przez Ubezpieczonego Placówka medyczna za granicą oraz podróży powrotnej w zakresie:
 - a) transportu z miejsca zamieszkania Ubezpieczonego oraz Dawcy do wyznaczonego lotniska międzynarodowego lub dworca kolejowego,
 - b) biletów na pociąg lub biletów 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 na pociąg lub biletów lotniczych w klasie ekonomicznej, a następnie transportu do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego oraz Dawcy,
 - 2) **organizację i pokrycie kosztów Transportu medycznego** Ubezpieczonego i Dawcy, zaplanowanego i zaakceptowanego przez Partnera, jeżeli taki został zalecony przez Lekarza konsultanta lub Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą,

- 3) **organizację i pokrycie kosztów zakwaterowania** Ubezpieczonego, Osoby towarzyszącej i Dawcy w miejscu leczenia Poważnego stanu chorobowego (poza granicami Polski), w pokoju dwuosobowym ze śniadaniem w hotelu trzy lub czterogwiazdkowym, który znajduje się najbliżej Placówki medycznej za granicą wybranej przez Ubezpieczonego, w odległości nie większej niż 10 km od tej placówki.
- 4) **organizację i pokrycie kosztów Leczenia za granicą**, które wynikają z przyjętego planu leczenia lub są związane z leczeniem Poważnego stanu chorobowego do wysokości Sumy ubezpieczenia (z uwzględnieniem limitów wskazanych w niniejszych OWU), w szczególności organizację i pokrycie kosztów:
- a) **zakwaterowania i wyżywienia w Placówce medycznej za granicą:**
- zakwaterowania Ubezpieczonego w Placówce medycznej za granicą, które wynika z planu leczenia oraz dodatkowego łóżka dla Osoby towarzyszącej – jeśli placówka zapewnia taką usługę,
 - posiłków dla Ubezpieczonego, które są standardowo oferowane przez Placówkę medyczną za granicą,
- b) **leczenia Poważnego stanu chorobowego**, tj. m.in.:
- opieki lekarskiej, pielęgniarskiej oraz opieki pozostałego personelu medycznego w każdym oddziale Placówki medycznej za granicą, w którym zgodnie z zaleceniami Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą i ze względu na przebieg leczenia jest konieczne leczenie oraz w ambulatorium, zgodnie z zasadami pracy placówki,
 - badania diagnostycznych, które są wymagane do przygotowania leczenia lub w jego trakcie i są wykonywane na zlecenie Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą, w tym: badań rentgenowskich (RTG), tomografii komputerowej (CT), badań elektrokardiograficznych (EKG), elektroencefalograficznych (EEG), ultrasonograficznych (USG), badań z zastosowaniem izotopów promieniotwórczych, mikroskopowych badań szpiku kostnego (mielogram), kardiografii, angiografii, rezonansu magnetycznego (MRI),
 - leczenia metodami chemioterapii, leczenia metodami radioterapii rozumianej jako promieniowanie wysokoenergetyczne do zmniejszania guzów i niszczenia komórek nowotworowych promieniami rentgenowskimi, promieniami gamma i naładowanymi cząstkami, dostarczonymi przez urządzenie zlokalizowane poza ciałem (promieniowanie wiązki zewnętrznej) lub przez materiał radioaktywny umieszczony w organizmie w pobliżu komórek nowotworowych (wewnętrzna radioterapia),
 - znieczulenia, jego podania przez Lekarza anestezjologa oraz opieki anestezjologicznej przed, w trakcie i po zakończeniu znieczulenia,
 - korzystania z sal operacyjnych oraz wykonania operacji chirurgicznych,
 - chirurgii rekonstrukcyjnej, która polega na odbudowie lub naprawie struktury ciała w celu skorygowania funkcji uszkodzonej lub utraconej w trakcie Leczenia za granicą,
 - transfuzji krwi, podawania osocza i surowicy,
 - podawania tlenu, iniekcji dożylnych, podskórnych, domięśniowych,
 - leczenia powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych, które zostały zastosowane w czasie Leczenia za granicą, jeśli te powikłania lub skutki uboczne wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w Placówce medycznej za granicą i są niezbędne, żeby Ubezpieczony mógł zostać uznany za zdolnego do podróży powrotnej do Polski po zakończeniu Leczenia za granicą,
 - leków i środków opatrunkowych, które są używane w Placówce medycznej za granicą,
 - usług tłumacza w Placówce medycznej za granicą; tłumacz posługuje się tym samym językiem, co Ubezpieczony,
- c) **Przeszczepu od żywego dawcy:**
- badania diagnostycznych potwierdzających zgodność tkankową przeprowadzanych w celu zidentyfikowania odpowiedniego Dawcy wśród członków rodziny Ubezpieczonego,
 - usług szpitalnych świadczonych na rzecz Dawcy w zakresie: zakwaterowania w pokoju lub oddziale i wyżywienia podczas hospitalizacji, opieki lekarskiej i pielęgniarskiej podczas hospitalizacji, obsługi pozostałego personelu medycznego, badań zleconych przez Lekarza,
 - operacji pobrania narządu lub szpiku kostnego od Dawcy dla Ubezpieczonego,
 - leczenia powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych, które zostały zastosowane w czasie Leczenia za granicą u Dawcy, jeśli te powikłania lub skutki uboczne wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w Placówce medycznej za granicą i są niezbędne, żeby Dawca mógł zostać uznany za zdolnego do podróży powrotnej do Polski po zakończeniu procedury przeszczepu,
- d) **usług i materiałów na potrzeby hodowli szpiku kostnego** w związku z Przeszczepem od żywego dawcy tkanki u Ubezpieczonego.
- Jeśli z powodu siły wyższej, ograniczeń logistycznych lub operacyjnych, które ogłaszają władze lokalne lub międzynarodowe, występują utrudnienia, które uniemożliwiają Partner zorganizowanie i przeprowadzenie Leczenia za granicą, to Partner zorganizuje usługi i świadczenia opisane w ust. 4) w Polsce (z wyłączeniem świadczeń realizowanych lub finansowanych przez publiczną służbę zdrowia), o ile:
- te same ograniczenia logistyczne lub operacyjne nie uniemożliwiają organizacji tych usług i świadczeń w Polsce,
 - istnieje możliwość realizacji równoważnego leczenia w Polsce.
- Usługi i świadczenia będą realizowane w Polsce do czasu, gdy Partner będzie w stanie potwierdzić i zorganizować Leczenie za granicą, a stan zdrowia Ubezpieczonego będzie umożliwiał kontynuację leczenia poza Polską.
- 5) **dziennie świadczenie pieniężne z tytułu pobytu w Szpitalu**

- a) Partner wypłaca Ubezpieczonemu dzienne świadczenie pieniężne za każdy dzień pobytu połączony z noclegiem w Placówce medycznej za granicą, który to pobyt trwa co najmniej 1 dzień i odbywa się w celu leczenia Poważnego stanu chorobowego na podstawie Certyfikatu, zgodnie z limitami określonymi w § 17 w Tabeli 2 i 3;
 - b) Partner przekazuje pieniądze na rachunek bankowy Ubezpieczonego, w ciągu 7 dni po każdym zakończonym tygodniu pobytu w Placówce medycznej za granicą.
- 6) **zwrot kosztów zakupu Leków** wydawanych na receptę po powrocie do Polski:
- a) Partner zwraca Ubezpieczonemu poniesione koszty zakupu Leków wydawanych na receptę, jeśli Ubezpieczony korzystał z Leczenia za granicą i jego pobyt w Szpitalu trwał co najmniej 3 dni oraz:
 - Leki wydawane na receptę zalecił Lekarz prowadzący Leczenie za granicą jako niezbędną kontynuację leczenia,
 - recepty, na podstawie zaleceń Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą, wystawił Lekarz w Polsce przed upływem okresu 36 miesięcy, o którym mowa w § 4,
 - ilość leku na każdej receptycie, wyliczona na podstawie zaleconego sposobu dawkowania, jest niezbędna do stosowania w okresie nie dłuższym niż trzy miesiące,
 - Leki wydawane na receptę zostały zakupione w Polsce.
 - b) Ubezpieczony przedstawia dokumenty potwierdzające zakup Leków wydawanych na receptę w Polsce w ciągu 180 dni kalendarzowych od dnia zakupu,
 - c) Partner zwraca Ubezpieczonemu poniesione koszty zakupu Leków wydawanych na receptę na podstawie: wniosku o zwrot kosztów, kopii recepty lub wydruku informacyjnego o e-receptycie i oryginału rachunku,
 - d) jeśli koszty Leku wydawanego na receptę zostały częściowo sfinansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, to Ubezpieczony zaznacza taką informację we wniosku o zwrot kosztów. Partner nie zwraca kosztów finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
 - e) Umowa nie obejmuje kosztów podania Leków wydawanych na receptę ani zwrotu kosztów zakupu leków, które są dostępne bez recepty lub zostały w całości sfinansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
 - f) w przypadku, gdy spełnione są warunki opisane w pkt a) oraz Leki wydawane na receptę nie są dostępne w Polsce lub nie są dopuszczone do obrotu w Polsce, to Umowa pokrywa również zakup tych leków za granicą. W tym przypadku Partner organizuje wystawienie recepty oraz organizuje i pokrywa koszty podróży i zakwaterowania Ubezpieczonego oraz Osoby towarzyszącej, na zasadach obowiązujących w przypadku leczenia Poważnego stanu chorobowego.
- 7) **organizację i pokrycie kosztów repatriacji zwłok** Ubezpieczonego lub Dawcy:
- a) świadczenie obejmuje zakup trumny przewozowej, balsamowanie zwłok, transport na lotnisko, przelot oraz transport z lotniska do miejsca pochówku w Polsce lub w przypadku Dawcy w kraju zamieszkania,
 - b) świadczenie będzie udzielane, jeśli zgon Ubezpieczonego lub Dawcy nastąpił podczas organizowanego przez Partnera procesu leczenia Poważnego stanu chorobowego za granicą.

§11 Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą

1. Partner potwierdza Ubezpieczonemu zakończenie Leczenia za granicą, gdy zgodnie z opinią Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą, z medycznego punktu widzenia, nie jest już konieczne dalsze Leczenie za granicą;
 - 1) Następnie Ubezpieczony otrzymuje:
 - a) dokumentację medyczną z Leczenia za granicą,
 - b) plan Kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granicą w związku z przebyтым Poważnym stanem chorobowym, czyli zalecenia Lekarza prowadzącego to leczenie. Dokumentacja ta zostanie przetłumaczona na język polski;
 - 2) Po zakończeniu Leczenia za granicą i powrocie do Polski, Partner zwraca Ubezpieczonemu koszty wynikające z realizacji planu Kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granicą w rekomendowanej lub zaakceptowanej przez Partnera Placówce medycznej w Polsce. Partner przedstawia Ubezpieczonemu listę rekomendowanych Placówek medycznych w Polsce;
 - 3) Kontrola stanu zdrowia po Leczeniu za granicą:
 - a) obejmuje badania diagnostyczne, profilaktyczne lub przesiewowe oraz konsultacje lekarskie z nimi związane, realizowane w rekomendowanych lub zaakceptowanych przez Partnera Placówkach medycznych w Polsce lub Placówce medycznej za granicą w której Ubezpieczony odbył Leczenie za granicą,
 - b) przeprowadzana w Polsce – jest organizowana i opłacana bezpośrednio przez Ubezpieczonego. Partner zwraca Ubezpieczonemu poniesione koszty po otrzymaniu faktur lub rachunków i dowodów płatności, lub
 - c) przeprowadzana za granicą – jest organizowana i opłacana przez Partnera na zasadach obowiązujących dla świadczenia Opieki medycznej za granicą. Przeprowadzana jest przez Lekarza, który prowadził Leczenie za granicą lub jego zespół medyczny;
 - 4) Partner zwraca koszty poniesione w ramach Kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, jeśli zostały poniesione przed końcem okresu, o którym mowa w § 4;
 - 5) Jeżeli wskutek zmiany stanu zdrowia, Lekarze prowadzący leczenie w Polsce zmienią zalecenia Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą, to Partner zwróci koszty Kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granicą po akceptacji tych zmian przez Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą.

§12 Profilowanie molekularne

1. W ramach Spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej) Partner przeprowadza Badanie mutacji somatycznych zakończone Eksperskim raportem medycznym, zgodnie z procesem określonym poniżej:

- 1) Partner informuje Ubezpieczonego o zakresie informacji medycznych niezbędnych do oceny przydatności i kompletności zgromadzonej dokumentacji medycznej (diagnoza Ubezpieczonego, dostępność próbki biologicznej, dotychczasowy przebieg leczenia itd.) oraz sporządza listę brakujących dokumentów oraz plan działania, w celu określenia rodzaju badania oraz wymaganego materiału diagnostycznego. Ubezpieczonego wspiera w tym procesie zespół Partnera;
 - 2) Partner wybiera najbardziej odpowiednie laboratorium genetyczne specjalizujące się w badaniach molekularnych oraz organizuje odbiór próbki od Ubezpieczonego. Koszt dostarczenia próbki do laboratorium pokrywa Partner;
 - 3) Laboratorium w ciągu 15 dni roboczych wykonuje test wraz z podsumowaniem i raportem dotyczącym profilu molekularnego nowotworu złośliwego. Jeśli leczenie onkologiczne rozpoczęło się przed wykonaniem Badania mutacji somatycznych Ubezpieczony nie powinien przerywać leczenia w oczekiwaniu na wyniki testu;
 - 4) W wyniku współpracy Partnera z Zespołem lekarsko-ekspertkim, którymi są zewnątrzni specjaliści w zakresie onkologii, genetyki i patomorfologii w ciągu 10 dni roboczych powstaje Ekspertki raport medyczny, dokument medyczny, który przekłada wyniki Badania mutacji somatycznych na rekomendacje kliniczne.
2. Zespół lekarsko-ekspertki udziela wyczerpujących informacji i doradza w zakresie wniosków z profilowania molekularnego, w formie Ekspertkiego raportu medycznego, który obejmuje:
 - 1) kliniczne podsumowanie stanu zdrowia Ubezpieczonego;
 - 2) wnioski z Badań mutacji somatycznych;
 - 3) zalecenia dotyczące leczenia o najwyższym potencjale klinicznym;
 - 4) ocenę oporności lub toksyczności pewnych metod terapeutycznych, które mogą mieć wpływ na dalsze rekomendacje terapeutyczne;
 - 5) dostępność Badań klinicznych (o ile mają zastosowanie);
 - 6) wnioski odnośnie możliwych mutacji dziedzicznych i nowotworów dziedzicznych (jeśli ma zastosowanie).
 3. W przypadku gdyby Ekspertki raport medyczny zidentyfikował potencjalne dziedziczne mutacje genów u Ubezpieczonego, Ubezpieczony będzie mógł skorzystać również z Badania mutacji germinalnych.
 4. Po dostarczeniu Ekspertkiego raportu medycznego, Partner kontaktuje się z Ubezpieczonym w celu pełnego omówienia i wyjaśnienia wyników raportu. Za zgodą Ubezpieczonego, Lekarz onkolog prowadzący leczenie może wziąć udział w konsultacji specjalistycznej z członkiem Zespołu lekarsko-ekspertkiego, który brał udział w przygotowaniu Ekspertkiego raportu medycznego.
 5. Jeśli Ubezpieczony korzysta z medycyny precyzyjnej nie może jednocześnie wnioskować o wykonanie Drugiej opinii medycznej dla tej samej diagnozy nowotworu złośliwego.
 6. Dla każdej unikalnej diagnozy nowotworu złośliwego, w zakresie medycyny precyzyjnej wykonywany jest jeden zestaw Badań mutacji somatycznych i powiązane z nim opracowanie przypadku (jeden Ekspertki raport medyczny).
 7. Unikalna diagnoza nowotworu złośliwego odnosi się do określonego kodu przypisanego do danego nowotworu zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10.
 8. Z medycyny precyzyjnej można skorzystać ponownie w przypadku nowego nowotworu złośliwego, niezwiązanego z poprzednim nowotworem złośliwym, zdiagnozowanym pod innym kodem ICD-10.

§13 Przegląd badań klinicznych

1. Jeśli zgodnie z zaleceniami Ekspertkiego raportu medycznego Ubezpieczony może rozważyć możliwość udziału w leczeniu w ramach Badań klinicznych, i jeśli Ubezpieczony podejmie taką decyzję, Partner zapewni wsparcie w następującym zakresie:
 - 1) informacji o Badaniach klinicznych;
 - 2) przeszukiwania baz danych Badań klinicznych;
 - 3) kontaktu z ośrodkami Badań klinicznych przeprowadzającymi Badania kliniczne w zakresie odpowiedniego leczenia do przypadku Ubezpieczonego w Polsce oraz, w razie konieczności, poszerzenia zakresu poszukiwań poza Polskę;
 - 4) weryfikacji, czy Ubezpieczony spełnia kryteria udziału w danym Badaniu klinicznym. Partner dostarcza przegląd Badań klinicznych zawierający powyższe informacje w ciągu 30 dni od daty wniosku Ubezpieczonego.
2. Partner dołoży wszelkich starań w celu znalezienia Badania klinicznego odpowiedniego dla przypadku medycznego Ubezpieczonego, jednak może to nie być możliwe m. in. z uwagi na brak przeprowadzania Badań klinicznych danego typu w danym czasie lub brak zakwalifikowania Ubezpieczonego do Badań klinicznych przez ich organizatora. Decyzję o udziale w Badaniach klinicznych podejmuje Ubezpieczony.
3. Jeśli poszukiwania Badań klinicznych odpowiednich do przypadku Ubezpieczonego nie powiodą się lub jeśli Ubezpieczony nie zdecyduje się na udział w wybranych Badaniach klinicznych, Partner na wniosek Ubezpieczonego przeprowadzi drugą i ostateczną próbę znalezienia odpowiednich Badań klinicznych. W zależności od tego, jak dużo czasu upłynęło od poprzedniego przeglądu badań, niektóre etapy procesu mogą zostać powtórzone (np. zebranie zaktualizowanej dokumentacji medycznej).
4. Ubezpieczony powinien skonsultować decyzję w sprawie udziału w Badaniach klinicznych z Lekarzem onkologiem prowadzącym leczenie.
5. Jeśli Ubezpieczony potwierdzi wolę udziału w jednym z wybranych Badań klinicznych, Partner zapewni:

- 1) wsparcie administracyjne w wypełnieniu dokumentów, w tym, o ile to będzie konieczne, ich tłumaczenia;
 - 2) informacje dotyczące szczegółów podróży i zakwaterowania, o ile to konieczne, w zależności od miejsca, w którym będzie przeprowadzone leczenie w ramach Badania klinicznego;
 - 3) informacje o zakresie pokrycia kosztów podróży, zakwaterowania oraz dziennego świadczenia dla Badań klinicznych, zgodnie z § 15.
6. W ramach Medycyny precyzyjnej Ubezpieczony ma prawo do jednokrotnego skorzystania z przeglądu Badań klinicznych dla każdej unikalnej diagnozy nowotworu złośliwego.

§14 Leczenie w ramach Spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyna precyzyjna)

1. W następstwie procesu określonego w § 12-13, w ramach świadczeń z wykorzystaniem medycyny precyzyjnej powstaje lista rekomendacji klinicznych opracowanych w ramach Eksperckiego raportu medycznego i lista prowadzonych Badań klinicznych dotyczących konkretnej jednostki onkologicznej. Terapie te dzielą się na 3 grupy, w zależności od ich medycznej specyfiki:
 - 1) protokoły leczenia zgodne ze wskazaniami rejestracyjnymi leków („on label”);
 - 2) protokoły leczenia poza wskazaniami rejestracyjnymi leków („off label”);
 - 3) Badania kliniczne.
2. Terapiom, wymienionym w ust. 1 odpowiada poniższy zakres świadczeń:
 - 1) protokoły leczenia zgodne ze wskazaniami rejestracyjnymi leków („on label”):
 - a) rekomendacja jest sporządzona w formie protokołu, który obejmuje leczenie onkologiczne zgodnie z zakresem, dawką i zaleceniami dotyczącymi metody przyjmowania leku zaakceptowanymi w wskazaniach rejestracyjnych wydanych przez odpowiedni do tego organ;
 - b) zakres Opieki medycznej za granicą obejmuje świadczenia określone w § 10-11 z uwzględnieniem § 18;
 - c) zakres świadczeń nie obejmuje leczenia w Polsce.
 - 2) protokoły leczenia poza wskazaniami rejestracyjnymi leków („off label”):
 - a) rekomendacja jest sporządzona w formie protokołu, który obejmuje 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) zakres Opieki medycznej za granicą obejmuje świadczenia określone w § 10-11 z uwzględnieniem § 18;
 - c) Certyfikat Leczenia za granicą obejmuje leczenie onkologiczne poza wskazaniami rejestracyjnymi w wybranej Placówce medycznej za granicą, która oferuje świadczenia wymienione w Eksperckim raporcie medycznym;
 - d) zakres świadczeń nie obejmuje:
 - leczenia przeprowadzonego w Polsce;
 - jakiegokolwiek protokołu Terapii limfocytami CAR-T innego niż Zaaprobowany protokół terapii CAR-T;
 - jakiegokolwiek protokołu nie zarekomendowanego w Eksperckim raporcie medycznym.
 - 3) Badania kliniczne:
 - a) rekomendacja jest zawarta w Eksperckim raporcie medycznym, a w przeglądzie Badań klinicznych znajduje się propozycja stosownego Badania klinicznego;
 - b) zakres świadczeń jest określony w § 15.

§15 Badania kliniczne w ramach medycyny precyzyjnej

1. Jeśli Ubezpieczony na podstawie przeglądu Badań klinicznych, o którym mowa w § 13, zdecyduje się na udział w Badaniach klinicznych w Placówce medycznej w Polsce, znajdującej się w odległości większej niż 100 km, od jego miejsca zamieszkania, w zakresie świadczeń są:
 - 1) koszty podróży i zakwaterowania Ubezpieczonego oraz Osoby towarzyszącej – zgodnie z zakresem określonym w § 10 ust. 5 pkt 1-3 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,
 - 2) Dzielne świadczenie dla Badań klinicznych – Ubezpieczony otrzymuje świadczenie za każdy dzień, w którym bierze udział w Badaniu klinicznym (Ubezpieczonemu podano Lek będący przedmiotem badania lub poddano go testowi) w wyznaczonej Placówce medycznej w ramach protokołu Badań klinicznych zgodnie z ustaleniami z organizatorem Badań klinicznych.
 - 3) Transport zwłok – w przypadku śmierci Ubezpieczonego w trakcie udziału w Badaniach klinicznych w Polsce. Świadczenie realizowane jest stosując odpowiednio zasady określone w §10 ust. 5 pkt 7.
2. Jeśli Ubezpieczony na podstawie przeglądu Badań klinicznych zdecyduje się na udział w Badaniach klinicznych w Placówce medycznej za granicą, w zakres świadczeń wchodzi:
 - 1) Koszty medyczne – zakres świadczeń w ramach Medycyny precyzyjnej obejmuje Leczenie za granicą zgodne ze standardem opieki medycznej określonym w ust. 5 i świadczonym zgodnie z § 10 ust. 4, pod warunkiem, że leczenie jest przeprowadzane w tej samej Placówce medycznej, w której jest przeprowadzane Badanie kliniczne. Po zakończeniu Badania klinicznego za granicą Ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczeń określonych w § 11.
 - 2) Koszty podróży i zakwaterowania – dla Ubezpieczonego oraz Osoby towarzyszącej, zgodnie z zakresem określonym w § 10 ust. 5 pkt 1-3 obejmującym podróż w klasie ekonomicznej i rezerwację pokoju dwuosobowego ze śniadaniem w trzy- lub czterogwiazdkowym hotelu w odległości nie większej niż 10 km od miejsca przeprowadzania Badań klinicznych,

- 3) dzienne świadczenie pieniężne z tytułu pobytu w Szpitalu za każdy dzień hospitalizacji w Placówce medycznej za granicą, trwającej co najmniej 1 dzień i przeznaczonej na standardową opiekę medyczną w trakcie uczestnictwa w Badaniu klinicznym, zgodnie z § 15 ust. 2 pkt 1.
 - 4) Dzielne świadczenie dla Badań klinicznych – Ubezpieczony świadczenie dziennie za każdy dzień, w którym bierze udział w Badaniu klinicznym (Ubezpieczonemu podano Lek będący przedmiotem badania lub poddano go testowi) w wyznaczonej Placówce medycznej w ramach protokołu Badań klinicznych zgodnie z ustaleniami z organizatorem Badań klinicznych. Świadczenie to nie jest wypłacane za dni, za które ubezpieczonemu przysługuje dziennie świadczenie szpitalne określone w § 15 ust. 2 pkt 3.
 - 5) Repatriacja zwłok – w przypadku śmierci ubezpieczonego w trakcie udziału w Badaniach klinicznych poza Polską. Świadczenie realizowane jest stosując odpowiednio zasady określone w § 10 ust. 5 pkt 7.
3. Organizator Badań klinicznych wskazuje ubezpieczonemu zakres kosztów medycznych, które zostaną pokryte w ramach Badania klinicznego.
 4. Koszt leków stanowiących przedmiot Badania klinicznego oraz koszt bieżącego monitorowania wyników tych badań jest poza zakresem ubezpieczenia.
 5. 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 wyżej wspomnianym aktualnie przyjętym standardem leczenia danej diagnozy nowotworu, zostaną one pokryte w ramach ubezpieczenia w zakresie określonym w § 15.

§16 Testy genetyczne dla rodziny

1. Jeśli Eksperski raport medyczny potwierdza wykrycie potencjalnie dziedzicznych mutacji genów, Partner zaproponuje Ubezpieczonemu Badanie mutacji germinalnych i pokryje jego koszty.
2. Jeśli wynik Badania mutacji germinalnych Ubezpieczonego jest dodatni, Partner zaproponuje Badanie mutacji germinalnych Uprawnionym członkom rodziny Ubezpieczonego w celu ustalenia obecności mutacji genów u tych osób. Testy odbywają się za zgodą osoby poddawanej testowi.
3. Partner w oparciu o przesłanki medyczne podejmuje decyzję, kto z członków rodziny Ubezpieczonego zostanie poddany Badaniu mutacji germinalnych.
4. Partner organizuje pobranie próbek i dostarcza ją do laboratorium. Laboratorium przeprowadza badanie oraz podaje wyniki.
5. W przypadku, jeśli wyniki testu są pozytywne, ekspert w zakresie genetyki współpracujący z Partnerem przekazuje raport z wytycznymi Uprawnionemu członkowi rodziny, a następnie kontaktuje się z Uprawnionym członkiem rodziny Ubezpieczonego w celu omówienia jego wyników.

§17 Suma ubezpieczenia i limity świadczeń

1. Świadczenia realizujemy do wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w poniższej Tabeli 1, z uwzględnieniem limitów wskazanych w Tabeli 2 i 3. Postanowienia te nie mają zastosowania do Diagnostyki dodatkowej opisanej w § 7.
2. Łączna wysokość wszystkich świadczeń, bez względu na liczbę występujących rodzajów Poważnych stanów chorobowych, nie może przekroczyć Sumy ubezpieczenia.

Tabela 1.

Suma ubezpieczenia – obowiązuje dla pierwszej i każdej kolejnej Umowy, o ile jest zachowana nieprzerwana ciągłość Okresu ochrony. (górna granica naszej odpowiedzialności z tytułu Modułu Leczenie Międzynarodowe)	2 000 000 EUR
---	---------------

Tabela 2. Świadczenia bez wykorzystania medycyny precyzyjnej

Świadczenie	Limity
1. Druga opinia medyczna	jedna opinia dla danego Poważnego stanu chorobowego
2. Opieka medyczna za granicą:	w granicach Sumy ubezpieczenia
1) Organizacja i pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego	w granicach Sumy ubezpieczenia
2) Organizacja i pokrycie kosztów zakwaterowania	w granicach Sumy ubezpieczenia
3) Organizacja i pokrycie kosztów Leczenia za granicą	w granicach Sumy ubezpieczenia
4) Dzielne świadczenie pieniężne z tytułu pobytu w Szpitalu za granicą	100 EUR za dzień pobytu w Szpitalu za granicą, maksymalnie 6 000 EUR na każdy Poważny stan

	chorobowy leczony za granicą w ramach Umowy zawartej na rzecz danego Ubezpieczonego
5) Zwrot kosztów medycznych opłaconych po powrocie z Leczenia za granicą – zwrot kosztów zakupu Leków wydawanych na receptę	zwrot kosztów zakupu Leków wydawanych na receptę maksymalnie 50 000 EUR (bez względu na liczbę Poważnych stanów chorobowych leczonych za granicą)
6) Organizacja i pokrycie kosztów repatriacji zwłok do miejsca pochówku	w granicach Sumy ubezpieczenia
4. Kontrola stanu zdrowia po Leczeniu za granicą	w granicach Sumy ubezpieczenia

Tabela 3. Świadczenia przy wykorzystaniu medycyny precyzyjnej

Świadczenie uzupełniające w stosunku do świadczeń z tabeli 2	Limity
1. Badanie mutacji somatycznych	Pojedyncze badanie profilowania molekularnego i odpowiedni Eksperscki raport medyczny dla każdego unikalnego rozpoznania (diagnozy) choroby nowotworowej
2. Opieka medyczna za granicą wynikająca z rekomendacji zawartych w Eksperskim raporcie medycznym obejmująca protokoły leczenia zgodnie ze wskazaniami rejestracyjnymi leków i poza wskazaniami rejestracyjnymi leków:	
1) Organizacja i pokrycie kosztów podróży i transportu medycznego	w granicach Sumy ubezpieczenia
2) Organizacja i pokrycie kosztów zakwaterowania	w granicach Sumy ubezpieczenia
3) Organizacja i pokrycie kosztów Leczenia za granicą	w granicach Sumy ubezpieczenia
4) Dzielne świadczenie pieniężne z tytułu pobytu w Szpitalu za granicą	100 EUR za dzień pobytu w Szpitalu za granicą, maksymalnie 6 000 EUR na każdy Poważny stan chorobowy leczony za granicą w ramach Umowy zawartej na rzecz danego Ubezpieczonego
5) Zwrot kosztów medycznych opłaconych po powrocie z Leczenia za granicą – zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę	maksymalnie 50 000 EUR w ramach Umowy zawartej na rzecz danego Ubezpieczonego (bez względu na liczbę Poważnych stanów chorobowych leczonych za granicą)
6) Organizacja i pokrycie kosztów repatriacji zwłok do miejsca pochówku	w granicach Sumy ubezpieczenia
3. Kontrola stanu zdrowia po Leczeniu za granicą na podstawie rekomendacji z eksperckiego raportu medycznego (protokoły leczenia zgodnie ze wskazaniami rejestracyjnymi leków i poza wskazaniami rejestracyjnymi leków)	w granicach Sumy ubezpieczenia
4. Badania kliniczne w Polsce (powyżej 100 km od miejsca zamieszkania Ubezpieczonego):	
1) Organizacja i pokrycie kosztów podróży i transportu medycznego	w granicach Sumy ubezpieczenia
2) Organizacja i pokrycie kosztów zakwaterowania	w granicach Sumy ubezpieczenia
3) Dzielne świadczenie dla Badań klinicznych	100 EUR za każdy dzień świadczenia, maksymalnie 6 000 EUR
4) Organizacja i pokrycie kosztów transportu zwłok do miejsca pochówku	w granicach Sumy ubezpieczenia
5. Badania kliniczne poza Polską:	
1) Organizacja i pokrycie kosztów podróży i transportu medycznego	w granicach Sumy ubezpieczenia
2) Organizacja i pokrycie kosztów zakwaterowania	w granicach Sumy ubezpieczenia
3) Dzielne świadczenie pieniężne z tytułu pobytu w Szpitalu za granicą lub dzielne świadczenie dla Badań klinicznych	100 EUR za dzień pobytu w Szpitalu, maksymalnie 6 000 EUR na każdy Poważny stan chorobowy leczony za granicą w ramach Umowy

	zawartej na rzecz danego Ubezpieczonego lub dzienne świadczenie dla Badań klinicznych - 100 EUR z limitem 60 dni. Dzienne świadczenie za udział w Badaniach klinicznych nie przysługuje za dni, za które przysługuje dzienne świadczenie szpitalne z tytułu pobytu w Szpitalu za granicą.
4) Zwrot kosztów leczenia poniesionych po powrocie z Leczenia za granicą w ramach standardowej opieki – zwrot kosztów zakupu Leków wydanych na receptę	zwrot kosztów zakupu Leków wydanych na receptę do maksymalnej kwoty 50 000 EUR (niezależnie od liczby poważnych schorzeń leczonych za granicą)
5) Organizacja i pokrycie kosztów transportu zwłok do miejsca pochówku	w granicach Sumy ubezpieczenia
6) Kontrola stanu zdrowia po Badaniach klinicznych poza Polską	w granicach Sumy ubezpieczenia
6. Testy genetyczne dla rodziny	Uprawnieni członkowie rodziny

- Z zastrzeżeniem ust. 7 każdy koszt, który pokrywamy w ramach umowy dla Ubezpieczonego, Osoby towarzyszącej i Dawcy, lub który zwracamy Ubezpieczonemu pomniejsza Sumę ubezpieczenia. Wysokość aktualnej Sumy ubezpieczenia możesz sprawdzić kontaktując się z Partnerem poprzez Portal.
- Suma ubezpieczenia wyrażona jest w euro. Wszystkie koszty poniesione w walucie innej niż euro przeliczamy na euro. Do przeliczenia Partner używa średniego kursu ogłoszonego przez Europejski Bank Centralny z dnia, w którym ten koszt został poniesiony.
- Wypłata dziennego świadczenia szpitalnego, zwrot kosztów zakupu Leków wydawanych na receptę, zwrot Kosztów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą organizowanej w Polsce są realizowane w euro na rachunek bankowy Ubezpieczonego.
- Do otrzymania Ubezpieczony może podać dowolny rachunek bankowy. W przypadku rachunku bankowego prowadzonego w walucie innej niż w euro nastąpi przeliczenie świadczenia według kursu waluty w banku, w którym prowadzony jest rachunek bankowy z dnia przeliczenia, zgodnie z regulaminem banku.
- Zwrot kosztów dokonywany w ramach świadczenia Diagnostyka dodatkowa jest niezależny od Sumy ubezpieczenia. Wypłata świadczenia następuje w złotych na rachunek bankowy podany przez Ubezpieczonego. Każdy wydatek zwrócony przez Ubezpieczyciela w ramach Umowy pomniejsza limit dla świadczenia związanego z danym Zdarzeniem. Informację o wysokości limitu można sprawdzić u Ubezpieczyciela.

§18 Jakie są wyłączenia i ograniczenia ubezpieczenia, które spowodują, że nie zrealizujemy Świadczenia w ramach Modułu?

- Nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli wystąpienie Poważnego stanu chorobowego było skutkiem okoliczności znanych Tobie lub Ubezpieczonemu, których Ty lub Ubezpieczony nie podaliście do naszej wiadomości, a o które pytaliśmy we Wniosku ubezpieczeniowego oraz w innych pismach przed zawarciem Umowy.
- Jeśli Ty lub Ubezpieczony umyślnie nie podaliście do naszej wiadomości wszystkich znanych Wam okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem Umowy to, w razie wątpliwości, przyjmuje się, że wystąpienie Poważnego stanu chorobowego i jego następstwa są skutkiem tych okoliczności.
- Nie ponosimy odpowiedzialności za Poważny stan chorobowy, który powstał:
 - wskutek czynnego udziału w działaniach wojennych, zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - wskutek czynnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroru (w sytuacjach, w których dla osiągnięcia celów politycznych, światopoglądowych, religijnych, rasowych lub społecznych zostanie użyta przemoc przeciwko społeczeństwu lub grupie społecznej) lub masowych rozruchach społecznych;
 - wskutek popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - wskutek działania Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu (rozumianym jako stan organizmu, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi co najmniej 0,2‰ promila alkoholu lub obecności w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³) lub pod wpływem środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, chyba, że zostały one użyte zgodnie z zaleceniem medycznym;
 - bezpośrednio w wyniku zatrucia Ubezpieczonego spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) oraz wskutek schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji;

- 6) wskutek użycia przez Ubezpieczonego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem Lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego oraz wskutek schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. produktów;
 - 7) wskutek samookaleczenia się lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa;
 - 8) wskutek działania promieniowania radioaktywnego lub jonizującego w wyniku reakcji termojądrowych lub wybuchu nuklearnego;
 - 9) 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;
 - 10) zaburzeń poznawczych, demencji lub upośledzenia umysłowego Ubezpieczonego, niezależnie od stanu ich zaawansowania;
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, nie zrealizuje świadczenia i nie pokrywa kosztów powstałych w związku z:
- 1) niezastosowaniem się przez Ubezpieczonego do zaleceń Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą lub do określonego planu leczenia;
 - 2) odmową poddania się Ubezpieczonego 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 określony w grupie czwartej.
5. Nasza ochrona nie obejmuje:
- 1) nowotworów związanych z AIDS i zakażeniem wirusem HIV,
 - 2) nowotworów skóry, które zostały sklasyfikowane histopatologicznie jako nowotwory nie powodujące inwazji poza naskórek, z wyjątkiem czerniaków skóry;
 - 3) stanu chorobowego, co do którego stwierdzono konieczność przeprowadzenia Przeszczepu od żywego Dawcy w ramach grupy IV:
 - a) jeżeli konieczność przeprowadzenia przeszczepu wątroby wynika ze skutków alkoholowej choroby wątroby,
 - b) jeżeli jego wykonanie wymaga leczenia komórkami macierzystymi – w przypadku przeszczepu narządów,
 - c) jeżeli narząd do przeszczepu został zakupiony lub jest możliwy do zakupu od Dawcy;
 - 4) organizacji i pokrycia kosztów znalezienia Dawcy dla Ubezpieczonego, kosztów badań diagnostycznych potwierdzających zgodność tkankową przeprowadzanych w celu zidentyfikowania odpowiedniego dawcy spoza członków rodziny Ubezpieczonego;
 - 5) przeszczepu krwio pochodnych komórek macierzystych z krwi pępowinowej.
6. Nie organizujemy, nie pokrywamy i nie zwracamy kosztów:
- 1) Leczenia alternatywnego;
 - 2) Leczenia eksperymentalnego nawet, jeśli zaleca je Lekarz konsultant podczas leczenia Poważnego stanu chorobowego, z wyjątkiem Leczenia off-label (realizowanego zgodnie z § 14 ust. 2 pkt 2) oraz Badań klinicznych realizowanych zgodnie z § 15;
 - 3) leczenia z wykorzystaniem Terapii genowej, Terapii komórkami somatycznymi, Inżynierii tkankowej;
 - 4) leczenia z wykorzystaniem Terapii limfocytami CAR-T, chyba, że terapia ta została zalecona w Eksperyckim raporcie medycznym oraz spełnia definicję Zaaprobowanego protokołu terapii CAR-T;
 - 5) tłumacza i tłumaczenia dla celów osobistych, niemedycejskich, które nie są niezbędne do zapewnienia ochrony;
 - 6) zakupu lub wynajmu:
 - a) sztucznych narządów lub organów ani urządzeń, które zastępują całość albo część narządu lub całość albo część funkcji tego narządu (protez), z wyjątkiem protez piersi po mastektomii i protez zastawek serca potrzebnych w związku z Leczeniem za granicą,
 - b) przyrządów ortopedycznych, obuwia ortopedycznego, gorsetów, kul,
 - c) okularów korekcyjnych, szkieł kontaktowych, protez zębowych, peruk,
 - d) wózków inwalidzkich, specjalnych łóżek, urządzeń klimatyzacyjnych i oczyszczaczy powietrza,
 - e) leków i środków opatrunkowych, które przepisuje Lekarz prowadzący Leczenie za granicą, i które Ubezpieczony kupuje po 30 dniach od opuszczenia Placówki medycznej za granicą, a przed powrotem do Polski;
 - 7) usług świadczonych Osobie towarzyszącej, z wyjątkiem kosztów wyraźnie objętych Umową;
 - 8) leczenia powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych zastosowanych podczas Leczenia za granicą, innych niż te, które:
 - a) wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w Szpitalu za granicą lub innej Placówce medycznej za granicą i
 - b) są niezbędne, żeby Ubezpieczony mógł zostać uznany za zdolnego do podróży powrotnej do Polski po zakończeniu Leczenia za granicą;
 - 9) rehabilitacji (w tym fizjoterapii, rehabilitacji ruchowej oraz terapii logopedycznej);
 - 10) leczenia lub pobytu w szpitalach uzdrowiskowych (sanatoryjnych), szpitalach rehabilitacyjnych, sanatoriach i uzdrowiskach, ośrodkach pomocy społecznej, domach opieki, ośrodkach leczenia uzależnień, hospicjach, ośrodkach opieki domowej, nawet jeśli takie leczenie lub usługi są zalecane lub konieczne w ramach leczenia Poważnego stanu chorobowego;
 - 11) świadczeń i leczenia w przypadkach zmian otępiennych, które wywołuje starość lub w przypadku wszelkiego rodzaju zaburzeń poznawczych, niezależnie od tego, jaka jest ich przyczyna;
 - 12) leczenia innymi metodami, jeśli zalecanym przez Lekarza konsultanta sposobem leczenia jest Przeszczep od żywego dawcy;

- 13) dodatkowych posiłków, poza śniadaniem hotelowymi zapewnionymi w ramach pobytu w hotelu oraz wszelkich innych dodatkowych kosztów pobytu w hotelu. Podwyższenie standardu hotelu nie jest objęte ubezpieczeniem;
 - 14) przejazdów z hotelu do Szpitala lub do Lekarza prowadzącego podczas Leczenia za granicą;
 - 15) Postępowania profilaktycznego;
 - 16) Leczenia na terytorium:
 - a) Polski (z wyjątkiem: zwrotu kosztów zakupu Leków wydawanych na receptę - §10, 5., 6) f), kosztów Kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą - §11 oraz leczenia organizowanego w przypadku wystąpienia siły wyższej - §10, 5., 4), oraz
 - b) kraju, w którym w momencie leczenia lub zgłoszenia roszczenia Ubezpieczony mieszka, pracuje lub studiuje.
7. Nie zwracamy kosztów:
- 1) poniesionych przed wystawieniem Certyfikatu;
 - 2) rozmów telefonicznych, przedmiotów osobistego użytku;
 - 3) poniesionych z tytułu zakwaterowania lub transportu zorganizowanego samodzielnie przez Ubezpieczonego, Osobę towarzyszącą lub Dawcę;
 - 4) poniesionych przez Ubezpieczonego, Osobę towarzyszącą lub Dawcę, z wyjątkiem kosztów, co do których przysługuje zwrot zgodnie z OWU.
8. Ani Partner, ani my nie odpowiadamy za:
- 1) medyczną poprawność Drugiej opinii medycznej ani za skutki działań lub zaniechań na podstawie informacji zawartych w tej opinii;
 - 2) skutki wdrożenia planu leczenia w ramach Leczenia za granicą, oraz Leczenia za granicą, w tym jego skuteczność;
 - 3) skutki wdrożenia planów Kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granicą zgodnie z § 11, w tym ich skuteczność; o ile odpowiedzialność taka nie będzie wynikać z bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa;
 - 4) krzywdy, ból, cierpienie fizyczne lub psychiczne, które są skutkiem Poważnego stanu chorobowego;
 - 5) straty materialne wynikające z utraty lub uszkodzenia rzeczy, które należą do Ubezpieczonego, Osoby towarzyszącej lub Dawcy w czasie pobytu w Placówce medycznej lub w podróży.
9. Odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie Spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej) jest ograniczona lub wyłączona w poniższym zakresie:
- 1) kosztu wykonania biopsji – świadczenie nie obejmuje kosztów biopsji wykonanej w celu wycięcia tkanki lub pobrania płynu, który będzie źródłem próbki niezbędnej do profilowania molekularnego za wyjątkiem pobrania krwi do płynnej biopsji, zgodnie z § 8 ust. 3, pkt 3.
 - 2) wydatków medycznych dotyczących Badań klinicznych:
 - a) jakiegokolwiek wydatki medyczne w przypadku, gdy Badania kliniczne odbywają się w Polsce, zgodnie z § 15 ust. 1;
 - b) w przypadku, gdy Badania kliniczne przeprowadzane są poza Polską – jakiegokolwiek wydatki medyczne w przypadku, gdy leczenie zgodnie ze standardem opieki medycznej odbywa się w innym Szpitalu lub Placówce medycznej niż ta, w której przeprowadzane jest Badanie kliniczne, zgodnie z § 15 ust. 2;
 - c) leczenia niezamierzonych efektów ubocznych lub komplikacji medycznych związanych z leczeniem nowotworowym w ramach Badania klinicznego.
 - 3) Świadczenie nie obejmuje następujących niemedycznych wydatków:
 - a) jakiegokolwiek kosztów związanych z podróżą lub zakwaterowaniem Ubezpieczonego lub jego/jej członków rodziny w celu pobrania lub wycięcia materiału do badań,
 - b) jakiegokolwiek opłat lub kosztów związanych z przystąpieniem do Badania klinicznego.