

Ogólne Warunki
Ubezpieczenia Dodatkowego
Leczenie bez granic

Skorowidz

Informacja do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego Leczenie bez granic

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 3; § 15; § 16; § 17; § 18; § 19; § 20; § 21; § 22; § 23; Załącznik nr 1 do OWUD: § 3, § 5.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 4; § 14; § 18; § 19; § 20; § 21; § 22; Załącznik nr 1 do OWUD: § 3, § 4.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego Leczenie bez granic

Skorowidz	2
Rozdział 1. Postanowienia ogólne	4
§ 1. Postanowienia wprowadzające	4
§ 2. Definicje	4
Rozdział 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego Leczenie bez granic	6
§ 3. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	6
§ 4. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności	7
Rozdział 3. Umowa dodatkowa	9
§ 5. Zawarcie Umowy dodatkowej	9
§ 6. Wiek przystąpienia do Umowy dodatkowej	9
§ 7. Okres ubezpieczenia	9
§ 8. Okres odpowiedzialności Unum	10
§ 9. Suma ubezpieczenia	10
§ 10. Składka z tytułu Umowy dodatkowej	10
§ 11. Częstotliwość opłacania Składki	10
§ 12. Przedłużenie Umowy dodatkowej	10
§ 13. Rozwiązanie Umowy dodatkowej	10
Rozdział 4. Świadczenia	11
§ 14. Limity świadczeń	11
§ 15. Świadczenia	11
§ 16. Druga opinia medyczna	12
§ 17. Opieka za granicą	12
§ 18. Zwrot kosztów zakupu Leków na receptę po Leczeniu za granicą	14
§ 19. Kontrola stanu zdrowia po Leczeniu za granicą	14
§ 20. Spersonalizowana terapia onkologiczna (medycyna precyzyjna)	14
§ 21. Badania kliniczne	15
§ 22. Badanie mutacji germinalnych	16
§ 23. Realizacja świadczeń	16
Rozdział 5. Postanowienia końcowe	17
§ 24. Pozostałe postanowienia	17
§ 25. Data uchwały	17
Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego Leczenie bez granic (OWUD)	
Warunki udzielania świadczeń medycznych w przypadku Podejrzenia nowotworu u Ubezpieczonego (zwane dalej „Warunkami”).	18

Rozdział 1. Postanowienia ogólne

§ 1. Postanowienia wprowadzające

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego, zwane dalej „OWUD”, stosuje się do umów Ubezpieczenia Dodatkowego Leczenie bez granic zawieranych przez Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółkę Akcyjną.
2. Zawarcie i obowiązywanie Umowy dodatkowej uzależnione są od zawarcia i obowiązywania Umowy podstawowej.
3. Świadczenia, o których mowa w Załączniku nr 1 do niniejszych OWUD, realizowane są przez Unum za pośrednictwem Centrum operacyjnego.
4. Świadczenia, o których mowa w rozdz. 4 § 15 ust. 2–3 niniejszych OWUD, realizowane są przez Unum za pośrednictwem Koordynatora opieki.

§ 2. Definicje

1. W niniejszych OWUD, Polisie, załącznikach, aneksach oraz we wszelkich dokumentach wystawianych w związku z Umową dodatkową wymienionym poniżej terminom nadano następujące znaczenia:
 - 1) **Badania kliniczne** – badania naukowe mające na celu odkrycie lub potwierdzenie klinicznych lub farmakologicznych skutków działania produktów leczniczych lub procedur, lub protokołów leczenia, a także określenie skuteczności działania substancji badanej oraz bezpieczeństwa jej stosowania;
 - 2) **Badanie mutacji germinalnych** – rodzaj testu genetycznego mającego 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 u Ubezpieczonego dziedzicznych czynników ryzyka, które mogą wpływać na leczenie choroby nowotworowej oraz przyszłe ryzyko występowania kolejnych pierwotnych Nowotworów złośliwych. W uzasadnionych medycznie przypadkach badaniu pod kątem obciążenia dziedzicznego tą samą mutacją mogą zostać poddani biologiczni członkowie rodziny Ubezpieczonego. Testowanie jest wykonywane jako analiza materiału w formie wymazu z policzka, próbki śliny lub próbki krwi;
 - 3) **Badanie mutacji somatycznych** – rodzaj testu genetycznego, który wykrywa nabyte mutacje w określonym zestawie komórek lub tkanek w celu określenia czynników, które mogą wpłynąć na wybór metody leczenia. Przeprowadza się go u Ubezpieczonego na podstawie analizy materiału pobranego w wyniku biopsji tkankowej lub biopsji płynnej;
 - 4) **Centrum operacyjne** – podmiot współpracujący z Unum w ramach niniejszej Umowy dodatkowej w zakresie organizacji i realizacji świadczeń medycznych, o których mowa w Załączniku nr 1 do OWUD;
 - 5) **Certyfikat leczenia za granicą** – dokument wystawiony przez Koordynatora opieki, uprawniający do rozpoczęcia Leczenia za granicą w okresie 3 miesięcy od daty jego doręczenia Ubezpieczonemu. Certyfikat potwierdza organizację i pokrycie kosztów leczenia oraz innych usług i świadczeń objętych zakresem ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej;
 - 6) **Data zdarzenia ubezpieczeniowego:**
 - a) w odniesieniu do Podejrzenia nowotworu, o którym mowa w Załączniku nr 1 do niniejszych OWUD – dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną stwierdzono istotne odchylenia od normy w badaniu laboratoryjnym lub zmiany patologiczne w badaniu obrazowym lub zalecono dalszą pogłębioną diagnostykę w kierunku choroby onkologicznej, bądź wydano Ubezpieczonemu kartę Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DiLO),
 - b) w odniesieniu do wystąpienia Nowotworu – dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną pobrano od Ubezpieczonego materiał do badania histopatologicznego (lub do badania cytologicznego w przypadku Ciężkiej dysplazji nowotworowej), na podstawie którego zdiagnozowano: Nowotwór złośliwy, Specjalną postać nowotworu złośliwego, Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (in situ), Ciężką dysplazję nowotworową,
 - c) w odniesieniu do zalecenia wykonania Poważnej operacji – dzień, w którym po raz pierwszy lekarz pisemnie zalecił Ubezpieczonemu: Operację pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass), Operację zastawki serca, Operację mózgu, Operację łagodnego guza rdzenia kręgowego, Przeszczep narządów, Przeszczep szpiku kostnego;
 - 7) **Dawca** – żyjąca osoba, od której pobierane są komórki, tkanki lub narządy do przeszczepu dla Ubezpieczonego. Z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych przepisami prawa Dawcą może być osoba pełnoletnia, która ma pełną zdolność do czynności prawnych;
 - 8) **Druga opinia medyczna (Opinia)** – opinia Lekarza konsultanta oparta na analizie dokumentacji medycznej dostarczonej przez Ubezpieczonego, wydawana na wniosek Ubezpieczonego lub w uzasadnionych medycznie przypadkach na wniosek Koordynatora opieki w związku z wystąpieniem Nowotworu lub zaleceniem wykonania Poważnej operacji u Ubezpieczonego. Druga opinia medyczna zawiera propozycję planu dalszego leczenia;
 - 9) **Dzień pobytu w Szpitalu** – każdy połączony z noclegiem dzień pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu za granicą, pod warunkiem że został zorganizowany przez Koordynatora opieki w ramach Opieki za granicą. Pierwszy Dzień pobytu w Szpitalu liczony jest od pierwszej zmiany daty następującej po przyjęciu Ubezpieczonego do Szpitala. Każdy kolejny Dzień pobytu w Szpitalu liczony jest po każdej następnej zmianie daty;
 - 10) **Dzień roboczy** – każdy dzień od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy w rozumieniu ustawy z dnia 18 stycznia 1951 r. o dniach wolnych od pracy;
 - 11) **Dzień udziału w Badaniach klinicznych** – każdy dzień, w którym Ubezpieczony przyjął badany lek, został zbadany lub przebywał na wizycie w Placówce medycznej wyznaczonej przez Organizatora Badań klinicznych, zgodnie z protokołem Badań klinicznych;
 - 12) **Eksperski raport medyczny** – dokument medyczny przygotowany przez komisję ekspertów medycznych Koordynatora opieki w zakresie onkologii, genetyki i patomorfologii, który przekłada wyniki testów genetycznych na rekomendacje kliniczne;
 - 13) **Inżynieria tkankowa** – postępowanie, które dotyczy komórek lub tkanek zmodyfikowanych tak, by mogły być zastosowane do naprawy, regeneracji tkanek ludzkich lub zamiany z nimi;
 - 14) **Kontrola stanu zdrowia po Leczeniu za granicą** – świadczenie obejmujące kontrolę stanu zdrowia Ubezpieczonego po powrocie do Polski, opisane w rozdz. 4 § 19 niniejszych OWUD;
 - 15) **Koordynator opieki** – podmiot współpracujący z Unum w ramach niniejszej Umowy dodatkowej w zakresie realizacji świadczeń medycznych oraz usług związanych z organizacją procesu leczenia Ubezpieczonego, o których mowa w rozdz. 4 § 15 ust. 2–3 niniejszych OWUD;
 - 16) **Leczenie alternatywne** – niekonwencjonalne, orientalne lub ludowe sposoby opieki zdrowotnej, praktyki, procedury i produkty, które nie są częścią medycyny konwencjonalnej i które nie są stosowane w ramach standardowych metod leczenia opartego na wskazaniach aktualnej wiedzy medycznej, w tym akupunktura, aromaterapia, chiropraktyka, medycyna homeopatyczna, medycyna naturopatyczna, ajurweda, tradycyjna medycyna chińska i medycyna osteopatyczna;

- 17) **Leczenie eksperymentalne** – nowe i niesprawdzone lub nie w pełni sprawdzone metody leczenia, praktyki, procedury lub produkty medyczne albo farmaceutyczne, których skuteczność i bezpieczeństwo nie zostały potwierdzone naukowo ani medycznie, które mogą być testowane i w tym celu stosowane, także w Badaniach klinicznych;
- 18) **Leczenie za granicą** – leczenie Nowotworu lub wykonanie zaleconej Poważnej operacji Ubezpieczonego w Okresie świadczeniowym, które:
 - a) odbywa się poza granicami Polski, w Szpitalu wybranym przez Ubezpieczonego z listy Szpitali przedstawionych przez Koordynatora opieki, oraz
 - b) na podstawie opinii Lekarza konsultanta lub Koordynatora opieki, w porozumieniu z lekarzem prowadzącym leczenie, zostało uznane za niezbędne z medycznego punktu widzenia i najbardziej efektywne w osiągnięciu poprawy stanu zdrowia Ubezpieczonego w związku z leczeniem Nowotworu lub zaleceniem Poważnej operacji, a także
 - c) jest zgodne z aktualną wiedzą medyczną na temat leczenia danego Nowotworu (przy uwzględnieniu wytycznych organizacji NCCN – National Comprehensive Cancer Network) lub danej Poważnej operacji;
- 19) **Lek na receptę** – dopuszczona do obrotu w danym kraju substancja lub mieszanina substancji wydawana wyłącznie na receptę, podawana w celu postawienia diagnozy lub w celu przywrócenia, poprawienia lub modyfikacji fizjologicznych funkcji organizmu poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne;
- 20) **Lekarz** – osoba, która ma odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych, potwierdzone dokumentami, wymaganymi zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w państwie, w którym prowadzi praktykę zawodową i wykonuje zawód lekarza;
- 21) **Lekarz konsultant** – Lekarz o specjalizacji i doświadczeniu zawodowym właściwym dla specyfiki Nowotworu lub Poważnej operacji, który sporządza Drugą opinię medyczną;
- 22) **Miejsce zamieszkania** – miejsce stałego pobytu Ubezpieczonego na terytorium Polski. W przypadku Dawcy – miejsce stałego pobytu zgodnie z przepisami prawa państwa, w którym przebywa Dawca. Miejsce zamieszkania jest wskazywane przez odpowiednio Ubezpieczonego albo Dawcę;
- 23) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie będące przyczyną Zdarzenia ubezpieczeniowego, niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, wylewu krwi do mózgu, udaru mózgu, zatrucia ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);
- 24) **Nowotwór** – każda choroba zdefiniowana w rozdz. 2 § 3 ust. 3 pkt 1)–4) niniejszych OWUD;
- 25) **Okres świadczeniowy** – nieprzerwany 36-miesięczny okres, w którym realizowane są świadczenia. Okres świadczeniowy liczony jest od pierwszego dnia podróży rozpoczynającej pierwsze Leczenie za granicą pierwszego Nowotworu albo pierwszej Poważnej operacji Ubezpieczonego, należących do jednej z poniższych grup (dalej: **Grupa**):
 - a) **Grupa I. Nowotwory:**
 - a. Nowotwór złośliwy,
 - b. Specjalna postać nowotworu złośliwego,
 - c. Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (in situ),
 - d. Ciężka dysplazja nowotworowa.
 - b) **Grupa II. Chirurgia sercowo-naczyniowa:**
 - a. Operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass),
 - b. Operacja zastawki serca.
 - c) **Grupa III. Neurochirurgia:**
 - a. Operacja mózgu,
 - b. Operacja łagodnego guza rdzenia kręgowego.
 - d) **Grupa IV. Przeszczepy:**
 - a. Przeszczep narządów od Dawcy,
 - b. Przeszczep szpiku kostnego.Dla każdej Grupy obowiązuje jeden 36-miesięczny Okres świadczeniowy, niezależnie od tego, z tytułu ilu zdarzeń (Nowotworów albo Poważnych operacji) wchodzących w skład tej Grupy będą realizowane świadczenia;
- 26) **Okres ubezpieczenia** – okres, na jaki zawierana jest Umowa dodatkowa. Okres ten podany jest w Polisie lub w aneksie do Polisy;
- 27) **Opieka za granicą** – świadczenia obejmujące organizację i pokrycie kosztów: podróży, transportu medycznego, zakwaterowania, Leczenia za granicą, Świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu, a także organizację i pokrycie kosztów transportu zwłok w przypadku śmierci Ubezpieczonego (lub Dawcy);
- 28) **Organizator Badań klinicznych** – podmiot odpowiedzialny za inicjowanie i prowadzenie Badań klinicznych oraz zarządzanie nimi zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa właściwymi dla tego typu badań w państwie, na którego terenie są prowadzone, i ze standardami etycznymi;
- 29) **Osoba towarzysząca** – osoba, która towarzyszy Ubezpieczonemu podczas realizacji Opieki za granicą. Małoletni Ubezpieczony jest uprawniony do obecności dwóch Osób towarzyszących (w tym co najmniej jednego opiekuna prawnego);
- 30) **Placówka medyczna** – podmiot (Szpital, klinika, przychodnia, gabinet medyczny, praktyka lekarska) działający zgodnie z przepisami prawa właściwymi dla tego typu podmiotów w państwie, na którego terenie prowadzi swoją działalność, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgnarską i lekarską opieki medycznej; w przypadku Badań klinicznych – Organizator Badań klinicznych;
- 31) **Pobyt w Szpitalu** – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w trakcie trwania Leczenia za granicą;
- 32) **Podejrzanie nowotworu** – potwierdzone w dokumentacji medycznej podejrzenie zachorowania Ubezpieczonego na nowotwór, wynikające z istotnych odchyśleń od normy w badaniu laboratoryjnym lub zmian patologicznych w badaniu obrazowym, lub z zaleconej dalszej pogłębionej diagnostyki w kierunku choroby onkologicznej lub z wydanej Ubezpieczonemu karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DiLO);
- 33) **Portal** – platforma internetowa zarządzana i udostępniona Ubezpieczonemu przez Koordynatora opieki, umożliwiająca komunikację, składanie wniosków, wymianę dokumentów i realizację świadczeń, o których mowa w rozdz. 4 § 15 ust. 2–3 niniejszych OWUD;
- 34) **Postępowanie profilaktyczne** – procedura medyczna albo przyjęcie leku mające na celu obniżenie ryzyka zachorowania na Nowotwór;
- 35) **Poważna operacja** – każda z operacji zdefiniowanych w rozdz. 2 § 3 ust. 4 pkt 1)–6) niniejszych OWUD;

- 36) **Siła wyższa** – zdarzenie zewnętrze, niemożliwe do przewidzenia, którego skutkom nie można było zapobiec;
- 37) **Składka** – składka z tytułu Umowy dodatkowej, której wysokość, okres, częstotliwość i sposób opłacania podane są w Polisie lub w aneksie do Polisy;
- 38) **Składka całkowita** – składka z tytułu Umowy ubezpieczenia, będąca sumą składki z Umowy podstawowej i składki z umów dodatkowych, której wysokość, okres, częstotliwość i sposób opłacania podane są w Polisie lub w aneksie do Polisy;
- 39) **Spersonalizowana terapia onkologiczna (medycyna precyzyjna)** – świadczenie realizowane w przypadku wystąpienia Specjalnej postaci nowotworu złośliwego, w ramach którego wykonywane jest dodatkowe badanie molekularne umożliwiające spersonalizowanie leczenia, w tym ocenę oporności, określenie rokowania Ubezpieczonego lub ocenę możliwości uczestnictwa w Badaniach klinicznych;
- 40) **Suma ubezpieczenia** – kwota określona w Polisie lub w aneksie do Polisy, a także w rozdz. 3 § 9 niniejszych OWUD, stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Unum, do wysokości której realizowane są wszystkie świadczenia, o których mowa w rozdz. 4 § 15 ust. 2–3 niniejszych OWUD, bez względu na liczbę występujących rodzajów Nowotworów i Poważnych operacji, z zastrzeżeniem limitów w ramach poszczególnych świadczeń wskazanych w rozdz. 4 § 14 w Tabeli 1. Suma ubezpieczenia obowiązuje przez cały okres trwania Umowy dodatkowej (również w przypadku jej przedłużenia);
- 41) **Szpital** – podmiot leczniczy działający zgodnie z przepisami prawa obowiązującymi w państwie, na którego terenie prowadzi swoją działalność, który w zakładzie leczniczym wykonuje całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, jeżeli nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. W rozumieniu niniejszych OWUD Szpitalem nie jest: ośrodek opieki społecznej, ośrodek opieki geriatrycznej, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, ośrodek rekonwalescencyjny, ośrodek rehabilitacyjny, ośrodek sanatoryjny, ośrodek uzdrowiskowy, ośrodek prewencyjny, ośrodek wypoczynkowy;
- 42) **Terapia genowa** – terapia z użyciem genów powodująca efekt terapeutyczny, profilaktyczny lub diagnostyczny, polegająca na wprowadzeniu do organizmu fragmentów genów (DNA lub RNA) stworzonych w laboratorium w celu leczenia różnego rodzaju chorób (w tym chorób genetycznych, nowotworów albo chorób przewlekłych);
- 43) **Terapia komórkami somatycznymi** – terapia z użyciem komórek lub tkanek poddanych modyfikacjom w celu zmiany ich charakterystyki biologicznej lub procedura 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;
- 44) **Terapia Limfocytami CAR-T** – rodzaj leczenia, w którym funkcja limfocytów T Ubezpieczonego została zmodyfikowana w laboratorium w taki sposób, żeby rozpoznawały i niszczyły komórki nowotworowe. Limfocyty T są pobierane z krwi Ubezpieczonego;
- 45) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, która ma Miejsce zamieszkania na terytorium Polski, wskazana w Polisie lub w aneksie do Polisy, której życie i zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia w ramach Umowy ubezpieczenia;
- 46) **Umowa dodatkowa** – umowa Ubezpieczenia Dodatkowego Leczenie bez granic, rozszerzająca przedmiot i zakres Umowy podstawowej, zawarta za uprzednią zgodą Ubezpieczonego pomiędzy Ubezpieczającym a Unum na podstawie niniejszych OWUD, której zawarcie potwierdzone jest Polisą lub aneksem do Polisy;
- 47) **Umowa podstawowa** – umowa ubezpieczenia na życie zawarta za uprzednią zgodą Ubezpieczonego pomiędzy Ubezpieczającym a Unum, wskazana w Polisie jako umowa podstawowa;
- 48) **Unum** – Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna;
- 49) **Uprawnieni członkowie rodziny** – biologiczne rodzeństwo i biologiczne dzieci Ubezpieczonego ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na Nowotwór złośliwy;
- 50) **Wiek Ubezpieczonego** – liczba ukończonych, pełnych lat życia Ubezpieczonego;
- 51) **Zaaprobowany 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 Ubezpieczonego po infuzji przeprowadzone ściśle z protokołem leczenia określonym w licencji farmaceutycznej opracowanej przez upoważnione do tego podmioty w kraju, gdzie dana procedura jest przeprowadzana;
- 52) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie, które wystąpiło w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej, będące w zakresie ubezpieczenia zgodnie z postanowieniami rozdz. 2 § 3 niniejszych OWUD.
2. Jeżeli niniejsze OWUD nie stanowią inaczej, terminy zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia dotyczących Umowy podstawowej mają takie samo znaczenie w niniejszych OWUD.

Rozdział 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego Leczenie bez granic

§ 3. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) Podejrzenie nowotworu zgodnie z Załącznikiem nr 1 do niniejszych OWUD, pod warunkiem że podejrzenie zostało wskazane w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego lub Ubezpieczonemu została wydana karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego. Udokumentowane podejrzenie nowotworu, o którym mowa w zdaniu poprzednim, musi nastąpić w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej;
 - 2) wystąpienie Nowotworu, o którym mowa w ust. 3 pkt 1)–4) poniżej, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) materiał do badania histopatologicznego (lub do badania cytologicznego w przypadku Ciężkiej dysplazji nowotworowej) został pobrany od Ubezpieczonego,
 - b) Nowotwór został rozpoznany u Ubezpieczonego po raz pierwszy, w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2 niniejszych OWUD;
 - 3) konieczność wykonania Poważnej operacji, o której mowa w ust. 4 pkt 1)–6) poniżej, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) choroba będąca przyczyną Poważnej operacji została zdiagnozowana w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej lub Nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną Poważnej operacji wystąpił w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej,
 - b) zalecenie wykonania Poważnej operacji zostało wydane po raz pierwszy w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej,

- c) Poważna operacja zostanie przeprowadzona u Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej,
z zastrzeżeniem § 4 ust. 3 niniejszych OWUD.
3. Za Nowotwór objęty zakresem ubezpieczenia uznaje się wyłącznie choroby wskazane i zdefiniowane poniżej, rozpoznane przez Lekarza i potwierdzone odpowiednimi badaniami, z zastrzeżeniem wyłączeń i dodatkowych warunków zawartych przy poszczególnych definicjach:
- 1) Wyłącznie taki **Nowotwór złośliwy**, który oznacza nowotwór (guz) o charakterze złośliwym, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem oraz rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, z naciekaniem i niszczeniem prawidłowych tkanek, wykazujący zdolność do tworzenia odległych przerzutów. Za Nowotwory złośliwe uważa się także mięsaki, chłoniaki, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina) oraz białaczki. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.
 - 2) Wyłącznie taką **Specjalną postać nowotworu złośliwego**, która oznacza Nowotwór złośliwy spełniający co najmniej jedno z poniższych kryteriów:
 - a) nie odpowiada na leczenie pierwszego rzutu (zgodnie z opinią prowadzącego leczenie Lekarza onkologa),
 - b) jest w III lub IV stopniu zaawansowania,
 - c) nie ma ustalonego punktu wyjścia (brak potwierdzenia ogniska pierwotnego),
 - d) występuje z częstością < 6/100 000 i jest zamieszczony w wykazie nowotworów rzadkich w Europie (RARECARE).
 - 3) Wyłącznie taki **Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (in situ)**, który oznacza każdy nowotwór przedinwazyjny „in situ” (Tis), który jest ograniczony do nabłonka (nie przekracza błony podstawnej nabłonka) i który nie wykazuje cech inwazji, tzn. nie nacieka podścieliska i nie daje przerzutów. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.
 - 4) Wyłącznie taką **Ciężką dysplazję nowotworową**, która oznacza zmiany przednowotworowe w komórkach sklasyfikowane cytologicznie lub histologicznie jako dysplazja dużego stopnia lub ciężka dysplazja. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem cytologicznym lub histopatologicznym.
4. Za Poważną operację objętą zakresem ubezpieczenia uznaje się wyłącznie wskazane i zdefiniowane poniżej zabiegi chirurgiczne pod warunkiem że ich wykonanie zaleci Lekarz, z zastrzeżeniem wyłączeń lub dodatkowych warunków zawartych przy poszczególnych definicjach:
- 1) Wyłącznie taką **Operację pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass)**, która oznacza kardiochirurgiczną operację wszczepienia co najmniej jednego pomostu naczyniowego omijającego miejsca zwężenia lub zamknięcia w tętnicy wieńcowej z zastosowaniem techniki pomostowania (by-pass).
 - 2) Wyłącznie taką **Operację zastawki serca**, która polega na naprawie lub usunięciu zastawki lub zastawek serca z wszczepieniem mechanicznej lub biologicznej protezy zastawki, niezależnie od tego, czy procedura jest wykonywana w trakcie operacji na otwartej klatce piersiowej, czy w trakcie operacji małoinwazyjnej (bez otwierania klatki piersiowej), wykonaną na podstawie wcześniejszego zalecenia wydane przez Lekarza kardiologa.
 - 3) Wyłącznie taką **Operację mózgu**, która oznacza zabieg polegający na interwencji neurochirurgicznej w struktury mózgu lub struktury wewnątrzczaszkowe.
 - 4) Wyłącznie taką **Operację łagodnego guza rdzenia kręgowego**, która oznacza zabieg neurochirurgiczny mający na celu usunięcie łagodnego guza rdzenia kręgowego, wyłącznie takiego, który jest zlokalizowany w rdzeniu kręgowym.
 - 5) Wyłącznie taki **Przeszczep narządów**, który oznacza operację chirurgiczną, podczas której Ubezpieczonemu będącemu biorcą zostały przeszczepione: nerka, płat płuca, część wątroby lub część trzustki.
 - 6) Wyłącznie taki **Przeszczep szpiku kostnego**, który oznacza zabieg polegający na przeszczepie komórek szpiku kostnego lub komórek macierzystych z krwi obwodowej, pochodzących od Ubezpieczonego (tzw. przeszczep autologiczny) lub od Dawcy (tzw. przeszczep allogeniczny).

§ 4. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

1. Unum jest wolne od odpowiedzialności i nie zrealizuje świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Nowotwór, o którym mowa w § 3 ust. 3 niniejszych OWUD, lub konieczność wykonania Poważnej operacji, o której mowa w § 3 ust. 4 niniejszych OWUD, wystąpiły w związku:
 - 1) z działaniami wojennymi (do których zalicza się również działania w ramach wojskowych misji pokojowych, w tym tzw. kontyngentów) bądź stanem wojennym;
 - 2) ze skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 3) z próbą samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie (niezależnie od stanu jego poczytalności);
 - 4) z czynnym udziałem Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 5) z zatruciem Ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi, środkami zastępczymi lub nowymi substancjami psychoaktywnymi w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a także z działaniem Ubezpieczonego pod wpływem tych środków lub ze schorzeniami spowodowanymi ww. środkami;
 - 6) z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
2. Unum jest wolne od odpowiedzialności i nie zrealizuje świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Nowotwór został rozpoznany u Ubezpieczonego w okresie 90 dni od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej.
3. Unum jest wolne od odpowiedzialności i nie zrealizuje świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej, w przypadku jeżeli choroba będąca przyczyną Poważnej operacji została rozpoznana lub zalecenie wykonania Poważnej operacji zostało wydane w okresie 90 dni od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej.
4. Ograniczenia odpowiedzialności wskazane w ust. 2 i 3 powyżej nie znajdują zastosowania, jeżeli Nowotwór lub konieczność wykonania Poważnej operacji były spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem, który wystąpił w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej.
5. Unum jest wolne od odpowiedzialności, jeśli w dniu rozpoznania Nowotworu lub wydania zalecenia wykonania Poważnej operacji Ubezpieczony nie miał Miejsca zamieszkania na terytorium Polski albo w ciągu 12 miesięcy przed datą rozpoznania Nowotworu lub wydania zalecenia wykonania Poważnej operacji przebywał poza jej terytorium przez łączny okres dłuższy niż 183 dni kalendarzowe.
6. Unum jest wolne od odpowiedzialności z tytułu wystąpienia Nowotworu lub konieczności wykonania (w przypadku wydania takiego zalecenia) Poważnej operacji i nie zrealizuje świadczeń, o których mowa w rozdz. 4 § 15 ust. 2 i 3, ani nie będzie kontynuować realizacji tych świadczeń w przypadku:
 - 1) odmowy poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu, dodatkowym analizom lub badaniom diagnostycznym niezbędnym w opinii Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą do postawienia ostatecznej diagnozy lub ustalenia planu leczenia;

- 2) niezastosowania się przez Ubezpieczonego do zaleceń Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą lub do uzgodnionego z Koordynatorem opieki planu leczenia, z zastrzeżeniem rozdz. 4 § 20 ust. 2 (medycyna precyzyjna).
7. Unum jest wolne od odpowiedzialności z tytułu wystąpienia Nowotworu lub konieczności wykonania (w przypadku wydania takiego zalecenia) Poważnej operacji i nie zrealizuje świadczeń ani nie pokryje kosztów Leczenia za granicą, w przypadku:
 - 1) gdy nowotwór rozpoznany u Ubezpieczonego jest związany z AIDS lub infekcją wirusem HIV;
 - 2) gdy nowotwór skóry rozpoznany u Ubezpieczonego nie jest czerniakiem złośliwym i nie został sklasyfikowany histopatologicznie lub histologicznie jako powodujący inwazję/naciekanie poza naskórek (zewnętrzną warstwę skóry);
 - 3) przeszczepu narządów, jeżeli:
 - a) konieczność wykonania przeszczepu wątroby wynika ze skutków alkoholowej choroby wątroby,
 - b) wykonanie przeszczepu wymaga leczenia komórkami macierzystymi,
 - c) narząd do przeszczepu został zakupiony od Dawcy,
 - d) Ubezpieczony jest dawcą dla osoby trzeciej;
 - 4) przeszczepu szpiku kostnego z wykorzystaniem krwiopochodnych komórek macierzystych z krwi pępowinowej;
 - 5) operacji neurochirurgicznej, której konieczność przeprowadzenia wynika ze zmian otępiennych wywołanych podeszłym wiekiem lub z wszelkiego rodzaju zaburzeń poznawczych, niezależnie od tego, jaka jest ich przyczyna.
8. Odpowiedzialność Unum nie obejmuje organizacji świadczeń ani pokrycia kosztów w związku z:
 - 1) leczeniem innymi metodami, jeśli zalecanym przez Lekarza konsultanta sposobem leczenia jest Przeszczep z Grupy IV;
 - 2) Postępowaniem profilaktycznym;
 - 3) Leczeniem alternatywnym;
 - 4) Leczeniem eksperymentalnym, nawet jeśli zaleca je Lekarz podczas leczenia realizowanego zgodnie z niniejszą Umową dodatkową, z wyjątkiem:
 - a) leczenia poza wskazaniami rejestracyjnymi leków (off-label), zgodnie z rozdz. 4 § 20 niniejszych OWUD;
 - b) Badań klinicznych realizowanych zgodnie z rozdz. 4 § 21 niniejszych OWUD;
 - 5) leczeniem z wykorzystaniem Terapii genowej, Terapii komórkami somatycznymi, Inżynierii tkankowej;
 - 6) leczeniem z wykorzystaniem Terapii limfocytami CAR-T, chyba że:
 - a) leczenie jest prowadzone na podstawie rekomendacji z Eksperckiego raportu medycznego oraz
 - b) leczenie jest prowadzone zgodnie z Zaaprobowanym protokołem terapii CAR-T;
 - 7) leczeniem powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych zastosowanych podczas Leczenia za granicą innych niż te, które:
 - a) wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w Szpitalu oraz
 - b) są niezbędne, żeby Ubezpieczony lub Dawca (o ile dotyczy) mógł zostać uznany za zdolnego do podróży powrotnej do Polski;
 - 8) łagodzeniem przewlekłych objawów choroby lub z rehabilitacją (w tym fizjoterapią, rehabilitacją ruchową oraz terapią logopedyczną);
 - 9) leczeniem lub pobytem w szpitalach uzdrowiskowych (sanatoryjnych), szpitalach rehabilitacyjnych, sanatoriach i uzdrowiskach, ośrodkach pomocy społecznej, domach opieki, ośrodkach leczenia uzależnień, hospicjach, ośrodkach opieki domowej, nawet jeśli takie leczenie lub usługi są zalecane przez Lekarza podczas leczenia.
9. Odpowiedzialność Unum nie obejmuje pokrycia lub zwrotu kosztów:
 - 1) poniesionych w Polsce, z wyjątkiem:
 - a) zakupu Leków na receptę po powrocie z Leczenia za granicą,
 - b) Kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granicą,
 - c) Leczenia zorganizowanego w Polsce zgodnie z ust. 11 i 12 poniżej (Siła wyższa).
Koszty, o których mowa w ppkt a)-c) nie zostaną pokryte ani zwrócone, jeżeli zostały sfinansowane w ramach systemu powszechnej opieki zdrowotnej;
 - 2) poniesionych przed datą wystawienia Certyfikatu leczenia za granicą;
 - 3) poniesionych po zakończeniu Okresu świadczeniowego, z zastrzeżeniem rozdz. 4 § 15 ust. 4 niniejszych OWUD;
 - 4) poniesionych w innym Szpitalu lub innej Placówce medycznej niż zaakceptowana przez Koordynatora opieki;
 - 5) na podstawie faktur lub rachunków i dowodu płatności przedłożonych do zwrotu po upływie 180 dni od daty poniesienia wydatku lub po upływie Okresu świadczeniowego;
 - 6) dodatkowych posiłków, poza śniadaniem hotelowymi zapewnionymi w ramach pobytu w hotelu, ani innych dodatkowych kosztów pobytu w hotelu. Ubezpieczony nie może podwyższyć standardu pokoju hotelowego zorganizowanego przez Koordynatora opieki;
 - 7) przejazdów z hotelu do Szpitala lub Placówki medycznej, lub do Lekarza prowadzącego podczas Leczenia za granicą (oraz drogi powrotnej);
 - 8) rozmów telefonicznych Ubezpieczonego, Dawcy oraz Osoby towarzyszącej;
 - 9) tłumacza i tłumaczenia w innym zakresie (osobistym, niemedycznym) niż te, które są opisane w niniejszych OWUD;
 - 10) zakwaterowania i transportu niezorganizowanego przez Koordynatora opieki;
 - 11) 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 konsekwencji wykonania procedur medycznych zorganizowanych w ramach Leczenia za granicą;
 - 12) przyrządów ortopedycznych, obuwia ortopedycznego, gorsetów, kul;
 - 13) okularów korekcyjnych, szkieł kontaktowych, protez zębowych, peruk;
 - 14) wózków inwalidzkich, specjalnych łóżek, urządzeń klimatyzacyjnych i oczyszczaczy powietrza;
 - 15) poniesionych przez Ubezpieczonego, Osobę towarzyszącą lub Dawcę, z wyjątkiem wskazanych i opisanych w OWUD.
10. Unum nie ponosi odpowiedzialności za:
 - 1) trafność, medyczną poprawność i zgodność z aktualnym stanem wiedzy medycznej Drugiej opinii medycznej oraz Eksperckiego raportu medycznego ani za skutki działań lub zaniechań na podstawie informacji zawartych w tych opiniach;
 - 2) skutki realizacji planu leczenia prowadzonego za granicą (lub na terytorium Polski w przypadkach, o których mowa w ust. 11 i 12 poniżej) wdrożonego na podstawie Drugiej opinii medycznej lub przygotowanego przez zespół medyczny Koordynatora opieki ani za jego efektywność;
 - 3) skutki i efektywność Spersonalizowanej terapii onkologicznej, do której Ubezpieczony przystąpił na podstawie wskazań Eksperckiego raportu medycznego;
 - 4) skutki i efektywność realizacji planu Kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granicą.

11. Jeśli skutek działania Siły wyższej lub ograniczeń logistycznych (w tym ograniczeń dotyczących ruchu i transportu osobowego) związanych z jej wystąpieniem, ogłoszonych przez władze lokalne, krajowe lub międzynarodowe, zorganizowanie i wykonanie Leczenia za granicą będzie niemożliwe, Koordynator opieki zapewni organizację usług w zakresie, o którym mowa w rozdz. 4 § 17 ust. 5 pkt 4), na terytorium Polski (z wyłączeniem świadczeń finansowanych w ramach systemu powszechnej opieki zdrowotnej), o ile Siła wyższa i ograniczenia z nią związane nie uniemożliwiają organizacji ww. usług na terytorium Polski, a usługi będą mogły być wykonane w takim samym zakresie, z zastrzeżeniem ust. 12 poniżej. W przypadku, o którym mowa w zdaniu poprzednim, Koordynator opieki nie organizuje i nie pokrywa kosztów świadczeń wskazanych w rozdz. 4 § 17 ust. 5 pkt 1), 2), 3) oraz ust. 6 i 7 oraz nie dokonuje zwrotu kosztów zakupu Leków na receptę po Leczeniu za granicą określonych w § 18 ani zwrotu kosztów Kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granicą określonych w § 19 niniejszych OWUD.
12. Usługi i świadczenia, o których mowa w ust. 11, będą realizowane na terytorium Polski wyłącznie do czasu ustania okoliczności uznanych za Siłę wyższą i związanych z nią ograniczeń. W przypadku zaistnienia możliwości zorganizowania lub kontynuacji dotychczasowego leczenia poza terytorium Polski, Koordynator opieki przystąpi do organizacji Opieki za granicą, o ile stan zdrowia Ubezpieczonego będzie pozwalał na leczenie poza granicami Polski.
13. Odpowiedzialność Unum w zakresie Spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej) nie obejmuje:
 - 1) kosztu wykonania biopsji w celu wycięcia tkanki lub pobrania płynu, który będzie źródłem materiału niezbędnego do profilowania molekularnego, z wyjątkiem pobrania krwi do płynnej biopsji, zgodnie z rozdz. 4 § 20 ust. 1 pkt 3).
 - 2) następujących wydatków dotyczących Badań klinicznych:
 - a) kosztów medycznych poza określonymi w rozdz. 4 § 21 ust. 7 pkt 1),
 - b) kosztów leczenia niezamierzonych efektów ubocznych lub komplikacji medycznych związanych z leczeniem nowotworowym w ramach Badania klinicznego,
 - c) kosztów związanych z podróżą oraz zakwaterowaniem Ubezpieczonego lub członków rodziny Ubezpieczonego w celu pobrania lub wycięcia materiału do badań,
 - d) opłat lub kosztów związanych z przystąpieniem do Badania klinicznego,
 - e) kosztów leków stanowiących przedmiot Badania klinicznego oraz kosztów bieżącego monitorowania wyników tych badań, bez względu na miejsce, w którym odbywa się Badanie kliniczne.
14. Unum nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności, o które zapytało przed zawarciem Umowy dodatkowej, a które zostały zatajone lub podane niezgodnie z prawdą przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego. Jeżeli do zatajenia lub podania niezgodnych z prawdą okoliczności doszło z winy umyślnej Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, które zostały zatajone lub podane niezgodnie z prawdą, co powoduje wyłączenie odpowiedzialności Unum za skutki tych okoliczności.
15. Jeżeli do Zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od zawarcia Umowy dodatkowej, Unum nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy dodatkowej podano informacje nieprawdziwe, w szczególności że została zatajona choroba Ubezpieczonego.

Rozdział 3. Umowa dodatkowa

§ 5. Zawarcie Umowy dodatkowej

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta pod warunkiem zawarcia Umowy podstawowej.
2. Umowę dodatkową zawiera się na podstawie wypełnionego wniosku o ubezpieczenie podpisanego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego. Zawarcie Umowy dodatkowej zostanie potwierdzone Polisą, a w przypadku gdy Umowa dodatkowa zawierana jest później niż Umowa podstawowa – aneksem do Polisy.
3. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są podać do wiadomości Unum wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum zapytało przed zawarciem Umowy dodatkowej we wniosku o ubezpieczenie lub w innych pismach.
4. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są do udzielenia zgodnych z prawdą informacji, o które pytało Unum przed zawarciem Umowy dodatkowej. W przypadku niedopełnienia tego obowiązku przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego mają zastosowanie postanowienia rozdz. 2 § 4 ust. 14 i 15.
5. Unum ma prawo odmówić zawarcia Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego. W takim przypadku zapłacona przez Ubezpieczającego Składka zostanie zwrócona w całości.
6. Unum może zaproponować zawarcie Umowy dodatkowej na warunkach odbiegających od niniejszych OWUD.
7. Jeśli Unum zaproponuje zawarcie Umowy dodatkowej na warunkach odbiegających od niniejszych OWUD, wówczas zwróci na to uwagę Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu na piśmie przy doręczeniu odpowiednio Polisy lub aneksu do Polisy, informując jednocześnie o przysługującym Ubezpieczającemu prawie do zgłoszenia sprzeciwu w terminie 7 dni od dnia otrzymania Polisy lub aneksu do Polisy. Jeśli Ubezpieczający nie zgłosi sprzeciwu w tym terminie, Umowa dodatkowa zostanie uznana za zawartą zgodnie z treścią Polisy lub aneksu do Polisy następnego dnia po upływie tego terminu.
8. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony nie wyrazi zgody na zawarcie Umowy dodatkowej na warunkach odbiegających od niniejszych OWUD, zapłacona przez Ubezpieczającego Składka zostanie zwrócona w całości.
9. Jeżeli nie umówiono się inaczej lub w razie wątpliwości, Umowę dodatkową uważa się za zawartą z dniem doręczenia przez Unum Ubezpieczającemu Polisy lub aneksu do Polisy, z zastrzeżeniem ust. 7 i 8 niniejszego paragrafu. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej może rozpocząć się innego dnia niż dzień jej zawarcia (§ 8 ust. 1 niniejszych OWUD).

§ 6. Wiek przystąpienia do Umowy dodatkowej

Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli w dniu złożenia wniosku o jej zawarcie Ubezpieczony ukończył 3 miesiące i ma nie więcej niż 64 lata.

§ 7. Okres ubezpieczenia

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 1 roku, z możliwością jej przedłużenia na warunkach określonych w § 12 niniejszych OWUD.

§ 8. Okres odpowiedzialności Unum

1. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia określonego w Polisie lub w aneksie do Polisy albo od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy podstawowej (jeżeli przypada on później), ale w żadnym wypadku nie wcześniej niż od dnia zapłacenia w pełnej wysokości pierwszej Składki całkowitej zawierającej Składkę z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczony może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową wyłącznie w ramach jednej Umowy dodatkowej Leczenie bez granic.
3. Koniec odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej następuje z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, zgodnie z § 13 niniejszych OWUD.

§ 9. Suma ubezpieczenia

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 2 000 000 EUR. Limity dla poszczególnych świadczeń wskazane zostały w Tabeli nr 1 w rozdz. 4 § 14 ust. 1.

§ 10. Składka z tytułu Umowy dodatkowej

1. Wysokość Składki z tytułu Umowy dodatkowej jest obliczana na podstawie taryfy Unum w zależności od Wiek Ubezpieczonego w dniu akceptacji wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej. Wysokość Składki z tytułu Umowy dodatkowej zależy również od częstotliwości jej opłacania.
2. Wysokość, okres, częstotliwość i sposób opłacania Składki są określone w Polisie lub w aneksie do Polisy.
3. Składka z tytułu Umowy dodatkowej jest stała w rocznym okresie, z zastrzeżeniem postanowień § 7 i 11 niniejszych OWUD. W przypadku przedłużenia Umowy dodatkowej na kolejny okres wysokość Składki obliczana jest ponownie zgodnie z postanowieniami § 12 niniejszych OWUD.

§ 11. Częstotliwość opłacania Składki

Składka z tytułu Umowy dodatkowej jest opłacana z częstotliwością i w sposób określony w Polisie lub aneksie do Polisy.

§ 12. Przedłużenie Umowy dodatkowej

1. Umowa dodatkowa może być przedłużona na kolejny roczny okres, pod warunkiem że żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu Umowy dodatkowej najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu, na jaki została zawarta Umowa dodatkowa.
2. Nieprzekazanie przez żadną ze stron informacji o rezygnacji z przedłużenia Umowy dodatkowej w terminie określonym w ust. 1 powyżej uważa się za wyrażenie zgody na przedłużenie Umowy dodatkowej na kolejny okres na warunkach zaproponowanych przez Unum.
3. Umowa dodatkowa może być przedłużona na kolejne roczne okresy bez oceny przez Unum ryzyka ubezpieczeniowego, jeżeli:
 - 1) do końca Umowy podstawowej pozostało nie mniej niż 1 rok,
 - 2) Ubezpieczony w dniu przedłużenia Umowy dodatkowej ma nie więcej niż 84 lata.
4. Przedłużenie Umowy dodatkowej powoduje ponowne wyliczenie wysokości Składki według taryfy Unum aktualnej na dzień przedłużenia Umowy dodatkowej, dla Wiek Ubezpieczonego w dniu przedłużenia, przy czym wysokość Sumy ubezpieczenia nie ulega zmianie.
5. Unum przedstawi Ubezpieczającemu warunki dotyczące przedłużenia Umowy dodatkowej, w tym informację o wysokości Składki, najpóźniej w terminie 30 dni przed końcem okresu, na jaki została zawarta Umowa dodatkowa, z zastrzeżeniem ust. 1–2 powyżej.
6. Po przedłużeniu Umowy dodatkowej Unum prześle Ubezpieczającemu aneks do Polisy potwierdzający przedłużenie Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki.
7. Po przedłużeniu Umowy dodatkowej Ubezpieczający ma obowiązek opłacania Składki w kwocie podanej w aneksie do Polisy.
8. Jeżeli Ubezpieczający nie przekazał informacji o rezygnacji z przedłużenia Umowy dodatkowej (ust. 2 powyżej) i została ona przedłużona, przysługuje mu prawo do odstąpienia od przedłużonej Umowy dodatkowej w terminie 30 dni od daty otrzymania aneksu do Polisy. W takim przypadku wpłacona Składka z tytułu Umowy dodatkowej, naliczona od daty przedłużenia Umowy dodatkowej, zostanie zwrócona w całości.

§ 13. Rozwiązanie Umowy dodatkowej

1. Rozwiązanie Umowy dodatkowej następuje:
 - 1) z dniem realizacji Świadczenia, o którym mowa w rozdz. 4 § 15 ust. 2–3, którego koszt łącznie z kosztem poprzednio zrealizowanych Świadczeń z rozdz. 4 § 15 ust. 2–3 osiągnie 100% Sumy ubezpieczenia;
 - 2) z upływem ostatniego dnia ostatniego Okresu świadczeniowego, w przypadku gdy Ubezpieczony zrealizował świadczenia z tytułu co najmniej jednego ze zdarzeń z każdej z czterech Grup, o których mowa w § 2 pkt 25) niniejszych OWUD;
 - 3) z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia (o ile Umowa dodatkowa nie zostanie przedłużona zgodnie z § 12 niniejszych OWUD);
 - 4) w przypadku ukończenia przez Ubezpieczonego 85. roku życia, przy czym Umowa dodatkowa zostaje rozwiązana w Rocznice polisy przypadającą bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego 85. roku życia;
 - 5) z dniem rozwiązania Umowy podstawowej;
 - 6) z dniem przekształcenia ubezpieczenia z Umowy podstawowej w Ubezpieczenie bezskładkowe, o ile postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia dotyczących Umowy podstawowej nie stanowią inaczej;
 - 7) w przypadku odstąpienia Ubezpieczającego od Umowy dodatkowej po jej zawarciu zgodnie z ust. 2 poniżej;
 - 8) w przypadku odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy dodatkowej po jej przedłużeniu, zgodnie § 12 ust. 8 niniejszych OWUD;
 - 9) w przypadku złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o rozwiązaniu Umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy dodatkowej poprzez doręczenie do Unum pisemnego oświadczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej. Jeżeli Unum najpóźniej w dniu zawarcia Umowy dodatkowej nie poinformuje Ubezpieczającego o prawie do odstąpienia od Umowy dodatkowej, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający dowiedział się o tym prawie. W przypadku odstąpienia od Umowy dodatkowej Unum zwraca Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę, przy czym ma prawo zatrzymać część Składki należną za okres, w którym udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
3. Ubezpieczający ma prawo do złożenia oświadczenia o rozwiązaniu Umowy dodatkowej w każdym czasie. W przypadku złożenia takiego oświadczenia Umowa dodatkowa zostaje rozwiązana z ostatnim dniem miesiąca przypadającym po otrzymaniu przez Unum tegoż oświadczenia na piśmie.
4. W przypadku rozwiązania Umowy dodatkowej z przyczyny innej niż wymienione w ust. 1 pkt 1)–3) powyżej Unum zwraca Składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Rozdział 4. Świadczenia

§ 14. Limity świadczeń

- Łączna wysokość wszystkich świadczeń w ramach niniejszej Umowy dodatkowej realizowanych na rzecz Ubezpieczonego nie może przekroczyć 100% Sumy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem poniższych limitów.

Tabela 1. Limity świadczeń

Rodzaj świadczenia	Limity w ramach poszczególnych świadczeń
1. Druga opinia medyczna	Druga opinia medyczna wydawana jest tylko jeden raz dla każdej diagnozy Nowotworu lub każdego zalecenia wykonania Poważnej operacji, z zastrzeżeniem § 16 ust. 7 niniejszych OWUD
2. Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu	100 EUR za Dzień pobytu w Szpitalu za granicą, maksymalnie 6000 EUR na jedno zgłoszone i zaakceptowane przez Koordynatora opieki roszczenie
3. Zwrot kosztów zakupu Leków na receptę	50 000 EUR na cały okres trwania Umowy dodatkowej (również w przypadku jej przedłużenia), bez względu na liczbę Zdarzeń ubezpieczeniowych
4. Badanie mutacji somatycznych w ramach Spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyna precyzyjna)	Jedno badanie profilowania molekularnego i jeden odpowiedni Eksperscki raport medyczny dla każdej Specjalnej postaci nowotworu złośliwego
5. Świadczenie z tytułu udziału w Badaniach klinicznych	100 EUR za każdy Dzień udziału w Badaniach klinicznych w Placówce medycznej za granicą albo w Polsce, pod warunkiem że Placówka medyczna w Polsce znajduje się w odległości większej niż 100 kilometrów od Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego; maksymalnie: 6000 EUR na cały okres trwania Umowy dodatkowej (również w przypadku jej przedłużenia), bez względu na liczbę Zdarzeń ubezpieczeniowych

- W celu weryfikacji limitów, koszty wszystkich świadczeń poniesionych w walucie innej niż EUR przeliczane są na EUR. Do przeliczania walut stosowany jest średni kurs ogłoszony przez Europejski Bank Centralny z dnia, w którym dany koszt został poniesiony.
- Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu oraz Świadczenie z tytułu udziału w Badaniach klinicznych realizowane są w EUR na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego w terminie 14 Dni roboczych po każdym zakończonym tygodniu Pobytu w Szpitalu lub udziału w Badaniach klinicznych.
- Zwrot kosztów zakupu Leków na receptę, zwrot kosztów Kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granicą organizowanej w Polsce są realizowane w walucie, w której koszt poniósł Ubezpieczony, na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego w terminie 14 Dni roboczych od daty przedstawienia faktury lub rachunku i dowodu płatności oraz recepty (o ile dotyczy).

§ 15. Świadczenia

- W przypadku Podejrzenia nowotworu świadczenia są realizowane zgodnie z Załącznikiem nr 1 do niniejszej Umowy dodatkowej.
- W przypadku rozpoznania Nowotworu lub zalecenia wykonania Poważnej operacji realizowane są następujące świadczenia:
 - Druga opinia medyczna, o której mowa w § 16 niniejszych OWUD;
 - Opieka za granicą, o której mowa w § 17 niniejszych OWUD, obejmująca:
 - organizację i pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego,
 - organizację i pokrycie kosztów zakwaterowania,
 - organizację i pokrycie kosztów Leczenia za granicą,
 - świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu;
 - organizację i pokrycie kosztów transportu zwłok w przypadku śmierci Ubezpieczonego (lub Dawcy);
 - zwrot kosztów zakupu Leków na receptę po Leczeniu za granicą, o którym mowa w § 18 niniejszych OWUD;
 - Kontrola stanu zdrowia po Leczeniu za granicą, o której mowa w § 19 niniejszych OWUD.
- W przypadku wystąpienia Specjalnej postaci nowotworu złośliwego poza świadczeniami, o których mowa w ust. 2 powyżej, realizowane są następujące świadczenia z wykorzystaniem Spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej):
 - Profilowanie molekularne i ocena jego wyników zawarta w Eksperskim raporcie medycznym, o którym mowa w § 20 niniejszych OWUD;
 - Badania kliniczne, o których mowa w § 21 niniejszych OWUD, obejmujące:
 - w przypadku każdego Ubezpieczonego, który wyrazi wolę udziału w Badaniach klinicznych:
 - przeszukanie bazy danych Badań klinicznych w zakresie odpowiedniego dla Ubezpieczonego rodzaju leczenia,
 - weryfikację, czy Ubezpieczony spełnia kryteria udziału w danym Badaniu klinicznym,
 - przekazanie Ubezpieczonemu wykazu dostępnych Badań klinicznych;
 - w przypadku udziału Ubezpieczonego w Badaniach klinicznych za granicą poza świadczeniami, o których mowa w pkt a) powyżej:
 - pokrycie kosztów medycznych w ramach medycyny precyzyjnej, które nie są finansowane przez Organizatora Badań klinicznych, o ile są niezbędne dla efektywności Badania klinicznego oraz pod warunkiem, że leczenie jest przeprowadzane w tej samej Placówce medycznej, w której jest przeprowadzane Badanie kliniczne,
 - organizacja i pokrycie kosztów podróży do miejsca, w którym prowadzone są Badania kliniczne,
 - organizacja i pokrycie kosztów zakwaterowania w miejscu, w którym prowadzone są Badania kliniczne,
 - świadczenie za Dzień udziału w Badaniach klinicznych,
 - organizację i pokrycie kosztów transportu zwłok w przypadku śmierci Ubezpieczonego w trakcie udziału w Badaniach klinicznych,
 - kontrolę stanu zdrowia po Leczeniu za granicą po zakończeniu udziału w Badaniach klinicznych;

- c) w przypadku udziału Ubezpieczonego w Badaniach klinicznych w Polsce w odległości powyżej 100 kilometrów od Miejsca zamieszkania poza świadczeniami, o których mowa w pkt a) powyżej:
 - a. organizacja i pokrycie kosztów podróży do miejsca, w którym prowadzone są Badania kliniczne,
 - b. organizacja i pokrycie kosztów zakwaterowania w miejscu, w którym prowadzone są Badania kliniczne,
 - c. świadczenie za Dzień udziału w Badaniach klinicznych,
 - d. organizację i pokrycie kosztów transportu zwłok w przypadku śmierci Ubezpieczonego w trakcie udziału w Badaniach klinicznych;
- 3) Badanie mutacji germinalnych Ubezpieczonego, o którym mowa w § 22 niniejszych OWUD. W przypadku pozytywnego wyniku Badania mutacji germinalnych u Ubezpieczonego świadczenie obejmuje dodatkowo:
 - a) organizację i pokrycie kosztów badania Uprawnionych członków rodziny Ubezpieczonego,
 - b) przygotowanie raportu z Badania mutacji germinalnych.
- 4. W przypadku gdy upływ Okresu świadczeniowego przypada w trakcie trwania Leczenia za granicą Ubezpieczonego, świadczenia będą realizowane na podstawie wcześniej ustalonego planu leczenia do najbliższego uzgodnionego dnia powrotu do Polski.
- 5. W przypadku, o którym mowa w rozdz. 2 § 4 ust. 11 i 12 (Siła wyższa), Okres świadczeniowy liczony jest od dnia, w którym rozpoczęto realizację pierwszego świadczenia objętego zakresem ubezpieczenia w związku z leczeniem Ubezpieczonego w Polsce, zgodnie z planem leczenia ustalonym z Koordynatorem opieki.
- 6. Jeżeli w trakcie leczenia Nowotworu konieczne będzie przeprowadzenie Poważnej operacji w związku z leczeniem tego Nowotworu, to Poważna operacja zostanie zrealizowana w Okresie świadczeniowym przewidzianym dla Leczenia za granicą Nowotworu.
- 7. Ubezpieczony nie jest uprawniony do realizacji świadczeń z danej Grupy, jeżeli upłynęło 36 miesięcy od pierwszego dnia podróży rozpoczynającej pierwsze Leczenie za granicą pierwszego Nowotworu albo pierwszej Poważnej operacji Ubezpieczonego należących do tej Grupy.
- 8. Wraz z upływem Okresu świadczeniowego przewidzianego dla danej Grupy zdarzeń wygasa ochrona ubezpieczeniowa na wypadek zaistnienia wszystkich zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia w ramach tej Grupy.

§ 16. Druga opinia medyczna

- 1. W przypadku wystąpienia Nowotworu lub zalecenia wykonania Poważnej operacji Ubezpieczony uprawniony jest do uzyskania Drugiej opinii medycznej. Druga opinia medyczna wydawana jest na wniosek Ubezpieczonego złożony za pośrednictwem Portalu.
- 2. W przypadku złożenia przez Ubezpieczonego wniosku o wydanie Drugiej opinii medycznej Koordynator opieki:
 - 1) informuje Ubezpieczonego o konieczności dostarczenia dokumentacji medycznej niezbędnej do sporządzenia Drugiej opinii medycznej;
 - 2) dokonuje tłumaczenia zebranej dokumentacji medycznej Ubezpieczonego na język, w którym Lekarz konsultant sporządza Drugą opinię medyczną;
 - 3) przekazuje dokumentację medyczną Ubezpieczonego Lekarzowi konsultantowi;
 - 4) zapewnia tłumaczenie na język polski Drugiej opinii medycznej wydanej przez Lekarza konsultanta i przekazuje ją Ubezpieczonemu za pośrednictwem Portalu.
- 3. Druga opinia medyczna wydana przez Lekarza konsultanta zawiera opinię w zakresie diagnozy postawionej przez Lekarza prowadzącego leczenie, sposobu dotychczasowego leczenia Ubezpieczonego oraz zalecenia i propozycję planu dalszego leczenia. Druga opinia medyczna zawiera również odpowiedzi na pytania Ubezpieczonego zadane przy składaniu wniosku o jej udzielenie.
- 4. Na podstawie Drugiej opinii medycznej Koordynator opieki poinformuje Ubezpieczonego o uprawnieniu do Leczenia za granicą, przysługującym Okresie świadczeniowym, a także o zasadach, na jakich odbywa się Opieka za granicą objęta zakresem ubezpieczenia.
- 5. Informacje, o których mowa w ust. 4 powyżej, zostaną przekazane Ubezpieczonemu za pośrednictwem Portalu w terminie 15 Dni roboczych od dnia otrzymania przez Koordynatora opieki od Ubezpieczonego kompletu dokumentów niezbędnych do wydania Drugiej opinii medycznej.
- 6. Druga opinia medyczna wydawana jest tylko jeden raz dla każdej diagnozy Nowotworu lub każdego zalecenia wykonania Poważnej operacji, z zastrzeżeniem ust. 7 poniżej.
- 7. Jeśli Lekarz konsultant postawi diagnozę odmienną od wynikającej z dokumentacji medycznej dostarczonej przez Ubezpieczonego, wówczas dokumentacja medyczna Ubezpieczonego zostanie przekazana do innego Lekarza konsultanta w celu wydania dodatkowej Drugiej opinii medycznej. Jeżeli Ubezpieczony zrezygnuje z Drugiej opinii medycznej, to decyzję o zasadności i planie Leczenia za granicą podejmuje zespół medyczny Koordynatora opieki na podstawie i po analizie dokumentacji medycznej dostarczonej przez Ubezpieczonego. Decyzja podejmowana jest w terminie 5 Dni roboczych od dnia otrzymania przez Koordynatora opieki kompletu dokumentów. W uzasadnionych przypadkach, gdy dostarczona dokumentacja jest niewystarczająca do podjęcia decyzji, Koordynator opieki może wystąpić o wydanie Drugiej opinii medycznej. W takim przypadku zastosowanie ma termin wskazany w ust. 5 powyżej.
- 8. W przypadku gdy Ubezpieczony zrezygnował z Drugiej opinii medycznej, a zgodnie z ust. 7 powyżej zespół medyczny Koordynatora opieki podjął już decyzję o realizacji wobec Ubezpieczonego Leczenia za granicą, Ubezpieczony nie może ubiegać się o wydanie Drugiej opinii medycznej odnośnie do tego Nowotworu lub tej Poważnej operacji, których ma dotyczyć Leczenie za granicą.
- 9. Jeżeli Ubezpieczony wystąpił o Drugą opinię medyczną, realizacja pozostałych świadczeń może rozpocząć się dopiero po wydaniu tej Opinii.
- 10. Jeżeli wobec Ubezpieczonego rozpoczęto już realizację świadczeń z wykorzystaniem Spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyna precyzyjna), Ubezpieczony nie może ubiegać się o wydanie Drugiej opinii medycznej dotyczącej leczonego stanu chorobowego (tej samej diagnozy Specjalnej postaci nowotworu złośliwego).

§ 17. Opieka za granicą

- 1. Jeżeli Ubezpieczony wyrazi wolę skorzystania z Opieki za granicą, Koordynator opieki w ciągu 3 Dni roboczych przedstawi Ubezpieczonemu za pośrednictwem Portalu listę trzech Szpitali za granicą kwalifikujących się do przeprowadzenia zaleconego leczenia.
- 2. Z listy przedstawionej przez Koordynatora opieki Ubezpieczony wybierze Szpital, w którym chciałby odbyć leczenie.
- 3. Jeżeli Ubezpieczony wybierze Szpital i zaakceptuje termin Leczenia za granicą wskazany przez ten Szpital, Koordynator opieki:
 - 1) w ciągu 10 Dni roboczych przekaże Ubezpieczonemu, za pośrednictwem Portalu, Certyfikat leczenia za granicą, który jest ważny 3 miesiące od daty jego wystawienia. Jeżeli Ubezpieczony nie rozpocznie Leczenia za granicą w tym okresie, Koordynator opieki na wniosek Ubezpieczonego przygotowuje nowy Certyfikat leczenia. W tym celu konieczna będzie ponowna ocena stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - 2) zorganizuje podróż i zakwaterowanie, które są konieczne do rozpoczęcia Leczenia za granicą i przedstawi je do akceptacji Ubezpieczonego najpóźniej na 3 dni przed planowaną podróżą.

4. Zmiana zaakceptowanych przez Ubezpieczonego terminów podróży i zakwaterowania jest możliwa wyłącznie ze względu na udokumentowane powody medyczne. W żadnym innym przypadku Koordynator opieki nie dokona nowych ustaleń dotyczących podróży i zakwaterowania. Zmiana, o której mowa w zdaniu pierwszym nie powoduje zawieszenia biegu już rozpoczętego Okresu świadczeniowego.
5. W ramach Opieki za granicą Koordynator opieki zapewni organizację i pokrycie kosztów:
 - 1) podróży Ubezpieczonego, Osoby towarzyszącej oraz Dawcy (w przypadku Leczenia za granicą polegającego na Przeszczepie narządu u Ubezpieczonego, Ubezpieczony jest uprawniony do obecności jednej osoby towarzyszącej i Dawcy) do miejsca za granicą, w którym znajduje się wybrany przez Ubezpieczonego Szpital, oraz podróży powrotnej do Polski, a w przypadku Dawcy (o ile dotyczy) również do innego Miejsca zamieszkania, jeśli znajduje się ono poza Polską, w następującym zakresie:
 - a) transportu z Miejsca zamieszkania na wyznaczone lotnisko międzynarodowe lub wyznaczony dworzec kolejowy,
 - 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 na wskazane lotnisko międzynarodowe lub wskazany dworzec kolejowy,
 - d) biletów na pociąg lub biletów lotniczych w klasie ekonomicznej, a następnie transportu do Miejsca zamieszkania;
 - 2) zaleconego przez Lekarza konsultanta lub Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą oraz zaakceptowanego przez Koordynatora opieki transportu, w tym ambulansem drogowym lub karetką powietrzną, Ubezpieczonego, a także Osoby towarzyszącej lub Dawcy;
 - 3) zakwaterowania Ubezpieczonego, Osoby towarzyszącej i Dawcy (o ile dotyczy) w odległości nie większej niż 10 kilometrów od Szpitala wybranego przez Ubezpieczonego w celu Leczenia za granicą Nowotworu lub wykonania zaleconej Poważnej operacji. Usługa zakwaterowania obejmuje pokoje 2-osobowe ze śniadaniem w hotelu 3- lub 4-gwiazdkowym, z zastrzeżeniem § 4 ust. 9 pkt 6) niniejszych OWUD;
 - 4) Leczenia za granicą, które wynikają z przyjętego planu leczenia lub są związane z leczeniem Nowotworu lub wykonaniem zaleconej Poważnej operacji:
 - a) zakwaterowania i wyżywienia w Szpitalu:
 - a. zakwaterowania Ubezpieczonego w Szpitalu, które wynika z planu leczenia, oraz dodatkowego łóżka dla Osoby towarzyszącej – jeśli Szpital zapewnia taką usługę,
 - b. posiłków dla Ubezpieczonego, które są standardowo oferowane przez Szpital;
 - b) leczenia Nowotworu lub wykonania zaleconej Poważnej operacji:
 - a. opieki lekarskiej, pielęgniarzkiej oraz opieki pozostałego personelu medycznego w każdym oddziale Szpitala, w którym – zgodnie z zaleceniami Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą i ze względu na przebieg leczenia – jest konieczne leczenie, zgodnie z zasadami pracy Szpitala,
 - b. wizyt Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą, jeżeli Ubezpieczony został przewieziony do innego Szpitala,
 - c. badań diagnostycznych, które są wymagane do przygotowania leczenia lub w jego trakcie i są wykonywane na zlecenie Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą: 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),
 - d. chemioterapii, radioterapii,
 - e. znieczulenia, jego podania przez Lekarza anestezjologa oraz opieki anestezjologicznej przed znieczuleniem, w trakcie i po zakończeniu znieczulenia,
 - f. korzystania z sal operacyjnych oraz wykonania operacji chirurgicznych, chirurgii rekonstrukcyjnej struktur ciała uszkodzonych lub utraconych wskutek wykonanych procedur medycznych przeprowadzonych w ramach Leczenia za granicą,
 - g. transfuzji krwi, podawania osocza i surowicy,
 - h. podawania tlenu, iniekcji dożylnych, podskórnych, domięśniowych,
 - i. leczenia tylko tych powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych, które zostały zastosowane w czasie Leczenia za granicą, które wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w Szpitalu lub w innej Placówce medycznej i których wyleczenie jest niezbędne, żeby Ubezpieczony mógł zostać uznany za zdolnego do podróży powrotnej po zakończeniu Leczenia za granicą,
 - j. leków i środków opatrunkowych,
 - k. Leków na receptę zakupionych przed powrotem do Polski, które w ciągu 30 dni od zakończenia etapu leczenia przepisał Lekarz prowadzący Leczenie za granicą,
 - l. usług tłumacza w Szpitalu lub Placówce medycznej za granicą, posługującego się tym samym językiem co Ubezpieczony,
 - m. usług, które świadczą Placówki medyczne, pod warunkiem że te same procedury medyczne mogłyby być wykonane w Szpitalu w ramach Leczenia za granicą;
 - c) dodatkowo w przypadku Przeszczepu:
 - a. badań diagnostycznych potwierdzających zgodność tkankową przeprowadzanych w celu zidentyfikowania odpowiedniego Dawcy wśród członków rodziny Ubezpieczonego,
 - b. usług szpitalnych świadczonych na rzecz Dawcy w zakresie: zakwaterowania w sali szpitalnej, na oddziale i wyżywienia podczas Pobytu w Szpitalu,
 - c. opieki lekarskiej i pielęgniarzkiej podczas Pobytu w Szpitalu, obsługi pozostałego personelu medycznego, badań laboratoryjno-diagnostycznych zleconych przez Lekarza na rzecz Dawcy,
 - d. operacji pobrania narządu lub szpiku kostnego od Dawcy dla Ubezpieczonego, usług chirurgicznych i medycznych związanych z pobraniem narządu lub tkanki od Dawcy, usług i materiałów na potrzeby hodowli szpiku kostnego w związku z przeszczepem tkanki u Ubezpieczonego,
 - e. procedury hodowli szpiku kostnego dla Ubezpieczonego,
 - f. 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 i ich wyleczenie jest niezbędne, żeby Dawca mógł zostać uznany za zdolnego do podróży powrotnej do Miejsca zamieszkania po zakończeniu procedury przeszczepu.
6. W przypadku Pobytu w Szpitalu związanego z Leczeniem za granicą Nowotworu lub przeprowadzeniem Poważnej operacji Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu w wysokości 100 EUR za każdy Dzień pobytu w Szpitalu. Łączna wysokość świadczenia nie może przekroczyć Sumy ubezpieczenia oraz limitu określonego w § 14 w Tabeli nr 1.
7. W przypadku śmierci Ubezpieczonego lub Dawcy podczas realizacji Leczenia za granicą Koordynator opieki zapewni organizację i pokrycie kosztów zakupu trumny przewozowej, balsamowania zwłok, transportu na lotnisko, przelotu oraz transportu z lotniska do miejsca pochówku w Polsce lub w przypadku Dawcy – do kraju, w którym Dawca miał Miejsce zamieszkania.

§ 18. Zwrot kosztów zakupu Leków na receptę po Leczeniu za granicą

1. Koordynator opieki dokona zwrotu kosztów Leków na receptę zakupionych we własnym zakresie przez Ubezpieczonego na terytorium Polski po powrocie z Leczenia za granicą, o ile spełnione zostaną łącznie następujące warunki:
 - 1) lek został dopuszczony do obrotu w Polsce zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 2) lek jest dostępny do nabycia na terenie Polski w czasie i w sposób niezbędny do zapewnienia kontynuacji Leczenia za granicą;
 - 3) lek zalecił Lekarz prowadzący Leczenie za granicą jako niezbędny do jego kontynuacji;
 - 4) recepta na lek jest wystawiona przez Lekarza w Polsce;
 - 5) lek jest podawany w następstwie Pobytu w Szpitalu związanego z Leczeniem za granicą;
 - 6) Pobyt w Szpitalu w związku z Leczeniem za granicą trwał co najmniej 3 Dni Pobytu w Szpitalu;
 - 7) ilość leku (określona poprzez zaleconą dawkę i okres jego stosowania) przepisana Ubezpieczonemu na każdej z recept przeznaczona jest do stosowania przez okres nie dłuższy niż 2 miesiące (jeżeli na receptce zostanie przepisana większa ilość leku, Koordynator opieki zapewni pokrycie kosztu jego zakupu na okres 2 miesięcy);
 - 8) recepta na lek została wystawiona przed upływem Okresu świadczeniowego;
 - 9) lek został zakupiony przed upływem Okresu świadczeniowego.
2. Ubezpieczony jest uprawniony do otrzymania zwrotu kosztów Leków na receptę, pod warunkiem że w terminie nie dłuższym niż 180 dni od daty poniesienia ww. wydatków, lecz nie później niż do końca Okresu świadczeniowego złoży za pośrednictwem Portalu receptę oraz fakturę lub rachunek i dowód płatności. Koordynator opieki zwraca koszt zakupu Leków na receptę na podany przez Ubezpieczonego rachunek bankowy.
3. W przypadku gdy zalecony Lek na receptę (lub alternatywny równoważny lek o podobnej skuteczności, zatwierdzony przez Koordynatora opieki):
 - 1) nie został dopuszczony do obrotu na terytorium Polski, lub
 - 2) nie jest możliwy do nabycia lub dostępny na terytorium Polski, lub
 - 3) nie jest możliwy do nabycia w terminie pozwalającym na kontynuację leczenia,a zostały spełnione pozostałe warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 3), 5), 6), 7) i 8) powyżej, Koordynator opieki zorganizuje podróż i zakwaterowanie na warunkach opisanych w § 17 niniejszych OWUD dla Ubezpieczonego i Osoby towarzyszącej w celu zakupu Leków na receptę poza terytorium Polski oraz umożliwi Ubezpieczonemu uzyskanie recepty i zapewni pokrycie kosztów Leków na receptę.
4. Zasady zwrotu kosztów zakupu Leków na receptę zakupionych na terytorium Polski, o których mowa w niniejszym paragrafie, dotyczą także odpowiedników tych leków w rozumieniu ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia oraz wyrobów medycznych.
5. Koordynator opieki nie dokona zwrotu kosztów Leków na receptę, których zakup został sfinansowany w ramach systemu powszechnej opieki zdrowotnej.

§ 19. Kontrola stanu zdrowia po Leczeniu za granicą

1. Po zakończeniu Leczenia za granicą Koordynator opieki przekaze Ubezpieczonemu przetłumaczone na język polski:
 - 1) dokumentację medyczną Ubezpieczonego z Leczenia za granicą;
 - 2) plan Kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granicą, zawierający zalecenia Lekarza prowadzącego to leczenie.Kontrola stanu zdrowia po Leczeniu za granicą obejmuje badania diagnostyczne, profilaktyczne lub przesiewowe oraz związane z nimi konsultacje lekarskie realizowane wyłącznie w Placówkach medycznych zaakceptowanych przez Koordynatora opieki, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
2. Na wniosek Ubezpieczonego Kontrola stanu zdrowia po Leczeniu za granicą może odbyć się w Placówce medycznej poza granicami Polski, w której odbywało się Leczenie za granicą.
3. Kontrola stanu zdrowia po Leczeniu za granicą przeprowadzana w Polsce jest organizowana i opłacana przez Ubezpieczonego we własnym zakresie.
4. Koordynator opieki zwróci Ubezpieczonemu koszty poniesione w związku z wykonaniem Kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granicą, pod warunkiem że:
 - 1) koszty te zostały poniesione przez Ubezpieczonego przed upływem Okresu świadczeniowego, oraz
 - 2) jeżeli w terminie 180 dni od dnia poniesienia tych wydatków, lecz nie później niż przed upływem Okresu świadczeniowego Ubezpieczony złoży za pośrednictwem Portalu faktury lub rachunki i dowody płatności za wykonanie Kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granicą.Koszty, o których mowa powyżej, zwracane są z uwzględnieniem limitów określonych w § 14 w Tabeli nr 1.
5. Jeżeli świadczenie wchodzące w zakres planu Kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granicą jest częściowo finansowane w ramach systemu powszechnej opieki zdrowotnej, we wniosku o zwrot kosztów Kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granicą Ubezpieczony wskazuje, którą część kosztów związanych z Kontrolą stanu zdrowia po Leczeniu za granicą poniósł we własnym zakresie. Koordynator opieki zwraca Ubezpieczonemu tylko te koszty Kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granicą, które nie zostały zrefundowane w ramach systemu powszechnej opieki zdrowotnej.
6. Jeżeli wskutek zmiany stanu zdrowia Ubezpieczonego Lekarze prowadzący kontrolę stanu zdrowia w Polsce zmieniają zalecenia Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą, Koordynator opieki zwróci koszty Kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granicą wyłącznie po zaakceptowaniu tych zmian przez Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą.
7. Kontrola stanu zdrowia po Leczeniu za granicą przeprowadzana za granicą jest organizowana i opłacana przez Koordynatora opieki przy odpowiednim zastosowaniu zasad opisanych w § 17 niniejszych OWUD, dotyczących Opieki za granicą. Kontrola stanu zdrowia po Leczeniu za granicą przeprowadzana jest przez Lekarza, który prowadził Leczenie za granicą, lub przez jego zespół medyczny.

§ 20. Spersonalizowana terapia onkologiczna (medycyna precyzyjna)

1. Świadczenia z zakresu Spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej) są realizowane, pod warunkiem że łącznie spełnione są poniższe wymagania:
 - 1) Ubezpieczony jest w trakcie terapii nowotworowej lub otrzymał zalecenie natychmiastowego rozpoczęcia leczenia onkologicznego;
 - 2) diagnoza nowotworu potwierdza wystąpienie Specjalnej postaci nowotworu złośliwego;
 - 3) materiał do testów jest dostępny w formie próbki z biopsji spełniającej kryteria wyznaczone przez laboratorium, które umożliwiają prawidłowe przeprowadzenie badań. Jeśli próbka nie zawiera wystarczającej liczby komórek nowotworu – w uzasadnionych medycznie przypadkach możliwe jest wykorzystanie płynnej biopsji (próbki krwi).

2. Jeśli dany przypadek upoważnia Ubezpieczonego do skorzystania ze Spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej), Ubezpieczony decyduje, czy chce skorzystać ze świadczeń Spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej), i informuje o tym Koordynatora opieki, z zastrzeżeniem że w przypadku, gdy diagnoza Nowotworu złośliwego nie kwalifikowała Ubezpieczonego do skorzystania ze świadczenia medycyny precyzyjnej, a w późniejszym czasie nastąpi rozwój Nowotworu złośliwego do stadium III lub IV albo leczenie pierwszej linii okaże się nieskuteczne, wówczas Ubezpieczony zyskuje prawo do skorzystania z medycyny precyzyjnej, pod warunkiem że nie doszło do upływu Okresu świadczeniowego.
3. Jeżeli Ubezpieczony wyrazi chęć skorzystania ze świadczeń Spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej), Koordynator opieki zapewni przeprowadzenie w wybranym przez niego laboratorium Badań mutacji somatycznych, zakończone Eksperskim raportem medycznym, zgodnie z procesem określonym poniżej:
 - 1) Koordynator opieki informuje Ubezpieczonego o zakresie danych medycznych niezbędnych do oceny przydatności i kompletności dokumentacji i materiału do testów oraz sporządza listę brakujących dokumentów i plan działania w celu określenia rodzaju badania oraz wymaganego materiału diagnostycznego;
 - 2) Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć do Koordynatora opieki za pośrednictwem Portalu dokumentację, o której mowa w pkt 1) powyżej;
 - 3) Koordynator opieki wybiera najodpowiedniejsze z medycznego punktu widzenia laboratorium, organizuje odbiór próbki pobranej od Ubezpieczonego i dostarczenie jej do laboratorium oraz zapewni pokrycie związanych z tym kosztów;
 - 4) w ciągu 25 Dni roboczych od laboratoryjnego potwierdzenia ważności próbki Ubezpieczony otrzymuje Eksperski raport medyczny, zawierający:
 - a) kliniczne podsumowanie stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - b) wnioski z Badań mutacji somatycznych,
 - c) zalecenia dotyczące leczenia o najwyższym potencjale klinicznym,
 - d) ocenę oporności lub toksyczności pewnych metod terapeutycznych, które mogą mieć wpływ na dalsze rekomendacje terapeutyczne,
 - e) informacje o dostępnych Badaniach klinicznych (o ile mają zastosowanie),
 - f) wnioski odnośnie do możliwych mutacji dziedzicznych i nowotworów dziedzicznych (o ile mają zastosowanie).
4. W przypadku zidentyfikowania potencjalnie dziedzicznych mutacji genów u Ubezpieczonego jest on uprawniony do wykonania Badania mutacji germinalnych.
5. Po dostarczeniu Eksperskiego raportu medycznego Koordynator opieki kontaktuje się z Ubezpieczonym w celu pełnego omówienia i wyjaśnienia wyników raportu. Za zgodą Ubezpieczonego Lekarz onkolog prowadzący leczenie Ubezpieczonego będzie mógł wziąć udział w prowadzonej on-line konsultacji specjalistycznej z członkiem komisji ekspertów medycznych Koordynatora opieki, który brał udział w przygotowaniu Eksperskiego raportu medycznego. Konsultacja on-line odbywa się w języku angielskim.
6. Dla każdej unikalnej diagnozy Specjalnej postaci nowotworu złośliwego wykonywany jest jeden zestaw Badań mutacji somatycznych i powiązany z nim jeden Eksperski raport medyczny. Unikalna diagnoza Specjalnej postaci nowotworu złośliwego odnosi się do określonego kodu przypisanego do danego nowotworu zgodnie z aktualnie obowiązującą w kraju, w którym postawiono diagnozę, wersją Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych sporządzonej przez Światową Organizację Zdrowia.
7. W ramach Spersonalizowanej terapii onkologicznej Ubezpieczony, w zależności od wskazań Eksperskiego raportu medycznego, może skorzystać z następujących terapii, w zależności od ich medycznej specyfiki:
 - 1) protokołów leczenia zgodnie ze wskazaniami rejestracyjnymi leków (on-label), które obejmują leczenie onkologiczne zgodnie z zakresem, dawką i zaleceniami dotyczącymi metody przyjmowania leku zaakceptowanymi we wskazaniach rejestracyjnych wydanych przez odpowiedni do tego organ;
 - 2) protokołów leczenia poza wskazaniami rejestracyjnymi leków (off-label), które obejmują terapie nowotworowe niespełniające 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;
 - 3) Badań klinicznych.
8. Terapie wskazane w:
 - 1) ust. 7 pkt 1)–2) powyżej realizowane są odpowiednio w zakresie świadczenia Opieki za granicą, zwrotu kosztów zakupu Leków na receptę po Leczeniu za granicą i Kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granicą, o których mowa w § 17–19 niniejszych OWUD, z zastrzeżeniem ust. 9 poniżej;
 - 2) ust. 7 pkt 3) powyżej realizowane są w zakresie Badań klinicznych, o których mowa w § 21 niniejszych OWUD.
9. Koordynator opieki nie pokrywa kosztów żadnego leczenia z wykorzystaniem pozarejestracyjnego zastosowania leku (off-label) przeprowadzonego w kraju stałego pobytu Ubezpieczonego ani leczenia, które nie zostało zalecone w Eksperskim raporcie medycznym.

§ 21. Badania kliniczne

1. Jeśli w Eksperskim raporcie medycznym zalecono Ubezpieczonemu, aby zbadał możliwość uzyskania dostępu do określonego leczenia za pośrednictwem Badania klinicznego, a Ubezpieczony wyrazi wolę skorzystania z tej możliwości, Koordynator opieki w ramach przeglądu Badań klinicznych zapewnia:
 - 1) informacje na temat Badań klinicznych;
 - 2) przeszukanie baz danych Badań klinicznych w zakresie odpowiedniego dla Ubezpieczonego rodzaju leczenia;
 - 3) kontakt z ośrodkami prowadzącymi odpowiednie Badania kliniczne na terytorium Polski, a w razie potrzeby również poza terytorium Polski;
 - 4) pomoc w interpretacji kryteriów udziału w Badaniu klinicznym i weryfikację, czy Ubezpieczony spełnia kryteria udziału w danym Badaniu klinicznym;
 - 5) dostarczenie raportu na temat najodpowiedniejszych dla Ubezpieczonego Badań klinicznych w ciągu 30 dni od daty złożenia wniosku przez Ubezpieczonego.
2. Jeśli poszukiwania Badań klinicznych odpowiednich dla jednostki chorobowej Ubezpieczonego się nie powiedzą albo Ubezpieczony nie zostanie zakwalifikowany, lub nie zdecyduje się na udział we wskazanych Badaniach klinicznych, Koordynator opieki na wniosek Ubezpieczonego przeprowadzi ponowną próbę (drugą i ostateczną) znalezienia odpowiednich Badań klinicznych.
3. Ubezpieczony powinien skonsultować decyzję o udziale w Badaniach klinicznych z Lekarzem onkologiem prowadzącym jego leczenie.
4. Jeśli Ubezpieczony wyrazi wolę udziału w jednym ze wskazanych Badań klinicznych w Placówce medycznej, Koordynator opieki:
 - 1) zapewni Ubezpieczonemu wsparcie administracyjne w wypełnieniu niezbędnych dokumentów, a także – o ile to będzie konieczne – tłumaczenie tych dokumentów na język polski;

- 2) przekaze Ubezpieczonemu informacje dotyczace szczegolow podróży i zakwaterowania;
- 3) poinformuje Ubezpieczonego o zasadach i zakresie pokrycia kosztów podróży i zakwaterowania oraz przyznania świadczenia za dzień Badań klinicznych, zgodnie z ust. 6–7 poniżej.
5. Decyzję o przyjęciu Ubezpieczonego do Badania klinicznego podejmuje Organizator Badania klinicznego.
6. Jeśli Ubezpieczony zdecyduje się na udział w Badaniach klinicznych w Placówce medycznej w Polsce, znajdującej się w odległości większej niż 100 kilometrów od Miejsca zamieszkania, Koordynator opieki, poza świadczeniami wskazanymi w ust. 4 powyżej:
 - 1) zapewni organizację i pokrycie kosztów podróży Ubezpieczonego oraz Osoby towarzyszącej w klasie ekonomicznej i zakwaterowania w pokoju 2-osobowym ze śniadaniem w 3- lub 4-gwiazdkowym hotelu znajdującym się w odległości nie większej niż 10 kilometrów od miejsca przeprowadzania Badań klinicznych;
 - 2) wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie za każdy Dzień udziału w Badaniach klinicznych: 100 EUR, z zachowaniem limitu wskazanego w § 14 ust. 1 niniejszych OWUD;
 - 3) w przypadku śmierci Ubezpieczonego w trakcie udziału w Badaniach klinicznych zapewni organizację i pokrycie kosztów zakupu trumny przewozowej, balsamowania zwłok oraz transportu do miejsca pochówku w Polsce.
7. Jeśli Ubezpieczony zdecyduje się na udział w Badaniach klinicznych w Placówce medycznej poza terytorium Polski, Koordynator opieki, poza świadczeniami wskazanymi w ust. 4 powyżej:
 - 1) zapewni pokrycie kosztów medycznych – w ramach Spersonalizowanej terapii onkologicznej (medycyny precyzyjnej), które nie są finansowane przez Organizatora Badania klinicznego, a są niezbędne dla efektywności Badania klinicznego, pod warunkiem że leczenie jest przeprowadzane w tej samej Placówce medycznej, w której jest przeprowadzane Badanie kliniczne, zgodnie z zakresem określonym w § 17 ust. 5 pkt 4), w sytuacji, gdy Badania kliniczne odbywają się w połączeniu lub równolegle ze standardem leczenia odpowiadającym aktualnej wiedzy medycznej dla danej diagnozy Nowotworu;
 - 2) zapewni organizację i pokrycie kosztów podróży i zakwaterowania Ubezpieczonego oraz Osoby towarzyszącej, zgodnie z zakresem określonym w § 17 ust. 5 pkt 1)–3);
 - 3) wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie za każdy Dzień udziału w Badaniach klinicznych: 100 EUR, z zachowaniem limitu wskazanego w § 14 ust. 1 niniejszych OWUD. Świadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, nie jest wypłacane za dni, za które Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu, określone w § 17 ust. 6 niniejszych OWUD;
 - 4) w przypadku śmierci Ubezpieczonego w trakcie udziału w Badaniach klinicznych poza terytorium Polski zapewni organizację i pokrycie kosztów zakupu trumny przewozowej, balsamowania zwłok, transportu na lotnisko, przelotu oraz transportu z lotniska do miejsca pochówku w Polsce;
 - 5) po zakończeniu Badania klinicznego za granicą przyzna Ubezpieczonemu prawo do Kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granicą w zakresie określonym w § 19 niniejszych OWUD.
8. Przed rozpoczęciem udziału Ubezpieczonego w Badaniach klinicznych Organizator Badań klinicznych przedstawi Ubezpieczonemu rodzaj i wysokość kosztów medycznych, które zostaną pokryte w ramach Badania klinicznego.

§ 22. Badanie mutacji germinalnych

1. Jeśli Ekspertski raport medyczny potwierdzi wykrycie potencjalnie dziedzicznych mutacji genów, Koordynator opieki zaproponuje Ubezpieczonemu Badanie mutacji germinalnych i zapewni pokrycie jego kosztów, przy czym w przypadku jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego należy jest jedno Badanie mutacji germinalnych (jeden test i jeden raport z Badań mutacji germinalnych).
2. Jeśli wynik Badania mutacji germinalnych Ubezpieczonego okaże się dodatni, Koordynator opieki na wniosek Ubezpieczonego zaproponuje Badanie mutacji germinalnych Uprawnionym członkom rodziny Ubezpieczonego w celu ustalenia obecności mutacji genów u tych osób. Badanie odbywa się za odręcznie podpisaną zgodą osoby poddawanej testowi.
3. Koordynator opieki organizuje pobranie materiału w formie wymazu z policzka, próbki śliny lub próbki krwi niezbędnego do przeprowadzenia badania i dostarcza materiał do wybranego laboratorium. Laboratorium przeprowadza badanie oraz przedstawia jego wyniki w terminie 30 Dni roboczych od dostarczenia materiału do laboratorium.
4. W przypadku pozytywnego wyniku Badania mutacji germinalnych Koordynator opieki organizuje rozmowę z ekspertem w zakresie genetyki, który omawia wyniki i przekazuje Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu członkowi rodziny (o ile dotyczy) raport z Badań mutacji germinalnych.

§ 23. Realizacja świadczeń

1. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci wystąpienia Nowotworu lub zalecenia wykonania Poważnej operacji Ubezpieczony kontaktuje się telefonicznie z Infolinią Unum pod numerem telefonu wskazanym w Polisie lub aneksie do Polisy i podaje następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) Miejsce zamieszkania;
 - 3) numer Polisy;
 - 4) numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
 - 5) adres e-mail – poczty elektronicznej;
 - 6) dzień wystąpienia Nowotworu lub dzień wydania zalecenia wykonania Poważnej operacji.
2. W ciągu 4 Dni roboczych od zgłoszenia, o którym mowa w ust. 1 powyżej, na podany adres e-mail Ubezpieczony otrzymuje od Koordynatora opieki informacje o zasadach dostępu do Portalu, w którym Ubezpieczony rejestruje się za pomocą adresu e-mail i dostarcza dokumenty, o których mowa w ust. 3 poniżej.
3. Za pośrednictwem Portalu Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) dostarczyć dokumentację medyczną potwierdzającą zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego: kartę informacyjną leczenia szpitalnego, dokumentację medyczną potwierdzającą proces diagnostyczno-leczniczy choroby, opinię lekarza prowadzącego, wyniki badań potwierdzających wystąpienie Nowotworu lub choroby powodującej zalecenie wykonania Poważnej operacji oraz inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia;
 - 2) dostarczyć dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe było spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem.

4. Do zgłoszonego roszczenia Koordynator opieki przydziela koordynatora sprawy, który w ciągu 3 Dni roboczych od otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 3 powyżej, kontaktuje się z Ubezpieczonym w celu potwierdzenia kompletności dokumentacji i przeprowadzenia wywiadu dotyczącego stanu zdrowia Ubezpieczonego.
5. Realizacja świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Koordynatora opieki kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum. Niedostarczenie dokumentów koniecznych do ustalenia odpowiedzialności może skutkować odmową realizacji świadczenia.

Rozdział 5. Postanowienia końcowe

§ 24. Pozostałe postanowienia

1. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej staje się ona integralną częścią Umowy ubezpieczenia i podlega interpretacji łącznie z Umową podstawową (z zastrzeżeniem możliwości rozwiązania Umowy dodatkowej przed terminem rozwiązania Umowy podstawowej).
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWUD stosuje się odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia dotyczących Umowy podstawowej.

§ 25. Data uchwały

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego Leczenie bez granic zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 9/11/2025 z dnia 25 listopada 2025 r. i wchodzi w życie z dniem 18 grudnia 2025 r.

Aneta Podyma



Prezes Zarządu
Unum Życie TUIR S.A.

Borys Kowalski



Członek Zarządu
Unum Życie TUIR S.A.

Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego Leczenie bez granic (OWUD)

Warunki udzielania świadczeń medycznych w przypadku Podejrzenia nowotworu u Ubezpieczonego (zwane dalej „Warunkami”).

§ 1. Postanowienia wprowadzające

Niniejsze Warunki stanowią integralną część OWUD.

§ 2. Definicje

1. Na potrzeby Warunków poniżej wskazanym pojęciom nadaje się następujące znaczenie:
 - 1) **Katastrofa naturalna** – trzęsienia ziemi, nagłe zmiany temperatury, powodzie, huragany, pożary, wybuchy, wyładowania atmosferyczne;
 - 2) **Lekarz konsultant** – lekarz konsultant Centrum operacyjnego;
 - 3) **Lekarz prowadzący** – lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego, niebędący członkiem rodziny ani Lekarzem konsultantem;
 - 4) **Siła wyższa** – zdarzenie zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia, którego skutkom nie można było zapobiec;
 - 5) **Świadczenia medyczne** – świadczenie obejmujące konsultacje lekarskie, badania laboratoryjne oraz badania diagnostyczne, udzielane w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu, w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym;
 - 6) **Wada wrodzona** – nieprawidłowość powstała w okresie zarodkowym lub płodowym zakwalifikowana w aktualnie obowiązującej w kraju, w którym postawiono diagnozę, wersji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych sporządzonej przez Światową Organizację Zdrowia.
2. Jeżeli niniejsze Warunki nie stanowią inaczej, terminy zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia dotyczących Umowy podstawowej oraz w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego Leczenie bez granic mają takie samo znaczenie w niniejszych Warunkach.
3. Świadczenia medyczne w przypadku Podejrzenia nowotworu u Ubezpieczonego realizowane są wyłącznie na terytorium Polski.

§ 3. Zakres świadczeń medycznych w przypadku Podejrzenia nowotworu u Ubezpieczonego

1. W przypadku Podejrzenia nowotworu u Ubezpieczonego Centrum operacyjne organizuje i pokrywa koszty Świadczeń medycznych w postaci: konsultacji lekarskich, badań diagnostycznych oraz badań laboratoryjnych do limitu 10 000 zł na jedno Podejrzenie nowotworu u Ubezpieczonego, zgodnie z zakresem oraz dodatkowym limitem wskazanym poniżej:
 - 1) **Konsultacje lekarzy specjalistów** – odbywają się w formie wizyty stacjonarnej w Placówce medycznej lub w formie zdalnej porady lekarskiej w zakresie zaleconym przez Lekarza prowadzącego leczenie, u lekarza o poniższej specjalizacji:
 - a) chirurg,
 - b) ortopeda,
 - c) laryngolog,
 - d) okulista,
 - e) neurolog,
 - f) lekarz rehabilitacji,
 - g) pulmonolog,
 - h) otolaryngolog,
 - i) neurochirurg,
 - j) onkolog,do 10 konsultacji lekarskich na jedno Podejrzenie nowotworu u Ubezpieczonego.
 - 2) **Badania diagnostyczne:**
 - a) RTG,
 - b) EKG,
 - c) USG,
 - d) rezonans magnetyczny (MRI),
 - e) tomografia komputerowa (CT),
 - f) PET.
 - 3) **Badania laboratoryjne.**
2. Badania diagnostyczne i laboratoryjne przeprowadzane są na podstawie zalecenia lub skierowania od Lekarza prowadzącego leczenie lub lekarza specjalisty.
3. Centrum operacyjne organizuje i pokrywa koszty Świadczeń medycznych z zachowaniem limitów wskazanych w ust. 1 powyżej do momentu postawienia diagnozy lub jej wykluczenia.

§ 4. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

1. Unum jest wolne od odpowiedzialności i nie zrealizuje Świadczenia medycznego, w przypadku gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpiło w związku z:
 - 1) umyślnym działaniem Ubezpieczonego;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, wybuchem nuklearnym, wyciekami zanieczyszczeń, skażeniami, reakcją jądrową, skażeniem spowodowanym bronią jądrową lub promieniotwórczością;
 - 3) leczeniem eksperymentalnym i niepotwierdzonym badaniami;
 - 4) nieprzestrzeganiem zaleceń Lekarza prowadzącego leczenie;
 - 5) Katastrofą naturalną;
 - 6) użyciem biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji lub składników w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego.
2. Unum jest wolne od odpowiedzialności i nie zrealizuje Świadczeń medycznych, w przypadku gdy postępowanie diagnostyczne w kierunku rozpoznania Nowotworu zostało rozpoczęte u Ubezpieczonego w okresie 10 lat przed datą objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

3. Unum jest wolne od odpowiedzialności i nie zrealizuje Świadczenia medycznego w przypadku Podejrzenia nowotworu w przebiegu zakażenia wirusem HIV, wszelkich guzów w badaniu histopatologicznym określonych jako o granicznej złośliwości (borderline) oraz stanów przednowotworowych: nadmiernego rogowacenia nabłonka skóry, dysplazji nabłonka szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3.

§ 5. Realizacja świadczeń

1. W celu skorzystania ze Świadczeń medycznych, o których mowa w § 3 powyżej, należy skontaktować się z Centrum operacyjnym pod numerem telefonu wskazanym w Polisie lub aneksie do Polisy. Podczas telefonicznego zgłoszenia Ubezpieczony powinien podać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) numer PESEL Ubezpieczonego lub datę urodzenia, jeśli nie został nadany numer PESEL;
 - 3) numer telefonu lub adres e-mail, pod którym można się z skontaktować z Ubezpieczonym.
2. Warunkiem skorzystania ze Świadczeń medycznych jest przesłanie w sposób uzgodniony pomiędzy stronami do Centrum operacyjnego wskazanej przez Centrum operacyjne dokumentacji medycznej dotyczącej Podejrzenia nowotworu.
3. Na podstawie przekazanych przez Ubezpieczonego dokumentów medycznych Lekarz konsultant w terminie do 3 Dni roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, poinformuje Ubezpieczonego o tym, czy zaistniałe zdarzenie i przedstawiona dokumentacja medyczna uprawniają do otrzymania Świadczenia medycznego, o które wnioskuje Ubezpieczony.
4. Konsultacje lekarskie, badania diagnostyczne i laboratoryjne odbywają się w Placówkach medycznych wskazanych przez Centrum operacyjne.
5. Czas oczekiwania na realizację należnych Świadczeń medycznych wynosi:
 - 1) konsultacja chirurga, ortopedy, laryngologa, okulisty, neurologa, lekarza rehabilitacji – do 5 Dni roboczych;
 - 2) konsultacja pulmonologa, otolaryngologa, neurochirurga, onkologa – do 10 Dni roboczych;
 - 3) badania USG, RTG, EKG – do 5 Dni roboczych;
 - 4) badania CT, MRI, PET – do 10 Dni roboczych;
 - 5) badania laboratoryjne – do 2 Dni roboczych;
 od dnia potwierdzenia uprawnienia do świadczenia przez Lekarza konsultanta.
6. Koszty Świadczeń medycznych realizowanych zgodnie z Warunkami pokrywane są bezpośrednio na rzecz podmiotów lub Placówek medycznych wykonujących te świadczenia.

§ 6. Data uchwały

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 9/11/2025 z dnia 25 listopada 2025 r. i wchodzi w życie z dniem 18 grudnia 2025 r.

Aneta Podyma



Prezes Zarządu
Unum Życie TUIR S.A.

Borys Kowalski



Członek Zarządu
Unum Życie TUIR S.A.

