

ZAŁĄCZNIK NR III DO OWU „OPIEKA PLATYNOWA” 1/2024 - SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO - LECZENIE ZA GRANICĄ

Wykaz informacji zawartych w SWUD, o których mowa w art. 17 ust 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, z uwzględnieniem definicji z SWUD („Skorowidz”).

Lp.	RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1.	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	- § 3 i § 4 - § 5
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżania	- § 2 pkt 3 - § 5 - § 6

§ 1 POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Na podstawie niniejszych Szczególnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego (zwanymi dalej „SWUD”), Medicover Försäkrings AB (publ.), działające przez Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (zwane dalej „Ubezpieczycielem”), zawiera Umowę ubezpieczenia z osobą fizyczną, (zwaną dalej „Ubezpieczającym”).
- W zakresie nieokreślonych niniejszymi SWUD zastosowanie znajdują postanowienia OWU, do których SWUD jest załącznikiem.
- Umowa ubezpieczenia (dalej zwana „Umową”), zawierana jest na rachunek osób trzecich, będących osobami fizycznymi (zwanymi dalej „Ubezpieczonymi”), na warunkach określonych w Umowie.
- Za zgodą stron, do Umowy mogą zostać wprowadzone warunki szczególne, odbiegające od postanowień niniejszych SWUD, które mają pierwszeństwo przed zapisami SWUD.

§ 2 DEFINICJE

Przez użyte w niniejszych SWUD pojęcia rozumie się:

- Choroba** – stan zdrowia Ubezpieczonego, który zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, wymaga leczenia lub diagnostyki.
 - Choroby serca i układu krążenia** – każda strukturalna lub funkcjonalna nieprawidłowość serca lub naczyń krwionośnych zaopatrujących serce, która upośledza normalne funkcjonowanie.
 - Nowotwór Złośliwy** – każdy nowotwór złośliwy pozytywnie zdiagnozowany badaniem histopatologicznym, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem komórek nowotworowych i naciekaniami tkanek.
Termin nowotwór złośliwy obejmuje białaczkę, mięsaka i chłoniaka z wyjątkiem chłoniaka skórnoego (chłoniaka ograniczonego do skóry).
Wyłącza się przypadki mniej zaawansowane, co do celów definicji oznacza, że ubezpieczenie nie obejmuje:
 - żadnego nowotworu, który został oceniony histopatologicznie jako:
 - stan przedrakowy;
 - nieinwazyjny;
 - rak in situ;
 - o granicznej złośliwości; lub
 - o niskim potencjale złośliwym;
 - żadnych guzów prostaty, chyba że histopatologicznie ocenionych na 6 i więcej w skali Gleasona lub klinicznie ocenionych na przynajmniej T2aN0M0 w klasyfikacji TNM;
 - przewlekłej białaczki limfatycznej, chyba że sklasyfikowanej histopatologicznie jako białaczka z grupy A w klasyfikacji Bineta;
 - żadnego raka skóry (w tym chłoniaka skórnoego) z wyjątkiem czerniaka, w przypadku którego histopatologicznie potwierdzono przekroczenie naskórka (zewnątrznej warstwy skóry).
- Choroby wcześniej istniejące** - wszelkie choroby lub stan chorobowy Ubezpieczonego, które zostały zgłoszone, zdiagnozowane, leczone lub które wykazywały medycznie udokumentowane objawy w ciągu czterdziestu ośmiu (48) miesięcy poprzedzających wejście w życie Umowy lub stan medyczny, o który Ubezpieczony wiedział przed datą wejścia w życie Umowy. Nie obejmuje stanu, o którym Ubezpieczyciel został powiadomiony przez Ubezpieczonego i który Ubezpieczyciel zaakceptował przed Datą rozpoczęcia ochrony.
Bez względu na powyższe, po dwunastu (12) miesiącach ciągłego ubezpieczenia Ubezpieczony będzie miał prawo złożenia wniosku o ubezpieczenie każdego stanu

wyłączonego, pod warunkiem że Ubezpieczony nie konsultował się z żadnym lekarzem w celu uzyskania porady, leczenia lub dowolnego badania medycznego, jak również nie korzystał z żadnego leczenia, w tym leków, lekarstw, specjalnej diety lub zastrzyków w związku z danym stanem przez okres kolejnych czterdziestu ośmiu (48) miesięcy przed skorzystaniem z leczenia takiego stanu. Taki wniosek o ubezpieczenie dodatkowego stanu istniejącego wcześniej będzie podlegał ocenie ubezpieczeniowej i decyzji.

- Data rozpoczęcia ochrony** – data rozpoczęcia Okresu ubezpieczenia zgodnie z niniejszym SWUD.
 - Dawca** – wskazana przez Ubezpieczonego żywa osoba fizyczna, od której będą pobierane narządy (tkanki lub komórki) do przeszczepu Ubezpieczonemu.
 - Fizjoterapia** – fizjoterapia jest metodą leczenia wykorzystującą fizyczne bodźce (hydroterapia, ciepło lub podobne bodźce, metody oparte na technice biomechanicznej lub neurofizjologicznej) w celu przywrócenia pacjentowi możliwie najlepszego stanu funkcjonowania lub/i w celu zwalczania lub ograniczenia całkowitej lub częściowej niepełnosprawności po przebytej chorobie lub zabiegu chirurgicznym. Na tego rodzaju leczenie musi zostać wystawione skierowanie przez Wskazanego lekarza.
 - Leczenie ambulatoryjne** – leczenie stanowiące Leczenie za granicą, które nie wymaga Leczenia szpitalnego, obejmujące leki, środki pomocy i materiały medyczne, radioterapię, fizjoterapię, wizyty pielęgniarские u pacjentów leczonych ambulatoryjnie.
 - Leczenie eksperymentalne/badawcze** – metoda leczenia, procedura, praktyka lub produkt, których skuteczność i bezpieczeństwo nie zostało potwierdzone naukowo i medycznie lub będące na etapie badań, testów lub jakimkolwiek innym etapie badań klinicznych, uznane na podstawie poniższych rozważań przez Ubezpieczyciela lub/i PGH za mające charakter eksperymentalny/badawczy:
 - jeżeli wymagana jest zgoda organów władzy państwowej przed rozpoczęciem leczenia i taka zgoda nie została udzielona w momencie, w którym miało się rozpocząć leczenie,
 - jeżeli zgodnie z ogólnie przyjętymi normami medycznymi obowiązującymi we Wskazanych Szpitalach leczenie nie zostało uznane za bezpieczne i skuteczne dla danego stanu pacjenta, niezależnie od kwestii, czy leczenie to może być zgodnie z prawem wykorzystane do celów testowania lub prowadzenia innych badań na ludzkim organizmie, lub
 - jeżeli, w przypadku leku, terapii lub urządzenia, leczenie nie zostało zatwierdzone przez Amerykański Państwowy Instytut Higieny (US Food and Drug Administration)
 - Leczenie szpitalne** – leczenie obejmujące następujące elementy:
 - badania poprzedzające przyjęcie do szpitala,
 - udostępnienie pokoju, żywienia i opieki pielęgniarской we Wskazanym Szpitalu,
 - leczenie medyczne,
 - fizjoterapię,
 - leki, środki pomocy i opatrunki.
- W miarę możliwości Ubezpieczony otrzyma standardowy pokój jednoosobowy. Jeżeli jednak nie będzie dostępny, zostanie zaproponowany pokój dwuosobowy do czasu zwolnienia pokoju jednoosobowego. Luksusowe pokoje szpitalne lub usługa 'concierge' nie są objęte niniejszą Umową. W zależności od dostępności i wskazań lekarza, na życzenie Ubezpieczonego pobyt może mieć miejsce w luksusowym pokoju szpitalnym lub typu 'concierge'. W takiej sytuacji Ubezpieczony opłaca samodzielnie różnicę ceny pomiędzy takim pokojem a jednoosobowym standardowym pokojem w szpitalu.
- Leczenie uzupełniające** – działanie następujące po Pojedynczym okresie leczenia i odbywające się poza terytorium USA, zazwyczaj w kraju zamieszkania pacjenta. Leczenie uzupełniające może obejmować chemioterapię, radioterapię, terapię hormonalną lub terapię biologiczną. Jednakże dla celów niniejszej Umowy nie są uważane za leczenie uzupełniające, jeśli takie leczenie ma miejsce jako część Pojedynczego okresu leczenia.
 - Leczenie za granicą** – świadczenie polegające na leczeniu Poważnego stanu chorobowego zapewniane przez Wskazanego szpital, Wskazanego lekarza, obiekt lub uznanego dostawcę w USA, które jest konieczne z medycznego punktu widzenia oraz zgodnie z opinią Wskazanego lekarza i na które została wydana Promesa leczenia w ramach Pojedynczego okresu leczenia. Zakres Leczenia za granicą opisany jest w niniejszym SWUD. Leczenie za granicą organizowane jest na wniosek Ubezpieczonego, w sytuacji wystąpienia Poważnego stanu chorobowego.
 - Medycyna alternatywna** – metoda leczenia, procedura, praktyka lub produkt medyczny albo farmaceutyczny, które nie są uważane za część medycyny konwencjonalnej, w tym akupunktura, aromaterapia, medycyna chiropraktyczna, medycyna homeopatyczna, medycyna naturopatyczna, ajurweda, tradycyjna medycyna chińska i medycyna osteopatyczna.

