

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej organizacji i pokrycia kosztów leczenia za granicą „Dbamy bez granic”

nr OWU/CBS2/1/2022



Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy

www.nn.pl

Infolinia

801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24

Adres e-mail

info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1

Skorzystaj z Moje NN

na stronie www.nn.pl.

2

Po zalogowaniu lub rejestracji konta:

- wygodnie wypełnisz zgłoszenie, a część Twoich danych uzupełnimy automatycznie
- zgłosisz wiele zdarzeń w ramach jednego wniosku
- sprawdzisz na jakim etapie jest Twoje zgłoszenie

Spis treści

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej organizacji i pokrycia kosztów leczenia za granicą „Dbamy bez granic”	4
Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?.....	4
Art. 2 Kogo ubezpieczamy i co obejmuje ubezpieczenie?	6
Art. 3 W jaki sposób ustalamy wysokość składki i w jaki sposób ją opłacać?	9
Art. 4 W jaki sposób i na jaki okres jest zawierana Umowa dodatkowa?	9
Art. 5 W jaki sposób można przedłużyć umowę dodatkową?.....	9
Art. 6 W jaki sposób można zrezygnować z przedłużenia Umowy dodatkowej?.....	9
Art.7 Jakie świadczenia przysługują Ubezpieczonemu?.....	10
Art. 8 Jaka jest Suma ubezpieczenia i limity na poszczególne Świadczenia?	14
Art. 9 Co należy zrobić abyśmy zrealizowali świadczenie?	15
Art. 10 W jakich sytuacjach nie zrealizujemy Świadczenia w zakresie Leczenia za granicą?	17
Art. 11 Zastosowanie Warunków umowy głównej	19
Art. 12 Wejście w życie Warunków umowy dodatkowej.....	19

Informacje dotyczące:

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej organizacji i pokrycia kosztów leczenia za granicą „Dbamy bez granic” nr OWU/CBS2/1/2022

Informacje zawarte w OWU

Nr artykułu OWU

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 7, Art 9
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 4, Art. 7, Art. 8, Art. 10
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej organizacji i pokrycia kosztów leczenia za granicą „Dbamy bez granic”

nr OWU/CBS2/1/2022

Umowa dodatkowa, oznaczona w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden kodem CBS2, jest zawierana na podstawie Ogólnych warunków terminowego ubezpieczenia na życie Ochrona + (dalej: Warunki Umowy głównej) oraz Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej dotyczącej organizacji i pokrycia kosztów leczenia za granicą „Dbamy bez granic” nr OWU/CBS2/1/2022 (dalej: Warunki Umowy dodatkowej).

Art. 1 Co oznaczają używane pojęcia?

- 1) **Nationale-Nederlanden** albo **my** – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie.
- 2) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa dotycząca organizacji i pokrycia kosztów leczenia za granicą „Dbamy bez granic”, zawarta na podstawie niniejszych Warunków Umowy dodatkowej, oznaczona kodem CBS2.
- 3) **Umowa główna** – umowa terminowego ubezpieczenia na życie, zawarta na podstawie Warunków Umowy głównej, oznaczona kodem TMR4.
- 4) **Ubezpieczony** – Ubezpieczony z Umowy głównej, osoba, której zdrowie jest przedmiotem ochrony w Umowie dodatkowej.
- 5) **Ubezpieczający** – Ubezpieczający zgodnie z Umową główną.
- 6) **Suma ubezpieczenia** – kwota, do której będą realizowane łączne świadczenia z Umowy dodatkowej w Nieprzerwanym okresie ochrony z uwzględnieniem limitów opisanych w Art. 8.
- 7) **Składka za Umowę dodatkową** – kwota na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Umowy dodatkowej oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej, wymieniona w Dokumencie ubezpieczenia.
- 8) **Nieprzerwany okres ochrony** – okres, w którym udzielamy Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu pierwszej Umowy dodatkowej dotyczącej organizacji i pokrycia kosztów leczenia za granicą „Dbamy bez granic” i wszystkich kolejnych Umów dodatkowych przedłużonych zgodnie z postanowieniami Warunków Umowy głównej i Warunków Umowy dodatkowej.
- 9) **Certyfikat Leczenia** – pisemna zgoda wystawiona przez Partnera assistance w imieniu Nationale-Nederlanden, potwierdzająca organizację i pokrycie wymienionych w nim kosztów Leczenia za granicą oraz pozostałych świadczeń i usług objętych zakresem Umowy dodatkowej.
- 10) **Lekarz** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z przepisami lokalnego prawa, specjalista odpowiedniej dziedziny.
- 11) **Lekarz prowadzący leczenie za granicą** – Lekarz ze Szpitala wskazanego w Certyfikacie Leczenia zajmujący się Ubezpieczonym podczas Leczenia za granicą.
- 12) **Lekarz konsultant** – Lekarz specjalista odpowiedniej dziedziny właściwej dla specyfiki danego Stanu chorobowego wymagającego leczenia, który współpracuje z Partnerem assistance.
- 13) **Stan chorobowy** – Choroba wymieniona w tabeli w Art.2 ust. 2 i 3 objęta ubezpieczeniem, która wystąpiła w Nieprzerwanym okresie ochrony.
- 14) **Stan chorobowy wymagający leczenia** – choroba lub zabieg operacyjny, wymienione w tabeli w Art. 2 ust. 4 objęte ubezpieczeniem, które wystąpiły lub zostały przeprowadzone w Nieprzerwanym okresie ochrony.
- 15) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w czasie, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej, i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego. W rozumieniu Warunków Umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek, nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej.
- 16) **Choroba** – zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
- 17) **Choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania.
- 18) **Partner assistance** – Further Underwriting International SLU, z siedzibą w Madrycie, podmiot współpracujący oraz składający oświadczenia w imieniu Nationale-Nederlanden w zakresie realizacji świadczeń wynikających z Umowy dodatkowej.
- 19) **Druga Opinia Medyczna** – opinia sporządzona przez Lekarza konsultanta na podstawie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, polegająca na skonsultowaniu rozpoznania Stanu chorobowego wymagającego leczenia oraz zawierająca propozycję planu leczenia.

- 20) **Leczenie za granicą** – leczenie Stanu chorobowego wymagającego leczenia, które:
- odbywa się w Polsce w Szpitalu wybranym przez Ubezpieczonego spośród Szpitali rekomendowanych przez Partnera assistance oraz
 - jest organizowane przez Partnera assistance na zasadach opisanych w niniejszej Umowie dodatkowej, oraz
 - jest niezbędne z medycznego punktu widzenia, zostało zalecone przez Lekarza konsultanta na podstawie aktualnych badań medycznych i uznane za poprawiające stan zdrowia w ramach planów leczenia zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, w szczególności z wytycznymi organizacji NCCN (National Comprehensive Cancer Network) lub ESMO (European Society for Medical Oncology) w przypadku leczenia nowotworów.
- 21) **Szpital** – podmiot leczniczy, posiadający zgodnie z prawem lokalnym danego kraju, uprawnienia do leczenia Chorób lub urazów ciała, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta.
- 22) **Placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny, działający zgodnie z wymogami miejscowego prawa, który świadczy opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki oraz leczenia, zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski.
- 23) **Świadczenie** – zakres usług i wypłat realizowanych w ramach niniejszej Umowy dodatkowej wskazanych w Art. 7.
- 24) **Okres świadczenia usług** – okres trzydziestu sześciu (36) miesięcy rozpoczynający się w dniu rozpoczęcia pierwszej podróży zorganizowanej i opłaconej w ramach Umowy dodatkowej z tytułu Leczenia za granicą w ramach pierwszego realizowanego świadczenia z danej grupy Stanu chorobowego wymagającego leczenia. Jeśli na koniec danego Okresu świadczenia usług Ubezpieczony będzie przebywał lub będzie leczony w Szpitalu zgodnie z Certyfikatem Leczenia, to Okres świadczenia usług zakończy się w dniu najbliższego zaplanowanego powrotu do Polski.
Dla każdej grupy Stanu chorobowego wymagającego leczenia obowiązuje odrębny Okres świadczenia usług w ramach realizowanych świadczeń.
- 25) **Leczenie alternatywne** – systemy, praktyki i produkty medyczne i zdrowotne, które nie są uważane za część medycyny konwencjonalnej lub standardowych metod leczenia, w tym m.in. akupunktura, aromaterapia, chiropraktyka, medycyna homeopatyczna, medycyna naturopatyczna, ajurweda, tradycyjna medycyna chińska i medycyna osteopatyczna.
- 26) **Leczenie eksperymentalne** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkt, których skuteczność i bezpieczeństwo nie zostały potwierdzone naukowo i medycznie lub które są w trakcie badań lub testów.
- 27) **Leczenie poszpitalne** – wszelkie badania diagnostyczne, kontrolne wykonywane lub zlecone przez Lekarza posiadającego specjalistyczną wiedzę z zakresu Stanu chorobowego wymagającego leczenia, po zakończeniu Leczenia za granicą w celu monitorowania aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego i zminimalizowania skutków pogorszenia stanu zdrowia, w tym wznowienia lub nawrotu tej samej choroby, powikłań będących następstwem leczenia Stanu chorobowego wymagającego leczenia. Plan Leczenia poszpitalnego powinien zostać opracowany przez Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą i wskazywać odstępy czasowe i rodzaje procedur diagnostycznych.
- 28) **Terapia genowa** – postępowanie z wykorzystaniem genów wywołujących efekt terapeutyczny, profilaktyczny lub diagnostyczny, która polega na wprowadzaniu do organizmu genów „rekombinowanych”, zazwyczaj w celu leczenia różnych chorób, w tym zaburzeń genetycznych, raka lub chorób przewlekłych. Gen rekombinowany to stworzony w warunkach laboratoryjnych fragment DNA lub RNA łączący w sobie DNA lub RNA z różnych źródeł.
- 29) **Somatyczna terapia komórkowa** – postępowanie z wykorzystaniem komórek lub tkanek, które zostały poddane manipulacji w celu zmiany ich właściwości biologicznych lub nie są przeznaczone do tych samych podstawowych funkcji w organizmie. Można je wykorzystywać do leczenia, rozpoznawania i zapobiegania chorobom.
- 30) **Terapia inżynierii tkankowej** – zawiera komórki lub tkanki, które zostały zmodyfikowane tak, by można je było wykorzystać do naprawy, regeneracji lub zastąpienia tkanki ludzkiej.
- 31) **Terapia limfocytami CAR-T (terapia chimerowymi receptorami antygenowymi limfocytów CAR-T)** – rodzaj leczenia, w którym limfocyty T pacjenta (rodzaj komórek układu odpornościowego) zmienia się w warunkach laboratoryjnych tak, by atakowały komórki rakowe. Limfocyty T pobiera się z krwi pacjenta. Następnie w laboratorium dodawany jest gen specjalnego receptora, który wiąże się z określonym białkiem w komórkach nowotworowych pacjenta. Specjalny receptor nazywany jest chimerycznym receptorem antygenowym (CAR). W laboratorium hoduje się dużą liczbę limfocytów CAR-T, które podaje się pacjentowi drogą infuzyjną.
- 32) **Zaburzenia poznawcze** – zaburzenia, które zgodnie z definicją podaną w „Podręczniku diagnostyczno-statystycznego zaburzeń psychicznych (DSM-5)” są na tyle upośledzające funkcje poznawcze osoby, że jej funkcjonowanie w społeczeństwie nie jest bez leczenia dłużej możliwe.
- 33) **Lek** – każda substancja lub połączenie substancji, które mogą być stosowane lub podawane Ubezpieczonemu w celu przywrócenia, skorygowania lub poprawy funkcji fizjologicznych w zdiagnozowanym Staniu chorobowym lub ułatwienia rozpoznania. Lek musi być dostępny wyłącznie na receptę wystawioną przez Lekarza i być dopuszczony

do obrotu w danym kraju. Recepta na Lek jest ważna także dla odpowiednika tego Leku o tych samych substancjach aktywnych, sile i dawkowaniu.

- 34) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie objawów Choroby lub wystąpienie Stanu chorobowego lub Stanu chorobowego wymagającego leczenia objętych ochroną w ramach Umowy dodatkowej opisanych w Art. 2 punkt 2, 3 i 4.
- 35) **Trustedoctor** – Trustedoctor z siedzibą w Londynie, podwykonawca Partnera assistance w zakresie realizacji świadczeń wynikających z Umowy dodatkowej.
- 36) **Portal Dbamy bez granic** – platforma internetowa pod adresem www.dbamybezgranic.pl. dostarczona i zarządzana przez Partnera assistance i współpracującą z nim firmę Trustedoctor w celu wspierania realizacji świadczeń, z której korzystać może Ubezpieczony objęty ochroną z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
- 37) **Wirtualna Konsultacja** – świadczenie ubezpieczeniowe dostępne na warunkach opisanych w Art. 7 realizowane wyłącznie za pośrednictwem Portalu Dbamy bez granic.
- 38) **Przewodnik Pacjenta** – świadczenie ubezpieczeniowe dostępne na warunkach opisanych w Art. 7 realizowane wyłącznie za pośrednictwem Portalu Dbamy bez granic.
- 39) **Siła wyższa** – zdarzenie zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia, którego skutkiem nie można zapobiec.
- 40) **Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego:**
 - Dla świadczenia Wirtualnej Konsultacji dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego jest dzień wystąpienia objawów Choroby, uzasadniających wykonanie Wirtualnej Konsultacji;
 - Dla świadczenia Przewodnika Pacjenta jest dzień postawienia przez Lekarza diagnozy jednostki chorobowej objętej zakresem tego świadczenia;
 - Dla świadczenia organizacji i pokrycia kosztów Leczenia za granicą:
 - w przypadku nowotworów – dzień postawienia diagnozy przez Lekarza, potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z warunkami wskazanymi w opisie odpowiedniego zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - w przypadku zabiegu dotyczącego chorób neurologicznych lub kardiologicznych – dzień, w którym Lekarz pisemnie zalecił Ubezpieczonemu przeprowadzenie operacji,
 - w przypadku przeszczepienia narządów – dzień, w którym Lekarz zalecił konieczność przeprowadzenia przeszczepu.

Art. 2 Kogo ubezpieczamy i co obejmuje ubezpieczenie?

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która:
 - a. ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 66. roku życia oraz
 - b. w dniu podpisania wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej ma stałe miejsce zamieszkania na terytorium Polski.
2. Stany chorobowe objęte ubezpieczeniem w zakresie Wirtualnej Konsultacji:

Grupa 1 Nowotwory	Grupa 2 Choroby sercowo-naczyniowe
1. Badania w kierunku wystąpienia Nowotworów złośliwych.	1. Badanie w kierunku stwierdzenia choroby wieńcowej I20-I25 wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja 10
2. Badania w kierunku wystąpienia Nowotworów in-situ.	2. Badanie w kierunku stwierdzenia niewydolności serca I50 wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja 10
3. Badania w kierunku wystąpienia zmian przednowotworowych w postaci dysplazji ciężkiej lub dużego stopnia.	3. Badanie w kierunku stwierdzenia arytmii serca I49, I39, I35, I08 wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja 10
Grupa 3 Neurochirurgia wewnątrzczaszkowa i swoista dla rdzenia kręgowego	Grupa 4 Przeszczepy
1. Badanie stanu chorobowego wpływającego na strukturę ciała w obrębie czaszki, dla którego wskazana może być operacja.	1. Badanie stanu chorobowego, w przypadku którego przeszczep narządu od żywego dawcy można uznać za opcję terapeutyczną.

2. Badanie w kierunku obecności łagodnego guza w rdzeniu kręgowym.

2. Badanie stanu chorobowego, w przypadku którego przeszczep szpiku kostnego można uznać za opcję terapeutyczną.

3. Stany chorobowe objęte ubezpieczeniem w zakresie Przewodnika Pacjenta:

Grupa 1 Nowotwory z wyłączeniem nowotworów opisanych w lit a) poniżej	Grupa 2 Choroby sercowo-naczyniowe z wyłączeniem chorób opisanych w lit b) poniżej
1. Nowotwory złośliwe.	1. Choroba wieńcowa I20-I25 wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja 10
2. Nowotwory in-situ.	2. Niewydolność serca I50 wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja 10
3. Zmiany przednowotworowe w postaci dysplazji ciężkiej lub dużego stopnia.	3. Arytmia serca I49, I39, I35, I08 wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja 10
Grupa 3 Neurochirurgia wewnątrzczaszkowa i swoista dla rdzenia kręgowego	Grupa 4 Przeszczepy z wyłączeniem przeszczepów opisanych w lit d) poniżej
1. Zalecenie wykonania operacji mózgu.	1. Zalecenie wykonania Przeszczepu narządu od żyjącego dawcy.
2. Zalecenie wykonania operacji łagodnego guza rdzenia kręgowego.	2. Zalecenie wykonania Przeszczepu szpiku kostnego.

Definicje Stanów chorobowych z Grupy 1 Nowotwory i Grupy 4 Przeszczepy zawarte są w punkcie 4 poniżej.

4. Stany chorobowe wymagające leczenia objęte ubezpieczeniem w zakresie Leczenia za granicą:

Grupa 1 Nowotwory z wyłączeniem nowotworów opisanych w lit a) poniżej	Grupa 2 Choroby sercowo-naczyniowe z wyłączeniem chorób opisanych w lit b) poniżej
1. Nowotwory złośliwe.	1. Zalecenie wykonania Operacji pomostowania tętnic wieńcowych (rewaskularyzacja mięśnia sercowego).
2. Nowotwory in-situ.	2. Zalecenie wykonania Wymiany lub naprawy zastawki serca.
3. Zmiany przednowotworowe w postaci dysplazji ciężkiej lub dużego stopnia.	
Grupa 3 Neurochirurgia wewnątrzczaszkowa i swoista dla rdzenia kręgowego	Grupa 4 Przeszczepy z wyłączeniem przeszczepów opisanych w lit d) poniżej
1. Zalecenie wykonania operacji mózgu.	1. Zalecenie wykonania Przeszczepu narządu od żyjącego dawcy.
2. Zalecenie wykonania operacji łagodnego guza rdzenia kręgowego.	2. Zalecenie wykonania Przeszczepu szpiku kostnego.

Definicje Stanów chorobowych wymagających leczenia:

a) Nowotwory:

1. **Nowotwory złośliwe**, w tym białaczka, mięsak i chłoniak, charakteryzujące się niekontrolowanym wzrostem, rozprzestrzenianiem się złośliwych komórek i inwazją tkanek;
2. **Nowotwory in situ** ograniczone do nabłonka, z którego pochodzą i nie naciekające zrębu lub otaczających je tkanek;
3. Wszelkie **przednowotworowe zmiany** w komórkach, sklasyfikowane cytologicznie lub histologicznie jako dysplazja dużego stopnia lub dysplazja ciężka.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są:

- Nowotwory współistniejące z zespołem nabytego niedoboru odporności (AIDS).
- Nieczerniakowe nowotwory skóry niesklasyfikowane histologicznie jako powodujące inwazję poza naskórek (zewnątrzną warstwę skóry).
- Każde leczenie obejmujące terapię limfocytami CAR-T.

b) Choroby sercowo-naczyniowe:

1. **Operacja pomostowania tętnic wieńcowych (rewaskularyzacja mięśnia sercowego)** – poddanie się zgodnie z zaleceniem Lekarza operacji skorygowania zwężenia lub blokady jednej lub kilku tętnic wieńcowych przy użyciu pomostów.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są choroby wieńcowe leczone technikami innymi niż pomostowanie tętnic wieńcowych, takie jak: angioplastyka, stenty lub jakiegokolwiek inne zabiegi na tętnicach wieńcowych wykonywane od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujące techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.

2. **Wymiana lub naprawa zastawki serca** Inwazyjna wymiana lub naprawa jednej lub więcej zastawek serca, niezależnie od tego, czy przeprowadza się ją zgodnie z zaleceniem Lekarza z otwarciem klatki piersiowej, czy minimalnie inwazyjną metodą lub za pomocą cewnika sercowego.

c) Neurochirurgia:

Chirurgia wewnątrzczaszkowa i swoista dla rdzenia kręgowego obejmująca:

- w zakresie operacji mózgu: dowolną interwencję chirurgiczną mózgu lub innych struktur wewnątrzczaszkowych;
- w zakresie operacji łagodnego guza rdzenia kręgowego: leczenie łagodnych guzów zlokalizowanych w rdzeniu kręgowym (medulla spinalis).

d) Przeszczepy:

1. **Przeszczep narządu od żyjącego dawcy** – przeszczep chirurgiczny, w którym Ubezpieczony otrzymuje od innego żyjącego zgodnego dawcy nerkę, fragment wątroby, płat płucny lub fragment trzustki.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są:

- a) wszelkie przeszczepy wynikające z alkoholowej choroby wątroby,
- b) wszelkie przeszczepy przeprowadzane w obrębie tego samego organizmu,
- c) wszelkie przeszczepy, w których Ubezpieczony jest dawcą na rzecz osoby trzeciej
- d) wszelkie przeszczepy od martwego dawcy,
- e) wszelkie przeszczepy narządów obejmujące leczenie komórkami macierzystymi,
- f) przeszczepy możliwe dzięki zakupowi organów od dawców.

2. **Przeszczep szpiku kostnego** – przeszczepienie Ubezpieczonemu komórek szpiku kostnego (BMT) lub komórek macierzystych krwi obwodowej (PBSCT) pochodzących od Ubezpieczonego (autologiczny przeszczep szpiku kostnego) lub od żyjącego zgodnego dawcy (allogeniczny przeszczep szpiku kostnego).

Z zakresu ubezpieczenia wyłączony jest przeszczep krwiotwórczych komórek macierzystych (HCT) z użyciem krwi pępowinowej.

5. Nasza odpowiedzialność dotyczy wyłącznie Zdarzeń ubezpieczeniowych, które wystąpiły w Nieprzerwanym okresie ochrony. W okresie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w ramach pierwszej Umowy dodatkowej

udzielamy ochrony ubezpieczeniowej wyłącznie z tytułu zdarzeń spowodowanych Nieszczęśliwym wypadkiem. Tego ograniczenia nie stosujemy w razie każdego kolejnego przedłużenia Umowy dodatkowej.

Art. 3 W jaki sposób ustalamy wysokość składki i w jaki sposób ją opłacać?

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalamy zgodnie z obowiązującą taryfą składek, z uwzględnieniem przyjętej częstotliwości opłacania składki.
2. Wysokość Składki za Umowę dodatkową, z uwzględnieniem udzielonych rabatów, wskazane są w Dokumencie ubezpieczenia.

Art. 4 W jaki sposób i na jaki okres jest zawierana Umowa dodatkowa?

1. Umowę dodatkową zawieramy na podstawie wniosku Ubezpieczającego, za zgodą Ubezpieczonego złożonego wraz z ankietą medyczną wypełnioną przez Ubezpieczonego po akceptacji przez Nationale-Nederlanden i po opłaceniu przez Ubezpieczającego należnej Składki za Umowę dodatkową.
2. Umowę dodatkową zawieramy na okres:
 - a) 1 roku albo
 - b) do najbliższej Rocznic polisy następującej po zawarciu Umowy dodatkowej, jednak na okres nie krótszy niż 4 Miesiące polisowe.
3. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie trwania Umowy głównej jako dokupienie, z zastrzeżeniem ust. 2 b).
4. Umowa dodatkowa jest zawierana na okres maksymalnie do pierwszej Rocznic polisy, która nastąpi bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego 66 lat.
5. Przed zawarciem Umowy dodatkowej lub dokupieniem możemy:
 - a) poprosić o udostępnienie dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - b) skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne, które przeprowadzane są na nasz koszt w wyznaczonych przez nas Placówkach medycznych.
6. Jeżeli poziom ryzyka ubezpieczeniowego odbiega od standardowego, poinformujemy Ubezpieczającego i Ubezpieczonego o braku możliwości zawarcia Umowy dodatkowej.
7. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej musi przypadać w terminie płatności Składki całkowitej.
8. Umowa dodatkowa wygasa:
 - a) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy głównej,
 - b) z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej,
 - c) z upływem okresu, na jaki została zawarta, jeśli nie dojdzie do przedłużenia Umowy dodatkowej,
 - d) z dniem realizacji świadczenia, którego koszt po uwzględnieniu kosztów świadczeń zrealizowanych łącznie w Nieprzerwanym okresie ochrony osiągnie wartość Sumy ubezpieczenia,
 - e) z dniem, w którym Ubezpieczony zmienił miejsce zamieszkania na miejscowość położoną poza Polską.

Art. 5 W jaki sposób można przedłużyć umowę dodatkową?

1. Najpóźniej 30 dni przed dniem zakończenia Umowy dodatkowej możemy zaproponować Ubezpieczającemu przedłużenie Umowy dodatkowej.
2. Wraz z propozycją przedłużenia prześlemy także informację o wysokości składki za Umowę dodatkową, która będzie obowiązywała w kolejnym okresie ubezpieczenia.
3. Umowa dodatkowa zostanie przedłużona na okres 1 roku.
4. Umowa dodatkowa zostanie przedłużona na podstawie tych samych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Umowy dodatkowej na podstawie których została zawarta.
5. Jeśli Ubezpieczający nie zrezygnuje z przedłużenia Umowy dodatkowej, w sposób opisany poniżej, ochrona z tytułu przedłużonej umowy dodatkowej zacznie się kolejnego dnia po dniu zakończenia Umowy dodatkowej.
6. Nie zaoferujemy przedłużenia Umowy dodatkowej, jeżeli wygasa ona z powodu zrealizowania świadczeń łącznie na kwotę równą sumie ubezpieczenia.

Art. 6 W jaki sposób można zrezygnować z przedłużenia Umowy dodatkowej?

1. Rezygnacja z przedłużenia Umowy dodatkowej następuje na podstawie oświadczenia o rezygnacji z jej przedłużenia przekazanej do nas przez Ubezpieczającego najpóźniej 10 dni roboczych przed jej zakończeniem. W takim przypadku Umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu z upływem okresu na jaki została zawarta.

2. Jeżeli Ubezpieczający przekaze do nas informację o rezygnacji z przedłużenia Umowy dodatkowej później niż 10 dni roboczych przed jej zakończeniem, Umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu zgodnie z zasadami dotyczącymi wypowiedzania Umów dodatkowych opisanych w Warunkach.
3. Ubezpieczający może przekazać oświadczenie o rezygnacji z przedłużenia Umowy dodatkowej telefonicznie, pisemnie lub w formie elektronicznej.

Art.7 Jakie świadczenia przysługują Ubezpieczonemu?

WIRTUALNA KONSULTACJA

1. Z chwilą rozpoczęcia badań w kierunku wykrycia jednego ze Stanów chorobowych wskazanych w Art. 2 punkt 2 Ubezpieczony ma prawo do skorzystania z Wirtualnej Konsultacji.
2. Świadczenie Wirtualnej Konsultacji polega na skonsultowaniu za pośrednictwem Portalu Dbamy bez granic podejrzenia wystąpienia Stanu chorobowego wskazanego w Art. 2 punkt 2.
3. W ramach tego świadczenia Ubezpieczony ma prawo w każdym Roku polisowym do 2 konsultacji w odniesieniu do każdej z Grup wymienionych Stanów chorobowych, ze specjalistą z odpowiedniej dziedziny właściwej dla specyfiki danego Stanu chorobowego, przy czym mogą to być:
 - 2 konsultacje ze specjalistą krajowym lub
 - 1 konsultacja ze specjalistą krajowym i 1 konsultacja ze specjalistą międzynarodowym.
4. Prawo do świadczenia Wirtualnej Konsultacji przysługuje w Nieprzerwanym okresie ochrony. W przypadku rozpoczęcia realizacji świadczenia Leczenia za granicą prawo do świadczenia Wirtualnej Konsultacji w zakresie tego samego stanu chorobowego jest zawieszane do czasu wygaśnięcia Okresu świadczenia usług.

PRZEWODNIK PACJENTA

5. Z chwilą stwierdzenia Stanu chorobowego wskazanego w Art. 2 punkt 3 Ubezpieczony nabywa prawo do świadczenia Przewodnik Pacjenta.
6. Świadczenie Przewodnik Pacjenta polega na udzieleniu Ubezpieczonemu za pośrednictwem Portalu Dbamy bez granic odpowiedzi na pytania związane ze zdiagnozowanym Stanem chorobowym.
7. Świadczenie Przewodnik Pacjenta obejmuje rozmowę wideo z asystentem pacjenta, a następnie raport informujący Ubezpieczonego o wiarygodnych źródłach informacji na temat poruszanych podczas rozmowy wideo tematów.
8. W ramach tego świadczenia Ubezpieczony ma prawo w każdym Roku polisowym do 2 konsultacji w odniesieniu do każdej z Grup wymienionych Stanów chorobowych.
9. Prawo do świadczenia Przewodnik Pacjenta przysługuje w Nieprzerwanym okresie ochrony.

LECZENIE ZA GRANICĄ

10. Z chwilą stwierdzenia Stanu chorobowego wymagającego leczenia wskazanego w Art. 2 punkt 4 Ubezpieczony nabywa prawo do następujących świadczeń:
 - a. Druga Opinia Medyczna przed rozpoczęciem Leczenia za granicą
 - b. Organizacja i pokrycie kosztów leczenia w czasie Leczenia za granicą,
 - c. Pokrycie kosztów leczenia po Leczeniu za granicą.
11. **Świadczenie Drugiej Opinii Medycznej** polega na przygotowaniu przez Lekarza konsultanta opinii medycznej dotyczącej Stanu chorobowego wymagającego leczenia na podstawie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego. W tym celu Ubezpieczony dostarcza do nas zgromadzoną dokumentację medyczną, którą tłumaczymy na język, którym posługuje się Lekarz konsultant.
12. Lekarz konsultant przygotowuje opinię dotyczącą postawionej uprzednio przez Lekarza diagnozy na bazie dokumentacji medycznej, na podstawie której została ona postawiona oraz proponuje plan leczenia. Opinię tę tłumaczymy na język polski i przekazujemy Ubezpieczonemu w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku o wydanie Drugiej Opinii Medycznej wraz z załączoną do niego dokumentacją.
13. Jeżeli w powyższym terminie nie jest możliwe przygotowanie tej opinii z uwagi na brak niezbędnej do realizacji świadczenia dokumentacji wskazanej w pkt 12 to zostanie ona przekazana Ubezpieczonemu w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności, jej przygotowanie będzie możliwe.
14. W przypadku, gdy Lekarz konsultant postawi odmienną diagnozę niż ta, która wynika z dostarczonej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej zapewniamy organizację i pokrycie kosztów sporządzenia dodatkowej opinii medycznej przez innego Lekarza konsultanta oraz przetłumaczenia jej na język polski.
15. Ubezpieczony może zrezygnować z Drugiej Opinii Medycznej. Jeśli jednak Ubezpieczony wystąpił o Drugą Opinię Medyczną przed rozpoczęciem Leczenia za granicą, to nie rozpoczniemy organizacji leczenia do czasu sporządzenia tej opinii.

16. **Świadczenie organizacji i pokrycia kosztów leczenia w czasie Leczenia za granicą** polega na organizacji przez nas i pokryciu kosztów medycznych Leczenia za granicą powstałych w związku z leczeniem Ubezpieczonego oraz organizacji przez nas i pokryciu kosztów niemedycznych powstałych w związku z podróżą i zakwaterowaniem Ubezpieczonego, jego osoby towarzyszącej i ewentualnie żywego dawcy za granicą w celu zapewnienia Ubezpieczonemu dostępu do leczenia na warunkach określonych w Certyfikacie Leczenia. W ramach Umowy dodatkowej pokryjemy do wysokości wskazanej w Art. 8:

A. Koszty medyczne jakimi są:

- a. Koszty poniesione przez Placówkę medyczną w zakresie:
 - zakwaterowania, wyżywienia i ogólnej opieki pielęgniarstwa w czasie pobytu Ubezpieczonego w pokoju, na oddziale Szpitala lub też na oddziale intensywnej terapii lub obserwacji;
 - innych usług Placówki medycznej (w tym tłumacza medycznego) wynikających z przyjętego planu leczenia zawartego w Certyfikacie Leczenia, a także kosztów dodatkowego łóżka dla osoby towarzyszącej, o ile Placówka medyczna świadczy taką usługę;
 - korzystania z sali operacyjnej i wszelkich związanych z tym usług.
- b. Koszty poniesione przez Lekarza w zakresie badania, leczenia, opieki medycznej lub operacji, zgodnie z Certyfikatem Leczenia.
- c. Koszty poniesione w związku z wizytami lekarskimi w czasie hospitalizacji.
- d. Koszty poniesione w związku z następującymi usługami medycznymi, zabiegami lub receptami:
 - znieczulenie i podawanie środków znieczulających przez Lekarza anestezjologa;
 - analizy laboratoryjne, badania patologiczne i prześwietlenia rentgenowskie poprzedzające leczenie, radioterapia, izotopy promieniotwórcze, chemioterapia, elektrokardiogramy, echokardiografia, mielogramy, elektroencefalogramy, angiogramy, tomografia komputerowa i inne podobne badania i zabiegi wymagane przy leczeniu Stanu chorobowego wymagającego leczenia, o ile są one wykonywane przez Lekarza lub pod nadzorem lekarskim;
 - transfuzje krwi, podawanie osocza i surowicy;
 - podawanie tlenu, stosowanie roztworów dożylnych i zastrzyków;
 - radioterapia: promieniowanie wysokoenergetyczne mające na celu zmniejszenie guzów i zabicie komórek nowotworowych promieniami rentgenowskimi, promieniami gamma i naładowanymi cząstkami to rodzaje promieniowania stosowanego w leczeniu nowotworów, pochodzącego od urządzeń znajdujących się poza organizmem (radioterapia wiązką zewnętrzną) lub od materiałów radioaktywnych umieszczonych w organizmie w pobliżu komórek nowotworowych (radioterapia wewnętrzna, brachyterapia);
 - chirurgia rekonstrukcyjna mająca na celu naprawę lub odbudowę struktur uszkodzonych lub usuniętych w czasie wykonywania procedur medycznych zorganizowanych i opłaconych w ramach Umowy dodatkowej.
 - leczenie powikłań lub skutków ubocznych bezpośrednio związanych z procedurami medycznymi zorganizowanymi i opłaconymi w ramach Umowy dodatkowej, które:
 1. wymaga udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej w Szpitalu lub klinice oraz
 2. należy przeprowadzić przed wydaniem zaświadczenia stwierdzającego zdolność Ubezpieczonego do podróży związanej z jego powrotem do Polski po zakończeniu etapu Leczenia za granicą.
- e. Koszty poniesione w związku z:
 - Lekami podawanymi z przepisu Lekarza prowadzącego leczenie za granicą w czasie hospitalizacji Ubezpieczonego związanej z leczeniem Stanu chorobowego wymagającego leczenia.
 - Lekami przepisanyymi przez Lekarza prowadzącego leczenie za granicą na okres nie dłuższy niż 30 dni od daty zakończenia przez Ubezpieczonego etapu Leczenia za granicą, o ile zostały one zakupione przed jego powrotem do Polski.
- f. Koszty poniesione w związku z transferami i transportem sanitarnym drogą lądową lub powietrzną, o ile zaleci go Lekarz prowadzący leczenie za granicą.
- g. Koszty poniesione w związku z usługami świadczonymi na rzecz żyjącego dawcy w trakcie pobierania przeszczepianego Ubezpieczonemu narządu, obejmującymi:
 - koszty analizy i badań mających na celu wyszukanie wśród członków rodziny Ubezpieczonego odpowiedniego dawcy;
 - usługi szpitalne świadczone na rzecz dawcy, w tym zakwaterowanie w sali, na oddziale lub w sekcji Szpitala, wyżywienie, ogólne usługi pielęgniarstwa, regularną obsługę ze strony personelu szpitalnego, badania laboratoryjne oraz korzystanie z urządzeń i innego wyposażenia Szpitala (z wyłączeniem przedmiotów użytku osobistego, które nie są potrzebne przy usuwaniu narządu lub tkanki do przeszczepu);

- usługi chirurgiczne i medyczne związane z pobraniem narządu lub tkanki dawcy do przeszczepienia Ubezpieczonemu.
 - h. Koszty poniesione z tytułu usług i dostawy materiałów do posiewów szpiku kostnego związanych z przeszczepieniem Ubezpieczonemu tkanki. Ubezpieczenie obejmuje wyłącznie koszty poniesione od dnia wystawienia Certyfikatu Leczenia.
- B. Koszty niemedyczne, jakimi są:
- a. Koszty podróży Ubezpieczonego, jednej towarzyszącej mu osoby i ewentualnie żyjącego dawcy w związku z Leczeniem za granicą dotyczące:
 - transportu spod adresu stałego miejsca zamieszkania na wyznaczone lotnisko lub międzynarodowy dworzec kolejowy;
 - biletu kolejowego lub lotniczego w klasie ekonomicznej do miasta, w którym odbywać się będzie leczenie, i transportu do wyznaczonego hotelu;
 - transportu z wyznaczonego hotelu lub Szpitala, na wyznaczone lotnisko lub międzynarodowy dworzec kolejowy.
 - biletu kolejowego lub lotniczego w klasie ekonomicznej i późniejszego transportu do miasta, w którym Ubezpieczony posiada stałe miejsce zamieszkania.

Objęte Umową dodatkową koszty podróży nie obejmują regularnych transferów z hotelu do Szpitala lub do Lekarza prowadzącego leczenie za granicą.

- b. Koszty zakwaterowania Ubezpieczonego oraz jednej towarzyszącej mu osoby oraz ewentualnie żyjącego dawcy w przypadku przeszczepu w czasie Leczenia za granicą.

Zorganizujemy i pokryjemy koszty zakwaterowania poza Polską pod warunkiem, że jedynym celem podróży jest poddanie się Leczeniu za granicą zgodnie z wydanym przez Partnera assistance Certyfikatem Leczenia. Zajmujemy się organizacją zakwaterowania w ramach każdej objętej Umową dodatkową podróży, w związku z czym nie zwrócimy kosztów zakwaterowania, które zorganizował we własnym zakresie Ubezpieczony lub inna osoba w jego imieniu.

Na podstawie zatwierzonego harmonogramu leczenia ustalamy terminy rezerwacji zakwaterowania w ramach każdej podróży objętej Umową dodatkową. Ubezpieczony zostanie o nich poinformowany z odpowiednim wyprzedzeniem, tak by mógł dokonać wszelkich niezbędnych przygotowań.

Dla każdej objętej Umową dodatkową podróży ustalimy datę powrotu, o ile Lekarz prowadzący leczenie za granicą uzna Ubezpieczonego za zdolnego do podróży.

Nie pokryjemy kosztów zmiany terminów ustalonych przez nas podróży i rezerwacji oraz kosztów podróży i rezerwacji w przypadku dokonania takich zmian przez Ubezpieczonego lub inną osobę w jego imieniu.

Zasady organizacji zakwaterowania:

- Rezerwujemy pokoje dwuosobowe z pojedynczymi lub podwójnymi łóżkami w hotelu trzy- lub czterogwiazdkowym ze śniadaniem. Wybór hotelu będzie uzależniony od dostępności i bliskości Szpitala lub Lekarza prowadzącego w promieniu 10 km.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje wyżywienia (poza śniadaniem zapewnionym przez hotel) i poniesionych w hotelu kosztów dodatkowych. Ubezpieczony, osoba towarzysząca i ewentualny żyjący dawca nie może zmieniać standardu hotelu, nawet dopłacając do różnicy w kosztach.

- c. Koszty repatriacji

Jeśli w trakcie Leczenia za granicą Ubezpieczony, a w przypadku przeszczepu żyjący dawca, umrze poza Polską, pokryjemy koszty repatriacji zwłok zmarłego do Polski.

Ochrona ubezpieczeniowa dotyczy wyłącznie usług i świadczeń, które są niezbędne, by zwłoki zmarłego przygotować i przewieźć do Polski, w tym:

- Usługi świadczone przez zakład pogrzebowy zajmujący się repatriacją międzynarodową, w tym balsamowanie i wszelkie formalności administracyjne.
- Trumna przewozowa.
- Transport zwłok zmarłego z lotniska do wyznaczonego miejsca pochówku w Polsce.

d. Świadczenie pieniężne w czasie Leczenia za granicą

Wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie pieniężne za każdy dzień pobytu w Szpitalu o ile był on połączony z noclegiem, w wysokości i w limicie wskazanym w Art. 8.

17. Świadczenie pokrycia kosztów leczenia po Leczeniu za granicą polega na pokryciu przez nas kosztów Leków oraz pokryciu kosztów Leczenia poszpitalnego po Leczeniu za granicą po powrocie Ubezpieczonego do Polski. W ramach Umowy dodatkowej pokryjemy do wysokości wskazanej w Art.8:

A. Koszty Leków zalecanych przez Lekarza prowadzącego leczenie za granicą w związku z kontynuacją leczenia Ubezpieczonego po zakończeniu Leczenia za granicą, a przepisanych przez Lekarza leczącego Ubezpieczonego w Polsce, jeśli spełnione zostaną poniższe warunki:

- Lek został dopuszczony do obrotu i jest zatwierdzony przez właściwy organ lub instytucję nadzoru w Polsce, a jego przepisywanie i podawanie jest uregulowane przepisami prawa oraz
- Lek jest dostępny w sprzedaży w Polsce w czasie i w sposób niezbędny do zapewnienia kontynuacji leczenia, oraz
- Lek w Polsce wydaje się z przepisu Lekarza, oraz
- Zgodnie z rekomendacjami Lekarza prowadzącego leczenie za granicą Lek jest niezbędny do kontynuacji leczenia danego Stanu chorobowego wymagającego leczenia, oraz
- Lek jest podawany po Leczeniu za granicą, jeżeli Ubezpieczony spędził w Szpitalu co najmniej trzy noce objęte zakresem ochrony ubezpieczeniowej, oraz
- Recepta nie przekracza dawki przyjmowanej przez 3 miesiące, oraz
- Recepta jest wystawiona przed końcem danego Okresu świadczenia usług.

Zakup Leku na terytorium Polski organizuje i opłaca bezpośrednio Ubezpieczony. Zwrócimy Ubezpieczonemu koszty Leku po otrzymaniu stosownej recepty, oryginału faktury i dowodu zapłaty. Zwrócimy kwotę, jaką bezpośrednio uiścił Ubezpieczony, po uwzględnieniu zniżek i finansowania zakupu Leków przez powszechny system zdrowotny w Polsce.

Jeśli zalecany Lek lub jego równoważny odpowiednik o podobnej skuteczności:

- nie został dopuszczony do obrotu lub nie został zatwierdzony w Polsce lub
- nie jest dostępny w sprzedaży lub dla Ubezpieczonego w Polsce oraz
- wszystkie pozostałe warunki, o których mowa w art. 7 punkt 17A, pozostają spełnione, zwrócone zostaną także koszty Leku zakupionego lub podanego poza Polską. W takim przypadku zorganizujemy dla Ubezpieczonego i jego osoby towarzyszącej niezbędny transport i zakwaterowanie poza Polską.

B. Koszty Leczenia poszpitalnego, jakie Ubezpieczony kontynuował w Polsce po zakończeniu Leczenia za granicą, jeśli spełnione zostaną następujące warunki:

- Leczenie poszpitalne miało miejsce w jednym ze wskazanych przez Partnera assistance Szpitali oraz
- Leczenie poszpitalne jest dostępne w Polsce w czasie i w sposób niezbędny do zapewnienia kontynuacji leczenia, oraz
- Leczenie poszpitalne jest zgodne z zaleceniami Lekarzy prowadzących leczenie za granicą włączając w to zalecone badania kontrolne, oraz
- faktury z tytułu Leczenia poszpitalnego zostały wystawiane przed końcem danego Okresu świadczenia usług. Leczenie poszpitalne na terytorium Polski organizuje i opłaca Ubezpieczony. Zwrócimy Ubezpieczonemu koszty Leczenia poszpitalnego po otrzymaniu oryginału faktury i dowodu zapłaty.

W przypadku, gdy Lekarze odpowiedzialni za zorganizowanie Leczenia poszpitalnego w Polsce, zasygnalizują w oparciu o zmieniający się stan zdrowia Ubezpieczonego, konieczność zastosowania innych wytycznych dotyczących Leczenia poszpitalnego niż te, które pierwotnie wydał Lekarz prowadzący leczenie za granicą, prześlemy mu je do zatwierdzenia, a po zatwierdzeniu potwierdzimy zwrot tych kosztów według nowo przyjętych wytycznych.

Zwrócimy kwotę, jaką bezpośrednio uiścił Ubezpieczony, po uwzględnieniu zniżek i finansowania Leczenia poszpitalnego przez powszechny system zdrowotny w Polsce.

Na wniosek Ubezpiezonego, możemy również zatwierdzić i zorganizować Leczenie poszpitalne poza granicami Polski. W takim przypadku:

- Leczenie poszpitalne będzie wykonywane przez Lekarzy prowadzących leczenie za granicą lub ich zespół medyczny.
- Pokryjemy bezpośrednio medyczne koszty tych konsultacji i badań diagnostycznych.
- Dla Ubezpiezonego i jego osoby towarzyszącej zorganizujemy niezbędny transport i zakwaterowanie.

- Świadczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej realizujemy w walucie euro, z zastrzeżeniem punktu 19, 20 i 21.
- Wszelkie koszty poniesione w walucie innej niż euro przeliczamy na euro. Do przeliczenia używamy średniego kursu ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski z dnia, w którym ten koszt został poniesiony.
- Dzienne świadczenie szpitalne realizujemy w euro na rachunek bankowy Ubezpiezonego. Do przeliczenia używamy średniego kursu ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski z dnia, w którym ten koszt został poniesiony.
- Zwrot kosztów zakupu Leków w Polsce oraz zwrot kosztów Leczenia poszpitalnego w Polsce realizujemy w złotych na rachunek bankowy Ubezpiezonego.
- Po upływie Okresu świadczenia usług dla Stanu chorobowego wymagającego leczenia z danej grupy ochrona ubezpieczeniowa dla Stanów chorobowych wymagających leczenia w tej grupie wygasa.

Art. 8 Jaka jest Suma ubezpieczenia i limity na poszczególne Świadczenia?

- Limit świadczeń w zakresie WIRTUALNEJ KONSULTACJI i PRZEWODNIKA PACJENTA

Świadczenia	Limit świadczeń
Wirtualna Konsultacja	<ul style="list-style-type: none"> • 2 konsultacje na rok polisowy ze specjalistą krajowym lub • 1 konsultacja na rok polisowy ze specjalistą krajowym i 1 konsultacja na rok polisowy ze specjalistą międzynarodowym na Ubezpiezonego, na każdą z Grup wymienionych Stanów chorobowych objętych zakresem świadczenia Wirtualna Konsultacja
Przewodnik Pacjenta	2 porady na rok polisowy dla Ubezpiezonego, na każdą z Grup wymienionych Stanów chorobowych objętych zakresem świadczenia Przewodnik Pacjenta

- Suma ubezpieczenia i limity dotyczące LECZENIA ZA GRANICĄ:

- Suma ubezpieczenia:

Suma ubezpieczenia	Wysokość sumy ubezpieczenia
Suma ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej na łączne świadczenia dla Ubezpiezonego, osoby towarzyszącej i żyjącego dawcy w Nieprzerwanym okresie ochrony	2 000 000 euro

- Limity dotyczące poszczególnych świadczeń:

Świadczenia	Limit świadczeń
Druga Opinia Medyczna	1 opinia medyczna dla jednego Stanu chorobowego wymagającego leczenia

Organizacja i pokrycie kosztów leczenia w czasie Leczenia za granicą – koszty medyczne	Do wysokości Sumy ubezpieczenia
Organizacja i pokrycie kosztów leczenia w czasie Leczenia za granicą – transport	Do wysokości Sumy ubezpieczenia
Organizacja i pokrycie kosztów leczenia w czasie Leczenia za granicą – zakwaterowanie	Do wysokości Sumy ubezpieczenia
Organizacja i pokrycie kosztów leczenia w czasie Leczenia za granicą – repatriacja	Do wysokości Sumy ubezpieczenia
Organizacja i pokrycie kosztów leczenia w czasie Leczenia za granicą – dzienne świadczenie szpitalne	100 euro za każdy dzień pobytu w Szpitalu w czasie Leczenia za granicą za maksymalnie 60 dni pobytu w Szpitalu w przypadku jednego Stanu chorobowego wymagającego leczenia
Pokrycie kosztów po Leczeniu za granicą	Maksymalnie 50 000 euro

Art. 9 Co należy zrobić abyśmy zrealizowali świadczenie?

ŚWIADCZENIE WIRTUALNEJ KONSULTACJI

- Aby zrealizować Świadczenie Wirtualnej Konsultacji musimy zostać poinformowani poprzez Portal Dbamy bez granic o podejrzeniu wystąpienia Stanu chorobowego objętego ubezpieczeniem w zakresie Wirtualnej Konsultacji. W celu skorzystania z tego świadczenia Ubezpieczony musi zarejestrować się w portalu na stronie www.dbamybezgranic.pl, do czego niezbędne jest podanie adresu e’mail.
- Do realizacji świadczenia potrzebujemy następującej dokumentacji medycznej Ubezpieczonego:

Grupa 1

W przypadku stanów chorobowych z grupy 1 potrzebne będą:

- Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego (inaczej: zielona karta DiLO)

lub

- dokumentacja medyczna wydana przez lekarza specjalistę z prośbą o wykonanie badań w kierunku stwierdzenia nowotworu lub dokumentująca badanie obecności nowotworu.

Grupa 2

W przypadku chorób sercowo-naczyniowych grupy 2 potrzebne będą:

- Szybkie skierowanie (cito) do kardiologa od lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty uruchamiające badanie w kierunku diagnozy stanów chorobowych objętych zakresem ubezpieczenia

lub

- dokumentacja medyczna wydana przez lekarza specjalistę z prośbą o wykonanie badań w kierunku stwierdzenia stanów chorobowych objętych zakresem ubezpieczenia lub dokumentująca badanie obecności tych stanów chorobowych.

Przedłożone dokumenty będą musiały stanowić odniesienie do odpowiedniego kodu ICD wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja 10, wskazanego w Art. 2 punkt 2.

Grupa 3

W przypadku neurochirurgii grupy 3 potrzebne będą:

- skierowanie do poradni neurochirurgicznej od lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty uruchamiające badanie stanu chorobowego

lub

- dokumentacja medyczna wydana przez lekarza specjalistę z prośbą o wykonanie badań w kierunku stwierdzenia stanów chorobowych objętych zakresem ubezpieczenia lub dokumentująca badanie obecności tych stanów chorobowych.

Grupa 4

W przypadku przeszczepów grupy 4 potrzebne będą:

- skierowanie do lekarza transplantologa od lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty uruchamiające badanie stanu stanów chorobowych objętych zakresem
- lub
- dokumentacja medyczna wydana przez lekarza specjalistę z prośbą o wykonanie badań w kierunku stwierdzenia stanów chorobowych objętych zakresem ubezpieczenia lub dokumentująca badanie obecności tych stanów chorobowych
-

3. Świadczenie Wirtualnej Konsultacji zrealizowane zostanie za pośrednictwem Portalu Dbamy bez granic.
4. Świadczenie Wirtualnej Konsultacji realizowane jest w języku polskim.

ŚWIADCZENIE PRZEWODNIK PACJENTA

5. Aby zrealizować Świadczenie Przewodnik Pacjenta musimy zostać poinformowani poprzez Portal Dbamy bez granic o zajściu Stanu chorobowego objętego ubezpieczeniem w zakresie Przewodnika Pacjenta. W celu skorzystania z tego świadczenia Ubezpieczony musi zarejestrować się w portalu na stronie www.dbamybezgranic.pl, do czego niezbędne jest podanie adresu e-mail.
6. Do realizacji świadczenia potrzebujemy następującej dokumentacji medycznej Ubezpieczonego:

Grupa 1

W przypadku stanów chorobowych z grupy 1 potrzebne będą:

- Wynik badania histopatologicznego wraz z diagnozą onkologa. W przypadku braku możliwości pobrania materiału do takiego badania potrzebne będą wyniki badań fizykalnych, laboratoryjnych lub obrazowych, na podstawie których onkolog postawił diagnozę.
-

Grupa 2

W przypadku chorób sercowo-naczyniowych grupy 2 potrzebne będą:

- Dokumentacja medyczna wraz z pisemną diagnozą sporządzoną przez kardiologa.

Przedłożone dokumenty będą musiały stanowić odniesienie do odpowiedniego kodu ICD wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja 10, wskazanego w Art. 2 punkt 3.

Grupa 3

W przypadku neurochirurgii grupy 3 potrzebne będą:

- Pisemne wskazanie od Lekarza do przeprowadzenia operacji mózgu lub operacji łagodnego guza rdzenia kręgowego.
-

Grupa 4

W przypadku przeszczepów grupy 4 potrzebne będą:

- Pisemne wskazanie od Lekarza do przeprowadzenia:
 - przeszczepu narządu od żywego dawcy
 - przeszczepu szpiku kostnego
-

7. Świadczenie Przewodnika Pacjenta zrealizowane zostanie za pośrednictwem Portalu Dbamy bez granic.
8. Świadczenie Przewodnika Pacjenta realizowane jest w języku polskim.

ŚWIADCZENIE LECZENIA ZA GRANICĄ

9. Aby zrealizować Świadczenie musimy zostać poinformowani o zajściu Stanu chorobowego wymagającego leczenia objętego ubezpieczeniem. W celu skorzystania ze świadczeń wynikających z Umowy dodatkowej powinniśmy zgłosić ten fakt:
 - a) poprzez Portal Dbamy bez granic www.dbamybezgranic.pl po uprzedniej rejestracji, do czego niezbędny jest adres e-mail Ubezpieczonego lub
 - b) mailowo na adres dbamybezgranic@trustedoctor.com, lub
 - c) pisemnie na adres Trustedoctor Ltd, ul. Półwiejska 47, 61-886 Poznań, lub
 - d) osobiście w punkcie obsługi klienta zlokalizowanym w siedzibie Nationale-Nederlanden.

10. W przypadku realizacji świadczenia poprzez Portal Dbamy bez granic kontakt i wymiana korespondencji nastąpi drogą elektroniczną, o ile przepisy prawa nie narzucają obowiązku dostarczenia korespondencji pisemnej.
11. Do realizacji świadczenia potrzebujemy dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, będącej w posiadaniu Ubezpieczonego lub Lekarza, Szpitala lub innych Placówek medycznych odpowiedzialnych za leczenie do dnia zgłoszenia wniosku o realizację świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
12. Po przeanalizowaniu dokumentacji medycznej powiadomimy Ubezpieczonego, czy zdarzenie jest objęte ochroną ubezpieczeniową oraz o tym, czy dla tego zdarzenia rozpoczął się Okres świadczenia usług. Jeśli Ubezpieczony będzie chciał rozważyć Leczenie za granicą, otrzyma listę polecanych Szpitali, spośród których wybierze jeden, w którym przeprowadzone będzie Leczenie za granicą.
13. Po otrzymaniu od Ubezpieczonego potwierdzenia decyzji o poddaniu się Leczeniu za granicą w Szpitalu wybranym z listy Szpitali polecanych do leczenia poczynimy niezbędne przygotowania logistyczne i medyczne dla prawidłowego przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala. Nasz Partner assistance wyda Certyfikat Leczenia, który jest ważny tylko dla Leczenia za granicą w wybranym przez Ubezpieczonego Szpitalu.
14. Lista zalecanych Szpitali oraz Certyfikat Leczenia wydawane są na podstawie stanu zdrowia Ubezpieczonego w chwili ich wystawienia. Ponieważ stan zdrowia Ubezpieczonego może z czasem się zmienić, oba dokumenty są ważne przez trzy miesiące.
15. W przypadku, gdy Ubezpieczony nie wybierze Szpitala z listy zalecanych Szpitali lub nie rozpocznie leczenia w zatwierdzonym Szpitalu wskazanym w Certyfikacie Leczenia w ciągu trzech miesięcy od jego wystawienia, to na podstawie stanu zdrowia Ubezpieczonego mogą zostać wydane zaktualizowane wersje tych dokumentów.
16. Zorganizujemy proces Leczenia za granicą i przejmemy koszty objęte zakresem Umowy dodatkowej oraz podejmiemy niezbędne starania związane z organizacją podróży i zakwaterowania, o których mowa w Art. 7 z zastrzeżeniem ograniczeń, wyłączeń i warunków wyszczególnionych w Art. 7, 8 i 10.
17. W przypadku, gdy powrót do Polski po zakończeniu Leczenia za granicą nastąpi przed końcem Okresu świadczenia usług przedstawimy Ubezpieczonemu wytyczne dotyczące korzystania ze świadczeń po powrocie z Leczenia za granicą. Wytyczne te będą oparte na zaleceniach Lekarza prowadzących leczenie za granicą i objęte są zakresem Świadczenia pokrycia kosztów leczenia po Leczeniu za granicą.
18. Zmiana stanu zdrowia Ubezpieczonego po Leczeniu za granicą może spowodować, że konieczne będzie przeprowadzenie nowej oceny dotyczącej dalszego leczenia Ubezpieczonego. Jeśli nie upłynął Okres świadczenia usług dla danego Stanu chorobowego wymagającego leczenia, Ubezpieczony będzie mógł skontaktować się z nami w celu weryfikacji tej oceny, w oparciu o aktualny stan zdrowia Ubezpieczonego. W przypadku, gdy potwierdzimy, że dalsze leczenie jest wymagane, Partner assistance wystawi nowy Certyfikat Leczenia, zawierający listę zalecanych Szpitali i potencjalnego Leczenia za granicą. Ocena może wymagać ponownego skorzystania z usługi Drugiej Opinii Medycznej, o czym poinformujemy Ubezpieczonego. Zorganizujemy i pokryjemy koszty ponownego Leczenia za granicą wynikające z nowego Certyfikatu Leczenia do końca trwania danego Okresu świadczenia usług.

Art. 10 W jakich sytuacjach nie zrealizujemy Świadczenia w zakresie Leczenia za granicą?

1. Nie zrealizujemy świadczenia Leczenia za granicą, jeśli Stan chorobowy wymagający leczenia jest następstwem:
 - a) okoliczności wyłączających naszą odpowiedzialność, o których mowa w Warunkach Umowy dodatkowej,
 - b) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - c) próby popełnienia samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - d) spożywania lub pozostawiania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - e) chorób będących skutkiem spożywania alkoholu takich jak: alkoholowa choroba wątroby, przewlekłe zapalenie trzustki wywołane alkoholem, alkoholowe zapalenie żołądka, kardiomiopatia alkoholowa, miopatia alkoholowa, polineuropatia alkoholowa, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, spowodowane użyciem alkoholu,
 - f) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego spowodowanym przez broń lub urządzenie wykorzystujące energię rozszczepienia jądrowego lub radioaktywność;
2. Nie zrealizujemy Świadczenia leczenia za granicą, jeśli Ubezpieczony:
 - a) w trakcie lub po zakończeniu rozpatrywania przez nas wniosku o Świadczenie nie zastosował się do porad, zaleceń lub ustalonego planu leczenia Lekarza prowadzącego lub
 - b) odmówił poddania się leczeniu lub dodatkowej analizie diagnostycznej lub badaniom niezbędnym do ustalenia ostatecznej diagnozy lub planu leczenia,
 - c) w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego nie mieszka na terytorium Polski lub w ciągu 12 miesięcy poprzedzających wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego ponad 183 dni przebywał poza terytorium Polski.

3. Umowa dodatkowa nie obejmuje organizacji i pokrycia kosztów leczenia:
 - a) chorób nie wymienionych w Art. 2 oraz Chorób rozpoznanych, leczonych w okresie 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, z wyjątkiem tych, które są następstwem Nieszczęśliwego wypadku,
 - b) obejmującego terapię genową, somatyczną terapię komórkową, terapię inżynierii tkankowej i terapię limfocytami CAR-T,
 - c) eksperymentalnego, a także procedur diagnostycznych, terapeutycznych lub chirurgicznych, których bezpieczeństwo i niezawodność nie zostały powszechnie uznane przez międzynarodową społeczność naukową,
 - d) które nie jest niezbędne z medycznego punktu widzenia przy leczeniu danego Stanu chorobowego wymagającego leczenia objętego zakresem Umowy dodatkowej,
 - e) alternatywnego,
 - f) innymi metodami niż zalecany przez Lekarza prowadzącego leczenie za granicą przeszczep,
 - g) rehabilitacji, w tym: fizjoterapii, rehabilitacji ruchowej oraz terapii językowej i logopedycznej,
 - h) powikłań lub Chorób będących bezpośrednim następstwem procedur medycznych zorganizowanych i opłaconych w ramach niniejszej Umowy dodatkowej, z wyjątkiem Stanów chorobowych wymagających leczenia objętych ochroną z tytułu Umowy dodatkowej.
4. Jeśli chodzi o zwrot kosztów Leków nie pokryjemy:
 - a) wszelkich kosztów sfinansowanych przez powszechny system zdrowotny w Polsce,
 - b) kosztów podania Leku,
 - c) zakupu Leków poza Polską, chyba że zostanie to uprzednio z nami uzgodnione.
5. W przypadku kosztów Leczenia szpitalnego, nie pokryjemy:
 - a) wszelkich kosztów sfinansowanych przez powszechny system zdrowotny w Polsce,
 - b) wszelkich kosztów poniesionych niezgodnie z wytycznymi zawartymi w Certyfikacie Leczenia lub niezgodzonych z nami.
6. Koszty, które nie są objęte zakresem Leczenia za granicą w ramach Umowy dodatkowej:
 - a) wszelkie koszty poniesione w wyniku lub w związku z wszelkiego rodzaju procedurami diagnostycznymi, leczeniem, usługami, świadczeniami lub receptami na terytorium Polski z wyjątkiem kosztów zakupu Leków i kosztów Leczenia szpitalnego opisanych w Art. 7, chyba, że zajdzie okoliczność wskazana w punkcie 7,
 - b) wszelkie koszty poniesione przed wydaniem Certyfikatu Leczenia,
 - c) wszelkie koszty poniesione poza danym Okresem świadczenia usług,
 - d) wszelkie koszty poniesione w Szpitalu innym niż zatwierdzony i wymieniony w Certyfikacie Leczenia,
 - e) wszelkie koszty poniesione niezgodnie z postanowieniami niniejszej Umowy dodatkowej,
 - f) wszelkie koszty poniesione w związku z pobytem w szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach, uzdrowiskach, leczeniem w klinikach medycyny naturalnej, ośrodkach pomocy społecznej, domach opieki lub korzystaniem ze świadczeń na terenie ośrodka lub instytucji rehabilitacyjnej, hospicjum lub domu spokojnej starości, nawet jeśli jest to wymagane lub niezbędne z punktu widzenia Stanu chorobowego wymagającego leczenia,
 - g) wszelkie koszty zakupu lub wypożyczenia wszelkiego rodzaju protez lub sprzętu ortopedycznego, gorsetów, bandaży, kul, protez, sztucznych urządzeń zastępujących część lub całość narządów lub ich funkcji, peruk (nawet jeśli ich użycie uważa się za niezbędne podczas chemioterapii), obuwia ortopedycznego, sztucznych szczęk, soczewek korygujących, okularów korekcyjnych, pasów przepuklinowych i innego podobnego sprzętu lub przedmiotów z wyjątkiem protez piersi po operacji mastektomii oraz protez zastawek serca potrzebnych po operacji zorganizowanej i opłaconej w ramach niniejszej Umowy dodatkowej,
 - h) wszelkie koszty zakupu lub wypożyczenia wózków inwalidzkich, specjalnych łóżek, urządzeń klimatyzacyjnych, oczyszczaczy powietrza i innych podobnych przedmiotów lub sprzętu,
 - i) koszty Leków nabytych poza uprawnionymi do ich sprzedaży aptekami, punktami aptecznymi, nawet jeśli są przepisane przez Lekarza oraz tych Leków, które są dostępne bez recepty,
 - j) wszelkie koszty związane z korzystaniem z Leczenia alternatywnego, nawet jeśli takie korzystanie ma miejsce z przepisu Lekarza,
 - k) wszelkie koszty opieki zdrowotnej lub odosobnienia w przypadku zmian otępiennych, które wywołuje podeszły wiek lub Zaburzeń poznawczych, niezależnie od stanu zaawansowania,
 - l) koszty tłumacza ustnego z wyjątkiem tych związanych z leczeniem Placówce medycznej w trakcie Leczenia za granicą, rozmów telefonicznych i innych opłat związanych z przedmiotami użytku osobistego lub nie mającymi charakteru medycznego świadczonych na rzecz Ubezpieczonego, osoby towarzyszącej i żyjącego dawcy,
 - m) wszelkie wydatki poniesione przez Ubezpieczonego lub osobę towarzyszącą lub żywego dawcę, z wyjątkiem tych, które są objęte zakresem naszej odpowiedzialności,
 - n) wszelkie koszty zakwaterowania lub transportu zorganizowanego przez Ubezpieczonego, osobę towarzyszącą lub żyjącego dawcę.
7. Jeśli na skutek działania Siły wyższej nie będzie możliwe zorganizowanie Leczenia za granicą to zorganizujemy i pokryjemy koszty leczenia w Polsce w takim samym zakresie, jak by to miało miejsce za granicą pod warunkiem, że:

- a) realizacja świadczeń w Polsce nie będzie niemożliwa ze względu na działanie Siły wyższej w Polsce oraz
 - b) realizacja leczenia zgodnie z założonym planem leczenia będzie możliwa w Polsce.
- W przypadku leczenia w Polsce pokryjemy te koszty medyczne wskazane w Arktule 7 punkt 16A, które nie będą sfinansowane przez powszechny system zdrowotny. Leczenie w Polsce będzie realizowane do czasu ustąpienia działania siły wyższej, tak aby można było przeprowadzić leczenie poza Polską.

Art. 11 Zastosowanie Warunków umowy głównej

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach umowy dodatkowej mają zastosowanie odpowiednie postanowienia Warunków umowy głównej, z zastrzeżeniem, że Umowa dodatkowa nie podlega indeksacji. Pojęcia pisane wielką literą, a niezdefiniowane w Warunkach umowy dodatkowej mają znaczenie zgodne z definicjami używanymi w Warunkach umowy głównej.

Art. 12 Wejście w życie Warunków umowy dodatkowej

Warunki umowy dodatkowej zostały zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 30/2022 z dnia 12 maja 2022 r., wchodzą w życie z dniem 18 maja 2022 r.



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu