



więcej / niż standard

ubezpieczenia



Kod dokumentu: 411_0617

Ogólne warunki

dotaddkowego grupowego ubezpieczenia Medycyna bez granic – Best Doctors dla Ubezpieczonego
– indeks GNBDU/17/06/01

Formularz do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia
Medycyna bez granic – Best Doctors dla Ubezpieczonego – indeks GNBDU/17/06/01
Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności
ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 ust. 1, 2, 4 § 3 § 4 § 8
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 1 ust. 3 § 6 § 7

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *Ubezpieczonego*.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje świadczenia:
 - 1) Drugiej opinii medycznej (Inter Consultation),
 - 2) Opieki medycznej za granicą (FindBest Care),
 - 3) Opieki ambulatoryjnej w RP (Recovery Care),realizowane w okresie świadczenia ochrony ubezpieczeniowej w przypadku zdiagnozowania *poważnego stanu chorobowego* lub choroby będącej przyczyną przeprowadzenia jednego z zabiegów lub operacji z zakresu *poważnego stanu chorobowego*.

! Definicja *poważnego stanu chorobowego* znajduje się w § 8 OWUD.

3. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
 - 1) *poważnych stanów chorobowych* zdiagnozowanych, rozpoznanych lub leczonych, lub których objawy zostały stwierdzone stosownymi dokumentami medycznymi;
 - 2) *poważnych stanów chorobowych* spowodowanych chorobą, o którą Towarzystwo zapytywało przed przystąpieniem do *umowy ubezpieczenia*, zdiagnozowaną, rozpoznaną lub leczoną, lub której objawy zostały stwierdzone stosownymi dokumentami medycznymi, które miały miejsce w okresie 10 lat przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

! Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są zachorowania, które zostały zdiagnozowane, rozpoznane lub leczone przed objęciem ochroną ubezpieczeniową.

4. W przypadku zdiagnozowania u *Ubezpieczonego* *poważnego stanu chorobowego* lub choroby, będącej przyczyną przeprowadzenia jednego z zabiegów lub operacji z zakresu *poważnego stanu chorobowego*, Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej w postaci realizacji poniższych świadczeń:
 - 1) Druga opinia medyczna – świadczenie ubezpieczeniowe realizowane za pośrednictwem *Best Doctors*, polegające na przygotowaniu dla *Ubezpieczonego* raportu sporządzonego przez *eksperta medycznego*, na podstawie analizy dokumentacji medycznej dostarczonej przez *Ubezpieczonego*; raport *eksperta medycznego* zawiera dodatkową opinię na temat *poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego*;
 - 2) Opieka medyczna za granicą – świadczenie ubezpieczeniowe realizowane za pośrednictwem *Best Doctors*, polegające na organizacji i pokryciu kosztów leczenia za granicą RP *poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego*, pod warunkiem że raport przygotowany przez *eksperta medycznego* w ramach Drugiej opinii medycznej potwierdzi wystąpienie objętego ubezpieczeniem *poważnego stanu chorobowego* oraz wskaże możliwość dalszego leczenia;
 - 3) Opieka ambulatoryjna w RP – świadczenie ubezpieczeniowe realizowane za pośrednictwem *Partnera Medycznego AXA*, polegające na organizacji i pokryciu kosztów świadczeń ambulatoryjnych realizowanych w *placówkach medycznych* należących do sieci *Partnera Medycznego AXA*; świadczenia realizowane są po powrocie *Ubezpieczonego* na terytorium RP pod warunkiem, że *Ubezpieczony* poddał się leczeniu za granicą RP w ramach Opieki medycznej za granicą.

! *Ubezpieczonemu* przysługuje prawo skorzystania ze świadczenia Drugiej opinii medycznej, Opieki medycznej za granicą oraz Opieki ambulatoryjnej w RP w przypadku zdiagnozowania *poważnego stanu chorobowego* lub choroby będącej przyczyną przeprowadzenia jednego z zabiegów lub operacji z zakresu *poważnego stanu chorobowego*. Świadczenia realizowane są za pośrednictwem *Best Doctors* lub *Partnera Medycznego AXA*.

Gdzie jest określona składka, suma ubezpieczenia oraz limity odpowiedzialności dotyczące poszczególnych świadczeń?

§ 2

1. *Sumy ubezpieczenia* oraz limity odpowiedzialności Towarzystwa określone są w *polisie* lub innym dokumencie *umowy ubezpieczenia*.
2. Wysokość składki z tytułu niniejszych OWUD określona jest w *polisie* lub innym dokumencie ubezpieczenia.
3. Sposób kalkulacji składki ubezpieczeniowej określony jest w *umowie podstawowej* i zmienia się w zależności od wieku *Ubezpieczonego*.

! Informacje o składce, *sumach ubezpieczenia* oraz limitach odpowiedzialności dotyczących poszczególnych świadczeń znajdują się w *polisie* lub innym dokumencie *umowy ubezpieczenia*.

Na czym polegają poszczególne świadczenia ubezpieczeniowe?

§ 3

! Poniżej znajduje się opis poszczególnych świadczeń, które możliwe są w ramach niniejszych OWUD.

1. Druga opinia medyczna

Świadczenie Drugiej opinii medycznej zapewnia organizację i pokrycie kosztów następujących czynności:

- 1) udzielenia *Ubezpieczonemu* informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej umożliwiającej przygotowanie raportu *eksperta medycznego*;
- 2) w przypadkach uzasadnionych medycznie – ponownej oceny histopatologicznej, co oznacza wykonanie ponownych badań tkanek pobranych od *Ubezpieczonego* do postawienia diagnozy;
- 3) tłumaczenia dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia *Ubezpieczonego*, niezbędnej do przygotowania raportu *eksperta medycznego*;
- 4) przekazania przetłumaczonej dokumentacji medycznej *ekspertowi medycznemu*;
- 5) sporządzenia raportu *eksperta medycznego*, zawierającego:
 - a) opinię *eksperta medycznego* na temat postawionej diagnozy i dotychczasowego leczenia,
 - b) propozycję dotyczącą dalszego postępowania i leczenia zalecanego przez *eksperta medycznego*,
 - c) odpowiedzi na pytania *Ubezpieczonego* dotyczące jego przypadku medycznego,
- 6) wydania raportu przez *eksperta medycznego*;
- 7) przetłumaczenia raportu *eksperta medycznego* na język polski;
- 8) udostępnienia raportu *eksperta medycznego Ubezpieczonemu*.

! Świadczenie Drugiej opinii medycznej zapewnia organizację i pokrycie kosztów czynności związanych z wydaniem raportu przez *eksperta medycznego* oraz przetłumaczenie raportu na język polski.

2. Opieka medyczna za granicą

Best Doctors organizuje i pokrywa poniżej wymienione koszty powstałe w związku z objętymi ubezpieczeniem *poważnymi stanami chorobowymi*, do wysokości *sumy ubezpieczenia* i limitów określonych w *polisie* lub innym dokumencie *umowy ubezpieczenia*.

Zakres świadczeń Opieki medycznej za granicą obejmuje organizację oraz:

1) pokrycie kosztów leczenia za granicą RP:

- a) pobytu *Ubezpieczonego* w szpitalu:
 - zakwaterowania, wyżywienia i usług opiekuńczych świadczonych w okresie *hospitalizacji Ubezpieczonego*, pobytu *Ubezpieczonego* na oddziale lub na oddziale intensywnej terapii, a także na oddziale obserwacyjnym,

- usług szpitalnych, w tym usług świadczonych przez przychodnie przyszpitalne,
 - dodatkowego łóżka związanego z pobytem w szpitalu osoby towarzyszącej, w przypadku jeżeli szpital udostępnia taką usługę,
 - wykonania operacji na sali operacyjnej, w tym opieki anestezyjologicznej;
- b)** pobytu *Ubezpieczonego* w szpitalu ambulatoryjnym lub ośrodku pomocy pod warunkiem, że poniesione tam koszty byłyby objęte ubezpieczeniem w związku z pobytem *Ubezpieczonego* w szpitalu;
- c)** opieki lekarskiej, w odniesieniu do badania, leczenia lub operacji;
- d)** wizyt lekarskich podczas *hospitalizacji*;
- e)** znieczulenia i podania środków znieczulających, pod warunkiem że są wykonywane przez wykwalifikowanego anestezjologa;
- f)** badań laboratoryjnych i diagnostycznych uzasadnionych z medycznego punktu widzenia, zleconych przez lekarza, w szczególności: badań rentgenowskich, tomografii komputerowej, rezonansów magnetycznych, elektrokardiograficznych, EKG;
- g)** radioterapii, chemioterapii, izotopów promieniotwórczych;
- h)** transfuzji krwi, osocza i podawania surowicy;
- i)** związanych z terapiami z wykorzystaniem tlenu, stosowaniem rozwiązań dożylnych, jak również iniekcji;
- j)** *leków* przepisanych przez lekarza po *hospitalizacji* związanej z leczeniem *poważnego stanu chorobowego*, poniesionych przez *Ubezpieczonego* za granicą RP w ciągu 30 dni od dnia zakończenia procesu leczenia za granicą RP, pod warunkiem że *leki* te zostały zakupione przed powrotem na terytorium RP;
- k)** transferu i transportu medycznego ambulansem naziemnym lub powietrznym, pod warunkiem że został on zalecony przez lekarza oraz zaakceptowany i zorganizowany przez *Best Doctors*;
- l)** związanych z *hospitalizacją* dawcy w przypadku przeszczepu od tego dawcy, w szczególności kosztów:
- postępowania wyjaśniającego, na terytorium RP, w celu potwierdzenia zgodności tkankowej (możliwości pobrania narządu od potencjalnego dawcy),
 - zakwaterowania w pokoju lub na oddziale i żywienia podczas *hospitalizacji*,
 - opieki lekarskiej oraz pielęgniarskiej podczas *hospitalizacji*,
 - badań laboratoryjnych i diagnostycznych zleconych przez lekarza,
 - operacji i opieki medycznej związanej z pobraniem narządu lub tkanki do przeszczepu dla *Ubezpieczonego*;
- m)** świadczeń medycznych i materiałów wykorzystanych w związku z przeszczepem szpiku kostnego *Ubezpieczonemu*, pod warunkiem że były one poniesione za granicą RP, po dacie wskazanej we *Wstępnym certyfikacie leczenia*;
- 2) pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego Ubezpieczonego wraz z osobą towarzyszącą lub dawcą:**
- a)** *Best Doctors* organizuje i pokrywa koszty podróży *Ubezpieczonego* i osoby towarzyszącej oraz dawcy w przypadku przeszczepów za granicą RP w związku z leczeniem *Ubezpieczonego* w zagranicznej placówce medycznej, potwierdzonej we *Wstępnym certyfikacie leczenia*;
- b)** *Best Doctors* jest odpowiedzialna za ustalenie daty podróży na podstawie uzgodnionego planu leczenia;
- c)** w przypadku gdy *Ubezpieczony*, bez uzasadnienia medycznego oraz bez uzgodnienia z *Best Doctors*, zmieni datę podróży, o której mowa w lit. b) powyżej, *Ubezpieczony* będzie zobowiązany do zwrotu *Best Doctors* kosztów związanych z organizacją i zapewnieniem odpowiednich warunków podróży;
- d)** koszty podróży lub transportu medycznego obejmują:
- transport *Ubezpieczonego* z jego miejsca pobytu do międzynarodowego lotniska lub dworca kolejowego, z którego zgodnie z planem podróży będzie zorganizowany transport,
 - bilet kolejowy lub lotniczy w klasie ekonomicznej do miasta docelowego leczenia i transport do wskazanego hotelu,
 - transport z wyznaczonego hotelu lub szpitala do lotniska lub międzynarodowego dworca kolejowego,
 - bilet kolejowy lub lotniczy w klasie ekonomicznej oraz transport do miejsca pobytu *Ubezpieczonego*;
- e)** w przypadkach uzasadnionych medycznie *Best Doctors* organizuje i pokrywa koszty transportu, o którym mowa w ust. 2 pkt 1) lit. k) powyżej;
- 3) pokrycie kosztów zakwaterowania Ubezpieczonego oraz osoby towarzyszącej lub dawcy:**
- a)** *Best Doctors* organizuje i pokrywa koszty zakwaterowania *Ubezpieczonego* i osoby towarzyszącej oraz dawcy w przypadku przeszczepów, w związku z ich pobytem w miejscu leczenia *poważnego stanu chorobowego* poza terytorium RP w ramach Opieki medycznej za granicą;
- b)** *Best Doctors* jest odpowiedzialna za organizację zakwaterowania; ubezpieczenie nie obejmuje kosztów zakwaterowania organizowanego przez *Ubezpieczonego* we własnym zakresie;
- c)** *Best Doctors* ustala okres zakwaterowania na podstawie uzgodnionego planu leczenia;
- d)** w przypadku gdy *Ubezpieczony*, bez uzasadnienia medycznego oraz bez uzgodnienia z *Best Doctors*, zmieni datę zakwaterowania, o której mowa w lit. c), będzie zobowiązany do zwrotu *Best Doctors* kosztów związanych z wprowadzonymi zmianami warunków zakwaterowania;
- e)** ustalenia dotyczące zakwaterowania obejmują zakwaterowanie w pokoju dwuosobowym w hotelu trzy- lub czterogwiazdkowym (o wyborze hotelu będzie decydowała odległość od szpitala lub lekarza prowadzącego, która powinna być nie większa niż 10 km);
- f)** wszystkie posiłki i związane z tym koszty nie są objęte ubezpieczeniem; podwyższenie standardu hotelu nie jest możliwe i nie może być sfinansowane przez *Ubezpieczonego*;
- 4) pokrycie kosztów repatriacji zwłok Ubezpieczonego lub dawcy:**
- a)** *Best Doctors* organizuje i pokrywa koszty repatriacji zwłok *Ubezpieczonego* lub dawcy do miejsca pochówku na terytorium RP, jeżeli nastąpi śmierć *Ubezpieczonego* lub dawcy podczas organizowanego przez *Best Doctors* procesu leczenia za granicą RP;
- b)** koszty repatriacji zwłok obejmują koszty zakupu trumny przewozowej i balsamowania zwłok oraz koszty transportu na terytorium RP;
- 5) wypłatę świadczenia pieniężnego za każdy dzień pobytu w szpitalu:**
- a)** *Best Doctors* wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie za każdy dzień *hospitalizacji* podczas leczenia *Ubezpieczonego* za granicą RP w ramach Opieki medycznej za granicą, w kwocie określonej w *polisie* lub innym dokumencie ubezpieczenia;
- b)** *Best Doctors* wypłaci świadczenie za okres nieprzekraczający 60 dni na każdy *poważny stan chorobowy*;
- 6) zwrot kosztów poniesionych na zakup leków po powrocie na terytorium RP:**
- a)** w przypadku gdy *Ubezpieczony* był *hospitalizowany* za granicą RP, w ramach procesu leczenia organizowanego przez *Best Doctors* przez okres dłuższy niż 3 dni, *Best Doctors* zrefunduje *Ubezpieczonemu* koszty poniesione na zakup *leków*, po powrocie na terytorium RP;
- b)** koszty, o których mowa w lit. a) powyżej, dotyczą *leków*:
- zaleconych przez lekarza prowadzącego leczenie za granicą RP jako kontynuacja prowadzonego leczenia,
 - dopuszczonych do obrotu na terytorium RP,
 - przepisanych przez lekarza pracującego na terytorium RP,
 - zakupionych na terytorium RP,
 - przepisanych w dawce pozwalającej na przyjmowanie *leku* przez okres nie dłuższy niż dwa miesiące;
- c)** ubezpieczeniem nie są objęte koszty *leków* w części refundowanej w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.

! Zakres świadczeń Opieki medycznej za granicą obejmuje organizację oraz pokrycie kosztów związanych z leczeniem za granicą RP, podróżą lub transportem medycznym czy zakwaterowaniem *Ubezpieczonego* oraz osoby towarzyszącej lub dawcy.

3. Opieka ambulatoryjna w RP

- 1) *Ubezpieczonemu* przysługuje dostęp do świadczeń ambulatoryjnych na terytorium RP, pod warunkiem że *Ubezpieczony* był leczony za granicą RP w ramach Opieki medycznej za granicą.
- 2) *Ubezpieczony* ma prawo do świadczeń ambulatoryjnych do wysokości *sumy ubezpieczenia* z tytułu Opieki ambulatoryjnej w RP, określonej w *polisie* lub w innym dokumencie *umowy ubezpieczenia*.
- 3) Zakres świadczeń ambulatoryjnych obejmuje:
 - a) badanie PET;
 - b) badania laboratoryjne:
 - hematologiczne,
 - krzepliwości,
 - biochemiczne i enzymatyczne,
 - immunologiczne,
 - moczu i kału,
 - serologiczne,
 - hormonalne i metaboliczne,
 - mikrobiologiczne,
 - markery nowotworowe,
 - cytologiczne,
 - c) biopsje i badania endoskopowe;
 - d) badania radiologiczne z kontrastem lub bez;
 - e) tomografię komputerową z kontrastem lub bez;
 - f) rezonans magnetyczny z kontrastem lub bez;
 - g) ultrasonografię;
 - h) rehabilitację;
 - i) konsultacje lekarzy specjalistów.
- 4) Opieka ambulatoryjna w RP obejmuje zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych, realizowanych w ciągu 24 miesięcy od daty wskazanej w pierwszym *Wstępnym certyfikacie leczenia*.
- 5) Świadczenia ambulatoryjne realizowane są przez placówki medyczne należące do sieci *Partnera Medycznego AXA*, których aktualny wykaz znajduje się na stronie www.axa.pl. Informacje o aktualnym wykazie placówek medycznych, należących do sieci *Partnera Medycznego AXA* można uzyskać także za pośrednictwem infolinii medycznej, której numer wskazany jest na *polisie* lub w innym dokumencie *umowy ubezpieczenia*.

! W ramach świadczenia Opieki ambulatoryjnej w RP *Ubezpieczony* ma prawo do świadczeń ambulatoryjnych na terytorium RP do wysokości *sumy ubezpieczenia*, o ile był leczony za granicą RP w ramach Opieki medycznej za granicą.

W jaki sposób realizowane są świadczenia?

§ 4

1. Druga opinia medyczna

- 1) W przypadku zdiagnozowania *poważnego stanu chorobowego* lub choroby będącej przyczyną przeprowadzenia jednego z zabiegów lub operacji z zakresu *poważnego stanu chorobowego*, *Ubezpieczony* powinien skontaktować się z Towarzystwem pod numerem telefonu podanym w *polisie* lub innym dokumencie ubezpieczeniowym oraz podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) PESEL,
 - c) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,

d) datę zdiagnozowania *poważnego stanu chorobowego* lub choroby będącej przyczyną przeprowadzenia jednego z zabiegów lub operacji z zakresu *poważnego stanu chorobowego* oraz rodzaj *poważnego stanu chorobowego*.

- 2) W przypadku pozytywnej weryfikacji *Best Doctors* skontaktuje się z *Ubezpieczonym* w celu poinformowania *Ubezpieczonego* o czynnościach i wymaganych dokumentach, które są niezbędne do przygotowania raportu eksperta medycznego.
- 3) *Best Doctors* przygotowuje, na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej, raport eksperta medycznego.

! W celu realizacji świadczenia Drugiej opinii medycznej *Ubezpieczony* powinien skontaktować się z Towarzystwem pod numerem telefonu podanym w *polisie* lub innym dokumencie *umowy ubezpieczenia*.

2. Opieka medyczna za granicą

- 1) W przypadku gdy raport eksperta medycznego potwierdza wystąpienie *poważnego stanu chorobowego* objętego ubezpieczeniem, *Ubezpieczony*, pod warunkiem trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu OWUD, może telefonicznie lub z wykorzystaniem poczty elektronicznej złożyć do *Best Doctors* wniosek z prośbą o przedstawienie propozycji ośrodków medycznych znajdujących się za granicą RP, które są najbardziej odpowiednie do poprowadzenia leczenia *poważnego stanu chorobowego*.
- 2) *Best Doctors* przedstawi propozycję do 3 rekomendowanych ośrodków medycznych, które są w stanie podjąć się leczenia *Ubezpieczonego*.
- 3) Po wybraniu przez *Ubezpieczonego* jednej z propozycji oraz przekazaniu swoich preferencji dotyczących podróży, *Best Doctors* rozpoczyna proces organizacji leczenia w danej placówce oraz organizuje pozostałe świadczenia w ramach Opieki medycznej za granicą.
- 4) *Best Doctors* przesyła *Ubezpieczonemu* pakiet powitalny, który zawiera niezbędne informacje dotyczące organizacji leczenia, podróży oraz zakwaterowania, oraz *Wstępny certyfikat leczenia*. W przypadku gdy *Ubezpieczony* nie zdecydował się na zaden z zaproponowanych przez *Best Doctors* szpitali lub w przypadku gdy nie rozpoczął on leczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia wystawienia *Wstępnego certyfikatu leczenia*, *Best Doctors* wystawi nowy *Wstępny certyfikat leczenia* na podstawie bieżącego stanu zdrowia *Ubezpieczonego*.
- 5) Przed wyjazdem *Ubezpieczonego* za granicę RP, w celu leczenia *poważnego stanu chorobowego*, *Best Doctors* wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości 50% świadczenia z tytułu hospitalizacji. Przy czym do kalkulacji wysokości świadczenia brana jest pod uwagę szacowana liczba dni, na jaką planowana jest hospitalizacja.
- 6) Pozostała część świadczenia pieniężnego z tytułu hospitalizacji będzie wypłacana przez *Best Doctors* w cyklach tygodniowych, pod koniec każdego tygodnia hospitalizacji za granicą RP.
- 7) W celu otrzymania zwrotu kosztów poniesionych na leki, o których mowa w § 3 ust. 2 pkt 6), *Ubezpieczony* przesyła do *Best Doctors* kopię recepty oraz fakturę na adres podany w formularzu zgłoszenia roszczenia. *Best Doctors* zrefunduje poniesione koszty.

! W celu realizacji świadczenia Opieki medycznej za granicą *Ubezpieczony* powinien telefonicznie lub z wykorzystaniem poczty elektronicznej złożyć do *Best Doctors* wniosek z prośbą o przedstawienie propozycji ośrodków medycznych, znajdujących się za granicą RP, które są najbardziej odpowiednie do poprowadzenia leczenia *poważnego stanu chorobowego*.

3. Opieka ambulatoryjna w RP

- 1) W przypadku poddania się przez *Ubezpieczonego* procesowi leczenia za granicą RP w ramach Opieki medycznej za granicą,

- po powrocie na terytorium RP *Ubezpieczony* uzyskuje dostęp do świadczeń ambulatoryjnych, o których mowa w § 3 ust. 3 pkt 3).
- 2) W celu ustalenia miejsca i terminu realizacji świadczeń ambulatoryjnych *Ubezpieczony* zobowiązany jest uzgodnić za pośrednictwem infolinii, której numer podany jest w *polisie* lub w innym dokumencie ubezpieczenia, miejsce i termin realizacji świadczenia w *placówce medycznej* należącej do sieci *Partnera Medycznego AXA*.
 - 3) W celu realizacji świadczenia *Ubezpieczony* zobowiązany jest:
 - a) w uzgodnionym terminie zgłosić się do wskazanej *placówki medycznej*,
 - b) przedstawić w *placówce medycznej* dokument tożsamości ze zdjęciem.
 - 4) *Ubezpieczony* ma prawo do skorzystania z dowolnie wybranej przez siebie *placówki medycznej*, pod warunkiem uzyskania za pośrednictwem infolinii *Partnera Medycznego AXA* zgody Towarzystwa na realizację świadczenia poza siecią *Partnera Medycznego AXA*. W takim przypadku Towarzystwo pokryje poniesione koszty świadczeń ambulatoryjnych do wysokości *sumy ubezpieczenia*, określonej w *polisie* lub w innym dokumencie *umowy ubezpieczenia*.
 - 5) W przypadku opisanym w pkt 4) powyżej Towarzystwo zwróci *Ubezpieczonemu* poniesione koszty świadczeń ambulatoryjnych, określone w § 3 ust. 3 pkt 3).
 - 6) W celu uzyskania zwrotu kosztów świadczeń ambulatoryjnych *Ubezpieczony* zobowiązany jest złożyć u *Partnera Medycznego AXA* wniosek o refundację kosztów (dostępny na www.axa.pl i w Towarzystwie), wraz ze wskazanymi w nim dokumentami, oraz faktury lub rachunki za wykonanie danego świadczenia.

! W celu realizacji świadczenia Opieki ambulatoryjnej w RP *Ubezpieczony* powinien uzgodnić za pośrednictwem infolinii miejsce i termin realizacji świadczenia w *placówce medycznej* należącej do sieci *Partnera Medycznego AXA*. Numer infolinii podany jest w *polisie* lub w innym dokumencie *umowy ubezpieczenia*.

Jakie są terminy realizacji świadczeń?

§ 5

1. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo poinformuje o tym *Ubezpieczającego* lub *Ubezpieczonego*, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz osobę zgłaszającą roszczenie, pisemnie lub w inny sposób, na który zgłaszający wyraził zgodę, jakie dokumenty niezbędne są do ustalenia prawa do świadczenia oraz jego wysokości w związku z zajściem tego zdarzenia.
2. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty lub realizacji świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia z tytułu OWUD.
3. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie 30 dni, Towarzystwo wypłaci lub zrealizuje świadczenie w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
4. Jeżeli wypłata świadczenia nie jest możliwa w terminach określonych w powyższych ustępach, Towarzystwo zawiadomi o tym pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o wypłatę świadczenia oraz *Ubezpieczonego*, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, podając przyczyny późniejszego terminu spełnienia świadczenia.
5. Bezsponną część świadczenia Towarzystwo wypłaca lub realizuje w terminie 30 dni, licząc od daty określonej w ust. 2 powyżej.
6. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo poinformuje o tym osobę zgłaszającą roszczenie oraz *Ubezpieczonego*, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując okoliczności i podstawę prawną uzasadniające odmowę wypłaty świadczenia lub

wypłacenie go w innej wysokości niż wynikająca ze zgłoszonego roszczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

! Towarzystwo informuje osobę zgłaszającą świadczenie, jakie dokumenty niezbędne są do wypłaty lub realizacji świadczenia. Świadczenie realizowane jest w terminie 30 dni od poinformowania Towarzystwa o zdarzeniu, a jeśli wyjaśnienie dodatkowych okoliczności nie jest możliwe w tym terminie, Towarzystwo zrealizuje świadczenie w ciągu 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności. Bezsponną część świadczenia Towarzystwo wypłaca lub realizuje w terminie 30 dni.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności?

§ 6

Wyłączenia ogólne

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w związku z:
 - 1) leczeniem chorób nieobjętych ubezpieczeniem;
 - 2) chorobami lub urazami powstałymi w wyniku wojen, aktów terrorizmu, ruchów sejsmicznych, zamieszek, rozruchów, powodzi, wybuchów wulkanów, a także konsekwencji reakcji jądrowych lub katastroficznych, jak również związanymi z oficjalnie ogłoszonymi epidemiami;
 - 3) alkoholizmem, uzależnieniem od narkotyków lub środków odurzających, nadużywaniem alkoholu lub korzystaniem z substancji psychoaktywnych, odurzających lub halucynogennych;
 - 4) leczeniem konsekwencji wynikających z prób samobójczych lub samookaleczenia, lub okaleczenia na własną prośbę;
 - 5) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za organizację i pokrycie kosztów leczenia za granicą RP *poważnego stanu chorobowego* *Ubezpieczonego*, jeżeli w momencie rozpoznania *poważnego stanu chorobowego* *Ubezpieczony* nie spełnił którejkolwiek z poniższych przesłanek:
 - 1) posiadał stale miejsce zamieszkania na terytorium RP oraz
 - 2) przebywał na terytorium RP przez okres dłuższy niż 183 dni w ciągu 12 miesięcy, chyba że powodem pobytu poza terytorium RP było korzystanie ze świadczeń z tytułu niniejszych OWUD.

Wyłączenia medyczne

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w związku z:
 - 1) chorobami zdiagnozowanymi, rozpoznanymi lub leczonymi po raz pierwszy w ciągu pierwszych 6 miesięcy od dnia przystąpienia do OWUD, z wyłączeniem *poważnych stanów chorobowych*, które powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w tym okresie;
 - 2) chorobami, których objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono po raz pierwszy w ciągu 6 miesięcy od dnia przystąpienia do OWUD, z wyłączeniem *poważnych stanów chorobowych*, które powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w tym okresie;
 - 3) kosztami związanymi z chorobami, które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono lub których objawy zostały stwierdzone stosownymi dokumentami medycznymi w okresie 10 lat poprzedzających datę rozpoczęcia ochrony z tytułu *umowy dodatkowej* lub przed upływem 6 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony z tytułu OWUD;
 - 4) eksperymentalnym leczeniem, jak również tymi procedurami diagnostycznymi, terapeutycznymi lub chirurgicznymi, których bezpieczeństwo nie zostało udowodnione naukowo;
 - 5) procedurami medycznymi wymaganymi w związku z AIDS, HIV lub w związku z chorobami związanymi z tymi chorobami (w tym mięsak Kaposiego) lub leczeniem AIDS lub HIV;
 - 6) usługami, które nie są niezbędne, z medycznego punktu widzenia, do leczenia *poważnego stanu chorobowego*;

- 7) opłatami za organizację i leczenie chorób objętych ubezpieczeniem sposobem innym niż rekomendowany w raporcie *eksperta medycznego*, jeżeli w raporcie *eksperta medycznego* rekomendowanym sposobem leczenia jest przeszczep narządu;
- 8) organizacją i pokryciem kosztów świadczeń lub leczenia związanego z komplikacjami po transplantacji objętej zakresem ubezpieczenia, ale nieprzeprowadzonej w ramach Opieki medycznej za granicą.

Wydatki nieobjęte ubezpieczeniem

4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w związku z:
 - 1) wydatkami poniesionymi w związku z organizacją i pokryciem kosztów leczenia, poniesionymi na terytorium RP, z wyjątkiem objętych ubezpieczeniem kosztów *leków* i świadczeń ambulatoryjnych w ramach Opieki ambulatoryjnej w RP;
 - 2) kosztami poniesionymi przed datą wskazaną we *Wstępnym certyfikacie leczenia*;
 - 3) kosztami poniesionymi w innym szpitalu niż ten, do którego został skierowany *Ubezpieczony*;
 - 4) kosztami poniesionymi niezgodnie ze standardowymi procedurami medycznymi realizacji świadczeń;
 - 5) kosztami poniesionymi w związku z pobytem oraz opieką domową związaną z rekonwalescencją, pobytem w domu opieki zdrowotnej lub usługami świadczonymi w ośrodku rekonwalescencji lub podobnej instytucji, hospicjum lub domu starców;
 - 6) kosztami poniesionymi na zakup lub wynajem dowolnego typu protezy lub przyrządów ortopedycznych, gorsetów, bandaży, kul, sztucznych członków lub organów, peruk, obuwia ortopedycznego, wózków, specjalnych łóżek, urządzeń klimatyzacyjnych, filtrów powietrza, urządzeń lub przedmiotów, z wyjątkiem protez piersi – po mastektomii, i sztucznych zastawek serca;
 - 7) *lekami*, które nie zostały dopuszczone przez ministra właściwego ds. zdrowia do obrotu lub które są dostępne bez recepty;
 - 8) organizacją i pokryciem kosztów leczenia alternatywnego, niekonwencjonalnego, nawet jeśli zostało przepisane lub zalecone przez lekarza podczas leczenia *poważnego stanu chorobowego*;
 - 9) w przypadku gdy poza leczeniem w ramach Opieki medycznej za granicą istnieje potrzeba leczenia związanego z demencją, niezależnie od stanu jej zaawansowania, lub w związku z porodem lub pobytem;
 - 10) kosztami poniesionymi na tłumacza, z wyjątkiem tłumaczenia zorganizowanego przez *Best Doctors*, dotyczącego prowadzonego w ramach Opieki medycznej za granicą procesu leczenia;
 - 11) kosztami poniesionymi na rozmowy telefoniczne oraz opłaty w odniesieniu do przedmiotów osobistego użytku lub które nie są natury medycznej, lub z tytułu usług świadczonych osobie towarzyszącej;
 - 12) kosztami poniesionymi przez *Ubezpiezonego* lub krewnych, towarzyszy, z wyjątkiem kosztów wyraźnie objętych ubezpieczeniem;
 - 13) kosztami medycznymi, które nie są zasadne co do wysokości w danych okolicznościach;
 - 14) kosztami z tytułu zakwaterowania lub transportu zorganizowanego samodzielnie przez *Ubezpiezonego*, towarzysza podróży lub dawcę.

! Należy zapoznać się z okolicznościami, które wykluczają możliwość otrzymania świadczenia. Wyłączenia mogą:

- mieć charakter ogólny i dotyczyć leczenia chorób nieobjętych ubezpieczeniem;
- mieć charakter medyczny i dotyczyć chorób zdiagnozowanych, rozpoznanych lub leczonych przed objęciem ochroną ubezpieczeniową;
- dotyczyć wydatków poniesionych przez *Ubezpiezonego* w określonych sytuacjach.

Wszystkie powyższe okoliczności wskazane są powyżej oraz w § 19 i § 20 OWU.

W jakich sytuacjach wygasa ochrona ubezpieczeniowa?

§ 7

1. Poza przypadkami wskazanymi w § 10 OWU „Wygąpienie ochrony ubezpieczeniowej” ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszych OWUD względem poszczególnych *Ubezpieczonych* wygasa z dniem wykorzystania *sumy ubezpieczenia* z tytułu Opieki medycznej za granicą.
2. Świadczenia w ramach Opieki ambulatoryjnej w RP realizowane są nie dłużej niż do *rocznicy polisy*, następującej po ukończeniu przez *Ubezpiezonego* 65. roku życia i nie dłużej niż do wykorzystania *sumy ubezpieczenia* z tytułu Opieki ambulatoryjnej w RP.

! Należy zwrócić uwagę, że ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszych OWUD, względem poszczególnych *Ubezpieczonych*, wygasa w szczególności z dniem wykorzystania *sumy ubezpieczenia* lub w związku z przekroczeniem określonego wieku.

Co oznaczają poszczególne pojęcia?

§ 8

1. **Best Doctors** – Best Doctors Services S.L.U., będąca częścią Best Doctors Inc. firma serwisowa, która jest partnerem Towarzystwa i realizuje na jego rzecz świadczenia w zakresie Drugiej opinii medycznej oraz Opieki medycznej za granicą oraz prowadzi obsługę procesu organizacji świadczeń z tytułu OWUD;
2. **ekspert medyczny** – działający za granicą RP lekarz, wyznaczony przez *Best Doctors* do współpracy w celu sporządzenia raportu, którego specjalność oraz doświadczenie odpowiadają specyfice stanu zdrowia *Ubezpiezonego*;
3. **hospitalizacja** – leczenie w szpitalu znajdującym się za granicą RP trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny;
4. **lekarz specjalista** – lekarz specjalista, uwzględniony w wykazie specjalności lekarskich w załączniku do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 roku w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz.U. z 2013 r. poz. 26);
5. **leki** – każda substancja lub połączenie substancji, które mogą być stosowane lub podawane *Ubezpieczonemu* w celu przywrócenia, poprawienia lub modyfikacji fizjologicznych lub funkcji organizmu, poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne, lub w celu postawienia diagnozy; możliwe do uzyskania wyłącznie na receptę wystawioną przez lekarza i wydawane przez licencjonowanego farmaceutę; lekiem jest również zamiennik wskazanego w receptacie leku, jeżeli zawiera te same składniki aktywne, siłę i dawkowanie;
6. **Partner Medyczny AXA** – operator medyczny, współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w zakresie Opieki ambulatoryjnej w RP;
7. **placówka medyczna** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa podmiot leczniczy, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodziennej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za placówkę medyczną nie uważa się: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków lub leków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa;
8. **poważny stan chorobowy oznacza którykolwiek z niżej wymienionych:**
 - 1) nowotwór:
 - a) każdy nowotwór złośliwy, w tym białaczka, mięsak i chłoniak (z wyjątkiem chłoniaka skórno), charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz naciekaniem tkanek,
 - b) każdy rak in situ – nieprzekraczający błony podstawnej nabłonka i nienaciekający tkanek otaczających,

- c) wszelkie zmiany przednowotworowe w komórkach, które w oparciu o badanie cytologiczne lub histologiczne zostały sklasyfikowane jako dysplazja dużego stopnia;
 wykluczone choroby i procedury medyczne:
- a) wszelkie nowotwory współistniejące z zespołem nabytego upośledzenia odporności (AIDS),
 - b) nowotwory skóry, z wyjątkiem czerniaka złośliwego;
- 2) pomostowanie naczyń wieńcowych (by-pass), rewaskularyzacja mięśnia sercowego – zabieg operacyjny wykonany ze wskazań kardiologicznych celem leczenia zwężenia lub niedrożności co najmniej jednego naczynia wieńcowego serca, polegający na wykonaniu omijającego przeszczepu naczyniowego;
 wykluczone choroby i procedury medyczne: wszelkie zabiegi na tętnicach wieńcowych z zastosowaniem innych technik niż pomostowanie wieńcowe (by-pass);
- 3) operacja naprawcza zastawki serca – zabieg operacyjny wykonany ze wskazań kardiologicznych, polegający na wymianie lub plastyce jednej lub więcej zastawek serca;
- 4) zabieg neurochirurgiczny – dowolna operacja chirurgiczna mózgu lub innych struktur wewnątrzczaszkowych; leczenie operacyjne nowotworów łagodnych rdzenia kręgowego;
- 5) przeszczep od żywego dawcy narządów – przeszczep *Ubezpieczonemu* jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: nerki, segmentu pęty wątroby, płata płuc lub fragmentu trzustki z innego kompatybilnego żywego dawcy;
- 6) przeszczep szpiku kostnego – przeszczep komórek szpiku kostnego lub komórek macierzystych krwi obwodowej autologicznej lub allogenicznej od dawcy żywego;
9. **proteza** – urządzenie, które zastępuje całość lub część narządu lub zastępuje całość lub część upośledzonej jego funkcji;
10. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna posiadająca miejsce stałego zamieszkania na terytorium RP, która w dniu przystąpienia do OWUD ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 64. roku życia;
11. **usługi niezbędne z medycznego punktu widzenia** – usługi medyczne i materiały użyte w leczeniu, wskazanym przez *eksperta medycznego* w raporcie Drugiej opinii medycznej, stosowane zgodnie z ogólnie przyjętą praktyką medyczną w leczeniu *poważnego stanu chorobowego*;
12. **Wstępny certyfikat leczenia** – pisemna zgoda wydana przez *Best Doctors* w imieniu Towarzystwa na pokrycie kosztów leczenia *poważnego stanu chorobowego* we wskazanej, zaakceptowanej przez *Ubezpieczonego placówce medycznej* znajdującej się za granicą RP.

§ 9

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWUD mają zastosowanie Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.
2. Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 2/30/06/2017 z dnia 30 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.