14. **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, w wyniku którego Ubezpieczony, niezależnie od swojej woli, doznał fizycznych obrażeń ciała. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału serca, udaru mózgu, czy jakichkolwiek innych chorób, w tym występujących nagle.
15. **Niezbędne z medycznego punktu widzenia** – leczenie choroby lub stanu, dla którego wskazane jest leczenie w ramach Umowy i które:
 - 15.1. jest zgodnie z diagnozą choroby lub stanu Ubezpieczonego,
 - 15.2. jest zgodnie ze standardami dobrej praktyki medycznej Wskazanych szpitali,
 - 15.3. jest konieczne z przyczyn innych niż wygoda Ubezpieczonego lub jej Wykwalifikowanego lokalnego lekarza.

W odniesieniu do przyjęcia do szpitala termin Niezbędne z medycznego punktu widzenia oznacza także, że na podstawie symptomów medycznych lub stanu zdrowia Ubezpieczonego stwierdzono, iż leczenie Ubezpieczonego lub podawanie mu środków medycznych nie może zostać bezpiecznie przeprowadzone bez hospitalizacji.
16. **Okres ubezpieczenia** – czas określony na jaki została zawarta Umowa.
17. **Opieka hospicyjna** – opieka podtrzymująca, przeznaczona dla osób znajdujących się w ostatniej fazie śmiertelnej choroby, skupiająca się na zapewnieniu lepszego samopoczucia i jakości życia, a nie leczenia. Tego rodzaju opieka dostarczana jest w drodze ambulatoryjnej lub w domu dla pacjentów śmiertelnie chorych. Często stosuje się także określenia „opieka paliatywna” lub „opieka wspierająca”. Opieka hospicyjna skupia się na zniesieniu bólu i dyskomfortu oraz zapewnieniu wsparcia emocjonalnego pacjentowi oraz rodzinie.
18. **Opieka paliatywna** – podejście interdyscyplinarne, skupiające się na polepszeniu jakości życia dla ludzi z chorobami przewlekłymi, zagrażającymi życiu, postępującymi lub śmiertelnymi. Opieka paliatywna skupia się na zniesieniu bólu, stresu lub innych osłabiających symptomów poważnej choroby i jest opieką medyczną lub zapewniającą lepsze samopoczucie, która zmniejsza dotkliwość choroby lub spowalnia jej postępy, ale raczej nie leczy choroby.
19. **Osoba towarzysząca** – wskazana przez Ubezpieczonego osoba fizyczna, która będzie mu towarzyszyć podczas realizacji świadczeń wynikających z Umowy,
20. **PGH** – PGH (Ireland) Ltd. 31-36 Ormond Quay Upper Dublin D07 EE37 Irlandia – spółka odpowiedzialna za organizację oraz realizację w imieniu Ubezpieczyciela usług i świadczeń objętych ubezpieczeniem, w tym koordynację i nadzór nad procesem organizacji leczenia Ubezpieczonego wraz z logistyką medyczną, a także podróży i zakwaterowaniem, oraz udzielanie mu indywidualnego wsparcia, instrukcji oraz pełnienia na jego rzecz funkcji rzecznika pacjenta w trakcie Pojedynczego okresu leczenia. PGH wyznacza specjalnego Menedżera ds. Opieki Indywidualnej, który będzie uprawnionym i zarejestrowanym pracownikiem medycznym w USA i będzie koordynować proces na rzecz Ubezpieczonego wraz z profesjonalnym zespołem ds. zarządzania opieką.
21. **Pierwotna diagnoza** – diagnoza medyczna, która po raz pierwszy zidentyfikowała stan przed jakimkolwiek leczeniem i dla której uruchomiono Weryfikację diagnozy i Plan leczenia. Koszty Pierwotnej diagnozy nie są objęte Umową.
22. **Pierwsza umowa** – Umowa zawarta po raz pierwszy na rzecz Ubezpieczonego lub zawarta kolejny raz na rzecz tego samego Ubezpieczonego, jeżeli poprzedni Okres ubezpieczenia wygasł w stosunku do niego.
23. **Pobyt w szpitalu** – pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w ramach opieki medycznej za granicą, trwający co najmniej jedną dobę.
24. **Pojedynczy okres leczenia** – okres rozpoczynający się w dniu przybycia Ubezpieczonego do USA na zatwierdzone w ramach Weryfikacji diagnozy i Planu leczenia Leczenie za granicą i kończy się, gdy stan zdrowia Ubezpieczonego pozwala na powrót do domu, co jest medycznie zatwierdzone przez lekarza prowadzącego leczenie w USA. Świadczenia z tytułu leczenia wynikające z niniejszej Umowy mają zastosowanie wyłącznie do kosztów poniesionych podczas Pojedynczego okresu leczenia. Zatwierdzony plan leczenia, który obejmuje wiele faz, uważany jest za Pojedynczy okres leczenia. W przypadku, gdy komplikacja związana z leczeniem lub wymogiem dodatkowego leczenia Poważnego Stanu chorobowego wystąpi w ciągu trzydziestu (30) dni po zakończeniu Pojedynczego okresu leczenia, takie dodatkowe leczenie będzie uważane za część Poprzedniego Pojedynczego okresu leczenia. Oznacza to, że liczba dni dodatkowego leczenia zostanie zaliczona na poczet maksymalnej liczby dni leczenia oraz podróży i zakwaterowania w Pojedynczym okresie leczenia, a wydatki i opłaty z tym związane zostaną wypłacone zgodnie z Sumą ubezpieczenia.
25. **Pomoc w nagłych wypadkach** – medyczne lub inne leczenie, usługi, produkty lub zakwaterowanie zapewnione osobie poszkodowanej lub chorej w przypadku wystąpienia stanu chorobowego o takim charakterze, że brak natychmiastowej pomocy doprowadziłby do pogorszenia stanu zdrowia osoby poszkodowanej.
26. **Poważny stan chorobowy** – oznacza następujące Choroby, zabiegi lub operacje z danej grupy:
 - 26.1. **Nowotwór złośliwy (grupa I)** charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz naciekaniem tkanek, w tym białaczka, mięsak, chłoniak (z wyjątkiem chłoniaka skóry), pozytywnie zdiagnozowany z potwierdzeniem histopatologicznym. Termin nowotwór złośliwy obejmuje białaczkę, mięsaka i chłoniaka z wyjątkiem chłoniaka skórnoego (ograniczonego do skóry),
 - 26.2. Choroby układu sercowo-naczyniowego i serca wymagające (**grupa II**):
 - a) **kardiologii (serca)** w celu skorygowania zwężonych lub zablokowanych tętnic wieńcowych za pomocą przeszczepów pomostowych; lub w celu skorygowania nieprawidłowości zastawek lub
 - b) zabiegi kardiologii interwencyjnej (angioplastyka wieńcowa) w celu skorygowania zwężenia dwóch lub więcej tętnic wieńcowych poprzez rozszerzenie lub otwarcie naczyń, lub
 - c) główne zabiegi naczyniowe do naprawy jednej lub więcej tętnic aorty, tętnicy szyjnej, biodrowej, udowej i mózgowej.
- 26.3. **Wewnątrzczaszkowe zabiegi neurochirurgiczne (grupa III)** – wykonywane w celu usunięcia guza lub naprawy wewnątrzczaszkowego naczynia krwionośnego. Nie obejmuje procedur w stanach związanych z urazem.
- 26.4. **Przeszczepy (grupa IV)**:
 - a) Przeszczep wybranych narządów od Dawcy – przeszczep, w którym Ubezpieczony otrzymuje nerkę, segment płuca wątroby, płuca płuc lub fragment trzustki od Dawcy,
 - b) przeszczep szpiku kostnego – przeszczep komórek szpiku kostnego lub komórek macierzystych krwi obwodowej Ubezpieczonego (przeszczep autologiczny) lub od Dawcy (przeszczep allogeniczny).
27. **Promesa leczenia** – zgoda wydana przez PGH w imieniu Ubezpieczyciela na pokrycie i organizację kosztów leczenia za granicą oraz innych świadczeń i usług objętych niniejszym ubezpieczeniem.
28. **Proteza** – urządzenie, które zastępuje całość lub część narządu lub funkcji niesprawnej bądź nieprawidłowej części ciała. element wykonany z materiału sztucznego zastępujący część ciała lub narząd.
29. **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w niniejszym SWUD, stanowiąca górną granicę odpowiedzialności, do której wysokości będą realizowane świadczenia objęte ubezpieczeniem, określone w par.5.
30. **Szpital** – działające, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego typu zamkniętego, udzielające całodobowych świadczeń zdrowotnych przez wykwalifikowaną kadrę medyczną, posiadające odpowiednie zaplecze do prowadzenia diagnostyki i leczenia operacyjnego 24 godziny na dobę. Za Szpital nie uznaje się ośrodków pomocy społecznej, ośrodków leczenia uzależnień, hospicjów, sanatoriów, ośrodków wypoczynkowych, ośrodków rehabilitacyjnych, szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych, zakładów lecznictwa uzdrowiskowego (w tym szpitali uzdrowiskowych).
31. **Ubezpieczony** - osoba fizyczna, uprawniona do skorzystania z niniejszej Umowy, która z Datą rozpoczęcia Pierwszej Umowy ochrony nie przekroczyła 67. roku życia, a w przypadku dzieci – powyżej 1 do 25. roku życia, na rachunek której zawarto Umowę. Ubezpieczonymi nie mogą być rezydenci Stanów Zjednoczonych Ameryki (USA) oraz osoby fizyczne przebywające ponad 90 dni roku kalendarzowym w USA.
32. **Weryfikacja diagnozy i Plan leczenia (WDPL)** – powstaje na podstawie Pierwotnej diagnozy, zdalnej diagnozy i analizy przypadku oraz sugerowanego postępowania leczenia w oparciu o dostarczoną dokumentację medyczną przez Ubezpieczonego lub Wykwalifikowanego lokalnego lekarza i wykonaną przez lekarzy w szpitalach stowarzyszonych z Harvard Medical School. WDPL jest wymagany w ramach procesu Oceny poprzedzającej leczenie oraz Procesu wydawania Promesy leczenia i musi zostać zakończony przed realizacją jakiegokolwiek roszczenia o Leczenie za granicą w ramach Umowy. W celu zapewnienia dodatkowego wsparcia i pomocy Ubezpieczonemu, PGH może zlecić wykonanie WDPL nawet wówczas, gdy usługi będą świadczone poza zakresem niniejszej Umowy.
33. **Wskazany lekarz** - praktykujący w USA lekarz medycyny z uprawnieniami, który jest powiązany ze Wskazanym szpitalem i który posiada certyfikat Rady w swojej specjalności medycznej. Wskazany lekarz nie może być Ubezpieczonym lub jego krewnym lub członkiem gospodarstwa domowego.
34. **Wskazany szpital** – najlepsze 1% szpitali w USA zgodnie z rankingiem w publikacji „US News and World Report – Best Hospitals”, które są zatwierdzone przez PGH dla konkretnego przypadku Poważnego stanu chorobowego w ramach niniejszej Umowy.
35. **Wykwalifikowany lokalny lekarz** – lekarz lub specjalista, który jest odpowiedzialny za bieżącą opiekę medyczną Ubezpieczonego w swoim kraju ojczystym i jest zarejestrowany lub uprawniony do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z prawem kraju, w którym wykonuje zawód, przy czym nie może być Ubezpieczonym lub członkiem najbliższej rodziny Ubezpieczonego.

§ 3

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia, Poważnego stanu chorobowego.
3. W przypadku, gdy Okres ochrony ubezpieczeniowej kończy się z jakiegokolwiek powodu, wydatki ujęte w Umowie poniesione przez Ubezpieczonego będą pokryte przez Ubezpieczyciela jedynie w odniesieniu do Pojedynczego okresu leczenia, który uprzednio uzyskał Promesę leczenia lub w stosunku, do którego rozpoczęto Ocenę poprzedzającą leczenie oraz proces wydania Promesy leczenia jeszcze przed zakończeniem Umowy. W takiej sytuacji przedłużenie świadczeń będzie trwało wyłącznie do momentu ukończenia przez Ubezpieczonego danego Pojedynczego okresu leczenia. Świadczenia są wypłacane bezpośrednio Wskazanym lekarzom, Wskazanym Szpitalom, liniom lotniczym, hotelom oraz innym usługodawcom

świadczącym usługi w ramach Pojedynczego okresu leczenia zgodnie z Promesą leczenia.

4. Jeśli Ubezpieczony nieumyślnie pokryje dane koszty objęte Umową, wówczas roszczenie o ich zwrot wraz z dowodem umożliwiającym ich potwierdzenie powinien zgłosić do PGH w ciągu 90 dni od daty ich poniesienia. Koszty są zwracane w dolarach amerykańskich.
5. Ubezpieczyciel pokrywa wyłącznie koszty usług Niezbędnych z medycznego punktu widzenia, do kwoty oraz limitów określonych w §5.

§ 4 ŚWIADCZENIA

1. Ubezpieczenie pokrywa koszty świadczeń wynikających z leczenia Poważnego stanu chorobowego objętego Umową, które zostało zatwierdzone przez PGH po wykonaniu Oceny poprzedzającej leczenie oraz wydaniu Promesy leczenia. Maksymalne koszty świadczeń objęte Umową określone są w tabeli sumy ubezpieczeniowej w par. 5.
2. W razie wystąpienia Poważnego stanu chorobowego w okresie ochrony przysługują następujące świadczenia:
 - 2.1. Ocena poprzedzająca leczenie oraz wydanie Promesy Leczenia: Weryfikacja diagnozy i Plan leczenia;
 - 2.2. Leczenie za granicą,
 - 2.3. Podróż i zakwaterowanie w związku z Leczeniem za granicą.

Ocena poprzedzająca leczenie oraz wydanie Promesy Leczenia

Etap I - zbieranie informacji o chorobie

3. Ubezpieczony, u którego wystąpi Poważny stan chorobowy w celu uzyskania Promesy leczenia Ubezpieczony powinien skontaktować się z Ubezpieczycielem, który następnie za pośrednictwem PGH:
 - 3.1. informuje Ubezpieczonego jaka dokumentacja medyczna jest niezbędna. Ubezpieczony zobowiązany jest do podania wszystkich szczegółów wstępnej diagnozy od Wykwalifikowanego lokalnego lekarza oraz wszelkiej dodatkowej odpowiedniej dokumentacji medycznej wymaganej przez PGH niezbędnych do przeprowadzenia Oceny poprzedzającej leczenie, przy czym:
 - a) w przypadku nowotworów złośliwych, guz musi nadal być obecny przed oceną poprzedzającą leczenie, chyba, że guz został całkowicie usunięty w ramach biopsji niezbędnej do opracowania podstawowej diagnozy,
 - b) w przypadku procedur kardiochirurgicznych i kardiologicznych wymagany jest angiogram wieńcowy,
 - 3.2. organizuje tłumaczenie dokumentów, a w razie potrzeby podsumowane, które następnie zostaną przekazane Wskazanym lekarzom odpowiedzialnym za Weryfikację diagnozy i Plan leczenia.
 - 3.3. zapewnia realizację Oceny poprzedzającej leczenie, niezbędnej do uzyskania świadczeń w ramach Umowy, która umożliwi potwierdzenie, że:
 - a) schorzenie, które wystąpiło u Ubezpieczonego jest Poważnym stanem chorobowym,
 - b) wymagane leczenie jest Niezbędne z medycznego punktu widzenia

Etap II - Weryfikacja diagnozy oraz Plan leczenia (WDPL)

4. PGH wybiera Wskazanego lekarza lub zespół Wskazanych lekarzy ze specjalizacją w danym Poważnym stanie chorobowym, dla którego postawiono Pierwotną diagnozę, w celu oceny przypadku i dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.
5. Następnie Wskazany lekarz:
 - 5.1. Realizuje usługę Weryfikacji diagnozy i Planu leczenia (WDPL), w ramach której określa charakter choroby czy leczenie jest Niezbędne z medycznego punktu widzenia, identyfikuje możliwe opcje leczenia oraz zaleca sposób leczenia, który jego zdaniem przyniesie najlepsze wyniki,
 - 5.2. Sporządza pisemny raport WDPL, który udostępniany jest Ubezpieczonemu oraz PGH w celu zatwierdzenia przed leczeniem.

Etap III - Udzielenie Promesy leczenia oraz Decyzja o leczeniu

6. Na podstawie raportu WDPL PGH określa czy leczenie schodzenia jest objęte Umową oraz czy jest Niezbędne z medycznego punktu widzenia i na tej podstawie podejmuje decyzję o ewentualnym udzieleniu Promesy leczenia. PGH skontaktuje się z Ubezpieczonym w celu udostępnienia kopii raportu WDPL oraz potwierdzeniu, czy udzielona została Promesa leczenia.
7. W przypadku udzielenia Promesy leczenia, PGH wyjaśni szczegóły raportu WDPL, udzieli niezbędnych informacji oraz omówi dostępne możliwości leczenia lokalnie oraz w USA.
8. W oparciu o dostępne opcje leczenia, Ubezpieczony może podjąć decyzję, czy chce kontynuować leczenie lokalnie w ramach innych niezależnych umów, czy Leczenia za granicą w ramach niniejszego Umowy ubezpieczenia.
9. Jeżeli Ubezpieczony zdecyduje się na Leczenia za granicą, PGH dokona ustaleń medycznych i szpitalnych we Wskazanym szpitalu, jak również skoordynuje podróż oraz zakwaterowanie. Wszelkie ustalenia zostaną potwierdzone z Ubezpieczonym

z wyprzedzeniem i przed finalizacją, tak aby zapewnić ich odpowiedzialność i zatwierdzenie.

Terminy Procesu oceny poprzedzającej leczenie i Wydania promesy leczenia

10. Weryfikacja diagnozy i plan leczenia muszą rozpocząć się w ciągu 45 dni kalendarzowych od powiadomienia PGH przez Ubezpieczonego o potencjalnej potrzebie leczenia, chyba że wystąpią opóźnienia z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego.
11. Zatwierdzone leczenie musi rozpocząć się w ciągu 45 dni od przekazania przez PGH Ubezpieczonego Promesy leczenia, chyba że wystąpią opóźnienia z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego.
12. Obowiązek rozpoczęcia procedury dokonania Oceny poprzedzającej leczenie spoczywa na Ubezpieczonym, zgodnie z par. 4 i warunkuje nabycie uprawnień do otrzymania świadczeń na podstawie Umowy.
13. Wybór Wskazanego lekarza lub Wskazanego szpitala zależy wyłącznie od PGH. Decyzje podejmowane są na podstawie jakości opieki, pilności oraz dostępności szpitala. Preferencje Ubezpieczonego uwzględnia się, jeśli poparte są istotnymi przyczynami medycznymi.

Leczenie za granicą

14. Zakres Leczenia za granicą obejmuje:
 - 14.1. **Leczenie Poważnego stanu chorobowego:** usługi i świadczenia Niezbędne z medycznego punktu widzenia, w tym Leczenie szpitalne, Leczenie ambulatoryjne wymienione w Umowie i są świadczone przez Wskazanego lekarza, Wskazane Szpitale lub placówki z siedzibą w USA, w związku leczeniem Poważnego stanu chorobowego zatwierdzonego przez PGH promesą leczenia. Maksymalny czas trwania (w dniach) Pojedynczego okresu leczenia określony jest w par.5 (Suma Ubezpieczenia). Za uprzednią zgodą, maksymalny czas trwania Pojedynczego okresu leczenia może zostać zwiększony, zgodnie z tabelą Sumy ubezpieczenia, w przypadku kontynuacji lub przedłużenia leczenia nowotworu wymagającego stacjonarnej intensywnej opieki szpitalnej lub ambulatoryjnej, z wyłączeniem Terapii uzupełniających, Opieki paliatywnej lub/i Opieki hospicyjnej
 - 14.2. **Podróż i zakwaterowanie:** pokrycie uzasadnionych i zorganizowanych przez PGH dla Ubezpieczonego i jednej Osoby towarzyszącej kosztów:
 - a) podróży w obie strony regularnymi liniami lotniczymi do USA,
 - b) koszty zakwaterowania.Limit pośredni na podróż i zakwaterowanie wymieniony jest w Sumie ubezpieczenia i ma charakter łączny dla Ubezpieczonego i Osoby towarzyszącej.
 - 14.3. **Świadczenia karetki pogotowia:** Niezbędny z medycznego punktu widzenia transport karetką pogotowia na terenie USA w trakcie Pojedynczego okresu leczenia. Transport karetką pogotowia jest objęty ubezpieczeniem, gdy jest świadczony przez licencjonowaną prywatną i profesjonalną służbę pogotowia ratunkowego lub publiczne pogotowie ratunkowe świadczące usługi transportowe przy użyciu specjalnie zaprojektowanych i wyposażonych pojazdów przeznaczonych wyłącznie do transportu osób chorych i ofiar wypadków.
 - 14.4. **Repatriacja w przypadku śmierci:** uzasadnione i rozsądne koszty w związku ze śmiercią Ubezpieczonego podczas Pojedynczego okresu leczenia, w celu transportu ciała lub prochów do Polski, zgodnie z Sumą ubezpieczenia,
 - 14.5. **Koordinacja leczenia przez PGH:** od momentu zgłoszenia potencjalnej potrzeby leczenia objętego Umową, Ubezpieczony otrzymuje Koordynację leczenia przez PGH, w tym między innymi w postaci Weryfikacji diagnozy i Planu leczenia, indywidualnego poradnictwa, edukacji i wsparcia oraz rzecznictwa pacjentów i pomocy w uzyskaniu odpowiedniej opieki we Wskazanym Szpitalu; podczas całego okresu leczenia i zdrowienia w USA Ubezpieczonego będzie wspierać wyznaczony Menedżer ds. Opieki Indywidualnej i pracownicy PGH.
 - 14.6. **Świadczenia związane z przeszczepem narządów** obejmujące trzy elementy:
 - 14.7. **Ocena przed przeszczepem,** która obejmuje:
 - a) badanie wstępne i leczenie we Wskazanym Szpitalu w USA, w celu oceny Ubezpieczonego jako kandydata do przeszczepu narządu i/lub pobrania szpiku kostnego lub komórek macierzystych od Ubezpieczonego, zgodnie z wymogami wstępnego badania w związku z przeszczepem szpiku kostnego,
 - b) koszty podróży i zakwaterowania Ubezpieczonego i Osoby towarzyszącej podczas Oceny przed przeszczepem zgodnie z limitem pośrednim określonym w Sumie ubezpieczenia.
 - 14.8. **wydatki związane z pozyskaniem organu Dawcy:**
 - a) koszty leczenia związane z pobraniem narządu od dawcy,
 - b) opiekę nad Dawcą i jego leczenie, jeżeli Ubezpieczony otrzyma jego narząd,
 - c) koszty podróży i zakwaterowania żywego Dawcy zgodnie z Sumą ubezpieczenia i sublimitami, jeżeli ustalono, że narząd przeznaczony do przeszczepu będzie odpowiedni dla biorcy,
 - d) koszty przechowywania narządu Dawcy zgodnie z uznaną praktyką medyczną,
 - e) transport i przechowywanie narządu Dawcy w miejscu przeszczepu.

14.9. **procedura dokonania przeszczepu:**

- a) Umowa pokrywa Leczenie za granicą, podróży i zakwaterowanie, koordynację leczenia przez PGH, korzystanie z karetki i korzystanie z transportu w przypadku zgonu,
- b) Pojedynczy Okres Leczenia związany z procedurą do-konania przeszczepu rozpoczyna się na trzy (3) dni przed rozpoczęciem tej procedury lub na trzydzieści (30) dni przed przeszczepieniem szpiku kostnego. Maksymalny czas trwania (określony w dniach) Pojedynczego Okresu Leczenia związanego z Procedurą Dokonania Przeszczepu wynosi tyle, ile maksymalny limit czasu leczenia związanego z przeszczepem organów podany w Wykazie Świadczeń i pomniejszony o liczbę wykorzystanych na Ocenę poprzedzającą leczenie,
- c) jeżeli przeszczep narządu nie nastąpi zgodnie z planem z powodu stanu zdrowia lub zgonu Ubezpieczonego, który miał zostać poddany przeszczepowi, wówczas objęte zakresem ubezpieczenia koszty zostaną zapłacone na podstawie zgody na dokonanie przeszczepu wydanej przed śmiercią Osoby Ubezpieczonej lub przed dniem, w którym Wskazany Lekarz podejmie decyzję o odstąpieniu od wykonania przeszczepu organu.

15. **Roszczenia:** Świadczenia wypłacane są przez Ubezpieczyciela lub w jego imieniu bezpośrednio na rzecz Wskazanych szpitali, Wskazanych lekarzy, linii lotniczych, hoteli i innych usługodawców, zgodnie z warunkami niniejszej Polisy.

15.1. **Wydatki poniesione bezpośrednio, dowód szkody** - Jeżeli podczas zatwierdzonego Pojedynczego okresu leczenia konieczne będzie poniesienie określonych uzasadnionych koszty na konto Świadczeń wynikających z Umowy ubezpieczenia i takie koszty zostaną w sposób niezamierzony zapłacone przez Ubezpieczonego samodzielnie:

- a) roszczenie należy zgłosić PGH w ciągu 90 dni od daty poniesienia kosztów. Taki dowód musi zawierać dane Umowy, Ubezpieczonego ponoszącego koszt oraz opis zdarzenia, zakresu i charakteru szkody, jak również należy załączyć do niego wszelkie powiązane faktury i rachunki,
- b) jeżeli roszczenie nie zostanie zgłoszone w ustalonym terminie 90 dni, prawo do Świadczenia w dalszym ciągu istnieje, jeśli Ubezpieczony wykaże, że faktury i rachunki nie mogły być zasadnie złożone w terminie. Faktury i rachunki przedstawione więcej niż jeden (1) rok od daty poniesienia kosztów nie zostaną przyjęte, chyba że opóźnienie zostało spowodowane brakiem zdolności prawnej,
- c) każdy zwrot w ramach należnych Świadczeń z tytułu wydatków poniesionych bezpośrednio zostanie dokonany natychmiast po otrzymaniu przez PGH pisemnego dowodu szkody (lub dowodu szkody w dozwolonej formie elektronicznej lub telefonicznej). Wszelkie szkody, w przypadku których niniejsza Polisa zapewnia wypłatę okresową, będą wypłacane miesięcznie, a każde saldo niezapłacone w momencie wygaśnięcia odpowiedzialności zostanie zapłacone natychmiast po otrzymaniu należytego pisemnego dowodu. Ubezpieczony otrzyma zwrot w dolarach amerykańskich.

15.2. **Płatność z tytułu leczenia, usług lub przedmiotów nieobjętych Umową** - płatność musi być dokonana przez Ubezpieczonego bezpośrednio na rzecz dostawców, sprzedawców lub innych agentów zapewniających towary, usługi i leczenie, które nie są ubezpieczone w ramach Pojedynczego okresu leczenia i Umowy.

§ 5

SUMA UBEZPIECZENIA

1. Świadczenia realizowane są do wysokości Sumy ubezpieczenia oraz z uwzględnieniem limitów, zgodnie z poniższą tabelą.

Suma ubezpieczenia	Wysokość sumy ubezpieczenia
Górna granica odpowiedzialności - ustalana łącznie na wszystkie świadczenia objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach Leczenia za granicą, kosztów podróży i zakwaterowania, poniesiona w Okresie ochrony na rzecz danego Ubezpieczonego w tym;	2 000 000 USD
Limity pośrednie	
1. Koszty podróży i zakwaterowania Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego oraz jednej Osoby towarzyszącej łącznie; 1.1. Koszty podróży i zakwaterowania przypadające Pojedynczemu okresowi leczenia (z zastrzeżeniem górnego limitu wydatków na zakwaterowanie w wysokości 300 USD za jeden dzień	20 000 USD

Suma ubezpieczenia	Wysokość sumy ubezpieczenia
1.2. Koszty podróży i zakwaterowania poniesione w związku z oceną przed przeszczepem (z zastrzeżeniem górnego limitu wydatków na zakwaterowanie w wysokości 300 USD za jeden dzień)	8 000 USD
2. Świadczenie transportu w przypadku śmierci	5 000 USD
3. Maksymalny czas trwania Pojedynczego okresu leczenia; 3.1. W przypadku leczenia związanego z przeszczepem organu - za łączny czas trwania oceny przed przeszczepem oraz Pojedynczego okresu Leczenia związanego z Procedurą dokonania przeszczepu 3.2. W przypadku leczenia nowotworu złośliwego (z wyjątkiem przypadku, gdy dodatkowe 245 dni zostanie dodanych do maksymalnego czasu trwania kontynuowanego lub przedłużonego leczenia nowotworu złośliwego) Razem	Liczba dni: 365 120 245 365
3.3. Dla wszystkich innych Pojedynczych okresów leczenia	90

§ 6

OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel jest zwolniony z odpowiedzialności, jeśli:
 - 1.1. wystąpienie Poważnego stanu chorobowego było związane ze znanymi Ubezpieczonemu okolicznościami, których Ubezpieczający lub Ubezpieczony nie podał do wiadomości Ubezpieczyciela, a o które Ubezpieczyciel pytał przed zawarciem Umowy ubezpieczenia,
 - 1.2. w ciągu 12 miesięcy przed wystąpieniem Poważnego stanu zachorowania Ubezpieczony przebywał poza granicami Polski dłużej niż 183 dni kalendarzowe lub nie jest stałym rezydentem Rzeczypospolitej Polskiej lub jest rezydentem USA lub jeśli Ubezpieczony przebywa powyżej 90 dni w USA w dowolnym roku kalendarzowym.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeśli Poważny stan chorobowy Ubezpieczonego był wynikiem lub był spowodowany:
 - 2.1. chorobami wcześniej istniejącymi, w tym także chorobami, które zdiagnozowano lub dawały medyczne objawy w trakcie oczekiwania od momentu akceptacji wniosku Ubezpieczonego przez Ubezpieczyciela na rozpoczęcie ochrony do Daty rozpoczęcia ochrony, a także chorób, które rozwijały się u Ubezpieczonego przed datą złożenia przez Ubezpieczonego wniosku o przystąpienie do Umowy i które Ubezpieczyciel uznałby za powód odmowy zawarcia lub ograniczenia Umowy
 - 2.2. wypadkiem, urazem lub chorobą powstałą w związku ze służbą wojskową i/lub w jednostkach paramilitarnych, działaniami wojennymi, udziałem w misjach pokojowych lub stabilizacyjnych, aktem terroru lub czynnym udziałem w zamieszkach, przemoc domowej, rozruchach lub aktach przemocy lub w czasie stanu wojennego, wyjątkowego lub stanu klęski żywiołowej,
 - 2.3. działaniem promieniowania radioaktywnego lub jonizującego spowodowanego reakcją jądrową, wybuchu nuklearnego, chyba że jest to konsekwencją leczenia,
 - 2.4. zamierzonym samookaleczeniem, próbą samobójczą lub narażaniem się na niepotrzebne niebezpieczeństwo,
 - 2.5. w związku z pozostawaniem pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających lub stanem nietrzeźwości w rozumieniu Ustawy z dnia 26 października 1992 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi,
 - 2.6. w wyniku użycia leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub producenta leku,
 - 2.7. w sytuacji, gdy Ubezpieczony przed, w trakcie lub po procesie leczenia ustanowionym przez PGH:
 - a) nie stosował się do zaleceń, recept, a także planu leczenia Wskazanego lekarza prowadzącego leczenie za granicą,
 - b) odmawia otrzymania leczenia lub dodatkowych badań niezbędnych do ustalenia diagnozy lub planu leczenia,
 - 2.8. zakażeniem wirusem HIV lub chorobą AIDS,
 - 2.9. wszystkimi nowotworami, jak wskazano w Definicjach, które są histologicznie sklasyfikowane histologicznie jako którekolwiek

- z następujących: przednowotworowe, nieinwazyjne, rak in situ, z pogranicza złośliwości lub o niskim potencjale złośliwym,
- 2.10. wszystkie guzy prostaty, chyba że histologicznie sklasyfikowane w skali Gleasona na 6 lub więcej lub z progresją co najmniej do klinicznej klasyfikacji TNM T2aNOM0,
 - 2.11. przewlekła białaczka limfocytowa, chyba że histologicznie sklasyfikowano jej progresję co najmniej do stadium A w klasyfikacji Bineta,
 - 2.12. każdy rak skóry (w tym chłoniak skóry) inny niż czerniak złośliwy, który został sklasyfikowany histologicznie jako powodujący inwazję poza naskórek (zewnątrzną warstwę skóry),
 - 2.13. choroby wymagającej przeszczepu:
 - a) w wyniku skutków alkoholowej choroby wątroby,
 - b) narządów, wymagających leczenia komórkami macierzystymi,
 - c) sytuacji związanej z zakupem narządu od Dawcy
 - d) przeszczepem krwiopochodnych komórek macierzystych z krwi pępowinowej,
 - 2.14. organizacji i pokrycia kosztów znalezienia Dawcy dla Ubezpieczonego,
3. Ubezpieczyciel nie ponosi kosztów oraz nie organizuje:
- 3.1. Medycyny alternatywnej, Leczenia eksperymentalnego/badawczego lub innego leczenia o nieudowodnionej skuteczności, nawet jeśli zostało zalecone przez Wskazanego lekarza prowadzącego Leczenie za granicą,
 - 3.2. leczenia przeprowadzanego wyłącznie w formie rehabilitacji lub terapii chorób zawodowych lub jakiegokolwiek rodzaju rehabilitacji. Taka terapia Niezbędna z medycznego punktu widzenia zostanie objęta Umową, jeżeli będzie ona miała miejsce podczas Pojedynczego okresu leczenia,
 - 3.3. łagodzenia objawów przewlekłych oraz Terapii uzupełniających, chyba że są one wskazane jako część Pojedynczego okresu leczenia przez Wskazanego lekarza,
 - 3.4. procedur przeszczepu narządów związanych z:
 - a) pobraniem ich ze zwłok,
 - b) pobraniem organów przy pomocy metod komercyjnych lub/i przeszczepem narządów oraz innych usług medycznych towarzyszących realizowanych poza USA,
 - c) kosztami poniesionymi przez Ubezpieczonego:
 - i. przebywającego w USA w oczekiwaniu na udostępnienie narządów dawcy,
 - ii. w związku z opóźnieniem przeszczepu,
 - d) przeszczepem od zwierząt,
 - e) wykorzystaniem sztucznych lub mechanicznych wyrobów przeznaczonych do stałego lub tymczasowego zastępowania narządów lub koszty poniesione w celu utrzymania osoby na sztucznym wyrobie w oczekiwaniu na przeszczepienie narządu,
 - f) dializą nerek, z wyjątkiem dializy podczas wcześniej zatwierdzonego leczenia,
 - g) usługami rehabilitacji kardiologicznej, które nie są częścią leczenia przeszczepu narządu,
 - 3.5. Pomocy w nagłych wypadkach,
 - 3.6. leczenia powikłań i skutków ubocznych procedur medycznych zastosowanych w trakcie Leczenia za granicą, które nie wymagały natychmiastowej pomocy medycznej w placówce za granicą oraz nie są uznane przez Wskazanego lekarza za mające wpływ na zdrowie Ubezpieczonego w kontekście podróży powrotnej do Polski po zakończeniu leczenia,
 - 3.7. leczenia lub pobytu w szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach, uzdrowiskach, ośrodkach pomocy społecznej i leczenia uzależnień, domach opieki, Opieki hospicyjnej, opieki domowej, nawet jeśli takie usługi zostało zalecone w ramach leczenia Poważnego stanu chorobowego,
 - 3.8. świadczeń i opieki związanej z leczeniem zaburzeń poznawczych, starości lub upośledzenia mózgu, niezależnie od stanu ich rozwoju i przyczyny,
 - 3.9. kosztów tłumacza, poza kosztami związanymi z przygotowaniem Oceny poprzedzającej leczenie i prowadzeniem Leczenia za granicą,
 - 3.10. wydatków poniesionych przez Ubezpieczonego lub krewnych, towarzyszy, opiekunów, Dawcy niewskazanych w niniejszych dokumentach,
 - 3.11. rozmów telefonicznych, przedmiotów użytku osobistego,
 - 3.12. kosztów z tytułu zakwaterowania lub transportu zorganizowanego samodzielnie przez Ubezpieczonego, Osobę towarzyszącą lub Dawcę,
 - 3.13. kosztów opieki zapewnionej przez prywatny personel pielęgniarski na życzenie Ubezpieczonego,
 - 3.14. kosztów Świadczeń, które stanowią nadpłatę, albo Świadczeń, które są wypłacone w rezultacie błędów lub pomyłek. Ubezpieczony zwróci takie bezpośrednio otrzymane płatności z tytułu Świadczeń;
 - 3.15. leczenia Ubezpieczonego objętego sankcjami w oparciu o „Klauzule Ograniczającą lub Wyłączającą ryzyko sankcji” (tj. „Sanction Limitation and Exclusion Clause”;
 - 3.16. kosztów świadczeń dotyczących stanów, które są już objęte leczeniem;
 - 3.17. leczenia Poważnego stanu chorobowego, jeśli Ubezpieczony otrzymał wstępne lub inne leczenie tego schorzenia w dowolnym kraju świata, które nie było zatwierdzone lub objęte niniejszą Umową ubezpieczenia. Wyjątek stanowi Pomoc w nagłych wypadkach w celu stabilizacji stanu sercowo-naczyniowego lub choroby serca pacjenta,

- 3.18. Usługa weryfikacji diagnozy i Planu leczenia nie może być uruchomiona w dowolnym terminie, na przykład po uruchomieniu zorganizowanego niezależnie leczenia albo planu leczenia obejmującego wiele etapów leczenia. Ubezpieczony powinien rozpocząć Proces oceny poprzedzającej leczenie i Wydania promesy leczenia oraz Pojedynczy okres leczenia zgodnie z postanowieniami dotyczącymi Terminów określonymi powyżej w ramach Procesu Oceny poprzedzającej leczenie i Wydania promesy leczenia, tak aby skorzystać z terminowej Weryfikacji diagnozy i Planu leczenia przez lekarzy we Wskazanych szpitalach.
 - 3.19. kosztów leczenia lub planu leczenia (w tym wielu faz leczenia) i/lub kosztów podróży i zakwaterowania, które nie zostały zatwierdzone przez PGH w ramach Procesu oceny poprzedzającej leczenie i Wydania promesy leczenia po rozpoczęciu takiego leczenia lub planu leczenia.
4. Ubezpieczyciel oraz PGH nie odpowiada za:
- 4.1. poprawność medyczną Oceny poprzedzającej leczenie oraz za skutki działań lub zaniechań na podstawie informacji zawartych w tej opinii,
 - 4.2. skutki leczenia w ramach Leczenia za granicą, w tym jego skuteczność, jak również za czyny, zaniedbania lub błędy popełnione przez Wskazanych lub innych lekarzy albo Wskazane lub inne szpitale albo innych usługodawców, niespełnienie, opóźnienie lub niemożliwość spełnienia świadczeń z tytułu Umowy w związku z: strajkami, zamieszkami, aktami terroryzmu, działaniami wojennymi, epidemią i pandemią, działaniami władz państwowych mających na celu zapobieganiu rozprzestrzenianiu się pandemii i epidemii, ograniczeniami w przemieszczaniu się oraz siłą wyższą – zdarzeniem zewnętrznym, niemożliwym do przewidzenia i skutkiem którego nie można było zapobiec. Ubezpieczyciel poinformuje Ubezpieczonego o wystąpieniu powyższych okoliczności niezwłocznie po otrzymaniu zgłoszenia informacji o wystąpieniu Poważnego stanu chorobowego.
5. Ubezpieczyciel oraz PGH nie odpowiadają i nie gwarantują dostępności narządów od Dawcy. Przeszczepy narządów można wykonać wyłącznie wtedy, gdy narząd od żywego Dawcy jest dostępny zgodnie z zasadami i przepisami obowiązującymi w miejscu, w którym znajduje się Wskazany szpital w USA.
6. Klauzule Ograniczającą lub Wyłączającą ryzyko sankcji – Ubezpieczyciel oraz PGH są zwolnione z odpowiedzialności z Umowy w sytuacjach, w których w związku ze świadczeniem Umowy mogłyby być lub zostaną nałożone na Ubezpieczyciela lub/i PGH jakiegokolwiek sankcje, zakazy lub ograniczenia wynikające z rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub sankcje handlowe lub gospodarcze, prawa lub rozporządzenia Unii Europejskiej, Wielkiej Brytanii lub Stanów Zjednoczonych Ameryki.

§ 7 PRAWA I OBOWIĄZKI STRON

1. Ubezpieczyciel lub/i PGH mają prawo i możliwość zbadania na własny koszt Ubezpieczonego w momencie, gdy zostanie zgłoszone roszczenie lub w związku z wypłatą świadczeń lub przed przystąpieniem do Umowy, tak często, jak uzna to za zasadne i konieczne.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest przekazać Ubezpieczycielowi wszelkie pełne i prawdziwe informacje, które są wymagane w celu realizacji Umowy, w tym także zmianę kraju pobytu lub zamieszkania w trakcie trwania Okresu ochrony.
3. Ubezpieczony, w przypadku zgłoszenia roszczenia, zobowiązany jest do współpracy z PGH, zapewniając swobodny dostęp do dokumentów medycznych będących w posiadaniu Ubezpieczonego, lekarzy lub podmiotów medycznych leczących Ubezpieczonego.
4. Jeżeli Ubezpieczony przed wejściem w życie Umowy zostanie przyjęty do Szpitala, zobowiązany jest do poinformowania Ubezpieczyciela o powodzie przyjęcia oraz terminie wypisu ze Szpitala.

§ 8 PRYWATNOŚĆ DANYCH

1. Ubezpieczyciel i PGH są organizacjami międzynarodowymi zaangażowanymi na rzecz ochrony praw Ubezpieczonych dotyczących danych, jak również ochrony ich bezpieczeństwa i prywatności.
2. Ubezpieczyciel, Ubezpieczający i PGH uznają swoją odpowiedzialność jako administratorów danych i podmiotów przetwarzających dane w związku ze zbieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, wykorzystaniem i/lub przekazywaniem danych osobowych zgodnie z obowiązującym prawem i przepisami dotyczącymi bezpieczeństwa i ujawniania, a także powtórnego ujawniania niepublicznych informacji umożliwiających identyfikację osób albo danych osobowych („Dane Osobowe”), w tym unijnym Ogólnym Rozporządzeniem o Ochronie Danych 2016/679 („RODO”) oraz wszelkimi innymi przepisami prawnymi dotyczącymi bezpieczeństwa i ochrony danych w Polsce, w Europejskim Obszarze Gospodarczym, Wielkiej Brytanii i Szwajcarii („Europejskie Przepisy o Prywatności Danych”). Dane Osobowe będą zbierane wyłącznie do celów zgodnych z prawem i odpowiednich, przy czym podjęte zostaną wszelkie możliwe działania w celu zapewniania odpowiedzialności Danych Osobowych pozostających w naszym posiadaniu. Ubezpieczyciel i PGH będą korzystać z Danych Osobowych,

które mogą być co jakiś czas zbierane, wyłącznie do celów wypełniania zobowiązań i zapewniania Świadczeń zgodnie z niniejszą Umową.

3. PGH oraz Wskazane szpitale i Wskazani lekarze w USA będą przestrzegać przepisów o prywatności wynikających z ustawy HIPAA. HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 – Ustawa o Przenośności i Odpowiedzialności w Ubezpieczeniach Zdrowotnych z 1996 r.) to amerykański przepis prawny zawierający postanowienia dotyczące prywatności i bezpieczeństwa danych, których celem jest ochrona informacji medycznych. Zgodnie z tymi przepisami ochrona obejmuje również Ubezpieczonego.
4. PGH oraz Wskazane szpitale i Wskazani lekarze mogą korzystać z informacji dotyczących zdrowia osoby fizycznej do celów leczenia, w tym koordynacji, zarządzania lub zapewniania opieki zdrowotnej i powiązanych usług przez lekarzy, szpitale i innych dostawców opieki zdrowotnej, podczas konsultacji dotyczących pacjenta pomiędzy dostawcami opieki zdrowotnej lub do celów kierowania pacjenta od jednego dostawcy usług opieki zdrowotnej do innego.
5. Na podstawie pisemnej zgody Ubezpieczonego dokumenty medyczne są przekazywane poza kraj zamieszkania lub lokalizację, w której przechowywane są dokumentacja medyczna, oraz do USA do celów przeglądu przez Wskazanych Lekarzy / Wskazane szpitale w związku ze świadczeniem przez nich usługi medycznej.
6. Ubezpieczony przesyła swoją dokumentację medyczną do PGH, która weryfikuje ją pod względem kompletności i w razie potrzeby organizuje tłumaczenie. PGH przekazuje kompletne akta medyczne do specjalistów odpowiedzialnych za przegląd – Wskazanych lekarzy ze Wskazanego szpitala; Ubezpieczony może również samodzielnie załadować lub udostępnić swoją dokumentację medyczną.
7. Informacje medyczne i dotyczące zdrowia oraz opinie lekarzy przekazywane są w bezpieczny sposób z użyciem szyfrowanych i/lub monitorowanych metod transmisji elektronicznej i/lub fizycznej.

Niniejsze SWUD wchodzi w życie z dniem 01.02.2024 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zdrowotnego za- wartych od tej daty.

UBEZPIECZENIE DODATKOWE: LECZENIA ZA GRANICĄ



Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Firma: Medicover Försäkrings AB (publ.) S.A. - Oddział w Polsce

Produkt: Leczenie za granicą

Niniejszy dokument zawiera ogólne informacje o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje związane z ubezpieczeniem podawane są przed zawarciem umowy i są opisane w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia oraz Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Leczenia za Granicą 1/2024.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie

Ubezpieczenie zdrowotne, zapewniające ubezpieczonemu leczenie w USA w sytuacji wystąpienia poważnego stanu chorobowego



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Zdrowie ubezpieczonego, którego ochrona polega na leczeniu w szpitalu w USA w sytuacji wystąpienia u Ubezpieczonego określonego w OWU i SWUD danego poważnego stanu chorobowego:

- ✓ ocena poprzedzająca leczenie wraz z akceptacją procesu leczenia
- ✓ leczenie poważnego stanów chorobowych (nowotwór złośliwy, przeszczep wybranych narządów, chorób układu sercowo-naczyniowego i serca, wewnątrzczaszkowej neurochirurgii)
- ✓ podróż i zakwaterowanie w związku z leczeniem za granicą
- ✓ świadczenie karetki pogotowia
- ✓ repatriacja w przypadku śmierci
- ✓ koordynacja leczenia przez PGH
- ✓ świadczenia związane z przeszczepem narządów



Czego nie obejmuje ubezpieczenie

Ubezpieczyciel nie ponosi kosztów oraz nie organizuje:

- ✗ medycyny alternatywnej i eksperymentalnej
 - ✗ przeszczepem narządów ze zwłok oraz pochodzących od zwierząt
 - ✗ świadczeń, usług lub produktów niezwiązanych z leczeniem za granicą, w tym przedmiotów użytku osobistego,
 - ✗ świadczeń, na które Ubezpieczony nie uzyskał zgody PGH
- Szczegółowa lista ograniczeń opisana jest w SWUD.



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Ograniczenie ma miejsce w sytuacji i w związku z:

- ! uprzednio występującym stanem zdrowia
- ! sytuacją zatajenia lub nieudzielenia przez ubezpieczonego informacji, o które pytał ubezpieczyciel
- ! wypadkiem, urazem lub chorobą powstałą w związku, ze służbą wojskową, wojną, aktami terroru, stanem wyjątkowym, wojennym lub klęską żywiołową
- ! samookaleczeniem, próbą samobójczą
- ! zakażeniem wirusem HIV lub chorobą AIDS
- ! chorobami i kosztami świadczeń za usługi, które nie są wymienione w umowie
- ! ukończeniem 75 r.ż. przez ubezpieczonego, a w przypadku dzieci przed ukończeniem 1 roku życia oraz po ukończeniu 18 roku życia

Szczegółowa lista ograniczeń opisana jest w SWUD.



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ świadczenia związane z leczeniem za granicą ma miejsce we wskazanych przez PGH szpitalach w USA



Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

- przekazać ubezpieczycielowi wszelkie pełne i prawdziwe informacje, które są wymagane
- poinformować o zmianie kraju pobytu lub zamieszkania w trakcie trwania Okresu ochrony
- zobowiązany jest do współpracy z PGH, zapewniając swobodny dostęp do dokumentów medycznych będących w posiadaniu ubezpieczonego, lekarzy lub podmiotów medycznych leczących ubezpieczonego
- jeżeli ubezpieczony przed wejściem w życie Umowy zostanie przyjęty do Szpitala, zobowiązany jest do poinformowania ubezpieczyciela o powodzie przyjęcia oraz terminie wypisu ze szpitala



Jak i kiedy należy opłacać składki?

- składki pokrywane są przez Ubezpieczającego tj. Medicover Sp. z o.o. w oparciu o umowę podstawową, która umożliwia Ubezpieczonym skorzystanie z niniejszego ubezpieczenia



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

- rozpoczęcie ochrony ma miejsce zgodnie z terminem ustalonym z ubezpieczycielem i kończy się po upływie 12 miesięcy, z możliwością przedłużenia umowy na kolejny okres



Jak rozwiązać umowę?

- umowa ubezpieczenia może zostać wypowiedziana z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia