



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

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia leczenia za granicą, kod warunków LZIP51, które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

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

Lp.	Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
1.	Przesłanki wypłaty (realizacji) świadczenia	pkt 1–12
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	pkt 1–2 pkt 4–26 pkt 37–38 pkt 59–65

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 [na pzu.pl](http://na.pzu.pl)



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

Roszczenie zgłosisz:



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

Zanim zawrzesz umowę, przeczytaj dokładnie OWU.

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

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



# OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA LECZENIE ZA GRANICĄ

Kod warunków: LZIP51

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia leczenia za granicą uchwałą nr UZ/31/2020 z 25 lutego 2020 roku, ze zmianami zatwierdzonymi uchwałą nr UZ/165/2020 z dnia 13 sierpnia 2020 roku, uchwałą nr UZ/206/2020 z dnia 5 października 2020 r. oraz uchwałą nr UZ/93/2022 z dnia 20 maja 2022 roku, zwane dalej OWU.

OWU wchodzi w życie 23 lipca 2022 roku.

## SPIS TREŚCI

Słowniczek	.1
Przedmiot ubezpieczenia	.3
Zakres ubezpieczenia	.3
Świadczenia z umowy	.4
Realizacja świadczeń	.4
Suma ubezpieczenia i limity świadczeń	.7
Wyłączenia odpowiedzialności	.7
Zawarcie umowy	.9
Kto może zawrzeć umowę i być objęty ochroną	.9
Czas trwania umowy	.9
Ponowne zawarcie umowy	.9
Odstąpienie od umowy	.9
Wypowiedzenie umowy	.9
Prawa i obowiązki	.10
Składka	.10
Początek naszej ochrony	.10
Koniec naszej ochrony	.10
Reklamacje, skargi i zażalenia	.11
Postanowienia końcowe	.11

## SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **centrum obsługi klienta** – całodobowe centrum zgłoszeniowe (tel. 22 505 12 54), które przyjmuje zgłoszenia telefoniczne i dokumenty od ubezpieczonego oraz koordynuje organizację usług i świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem. Obsługa odbywa się w języku polskim;
- 2) **certyfikat leczenia za granicą** – pisemna zgoda wydana przez Further w naszym imieniu na organizację i pokrycie kosztów leczenia za granicą oraz innych świadczeń i usług, które są objęte ubezpieczeniem. Certyfikat jest ważny 3 miesiące od daty wystawienia;
- 3) **dawca** – żywa osoba wskazana przez ubezpieczonego, od której pobierane są komórki, tkanki lub narządy do przeszczepu dla ubezpieczonego;
- 4) **dokumentacja medyczna** – dokumentacja opisująca stan zdrowia ubezpieczonego lub udzielone mu świadczenia zdrowotne, sporządzona przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, osoby wykonujące zawód medyczny oraz inne osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń zdrowotnych;
- 5) **druga opinia medyczna** – opinia sporządzona przez lekarza konsultanta na podstawie dokumentacji medycznej ubezpieczonego, zawierająca weryfikację dotychczasowej diagnozy i propozycję planu leczenia;
- 6) **Further** – Further Underwriting International SLU, podmiot z siedzibą w Hiszpanii, za pośrednictwem którego zapewniamy organizację oraz realizację usług i świadczeń objętych ubezpieczeniem, w tym nadzór nad organizacją procesu leczenia ubezpieczonego; Ilekroć w niniejszych OWU wskazujemy, że określone czynności wykonuje Further należy przez to rozumieć, że wykonuje je PZU Życie za pośrednictwem Further;
- 7) **inżynieria tkankowa** – postępowanie, które dotyczy komórek lub tkanek zmodyfikowanych tak, by mogły być zastosowane do naprawy, regeneracji lub zamiany z tkankami ludzkimi;
- 8) **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. Kontrola ta obejmuje badania diagnostyczne, profilaktyczne lub przesiewowe oraz konsultacje lekarskie z nimi związane, realizowane wyłącznie w rekomendowanych lub zaakceptowanych przez Further placówkach medycznych w Polsce lub placówkach medycznych za granicą; celem kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą jest ustalenie, czy ubezpieczony może w przyszłości cierpieć na poważny stan chorobowy oraz zapobieganie poważnym stanom chorobowym lub ich nawrotom;
- 9) **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;

- 10) **leczenie eksperymentalne** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkt, których skuteczność i bezpieczeństwo nie zostało potwierdzone naukowo i medycznie lub które są w trakcie badań lub testów;
- 11) **leczenie za granicą** – leczenie poważnego stanu chorobowego, które:
- odbywa się poza Polską, w placówce medycznej za granicą wybranej przez ubezpieczonego spośród placówek rekomendowanych przez Further,
  - jest konieczne z medycznego punktu widzenia w celu poprawy wyników stanu zdrowia ubezpieczonego,
  - zgodnie z opinią lekarza konsultanta lub zespołu medycznego Further, 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.
- Leczenie za granicą jest organizowane, o ile wystąpił poważny stan chorobowy, a druga opinia medyczna lub zespół medyczny Further – w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z drugiej opinii medycznej – wskaże możliwości dalszego leczenia;
- 12) **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;
- 13) **lekarz konsultant** – praktykujący poza granicami Polski lekarz, o specjalności lekarskiej i doświadczeniu zawodowym właściwym dla specyfiki danego poważnego stanu chorobowego, który sporządza drugą opinię medyczną;
- 14) **lek wydawany na receptę** – substancja lub połączenie substancji, która jest wydawana wyłącznie na receptę i jest dopuszczona do obrotu w danym kraju. Recepta na lek jest ważna także dla odpowiednika tego leku o tych samych składnikach aktywnych, sile i dawkowaniu;
- 15) **miesiąc umowy** – okres, który rozpoczyna się i kończy w tym samym dniu, co miesiąc umowy podstawowej;
- 16) **my/PZU Życie** – Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna;
- 17) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie, które:
- jest niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego oraz
  - jest wywołane czynnikami zewnętrznymi oraz
  - jest wyłączną przyczyną zdarzenia, które obejmuje naszą ochroną;
- 18) **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;
- 19) **osoba towarzysząca** – osoba wskazana przez ubezpieczonego, która towarzyszy mu podczas realizacji świadczeń wynikających z umowy;
- 20) **pobyt w szpitalu** – pobyt ubezpieczonego w szpitalu, który trwa co najmniej 1 dzień i odbywa się w ramach opieki medycznej za granicą;
- 21) **placówka medyczna za granicą** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny, działający poza Polską, zgodnie z wymogami miejscowego prawa, świadczący opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki oraz leczenia i zatrudniający wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski;
- 22) **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;
- 23) **poważny stan chorobowy** – choroba lub stan objęty naszą ochroną, tj.:
- grupa 1 – nowotwór:
    - nowotwór złośliwy,
    - nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym tzw. in situ,
    - ciężka dysplazja nowotworowa,
  - grupa 2 – stan, co do którego stwierdzono konieczność przeprowadzenia operacji kardiologicznej:
    - pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass), lub
    - zastawki serca,
  - grupa 3 – stan, co do którego stwierdzono konieczność przeprowadzenia operacji neurochirurgicznej:
    - mózgu, lub
    - łagodnego guza rdzenia kręgowego,
  - grupa 4 – stan, co do którego stwierdzono konieczność przeprowadzenia przeszczepu:
    - narządów, lub
    - szpiku kostnego.
- Definicje poszczególnych poważnych stanów chorobowych znajdują się w pkt. 4;
- 24) **przeszczep** – przeszczep narządów lub przeszczep szpiku kostnego;
- 25) **rocznica umowy podstawowej** – każda rocznica dnia, w którym została zawarta umowa podstawowa, przy czym za rocznicę dnia 29 lutego uważamy dzień 28 lutego każdego następnego roku umowy podstawowej;
- 26) **siła wyższa** – zdarzenie zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia, którego skutkiem nie można było zapobiec;
- 27) **suma ubezpieczenia** – stanowiąca górną granicę naszej odpowiedzialności kwota wskazana w tych OWU, do wysokości której będą realizowane świadczenia objęte ubezpieczeniem – ustalona łącznie dla pierwszej i kolejnych umów zawartych na rzecz tego samego ubezpieczonego – z zastrzeżeniem, że w ramach sumy ubezpieczenia poszczególne świadczenia są ograniczone limitami wskazanymi w pkt. 13;
- 28) **szpital** – podmiot leczniczy, który świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski;
- 29) **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);
- 30) **terapia komórkami somatycznymi** – postępowanie, które dotyczy komórek lub tkanek poddanych modyfikacjom w celu zmiany ich charakterystyki biologicznej lub procedury 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;
- 31) **terapia limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor CAR T-cell therapy** – terapia z użyciem limfocytów T z chimerycznymi receptorami antygenowymi) – rodzaj leczenia, w którym funkcja limfocytów T (rodzaj komórek układu odpornościowego) została zmodyfikowana w laboratorium tak, by były w stanie znaleźć i zaatakować komórki nowotworowe. Limfocyty T są pobierane z krwi;
- 32) **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;

- 33) **ubezpieczający/Ty** – podmiot, który zawarł z nami umowę; ubezpieczającym może być osoba fizyczna, osoba prawna albo jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej;
- 34) **ubezpieczony** – ubezpieczony z umowy podstawowej, współmałżonek/partner ubezpieczonego z umowy podstawowej, na rzecz którego zawierasz tę umowę – który w całym okresie ubezpieczenia tej umowy ma miejsce zamieszkania w Polsce;
- 35) **umowa/umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia dodatkowego zawarta między Tobą a PZU Życie na podstawie tych OWU i potwierdzona polisą;
- 36) **umowa podstawowa** – umowa indywidualnego ubezpieczenia na życie, do której możesz zawrzeć tę umowę;
- 37) **umowa terminowa** – umowa dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia terminowego na życie, która została zawarta na rzecz współmałżonka/partnera ubezpieczonego z umowy podstawowej;
- 38) **pierwsza umowa** – umowa zawarta po raz pierwszy na rzecz danego ubezpieczonego lub zawarta ponownie na rzecz tego samego ubezpieczonego, jeżeli nie zachowano ciągłości naszej ochrony;
- 39) **kolejna umowa** – umowa zawarta z zachowaniem ciągłości naszej ochrony;
- 40) **wiek polisowy**:
  - a) w przypadku zawierania umowy dodatkowej wraz z umową podstawową – wiek ubezpieczonego ustalany na dzień początku ochrony umowy dodatkowej i w każdą kolejną rocznicę umowy podstawowej, obliczany jako różnica lat pomiędzy aktualnym rokiem kalendarzowym, a rokiem urodzenia ubezpieczonego,
  - b) w przypadku zawierania umowy dodatkowej do istniejącej umowy podstawowej – wiek ubezpieczonego ustalany na dzień początku ochrony umowy dodatkowej i w każdą kolejną rocznicę umowy podstawowej, obliczany jako różnica lat pomiędzy rokiem kalendarzowym w dniu ostatniej rocznicy umowy podstawowej a rokiem urodzenia ubezpieczonego (a jeśli nie było jeszcze rocznicy umowy podstawowej wiek ubezpieczonego obliczany jako różnica lat pomiędzy rokiem kalendarzowym z dnia zawarcia umowy podstawowej, a rokiem urodzenia ubezpieczonego);



#### PRZYKŁAD

Współmałżonek/partner ubezpieczonego urodził się 5 maja 1990 r.

Jest 17 kwietnia 2021 r. i właśnie zawarłeś z nami umowę podstawową rozszerzoną o ubezpieczenie dodatkowe dla współmałżonka/partnera ubezpieczonego. Zgodnie z powyższą definicją współmałżonek/partner w dniu początku ochrony z ubezpieczenia dodatkowego (17 kwietnia 2021 r.) miał 31 lat (2021 – 1990).

W dniu 10 stycznia 2022 r. zawarłeś z nami kolejną umowę dodatkową dla współmałżonka/partnera ubezpieczonego. Wiek polisowy współmałżonka/partnera ubezpieczonego to w tym momencie nadal 31 lat (ponieważ nie było jeszcze rocznicy polisy, przyjmujemy rok kalendarzowy z dnia zawarcia umowy podstawowej, czyli 2021 r. od którego odejmujemy rok kalendarzowy urodzenia współmałżonka/partnera ubezpieczonego, czyli 1990). Jeśli zawarłbyś tę umowę w rocznicę lub po rocznicy umowy podstawowej, czyli np. 17 kwietnia 2022 r., współmałżonek/partner ubezpieczonego miałby 32 lata (2022 – 1990).

- 41) **Współmałżonek/partner** – wskazana we wniosku o ubezpieczenie osoba, która pozostaje z ubezpieczonym z umowy podstawowej w dniu zawarcia umowy terminowej i tej umowy:
  - a) w związku małżeńskim – w przypadku współmałżonka,
  - b) we wspólnym pożyciu – w przypadku partnera.
2. Jeżeli te OWU nie stanowią inaczej, określenia, które zdefiniowaliśmy w OWU umowy podstawowej używamy w tych OWU w takim samym znaczeniu.

#### PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy zdrowie ubezpieczonego.

#### ZAKRES UBEZPIECZENIA

– czyli jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u ubezpieczonego zdefiniowanych poniżej poważnych stanów chorobowych w okresie ubezpieczenia lub wystąpienie każdego kolejnego poważnego stanu chorobowego z tej samej grupy w okresie 36 miesięcy, liczonym w sposób wskazany w pkt. 8 i 9:
  - 1) **nowotwór (grupa 1)**:
    - 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. Odpowiadamy także za nowotwór złośliwy ze zmianami przerzutowymi, gdy nie pobrano materiału do badania histopatologicznego, ale obraz kliniczny i badania diagnostyczne są jednoznaczne, co do złośliwości procesu nowotworowego,
    - b) **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,
    - c) **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);
  - 2) **stan, co do którego stwierdzono konieczność przeprowadzenia operacji kardiologicznej (grupa 2)**:
    - a) **pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass)** – to jest wszczęcia co najmniej jednego pomostu omijającego niedrożny lub zwężony odcinek tętnicy wieńcowej, lub
    - b) **zastawki serca** – to jest wymiany lub rekonstrukcji uszkodzonej co najmniej jednej zastawki serca;
  - 3) **stan, co do którego stwierdzono konieczność przeprowadzenia operacji neurochirurgicznej (grupa 3)**:
    - a) **mózgu** – to jest każdej interwencji neurochirurgicznej w mózgu lub w pozostałych strukturach wewnątrzczaszkowych, lub

- b) **łagodnego guza rdzenia kręgowego** – to jest każdej interwencji neurochirurgicznej mającej na celu leczenie łagodnego guza rdzenia kręgowego. Łagodny guz rdzenia kręgowego, to tylko taki guz, który jest zlokalizowany w rdzeniu kręgowym, a jego łagodny charakter jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 4) **stan, co do którego stwierdzono konieczność przeprowadzenia przeszczepu (grupa 4):**
  - a) **narządów** – to jest operacji chirurgicznej, podczas której ubezpieconemu jako biorcy zostaje przeszczepiona nerka, płąt 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).
- 5. Za dzień wystąpienia poważnego stanu chorobowego uznaje się dzień w okresie naszej ochrony, w którym według dokumentacji medycznej:
  - 1) wykonano badanie potwierdzające: nowotwór złośliwy, nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym tzw. in situ, ciężką dysplazję nowotworową, lub
  - 2) zalecono przeprowadzenie: operacji kardiochirurgicznej pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass), operacji kardiochirurgicznej zastawki serca, operacji neurochirurgicznej mózgu, operacji neurochirurgicznej łagodnego guza rdzenia kręgowego, przeszczepu narządów, przeszczepu szpiku kostnego.

## ŚWIADCZENIA Z UMOWY

– czyli jakie świadczenia zapewniamy i w jakim okresie je realizujemy

- 6. W razie wystąpienia poważnego stanu chorobowego w okresie ochrony, zapewnimy następujące świadczenia:
  - 1) drugą opinię medyczną;
  - 2) opiekę medyczną za granicą;
  - 3) kontrolę stanu zdrowia po leczeniu za granicą.
- 7. Szczegółowe zasady korzystania ze świadczeń, które obejmuje ubezpieczenie oraz informacje o kosztach, które pokrywamy w ramach ubezpieczenia, znajdziesz w pkt. 12.
- 8. Świadczenia, o których mowa w pkt. 6 ppkt 2) i 3) dla danej grupy wskazanej w pkt. 1 ppkt 23) są realizowane nie dłużej niż przez okres 36 miesięcy. Okres 36 miesięcy rozpoczyna się:
  - 1) od dnia pierwszej podróży rozpoczynającej leczenie za granicą w przypadku, gdy podróż rozpoczęła się w tym samym okresie ubezpieczenia, w którym wystąpił poważny stan chorobowy;
  - 2) od dnia następującego po zakończeniu okresu ubezpieczenia w przypadku, gdy pierwsza podróż rozpoczynająca leczenie za granicą rozpoczęła się po zakończeniu okresu ubezpieczenia, w którym wystąpił poważny stan chorobowy.

W sytuacji, gdy okres 36 miesięcy kończy się w trakcie leczenia za granicą, świadczenia będą realizowane na podstawie wcześniej ustalonego planu leczenia do dnia powrotu do Polski.



### PRZYKŁAD

1 stycznia 2020 r. zawarłaś z nami umowę (jesteś jednocześnie ubezpieczoną). 15 maja 2020 r. zdiagnozowano u Ciebie nowotwór złośliwy tarczycy, czyli chorobę z grupy 1.

**Przypadek 1):** 20 czerwca 2020 r. wyjechałaś na leczenie za granicą. Okres ubezpieczenia zakończył się 31 grudnia 2020 r. Okres 36 miesięcy, podczas którego będziemy realizować opiekę medyczną za granicą w związku ze zdiagnozowanym nowotworem złośliwym tarczycy, rozpocznie się 20 czerwca 2020 r. (data pierwszej podróży wystąpiła w okresie ubezpieczenia, w którym zdiagnozowano u Ciebie nowotwór złośliwy tarczycy).

**Przypadek 2):** Okres ubezpieczenia zakończył się 31 grudnia 2020 r., do tego momentu nie zdecydowałaś się na leczenie za granicą. Na leczenie za granicą wyjechałaś 1 lutego 2021 r. Okres 36 miesięcy, podczas którego będziemy realizować opiekę medyczną za granicą w związku ze zdiagnozowanym nowotworem złośliwym tarczycy, rozpocznie się 1 stycznia 2021 r. (dzień następujący po dniu zakończenia okresu ubezpieczenia).

- 9. Okres 36 miesięcy, o którym mowa w pkt. 8 liczony jest odrębnie dla każdej z grup wskazanych w pkt. 1 ppkt. 23).



### PRZYKŁAD

1 stycznia 2020 r. zawarłaś z nami umowę (jesteś jednocześnie ubezpieczoną). 15 września 2020 r. zdiagnozowano u Ciebie nowotwór złośliwy tarczycy, czyli chorobę z grupy 1. 20 października 2020 r. wyjechałaś na leczenie za granicą. Okres 36 miesięcy, podczas którego będziemy realizować opiekę medyczną za granicą w związku ze zdiagnozowanym nowotworem złośliwym tarczycy, rozpocznie się 20 października 2020 r. Następnie 1 lipca 2021 r. zdiagnozowano u Ciebie ciężką dysplazję szyjki macicy, czyli drugą chorobę z tej samej grupy. 36-miesięczny okres realizacji świadczeń dla ciężkiej dysplazji szyjki macicy biegnie od dnia 20 października 2020 r. (data pierwszej podróży w okresie ubezpieczenia, w którym zdiagnozowano u Ciebie nowotwór złośliwy tarczycy).

## REALIZACJA ŚWIADCZEŃ

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

- 10. Świadczenia zrealizujemy, jeśli ubezpieczony ma miejsce zamieszkania w Polsce i w ciągu 12 miesięcy przed wystąpieniem poważnego stanu chorobowego nie przebywał poza Polską dłużej niż 183 dni kalendarzowe.
- 11. Jeśli ubezpieczony chce skorzystać ze świadczeń:
  - 1) kontaktuje się z centrum obsługi klienta oraz przekazuje swoją dokumentację medyczną;
  - 2) odpowiada na pytania konsultanta, które dotyczą stanu zdrowia i wypełnia otrzymane formularze;
  - 3) wybiera placówkę medyczną za granicą, w której chce skorzystać z leczenia – spośród trzech placówek medycznych, które rekomenduje Further;
  - 4) współpracuje z Further w zakresie koniecznym do właściwej realizacji świadczeń.



12. W ramach umowy ubezpieczonemu przysługują następujące świadczenia:

### 12.1 Druga opinia medyczna

- 1) Aby uzyskać tę opinię ubezpieczony:
  - a) kontaktuje się telefonicznie z centrum obsługi klienta i podaje swoje dane:
    - imię, nazwisko, kontaktowy numer telefonu i adres,
    - numer polisy, która potwierdza zawarcie umowy,
    - dzień wystąpienia poważnego stanu chorobowego,
  - b) wypełnia otrzymane formularze lub odpowiada na pytania konsultanta dotyczące stanu zdrowia,
  - c) dostarcza do centrum obsługi klienta wypełnione formularze oraz zgromadzoną dokumentację medyczną;
- 2) Further w ramach tego świadczenia:
  - a) informuje ubezpieczonego jaka dokumentacja medyczna jest potrzebna do przygotowania drugiej opinii medycznej i na wniosek ubezpieczonego zapewnia pomoc w zebraniu tych dokumentów na podstawie pełnomocnictwa udzielonego przez ubezpieczonego,
  - b) zapewnia ponowną ocenę histopatologiczną tkanek, które zostały wcześniej pobrane od ubezpieczonego – jeśli jest to medycznie uzasadnione,
  - c) tłumaczy dokumentację medyczną ubezpieczonego na język lekarza konsultanta,
  - d) przekazuje dokumentację medyczną lekarzowi konsultantowi;
- 3) Druga opinia medyczna zawiera opinię lekarza konsultanta dotyczącą postawionej diagnozy i stosowanego leczenia, propozycję planu leczenia oraz informacje o doświadczeniach zawodowych i osiągnięciach zawodowych lekarza konsultanta, który ją sporządził. Opinia zostaje przetłumaczona na język polski, dostarczona ubezpieczonemu lub wskazanemu przez niego lekarzowi;
- 4) Jeśli lekarz konsultant postawi odmienną diagnozę niż diagnoza wynikająca z dokumentacji medycznej ubezpieczonego, Further zapewnia organizację i pokrycie kosztów sporządzenia dodatkowej opinii medycznej przez innego lekarza konsultanta oraz przetłumaczenia jej na język polski;
- 5) Ubezpieczony otrzymuje drugą opinię medyczną wraz z informacją, czy przysługuje mu prawo do opieki medycznej za granicą w ciągu 30 dni od dnia otrzymania przez Further zawiadomienia o wystąpieniu poważnego stanu chorobowego;
- 6) Jeśli w powyższym terminie nie jest możliwe przygotowanie 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 Further przygotowuje jedną drugą opinię medyczną, z zastrzeżeniem pkt.12.1 ppkt 4);
- 8) Further informuje ubezpieczonego pisemnie lub w innej uzgodnionej z ubezpieczonym formie, jak skorzystać z pozostałych świadczeń, które obejmuje ubezpieczenie;
- 9) Ubezpieczony może zrezygnować z drugiej opinii medycznej. W takiej sytuacji o zasadności i planie leczenia za granicą rozstrzyga zespół medyczny Further na podstawie dostarczonej przez ubezpieczonego dokumentacji. Informację w powyższym zakresie ubezpieczony otrzymuje w terminie przewidzianym na wydanie drugiej opinii medycznej.

### 12.2 Opieka medyczna za granicą

- 1) Jeśli u ubezpieczonego wystąpił poważny stan chorobowy i druga opinia medyczna lub zespół medyczny Further – w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z drugiej opinii medycznej – wskaże możliwości dalszego leczenia, ubezpieczony, który zamierza rozpocząć leczenie za granicą, kontaktuje się z centrum obsługi klienta;
- 2) Further w terminie 3 dni roboczych przedstawi ubezpieczonemu propozycję trzech placówek medycznych za granicą, które są w stanie podjąć się leczenia. Ubezpieczony wybiera jedną z przedstawionych placówek medycznych w ciągu trzech miesięcy od daty otrzymania powyższej propozycji;
- 3) Po otrzymaniu od ubezpieczonego informacji o wyborze jednej z placówek medycznych, Further rozpoczyna proces organizacji świadczenia opieki medycznej za granicą poprzez:
  - a) przekazanie ubezpieczonemu w ciągu 10 dni roboczych certyfikatu leczenia za granicą oraz
  - b) 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 leczenia za granicą, to Further wystawia nowy certyfikat leczenia za granicą, na podstawie aktualnego stanu zdrowia ubezpieczonego;
- 5) Świadczenie opieki medycznej za granicą obejmuje:
  - a) organizację i pokrycie kosztów podróży ubezpieczonego, osoby towarzyszącej i dawcy – do miejsca, w którym znajduje się wybrana przez ubezpieczonego placówka medyczna za granicą oraz podróży powrotnej do Polski lub do miejsca zamieszkania dawcy (jeśli znajduje się ono poza Polską) w zakresie:
    - transportu z miejsca zamieszkania do wyznaczonego lotniska międzynarodowego lub dworca kolejowego,
    - biletów na pociąg lub biletów lotniczych w klasie ekonomicznej do miasta docelowego leczenia i transportu do wskazanego hotelu lub bezpośrednio do szpitala,
    - transportu z wyznaczonego hotelu lub szpitala do wskazanego międzynarodowego lotniska lub dworca kolejowego,
    - biletów na pociąg lub biletów lotniczych w klasie ekonomicznej, a następnie transportu do miejsca zamieszkania,
  - b) organizację i pokrycie kosztów transportu medycznego ubezpieczonego i dawcy, jeżeli taki został zalecony przez lekarza konsultanta lub lekarza prowadzącego leczenie za granicą,
  - c) organizację i pokrycie kosztów zakwaterowania ubezpieczonego, osoby towarzyszącej i dawcy w miejscu leczenia poważnego stanu chorobowego (poza granicami Polski), w pokoju dwuosobowym ze śniadaniem w hotelu trzy lub czterogwiazdkowym, który znajduje się najbliżej placówki medycznej za granicą wybranej przez ubezpieczonego, w odległości nie większej niż 10 km od tej placówki, z zastrzeżeniem pkt. 22 ppkt 11),
  - d) organizację i pokrycie wszelkich kosztów leczenia za granicą, które wynikają z przyjętego planu leczenia lub są związane z leczeniem poważnego stanu chorobowego do wysokości sumy ubezpieczenia (z wyjątkiem usług i kosztów wyraźnie wyłączonych w niniejszych OWU), w szczególności organizację i pokrycie kosztów:
    - zakwaterowania i żywienia w szpitalu:
      - zakwaterowania ubezpieczonego w szpitalu, które wynika z planu leczenia, oraz dodatkowego łóżka dla osoby towarzyszącej – jeśli szpital zapewnia taką usługę,
      - posiłków dla ubezpieczonego, które są standardowo oferowane przez szpital,
    - leczenia poważnego stanu chorobowego, tj. m.in.:
      - opieki lekarskiej, pielęgnarskiej oraz opieki pozostałego personelu medycznego w każdym oddziale szpitala, w którym – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego i ze względu na przebieg leczenia – jest konieczne leczenie oraz w ambulatorium, zgodnie z zasadami pracy szpitala,
      - badań diagnostycznych, które są wymagane do przygotowania leczenia lub w jego trakcie i są wykonywane na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie, w tym: badań rentgenowskich (RTG), tomografii komputerowej (CT), badań elektrokardiograficznych (EKG), elektroencefalograficznych (EEG), ultrasonograficznych (USG), badań

- z zastosowaniem izotopów promieniotwórczych, mikroskopowych badań szpiku kostnego (mielogram), kardiografii, angiografii, rezonansu magnetycznego (MRI),
- leczenia metodami chemioterapii, 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 wiązką zewnętrzną) lub przez materiał radioaktywny umieszczony w organizmie w pobliżu komórek nowotworowych (wewnętrzna radioterapia),
- znieczulenia, jego podania przez lekarza anestezjologa oraz opieki anestezjologicznej przed, w trakcie i po zakończeniu znieczulenia,
- korzystania z sal operacyjnych oraz wykonania operacji chirurgicznych,
- chirurgii rekonstrukcyjnej, która polega na odbudowie lub naprawie struktury ciała w celu skorygowania funkcji uszkodzonej lub utraconej w trakcie leczenia za granicą,
- transfuzji krwi, podawania osocza i surowicy,
- podawania tlenu, iniekcji dożylnych, podskórnych, domięśniowych,
- leczenia powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych, które zostały zastosowane w czasie leczenia za granicą, jeśli te powikłania lub skutki uboczne wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w szpitalu lub w innej placówce medycznej i są niezbędne, żeby ubezpieczony mógł zostać uznany za zdolnego do podróży powrotnej do Polski po zakończeniu leczenia za granicą,
- leków i środków opatrunkowych, które są używane w placówce medycznej za granicą,
- transportu ambulansem drogowym lub karetką powietrzną, jeśli ich użycie jest wskazane i zalecone przez lekarza konsultanta lub lekarza prowadzącego leczenie za granicą oraz zaplanowanego przez Further,
- usług tłumacza w placówce medycznej za granicą; tłumacz posługuje się tym samym językiem, co ubezpieczony,
- przeszczepu:
  - badań diagnostycznych potwierdzających zgodność tkankową przeprowadzanych w celu zidentyfikowania odpowiedniego dawcy wśród członków rodziny ubezpieczonego,
  - usług szpitalnych świadczonych na rzecz dawcy w zakresie: zakwaterowania w pokoju lub oddziale i wyżywienia podczas hospitalizacji, opieki lekarskiej i pielęgniarstwa podczas hospitalizacji, obsługi pozostałego personelu medycznego, badań zleconych przez lekarza,
  - operacji pobrania narządu lub szpiku kostnego od dawcy dla ubezpieczonego,
- usług i materiałów na potrzeby hodowli szpiku kostnego w związku z przeszczepem tkanki u ubezpieczonego,
- e) **dzienne świadczenie szpitalne:**
  - Further wypłaca ubezpieczonemu **dzienne świadczenie szpitalne** za każdy dzień pobytu połączony z noclegiem w szpitalu poza granicami Polski, w ramach leczenia poważnego stanu chorobowego na podstawie certyfikatu leczenia za granicą, do wysokości sumy określonej w tabeli sum i limitów wskazanych w pkt. 13,
  - Further przekazuje pieniądze na rachunek bankowy ubezpieczonego, w ciągu 7 dni po każdym zakończonym tygodniu pobytu w szpitalu,
- f) **zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę po powrocie do Polski:**
  - Further zwraca ubezpieczonemu poniesione koszty zakupu leków wydawanych na receptę, jeśli ubezpieczony korzystał z leczenia za granicą i jego pobyt w szpitalu trwał co najmniej 3 dni oraz:
    - leki wydawane na receptę zalecił lekarz prowadzący leczenie za granicą jako niezbędną kontynuację leczenia,
    - recepty, na podstawie zaleceń lekarza prowadzącego leczenie za granicą, wystawił lekarz w Polsce przed upływem okresu 36 miesięcy, o którym mowa w pkt. 8 i 9,
    - ilość leku na każdej receptce, wyliczona na podstawie zaleconego sposobu dawkowania, jest niezbędna do stosowania w okresie nie dłuższym niż trzy miesiące,
    - leki wydawane na receptę zostały zakupione w Polsce.
  - ubezpieczony przedstawia dokumenty potwierdzające zakup leków wydawanych na receptę w Polsce w ciągu 180 dni kalendarzowych od dnia zakupu,
  - Further zwraca ubezpieczonemu poniesione koszty zakupu leków wydawanych na receptę na podstawie: wniosku o zwrot kosztów, kopii recepty lub wydruku informacyjnego o e-receptce i oryginału rachunku,
  - jeśli koszty leku wydawanego na receptę zostały częściowo sfinansowane przez publiczną służbę zdrowia, to ubezpieczony zaznacza taką informację we wniosku o zwrot kosztów. Further nie zwraca kosztów finansowanych przez publiczną służbę zdrowia,
  - ubezpieczenie nie obejmuje kosztów podania leków wydawanych na receptę ani zwrotu kosztów zakupu leków, które są dostępne bez recepty lub zostały w całości sfinansowane przez publiczną służbę zdrowia,
  - w przypadku, gdy spełnione są warunki opisane w pierwszym punkcie oraz leki wydawane na receptę nie są dostępne w Polsce lub nie są dopuszczone do obrotu w Polsce, to ubezpieczenie pokrywa również zakup tych leków za granicą. W tym przypadku Further organizuje wystawienie recepty oraz organizuje i pokrywa koszty podróży i zakwaterowania ubezpieczonego oraz osoby towarzyszącej, na zasadach obowiązujących w przypadku leczenia poważnego stanu chorobowego,
- g) **organizację i pokrycie kosztów repatriacji zwłok ubezpieczonego lub dawcy:**
  - świadczenie obejmuje zakup trumny przewozowej, balsamowanie zwłok, transport na lotnisko, przelot oraz transport z lotniska do miejsca pochówku w Polsce lub w przypadku dawcy w kraju zamieszkania,
  - świadczenie będzie udzielane, jeśli zgon ubezpieczonego lub dawcy nastąpił podczas organizowanego przez Further procesu leczenia poważnego stanu chorobowego za granicą.

### 12.3 Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą

- 1) Further potwierdza ubezpieczonemu zakończenie leczenia za granicą, gdy zgodnie z opinią lekarza prowadzącego leczenie za granicą, z medycznego punktu widzenia, nie jest już konieczne dalsze leczenie w placówce medycznej za granicą;
- 2) Następnie ubezpieczony otrzymuje:
  - a) dokumentację medyczną z leczenia za granicą i
  - b) plan kontroli stanu zdrowia w związku z przebyciem poważnym stanem chorobowym, czyli zalecenia lekarza prowadzącego to leczenie.
 Dokumentacja ta zostanie przetłumaczona na język polski;
- 3) Po zakończeniu leczenia za granicą i powrocie do Polski, Further zwraca ubezpieczonemu koszty wynikające z realizacji planu kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą w rekomendowanej lub zaakceptowanej przez Further placówce medycznej w Polsce. Further przedstawia ubezpieczonemu listę rekomendowanych placówek medycznych w Polsce;



- 4) Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą:
  - a) obejmuje badania diagnostyczne, profilaktyczne lub przesiewowe oraz konsultacje lekarskie z nimi związane, realizowane wyłącznie w rekomendowanych lub zaakceptowanych przez Further placówkach medycznych w Polsce lub placówkach medycznych za granicą,
  - b) przeprowadzana w Polsce – jest organizowana i opłacana bezpośrednio przez ubezpieczonego. Further zwraca ubezpieczonemu poniesione koszty po otrzymaniu faktur lub rachunków i dowodów płatności, lub
  - c) przeprowadzana za granicą – jest organizowana i opłacana przez Further na zasadach obowiązujących dla świadczenia opieki medycznej za granicą. Przeprowadzana jest przez lekarza, który prowadził leczenie za granicą lub jego zespół medyczny;
- 5) Further zwraca koszty poniesione w ramach kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, jeśli zostały poniesione przed końcem okresu, o którym mowa w pkt. 8 i 9;
- 6) Jeżeli wskutek zmiany stanu zdrowia, lekarze prowadzący leczenie w Polsce zmienią zalecenia lekarza prowadzącego leczenie za granicą, to Further zwróci koszty kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą po akceptacji tych zmian przez lekarza prowadzącego leczenie za granicą.

### SUMA UBEZPIECZENIA I LIMITY ŚWIADCZEŃ

– czyli do jakiej kwoty realizujemy świadczenia z ubezpieczenia

13. Świadczenia są realizowane do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w poniższej tabeli, z uwzględnieniem limitów w niej zawartych:

Suma ubezpieczenia	Wysokość sumy ubezpieczenia
Górna granica naszej odpowiedzialności – ustalona łącznie – na wszystkie świadczenia w ramach pierwszej umowy i wszystkich kolejnych umów zawartych na rzecz tego samego ubezpieczonego – bez względu na liczbę poważnych stanów chorobowych	2 000 000 euro
Opis świadczenia	Limity na poszczególne świadczenia
1) Druga opinia medyczna	jedna opinia dla danego poważnego stanu chorobowego
2) Opieka medyczna za granicą:	
a) Organizacja i pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego	w granicach sumy ubezpieczenia
b) Organizacja i pokrycie kosztów zakwaterowania	w granicach sumy ubezpieczenia
c) Organizacja i pokrycie kosztów leczenia za granicą	w granicach sumy ubezpieczenia
d) Dienne świadczenie szpitalne	100 euro za dzień pobytu w szpitalu maksymalnie do 60 dni pobytu w szpitalu na każdy poważny stan chorobowy,
e) Zwrot kosztów zakupu leków wydawanych na receptę po powrocie do Polski	50 000 euro (bez względu na liczbę poważnych stanów chorobowych)
f) Organizacja i pokrycie kosztów repatriacji zwłok do miejsca pochówku	w granicach sumy ubezpieczenia
3) Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą	w granicach sumy ubezpieczenia

14. Każdy koszt, który pokrywamy w ramach umowy dla ubezpieczonego, osoby towarzyszącej i dawcy, lub który zwracamy ubezpieczonemu pomniejsza sumę ubezpieczenia. Wysokość aktualnej sumy ubezpieczenia możesz sprawdzić kontaktując się z centrum obsługi klienta.
15. Suma ubezpieczenia wyrażona jest w euro. Wszystkie koszty poniesione w walucie innej niż euro przeliczamy na euro. Do przeliczenia używamy średniego kursu ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski z dnia, w którym ten koszt został poniesiony.
16. 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 przeliczenia używamy średniego kursu ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski z dnia, w którym ten koszt został poniesiony.

### WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

– czyli w jakich okolicznościach nie zrealizujemy świadczenia

17. Nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli wystąpienie poważnego stanu chorobowego było skutkiem okoliczności znanych ubezpieczającemu lub ubezpieczonemu, których ubezpieczający lub ubezpieczony nie podali do naszej wiadomości, a o które pytaliśmy ich we wniosku o ubezpieczenie oraz w innych pismach przed zawarciem umowy.
18. Jeśli ubezpieczający lub ubezpieczony umyślnie nie podał do naszej wiadomości wszystkich znanych im okoliczności, o które pytaliśmy w sposób określony w pkt. 17 przed zawarciem umowy to, w razie wątpliwości, przyjmuje się, że wystąpienie poważnego stanu chorobowego i jego następstwa są skutkiem tych okoliczności.
19. Nie ponosimy odpowiedzialności za poważny stan chorobowy, który powstał:
- 1) wskutek nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed początkiem ochrony;
  - 2) wskutek działań wojennych;
  - 3) wskutek czynnego uczestnictwa ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
  - 4) wskutek popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;

- 5) wskutek nietrzeźwości ubezpieczonego (w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi), użycia przez niego narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii);
  - 6) 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;
  - 7) wskutek użycia przez ubezpieczonego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego oraz wskutek schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. produktów;
  - 8) wskutek samookaleczenia się lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa;
  - 9) wskutek działania promieniowania radioaktywnego lub jonizującego w wyniku reakcji termojądrowych lub wybuchu nuklearnego.
- 20.** Nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli w dniu wystąpienia poważnego stanu chorobowego ubezpieczony miał miejsce zamieszkania w Polsce, ale w ciągu 12 miesięcy przed wystąpieniem poważnego stanu chorobowego przebywał poza Polską dłużej niż 183 dni kalendarzowe.
- 21.** Nasza ochrona nie obejmuje:
- 1) nowotworów związanych z AIDS i zakażeniem wirusem HIV;
  - 2) nowotworów skóry poza czerniakiem złośliwym;
  - 3) leczenia z wykorzystaniem terapii Limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor CAR T-cell therapy);
  - 4) leczenia metodami radioterapii innej niż promieniowanie wysokoenergetyczne do zmniejszania guzów i niszczenia komórek nowotworowych promieniami rentgenowskimi, promieniami gamma i naładowanymi cząstkami, dostarczonymi przez urządzenie zlokalizowane poza ciałem (promieniowanie wiązką zewnętrzną) lub przez materiał radioaktywny umieszczony w organizmie w pobliżu komórek nowotworowych (wewnętrzna radioterapia);
  - 5) stanu chorobowego, co do którego stwierdzono konieczność przeprowadzenia przeszczepu:
    - a) jeżeli konieczność przeprowadzenia przeszczepu wątroby wynika ze skutków alkoholowej choroby wątroby,
    - b) jeżeli jego wykonanie wymaga leczenia komórkami macierzystymi – w przypadku przeszczepu narządów,
    - c) jeżeli narząd do przeszczepu został zakupiony lub jest możliwy do zakupienia od dawcy;
  - 6) organizacji i pokrycia kosztów znalezienia dawcy dla ubezpieczonego, kosztów badań diagnostycznych potwierdzających zgodność tkankową przeprowadzanych w celu zidentyfikowania odpowiedniego dawcy spoza członków rodziny ubezpieczonego;
  - 7) przeszczepu krwiopochodnych komórek macierzystych z krwi pępowinowej.
- 22.** Nie organizujemy, nie pokrywamy i nie zwracamy kosztów:
- 1) leczenia alternatywnego ani leczenia eksperymentalnego nawet, jeśli zaleca je lekarz konsultant podczas leczenia poważnego stanu chorobowego;
  - 2) leczenia z wykorzystaniem terapii genowej, terapii komórkami somatycznymi, inżynierii tkankowej;
  - 3) tłumacza i tłumaczenia w innym zakresie niż przygotowanie drugiej opinii medycznej lub prowadzenie leczenia za granicą;
  - 4) zakupu lub wynajmu:
    - a) sztucznych narządów lub organów ani urządzeń, które zastępują całość albo część narządu lub całość albo część funkcji tego narządu (protezy), z wyjątkiem protezy 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;
  - 5) usług świadczonych osobie towarzyszącej, z wyjątkiem kosztów wyraźnie objętych ubezpieczeniem;
  - 6) leczenia powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych zastosowanych podczas leczenia za granicą, innych niż te, które:
    - wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w szpitalu lub innej placówce medycznej za granicą i
    - są niezbędne, żeby ubezpieczony mógł zostać uznany za zdolnego do podróży powrotnej do Polski po zakończeniu leczenia za granicą;
  - 7) rehabilitacji (w tym fizjoterapii, rehabilitacji ruchowej oraz terapii logopedycznej);
  - 8) 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;
  - 9) świadczeń i leczenia w przypadkach zmian otępiennych, które wywołuje starość lub w przypadku wszelkiego rodzaju zaburzeń poznawczych, niezależnie od tego, jaka jest ich przyczyna;
  - 10) leczenia innymi metodami, jeśli zalecanym przez lekarza konsultanta sposobem leczenia jest przeszczep;
  - 11) 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;
  - 12) przejazdów z hotelu do szpitala lub do lekarza prowadzącego podczas leczenia za granicą.
- 23.** Nie zwracamy kosztów:
- 1) poniesionych przed wystawieniem certyfikatu leczenia za granicą;
  - 2) rozmów telefonicznych, przedmiotów osobistego użytku;
  - 3) poniesionych z tytułu zakwaterowania lub transportu zorganizowanego samodzielnie przez ubezpieczonego, osobę towarzyszącą lub dawcę;
  - 4) poniesionych przez ubezpieczonego, osoby towarzyszące lub dawcę, z wyjątkiem kosztów, co do których przysługuje zwrot zgodnie z OWU.
- 24.** Ani Further, 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, oraz kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, w tym ich skuteczność;
- o ile odpowiedzialność taka nie będzie wynikać z bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa;
- 4) krzywdy, bólu, cierpienia fizyczne lub psychiczne, które są skutkiem poważnego stanu chorobowego;

- 5) straty materialne wynikające z utraty lub uszkodzenia rzeczy, które należą do ubezpieczonego lub osoby towarzyszącej w czasie pobytu w placówce medycznej lub w podróży.
25. Nie ponosimy odpowiedzialności za niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczeń z umowy, w tym ewentualne opóźnienia w ich realizacji, jeżeli jest to skutkiem okoliczności, za które nie ponosimy odpowiedzialności, w tym m. in.:
- siły wyższej,
  - strajków, zamieszek, aktów terroryzmu, sabotażu, wojny (w tym domowej), epidemii, działań władz państwowych, które mają na celu zapobieganie rozprzestrzenianiu się epidemii, wprowadzania ograniczeń w przemieszczaniu.
26. O wystąpieniu okoliczności, o których mowa w pkt. 25 jak i o ich ustaniu, niezwłocznie poinformujemy ubezpieczonego, który zgłosił nam wystąpienie poważnego stanu chorobowego.

## **ZAWARCIE UMOWY**

– jak się odbywa i co jest do tego potrzebne

27. Umowę zawieramy na podstawie Twojego wniosku o ubezpieczenie.
28. Umowę możesz zawrzeć:
- 1) wraz z zawarciem umowy podstawowej, albo
  - 2) jeśli posiadasz już umowę podstawową – w dniu najbliższej płatności składki, z zastrzeżeniem pkt. 37 ppkt. 2), o ile w umowie podstawowej nie zawiesiłeś opłacania składki regularnej i nie została ona zamieniona na ubezpieczenie bezskładkowe.
29. Warunkiem zawarcia umowy na rzecz współmałżonka/partnera jest dodatkowo zawarcie lub posiadanie umowy terminowej na rzecz współmałżonka/partnera.
30. Zasady i tryb zawierania umowy są zgodne z zasadami przyjętymi w umowie podstawowej, o ile nie umówiliśmy się z Tobą inaczej.
31. Możemy odmówić zawarcia umowy.
32. Zawarcie umowy potwierdzamy polisą.

## **KTO MOŻE ZAWRZEĆ UMOWĘ I BYĆ OBJĘTY OCHRONĄ**

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

## **CZAS TRWANIA UMOWY**

– czyli jak długo trwa umowa

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

## **PONOWNE ZAWARCIE UMOWY**

– czyli kiedy możemy zaproponować Ci ponowne zawarcie umowy

39. Najpóźniej 30 dni przed końcem umowy możemy zaproponować Ci zawarcie kolejnej umowy i wskazać nową wysokość składki.
40. Jeśli przyjmiesz naszą propozycję, umowa zostanie zawarta na kolejny okres ubezpieczenia.
41. Zawarcie kolejnej umowy potwierdzimy polisą.

## **ODSTĄPIENIE OD UMOWY**

– czyli do kiedy możesz się wycofać z zawartej umowy

42. Możesz odstąpić od umowy składając nam oświadczenie:
- 1) w ciągu 7 dni od jej zawarcia – jeśli jesteś przedsiębiorcą;
  - 2) w ciągu 30 dni od jej zawarcia – jeśli nie jesteś przedsiębiorcą.
43. Jeśli jesteś konsumentem i nie poinformowaliśmy Cię najpóźniej w chwili zawarcia umowy o prawie do odstąpienia, możesz odstąpić od umowy w ciągu 30 dni od dnia, w którym dowiedziałeś się o tym prawie.
44. Jeżeli odstąpisz od umowy, zwrócimy Ci wpłaconą składkę. Pomniejszymy ją o kwotę, która odpowiada składce za okres ochrony udzielanej od dnia zawarcia umowy do dnia, w którym otrzymamy Twoje oświadczenie o odstąpieniu.
45. Odstąpienie od umowy podstawowej skutkuje odstąpieniem od tej umowy, jeśli została zawarta na rzecz współmałżonka/partnera.
46. Odstąpienie od umowy terminowej skutkuje odstąpieniem od umowy.
47. Odstąpienie od umowy nie skutkuje odstąpieniem od umowy podstawowej i od umowy terminowej.

## **WYPOWIEDZENIE UMOWY**

– czyli jak możesz zrezygnować z umowy

48. Możesz wypowiedzieć umowę w każdym czasie, przy czym wypowiedzenie musisz złożyć w formie pisemnej.

49. Okres wypowiedzenia wynosi jeden miesiąc i rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca umowy po dniu, w którym otrzymaliśmy Twoje wypowiedzenie. W dniu, w którym zakończy się okres wypowiedzenia, umowa rozwiąże się i zakończy się nasza ochrona.
50. Jeżeli wypowiedzisz umowę, zwrócimy Ci składkę za okres niewykorzystanej ochrony, jeśli okres taki występuje.
51. Wypowiedzenie umowy podstawowej skutkuje wypowiedzeniem umowy.
52. Wypowiedzenie umowy terminowej skutkuje wypowiedzeniem tej umowy, jeśli została zawarta na rzecz współmałżonka/partnera.
53. Wypowiedzenie umowy nie skutkuje wypowiedzeniem umowy podstawowej i umowy terminowej.

## **PRAWA I OBOWIĄZKI**

– czyli jakie prawa i obowiązki masz Ty i ubezpieczony oraz my

54. Tobie i nam oraz ubezpieczonemu przysługują prawa i obowiązki, które wynikają z:
  - 1) umowy podstawowej, w tym OWU umowy podstawowej;
  - 2) umowy terminowej, w tym OWU umowy terminowej;
  - 3) umowy, w tym tych OWU oraz
  - 4) obowiązujących przepisów prawa, w szczególności Kodeksu cywilnego i „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej”.
55. Musimy:
  - 1) przekazywać Tobie, a także ubezpieczonemu na jego prośbę, informacje o zmianie warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy i o wpływie tych zmian na wartość świadczenia, przed wyrażeniem przez strony zgody na dokonanie takich zmian. Informacje te przekazujemy w formie pisemnej lub w formie innego trwałego nośnika, jeśli to z Tobą uzgodnimy. Zanim wyrazisz zgodę na wprowadzenie takich zmian, powinieneś się z tymi zmianami zapoznać;
  - 2) udostępniać Tobie lub ubezpieczonemu informacje i dokumenty, które wpłynęły na decyzję o ustaleniu prawa do realizacji świadczeń i ich wysokości. Na żądanie tych osób informacje i dokumenty udostępniamy w formie elektronicznej;
  - 3) udostępniać na Twój lub ubezpieczonego wniosek, także w formie elektronicznej:
    - a) informacje o oświadczeniach, które złożyliście podczas zawierania umowy,
    - b) kopie dokumentów, które powstały podczas zawierania i trwania umowy.
56. Ty i ubezpieczony macie prawo żądać, abyśmy prawidłowo i terminowo wypełniali nasze obowiązki wskazane w umowie podstawowej a także te, które są wskazane w pkt. 55 oraz te, które wynikają z obowiązujących przepisów prawa.

## **SKŁADKA**

– od czego zależy i kiedy ją opłacać

57. Wysokość składki, która będzie obowiązywać dla umowy, określamy w zależności od:
  - 1) wieku polisowego ubezpieczonego;
  - 2) częstotliwości opłacania składki;
  - 3) wyników oceny ryzyka;a następnie uzgadniamy z Tobą i potwierdzamy w polisie.
58. Składkę opłacasz z góry, w polskich złotych, w pełnej wymaganej kwocie, w terminach i z częstotliwością przyjętymi w umowie podstawowej.

## **POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY**

– czyli od kiedy ubezpieczamy ubezpieczonego

59. Nasza ochrona w stosunku do ubezpieczonego rozpocznie się zgodnie z zasadami przyjętymi w umowie podstawowej – jeśli tę umowę zawierasz razem z umową podstawową.
60. Jeśli umowę zawierasz w trakcie trwania umowy podstawowej, nasza ochrona rozpocznie się w dniu najbliższej płatności składki, nie wcześniej jednak niż po wyrażeniu przez nas zgody na zawarcie tej umowy.
61. Nasza ochrona rozpocznie się w dniu wskazanym w pkt. 59 albo 60, ale nie wcześniej niż następnego dnia po zgodzie ubezpieczonego na objęcie go ochroną, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia.
62. Datę początku ochrony wskazujemy w polisie.
63. W okresie pierwszych 90 dni od daty zawarcia pierwszej umowy dodatkowej odpowiadamy wyłącznie za poważny stan chorobowy, będący następstwem nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ochrony.

## **KONIEC NASZEJ OCHRONY**

– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie

64. Nasza ochrona w ramach umowy zakończy się:
  - 1) w dniu, w którym otrzymamy Twoje oświadczenie o odstąpieniu od umowy;
  - 2) w dniu, w którym upłynie okres wypowiedzenia umowy;
  - 3) w dniu śmierci ubezpieczonego;
  - 4) w dniu, w którym zostanie wykorzystana suma ubezpieczenia;
  - 5) w dniu, w którym zakończy się okres ubezpieczenia umowy lub okres 36 miesięcy, o którym mowa w pkt. 8 i 9;
  - 6) w dniu, w którym zakończy się ochrona w umowie podstawowej;
  - 7) w dniu, w którym zakończy się ochrona w umowie terminowej – w stosunku do współmałżonka/partnera ubezpieczonego z umowy podstawowej;
  - 8) w dniu, w którym umowa podstawowa zamieni się na umowę bezskładkową;
  - 9) w dniu, w którym umowa podstawowa zamieni się na umowę z jednorazową płatnością składki – jeśli opłacisz składkę za umowę podstawową jednorazowo do końca okresu ubezpieczenia;
  - 10) z końcem miesiąca umowy, w którym ubezpieczony zmienił miejsce zamieszkania na miejscowość znajdującą się poza Polską.
65. Zakończenie ochrony nie wyłącza prawa do korzystania ze świadczeń z tytułu wystąpienia w okresie ochrony poważnego stanu chorobowego.

## **REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA**

– kto, gdzie i w jaki sposób może je złożyć

66. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce, w której obsługujemy klientów.
67. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć:
  - 1) na piśmie – osobiście albo wysłane pocztą w rozumieniu ustawy „Prawo pocztowe”;
  - 2) na piśmie – wysłane na adres do doręczeń elektronicznych PZU Życie SA w rozumieniu „Ustawy o doręczeniach elektronicznych”, począwszy od dnia wpisania tego adresu do bazy adresów elektronicznych;
  - 3) w formie ustnej – telefonicznie, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801 102 102, albo osobiście, co potwierdzamy protokołem podczas wizyty w naszej jednostce;
  - 4) w postaci elektronicznej – wysyłając e-mail na: reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na pzu.pl.
68. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy najszybciej jak to możliwe, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia, kiedy ją otrzymaliśmy. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, jeśli nie będziemy mogli odpowiedzieć w ciągu 30 dni, poinformujemy:
  - 1) dlaczego odpowiedź się opóźnia;
  - 2) jakie okoliczności musimy jeszcze ustalić, aby rozpatrzyć sprawę;
  - 3) jaki jest nowy termin naszej odpowiedzi – termin ten nie może być dłuższy niż 60 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy reklamację, skargę lub zażalenie.
69. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy osobie, która je złożyła:
  - 1) w przypadku, gdy klientem jest osoba fizyczna – na piśmie, z tym że odpowiedź dostarczymy elektronicznie wyłącznie na wniosek klienta;
  - 2) w przypadku, gdy klientem jest inny podmiot niż wskazany w pkt 1 – na piśmie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji.
70. Jeśli po rozpatrzeniu reklamacji:
  - 1) nie uwzględniliśmy zgłoszonych roszczeń albo
  - 2) uwzględniliśmy roszczenia, ale w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację nie wykonaliśmy czynności, do których się zobowiązaliśmy – osoba fizyczna, która złożyła reklamację, może napisać wniosek w tej sprawie do Rzecznika Finansowego.
71. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrujemy w naszych jednostkach, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.
72. Więcej o reklamacjach można dowiedzieć się z „Ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym” oraz z „Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń”.
73. Przewidujemy możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
74. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu „Ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich”, właściwym dla PZU Życie SA do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy. Adres jego strony internetowej jest taki: [www.rf.gov.pl](http://www.rf.gov.pl).
75. Jeżeli Ty, ubezpieczony lub uprawniony jesteście konsumentami, możecie zwrócić się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
76. Językiem stosowanym przez nas w relacjach z konsumentem jest język polski.
77. Nadzoruje nas Komisja Nadzoru Finansowego.

## **POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

– czyli co jest jeszcze ważne

78. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu umowy w szczególności regulują „Ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych” oraz „Ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych”.
79. Jeśli zgodnie z prawem będziemy musieli potrącić ze świadczenia jakiegokolwiek kwoty, zwłaszcza podatek dochodowy, świadczenie zmniejszyśmy o te kwoty.
80. Prawem właściwym dla umowy jest prawo polskie.
81. W sprawach, których nie reguluje umowa, stosuje się ogóle warunki umowy podstawowej, przepisy Kodeksu cywilnego, „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej” oraz inne przepisy prawa.
82. Wszystkie nasze powiadomienia, wnioski i oświadczenia, które dotyczą tej umowy, będziemy składać w formie pisemnej lub w innej formie, którą uzgodniliśmy z Tobą. Mają one skutek prawny z dniem, w którym je doręczymy.
83. Wszystkie powiadomienia, wnioski i oświadczenia, które dotyczą tej umowy – oprócz reklamacji, skarg i zażeń – muszą być złożone w formie pisemnej lub w innej formie, którą uzgodniłeś z nami. Mają one skutek prawny z dniem, w którym zostaną nam doręczone.
84. Informować o każdej zmianie adresu musisz Ty, ubezpieczony oraz my.
85. Pozew w sprawach, które wynikają z niniejszej umowy, można złożyć według przepisów o właściwości ogólnej zgodnie z Kodeksem postępowania cywilnego albo:
  - 1) przed sąd właściwy dla miejsca Twojego zamieszkania lub siedziby lub miejsca zamieszkania ubezpieczonego, lub
  - 2) przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego.
86. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej publikujemy na [pzu.pl](http://pzu.pl) w części o relacjach inwestorskich.