

Lepiej mieć dostęp do usług medycznych na świecie.

Ogólne warunki
ubezpieczenia

Ubezpieczenie na życie z leczeniem
za granicą Medycyna bez Granic



Ten dokument zawiera informacje o ubezpieczeniu Medycyna bez Granic. Pełne informacje, w tym w szczególności dotyczące:

- 1) przedmiotu i zakresu ubezpieczenia,
- 2) ryzyk nieobjętych ochroną,
- 3) okresów, kiedy nasza ochrona jest wyłączona lub ograniczona (w tym karencji),
- 4) sum i limitów ubezpieczenia,

znajdziesz w Ogólnych warunkach ubezpieczenia na życie z leczeniem za granicą Medycyna bez Granic (OWU), we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz w polisie lub aneksie do polisy.

Charakterystyka produktu

1. Medycyna bez Granic to indywidualne ubezpieczenie na życie o charakterze ochronnym.
2. W ramach produktu, w przypadku wystąpienia u ubezpieczonego poważnego stanu chorobowego, takiego jak nowotwór, przeszczep szpiku kostnego, przeszczep narządów, wszczepienie by-passów, operacja naprawcza zastawki serca lub zabieg neurochirurgiczny, umożliwiamy uzyskanie przez niego: drugiej opinii medycznej, opieki medycznej za granicą, opieki kontrolnej po leczeniu za granicą, a także wsparcia psychologa lub psychiatry. Dodatkowo w przypadku podejrzenia poważnego stanu chorobowego umożliwiamy uzyskanie przez niego szybkiej diagnozy.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia, czyli co obejmuje nasze ubezpieczenie

3. Ubezpieczamy życie i zdrowie ubezpieczonego.
4. Zakresem ubezpieczenia obejmujemy:
 - 1) śmierć ubezpieczonego w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) podejrzenie u ubezpieczonego poważnego stanu chorobowego określonego w OWU, wskazane w dokumentacji medycznej, w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) wystąpienie u ubezpieczonego poważnego stanu chorobowego określonego w OWU, w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej.
5. Przez wystąpienie poważnego stanu chorobowego rozumiemy:
 - 1) potrzebę przeprowadzenia u ubezpieczonego zabiegu lub operacji wymienionych w definicji poważnego stanu chorobowego, powstałą w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej, wynikającą z:
 - a) choroby zdiagnozowanej po raz pierwszy w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej, lub
 - b) nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) zdiagnozowanie u ubezpieczonego po raz pierwszy w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej nowotworu mieszczącego się w definicji poważnego stanu chorobowego.

Kto może zawrzeć z nami umowę i kogo obejmujemy ochroną

6. Umowę ubezpieczenia zawiera z nami ubezpieczający. Ubezpieczającym może być:
 - 1) osoba fizyczna, która w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończyła co najmniej 18 lat i ma miejsce zamieszkania w Polsce, albo
 - 2) osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która ma siedzibę w Polsce.
7. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy ubezpieczonego.
8. Ubezpieczonym może być osoba fizyczna, która w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ukończyła 65 lat oraz ma miejsce zamieszkania w Polsce.

9. Ubezpieczonym może być:

- 1) ubezpieczający, czyli Ty – jeżeli umowę ubezpieczenia zawierasz jako osoba fizyczna;
- 2) dziecko;
- 3) inna wskazana przez ubezpieczającego osoba, która ukończyła 18. rok życia.

Na jaki okres zawieramy umowę ubezpieczenia, jak długo trwa ochrona ubezpieczeniowa

10. Umowę ubezpieczenia zawieramy na okres jednego roku polisy. Liczymy go od daty początku ochrony ubezpieczeniowej, którą wskazujemy w polisie.
11. Po upływie każdego roku polisy umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu o kolejny rok polisy na tych samych warunkach, o ile żadna ze stron nie postanowi inaczej.
12. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie, nie wcześniej jednak niż następnego dnia po zapłaceniu składki.
13. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a umowa ubezpieczenia rozwiązuje się:
 - 1) z dniem, w którym ubezpieczający złożył nam oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia;
 - 2) z upływem ostatniego dnia miesiąca polisy, w którym ubezpieczający złożył nam oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia;
 - 3) z upływem ostatniego dnia roku polisy, jeżeli przedstawiliśmy ubezpieczającemu propozycję zmiany warunków umowy ubezpieczenia na kolejny okres, a ubezpieczający nie opłacił w wyznaczonym w propozycji terminie składki w wysokości, którą tam wskazaliśmy;
 - 4) z dniem śmierci ubezpieczonego;
 - 5) z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym ubezpieczony ukończył 85 lat;
 - 6) z upływem okresu, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, jeśli jedna ze stron wyrazi wolę jej nieprzedłużenia;
 - 7) w przypadku gdy ubezpieczający nie opłacił składki zgodnie z zasadami i terminem, które określamy w OWU.
14. Ochrona z tytułu ryzyk objętych Medycyną bez Granic, tj. drugiej opinii medycznej, opieki medycznej za granicą oraz opieki kontrolnej po leczeniu za granicą, wygasa z dniem wykorzystania sumy ubezpieczenia z tytułu Medycyny bez Granic.

Jak i kiedy należy opłacać składkę

15. Składkę należy opłacać z góry z częstotliwością zadeklarowaną we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub we wniosku o zmianę umowy ubezpieczenia.
16. Składkę można płacić: miesięcznie, kwartalnie, półrocznie, rocznie.
17. W każdą rocznicę polisy można zmienić częstotliwość płatności składki.
18. Pierwszą składkę należy opłacić na rachunek bankowy, który podajemy we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
19. Kolejne składki należy opłacać na numer rachunku bankowego i w terminach płatności, które podajemy w polisie lub aneksie do polisy.

Rezygnacja z umowy ubezpieczenia

Odstąpienie

20. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia:
 - 1) jeśli ubezpieczający jest konsumentem, może złożyć nam oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni od dnia jej zawarcia, a jeżeli przed zawarciem umowy ubezpieczenia nie poinformowaliśmy go o prawie odstąpienia, okres 30 dni liczymy od dnia, w którym ubezpieczający dowiedział się o tym prawie;

- 2) jeśli ubezpieczający jest przedsiębiorcą, może złożyć nam oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia;
 - 3) jeżeli ubezpieczający jest konsumentem i zawarliśmy umowę ubezpieczenia na odległość, to od umowy ubezpieczenia może odstąpić bez podania przyczyn w terminie 30 dni:
 - a) od dnia, w którym poinformowaliśmy go o zawarciu umowy ubezpieczenia, lub
 - b) od dnia potwierdzenia informacji, które należy przekazać konsumentowi na podstawie przepisów Ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy;
 - 4) termin, o którym mowa w ppkt 1)–3), uważamy za zachowany, jeżeli przed jego upływem ubezpieczający wysłał do nas oświadczenie o odstąpieniu.
21. Oświadczenie o odstąpieniu można przesłać nam na piśmie lub pocztą elektroniczną.

Wypowiedzenie

22. Umowę ubezpieczenia ubezpieczający może wypowiedzieć w każdym czasie, ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca polisy, w którym złożył nam oświadczenie o wypowiedzeniu. Wypowiedzenie można złożyć na piśmie lub wysłać je nam pocztą elektroniczną.

Główne wyłączenia odpowiedzialności

23. W ubezpieczeniu Medycyna bez Granic występują ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności, czyli sytuacje, w których nasza ochrona jest ograniczona lub wyłączona. Przykłady takich sytuacji to np. leczenie chorób lub następstw nieszczęśliwych wypadków, które powstały w wyniku: wojen, zamieszek, epidemii, powodzi, niezalecanego przez lekarza zażycia leków, narkotyków środków odurzających lub psychotropowych.
24. Nie ponosimy także odpowiedzialności i w związku z tym nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów opieki medycznej za granicą ani kosztów związanych z pozostałymi świadczeniami, jeżeli:
- 1) w momencie wystąpienia poważnego stanu chorobowego ubezpieczony nie miał stałego miejsca zamieszkania w Polsce oraz
 - 2) w ciągu 12 miesięcy przed wystąpieniem poważnego stanu chorobowego ubezpieczony przebywał na terytorium Polski przez okres krótszy niż 183 dni, chyba że powodem pobytu poza terytorium Polski było korzystanie ze świadczeń z tytułu tej umowy.
25. W ubezpieczeniu Medycyna bez Granic określamy także, jakich kosztów leczenia nie pokrywamy. Są to np. koszty poniesione przed wydaniem wstępnego certyfikatu leczenia, koszty z tytułu zakwaterowania lub transportu zorganizowanego samodzielnie przez ubezpieczonego, towarzysza podróży lub dawcę.
26. Pełne informacje o ograniczeniach i wyłączeniach odpowiedzialności znajdziesz w Ogólnych warunkach ubezpieczenia na życie z leczeniem za granicą Medycyna bez Granic.

Karencja

27. Karencja trwa 3 miesiące od daty początku ochrony ubezpieczeniowej.
28. Karencja nie ma zastosowania do osób, które bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia, o której zawarcie wnioskuje, objęte były ochroną w ramach innej umowy ubezpieczenia Medycyna bez Granic zawartej z UNIQA Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A., w której okres karencji już upłynął, jeśli nie ma przerwy w ochronie ubezpieczeniowej.
29. W przypadku wystąpienia przerwy w ochronie ubezpieczeniowej, ale nieprzekraczającej 6 miesięcy, warunkiem zaliczenia okresu karencji jest pozytywna ocena ryzyka.
30. Karencja nie dotyczy zdarzeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, który wydarzył się w trakcie trwania naszej ochrony.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 2–7, pkt 44, pkt 56–61, pkt 63–66, pkt 67 wraz z tabelą nr 1, pkt 68, pkt 73–79, pkt 81, pkt 84, pkt 86, pkt 90, pkt 93, pkt 97–100, pkt 112, pkt 114–115, pkt 121–124, pkt 130, pkt 132, pkt 167
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 29, pkt 62, pkt 66, pkt 69–72, pkt 76, pkt 82, pkt 85, pkt 88, pkt 91, pkt 96, pkt 117, pkt 134, pkt 136, pkt 141–150

Poznajmy się!

my – UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.;

Ty, ubezpieczający – osoba, która zawiera z nami umowę ubezpieczenia;

UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. oraz ubezpieczający to strony umowy ubezpieczenia;

ubezpieczony – osoba, której życie i zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową.

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z leczeniem za granicą Medycyna bez Granic (OWU) zatwierdził nasz Zarząd uchwałą nr 5/11/02/2025 z 11 lutego 2025 r. i wchodzi one w życie 21 lutego 2025 r.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy życie i zdrowie ubezpieczonego.
2. Zakresem ubezpieczenia obejmujemy:
 - 1) śmierć ubezpieczonego w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) podejrzenie u ubezpieczonego poważnego stanu chorobowego, o którym mowa w pkt 67 w tabeli nr 1, wskazane w dokumentacji medycznej, w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) wystąpienie u ubezpieczonego poważnego stanu chorobowego, o którym mowa w pkt 3 i pkt 67 w tabeli nr 1, w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej.
3. Przez wystąpienie poważnego stanu chorobowego rozumiemy:
 - 1) potrzebę przeprowadzenia u ubezpieczonego zabiegu lub operacji wymienionych w definicji poważnego stanu chorobowego w pkt 67 w tabeli nr 1, powstałą w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej, wynikającą z:

a) choroby zdiagnozowanej po raz pierwszy w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej lub

b) nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej;

- 2) zdiagnozowanie u ubezpieczonego po raz pierwszy w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej nowotworu mieszczącego się w definicji poważnego stanu chorobowego w pkt 67 w tabeli nr 1.

Kto może zawrzeć umowę ubezpieczenia – czyli kto może być ubezpieczającym

4. Umowę ubezpieczenia zawiera z nami ubezpieczający. Ubezpieczającym może być:
 - 1) osoba fizyczna, która w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończyła co najmniej 18 lat i ma miejsce zamieszkania w Polsce, albo
 - 2) osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która ma siedzibę w Polsce.

Kogo możemy objąć ochroną ubezpieczeniową – czyli kogo możemy ubezpieczyć

5. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy ubezpieczonego.
6. Ubezpieczonym może być osoba fizyczna, która w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ukończyła 65 lat oraz ma miejsce zamieszkania w Polsce.
7. Ubezpieczonym może być:
 - 1) ubezpieczający, czyli Ty – jeżeli umowę ubezpieczenia zawierasz jako osoba fizyczna;
 - 2) dziecko;
 - 3) inna wskazana przez Ciebie osoba, która ukończyła 18. rok życia – w tym przypadku przed zawarciem umowy ubezpieczenia powinieneś przekazać jej warunki umowy ubezpieczenia.

Zawarcie umowy ubezpieczenia – w jaki sposób ją zawieramy

8. Umowę ubezpieczenia zawieramy na podstawie złożonego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
9. Umowę ubezpieczenia zawieramy po łącznym spełnieniu tych warunków:
 - 1) opłacisz składkę w należytnej wysokości;
 - 2) zaakceptujemy złożony przez Ciebie wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 3) ocena ryzyka ubezpieczeniowego względem ubezpieczonego będzie pozytywna.
10. Zawarcie umowy ubezpieczenia potwierdzamy polisą, w której wskazujemy datę początku ochrony ubezpieczeniowej.
11. Możemy nie zaakceptować wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia. Poinformujemy Cię o tym.

Ocena ryzyka ubezpieczeniowego – na czym polega i kogo dotyczy

12. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia możemy ocenić ryzyko ubezpieczeniowe względem ubezpieczonego i:
 - 1) zażądać informacji o stanie zdrowia ubezpieczonego w zakresie, który wskazaliśmy we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) wymagać dodatkowych dokumentów, które dotyczą jego stanu zdrowia.
13. Gdy ocenimy ryzyko ubezpieczeniowe, możemy podjąć jedną z poniższych decyzji, o których Cię poinformujemy:
 - 1) zdecydować, że zawrzemy umowę ubezpieczenia na warunkach określonych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz OWU, albo
 - 2) odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia, albo
 - 3) zaproponować zawarcie umowy ubezpieczenia na warunkach innych niż te we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub OWU.

Czas trwania umowy ubezpieczenia – na jaki okres zawieramy umowę

14. Umowę ubezpieczenia zawieramy na okres jednego roku polisy. Liczymy go od daty początku ochrony ubezpieczeniowej, którą wskazujemy w polisie.
15. Po upływie każdego roku polisy umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu o kolejny rok polisy na tych samych warunkach, o ile żadna ze stron nie postanowi inaczej, z zastrzeżeniem pkt 28 ppkt 5). Jeśli któraś ze stron umowy ubezpieczenia nie będzie chciała jej przedłużyć o kolejny rok polisy, powinna złożyć oświadczenie o tym na piśmie lub przesłać je pocztą elektroniczną nie później niż 30 dni przed rocznicą polisy.

Zmiana warunków umowy ubezpieczenia – czy warunki mogą się zmienić

16. Możemy zaproponować Ci zmianę warunków umowy ubezpieczenia na kolejny rok polisy.
17. Propozycję zmiany przedstawimy Ci nie później niż 30 dni przed rocznicą polisy, na piśmie lub na innym trwałym nośniku (np. mejlem), o ile mamy na to Twoją zgodę. Określimy w niej wpływ zmian na wysokość składki lub przysługujących świadczeń.
18. W propozycji zmiany wyznaczymy co najmniej 14-dniowy termin, w którym możesz zapłacić składkę we wskazanej wysokości. Jeśli zapłacisz składkę w pełnej wysokości, uznamy, że wyrażasz wolę przedłużenia umowy o kolejny rok polisy na zmienionych warunkach. Jeżeli nie zapłacisz składki w pełnej wysokości na numer rachunku bankowego i w terminie wskazanym w propozycji, umowa ubezpieczenia rozwiąże się z ostatnim dniem roku polisy.

Okres ochrony ubezpieczeniowej – kiedy się rozpoczyna i kończy

19. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie, nie wcześniej jednak niż następnego dnia po zapłaceniu składki.
20. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w momencie rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Odstąpienie od umowy ubezpieczenia – do kiedy możesz wycofać się z umowy ubezpieczenia

21. Możesz odstąpić od umowy ubezpieczenia. Jeśli jesteś konsumentem, złóż nam oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni od dnia jej zawarcia, a jeżeli przed zawarciem umowy ubezpieczenia nie poinformowaliśmy Cię o prawie odstąpienia, okres 30 dni liczymy od dnia, w którym dowiedziałeś się o tym prawie. Jeśli jesteś przedsiębiorcą, złóż nam oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia.
22. Jeżeli jesteś konsumentem i zawarliśmy umowę ubezpieczenia na odległość, możesz odstąpić od umowy ubezpieczenia bez podania przyczyn w terminie 30 dni od dnia:
 - 1) w którym poinformowaliśmy Cię o zawarciu umowy ubezpieczenia, lub
 - 2) potwierdzenia informacji, które należy przekazać konsumentowi na podstawie przepisów Ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy.
23. Termin, o którym mowa w pkt 21–22, uważamy za zachowany, jeżeli przed jego upływem wyślesz do nas oświadczenie o odstąpieniu.
24. Oświadczenie o odstąpieniu możesz przesłać nam na piśmie lub pocztą elektroniczną.
25. Jeżeli odstąpisz od umowy ubezpieczenia, zwrócimy Ci wpłaconą składkę. Pomniejszymy ją o kwotę należną za okres, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.

Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia – kiedy i jak możesz zrezygnować z umowy ubezpieczenia

26. Umowę ubezpieczenia możesz wypowiedzieć w każdym czasie, ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca polisy, w którym złożyłeś nam oświadczenie o wypowiedzeniu. Wypowiedzenie możesz złożyć na piśmie lub wysłać je nam pocztą elektroniczną.
27. Wypowiedzenie nie zwalnia Cię od obowiązku zapłacenia składki za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia – kiedy i w jaki sposób umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu

28. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a umowa ubezpieczenia rozwiązuje się:
 - 1) z dniem, w którym złożyłeś nam oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia;
 - 2) z upływem ostatniego dnia miesiąca polisy, w którym złożyłeś nam oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia;
 - 3) z upływem ostatniego dnia roku polisy, jeżeli przedstawiliśmy Ci propozycję zmiany warunków umowy ubezpieczenia na kolejny okres, a Ty nie opłaciłeś w wyznaczonym w propozycji terminie składki w wysokości, którą tam wskazaliśmy;
 - 4) z dniem śmierci ubezpieczonego;
 - 5) z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym ubezpieczony ukończył 85 lat;
 - 6) z upływem okresu, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, jeśli jedna ze stron wyrazi wolę jej nieprzedłużenia;
 - 7) w przypadku gdy nie opłacisz składki zgodnie z zasadami i terminem, które określamy w pkt 39.
29. Ochrona z tytułu ryzyk objętych Medycyną bez Granic, tj. drugiej opinii medycznej, opieki medycznej za granicą oraz opieki kontrolnej po leczeniu za granicą, wygasa z dniem wykorzystania sumy ubezpieczenia z tytułu Medycyny bez Granic.

Składka – jak ustalamy jej wysokość i jak należy ją opłacać

30. Składka jest należna za okres, w którym udzielamy ochrony ubezpieczeniowej. Wysokość składki ustalamy na podstawie taryfy składek, która będzie miała zastosowanie:
 - 1) w dniu, w którym zostanie złożony wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) w rocznicę polisy.
31. Wysokość składki zależy od wysokości sum ubezpieczenia, zakresu ubezpieczenia oraz wieku ubezpieczonego liczonego:
 - 1) na dzień złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia – w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, albo

- 2) na dzień rocznicy polisy – w przypadku przedłużenia umowy o kolejny rok polisy.
32. Wysokość składki podajemy:
- 1) we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - 2) w propozycji zmiany warunków umowy ubezpieczenia,
 - 3) w polisie.
33. Składkę płacisz z góry, z częstotliwością zadeklarowaną we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub we wniosku o zmianę umowy ubezpieczenia.
34. Składkę możesz płacić:
- 1) miesięcznie,
 - 2) kwartalnie,
 - 3) półrocznie,
 - 4) rocznie.
35. W każdą rocznicę polisy możesz zmienić częstotliwość płatności składki. Wniosek o zmianę przekaż nam nie później niż 30 dni przed rocznicą polisy. Zmianę częstotliwości potwierdzimy w aneksie do polisy.
36. Pierwszą składkę płacisz na numer rachunku bankowego, który podajemy we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
37. Kolejne składki płacisz na numer rachunku bankowego i w terminach płatności, które podajemy w polisie lub aneksie do polisy.
38. Składkę uznajemy za zapłaconą, jeżeli:
- 1) zapłacisz ją w pełnej wysokości podanej w polisie lub w aneksie do polisy oraz
 - 2) wpłacisz ją na nasz numer rachunku bankowego, oraz
 - 3) zapłacisz ją w terminie wymagalności, który podajemy w polisie, aneksie do polisy lub w propozycji zmiany warunków umowy ubezpieczenia.
39. Gdy nie zapłacisz kolejnej raty składki w terminie wymagalności, wysłaliśmy Ci wezwanie o wpłatę raty składki w dodatkowym terminie nie krótszym niż 7 dni od daty otrzymania naszego wezwania. Jeśli nie zapłacisz raty składki we wskazanym dodatkowym terminie, nasza odpowiedzialność ustanie w terminie, który wskażemy w wezwaniu, ale nie zwalnia Cię to z obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim udzielaliśmy ochrony.

Obowiązki Twoje i ubezpieczonego

– do czego jesteście zobowiązani

40. Masz następujące obowiązki:
- 1) opłacać składkę;
 - 2) jeżeli ubezpieczonym jest inna osoba niż Ty – przekazać jej OWU na piśmie lub, o ile osoba ta wyraziła na to zgodę, na innym trwałym nośniku; OWU należy przekazać przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
 - 3) powiadamiać nas o zmianie danych osobowych Twoich lub ubezpieczonego, w tym danych teleadresowych podanych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 4) przekazywać ubezpieczonemu informacje o zmianie warunków umowy ubezpieczenia lub o zmianie prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia i o wpływie tych zmian na wartość świadczeń z ubezpieczenia oraz sumy ubezpieczenia lub limitów, zanim wyrazisz na nie zgodę.
41. Ubezpieczony ma obowiązek informować nas lub Ciebie jako ubezpieczającego o zmianie danych osobowych i teleadresowych swoich lub wskazanych uposażonych.
42. Ubezpieczony ma obowiązek przekazać Further dokumentację medyczną, którą ma on lub lekarze, szpitale albo inne placówki medyczne odpowiedzialne za leczenie zgłoszonego poważnego stanu chorobowego, do dnia zgłoszenia tego roszczenia.

Nasze obowiązki

– do czego się zobowiązujemy

43. Mamy obowiązek:
- 1) doręczyć Ci OWU przed zawarciem umowy ubezpieczenia na piśmie lub – jeżeli wyrazisz na to zgodę – na innym trwałym nośniku;
 - 2) doręczyć Ci polisę;

- 3) realizować świadczenia zgodnie z zasadami określonymi w umowie ubezpieczenia;
- 4) prawidłowo i terminowo wykonywać inne obowiązki przewidziane w umowie ubezpieczenia oraz przepisach prawa;
- 5) poinformować Ciebie lub osobę występującą z roszczeniem, jeśli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości.

Świadczenia ubezpieczeniowe

– na jakich zasadach realizujemy świadczenia z ubezpieczenia

Śmierć ubezpieczonego

44. W przypadku śmierci ubezpieczonego w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej wypłacimy uposażonemu świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia. Sumę ubezpieczenia wskazujemy we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i potwierdzamy ją w polisie.
45. Ubezpieczony może wskazać jednego uposażonego lub więcej. Jeśli wskaże kilku uposażonych, wypłacimy świadczenie w równych kwotach każdemu z nich, chyba że ubezpieczony inaczej określi podział świadczenia.
46. Wskazanie uposażonego do otrzymania sumy ubezpieczenia staje się bezskuteczne, jeżeli uposażony zmarł przed śmiercią ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci.
47. Jeżeli uposażony zmarł przed śmiercią ubezpieczonego albo utracił prawo do świadczenia w myśl postanowień pkt 46, jego prawo do świadczenia przysługuje pozostałym uposażonym – proporcjonalnie do przypadających im procentowych udziałów w tym świadczeniu.
48. Jeżeli ubezpieczony nie wskaże uposażonego albo wszyscy uposażeni nie żyją lub utracili prawo do świadczenia – świadczenie przysługuje uposażonemu zastępcemu.
49. Ubezpieczony może wskazać jednego uposażonego zastępczego lub więcej. Jeśli wskaże więcej niż jednego uposażonego zastępczego, wypłacimy świadczenie w równych kwotach każdemu z nich, chyba że ubezpieczony inaczej określi podział świadczenia.
50. Jeśli ubezpieczony nie wskazał uposażonych zastępczych lub gdy oni także utracili prawo do świadczenia, wypłacimy świadczenie w takiej kolejności:
- 1) współmałżonkowi (jeśli nie została orzeczona separacja) – w całości, a w razie jego braku lub orzeczonej separacji,
 - 2) dzieciom – w równych częściach, a w razie ich braku
 - 3) rodzicom – w równych częściach, a w razie ich braku
 - 4) rodzeństwu – w równych częściach, a w razie jego braku
 - 5) spadkobiercom – w częściach, w jakich dziedziczą po ubezpieczonym.
51. Za osobę zmarłą przed śmiercią ubezpieczonego uważamy również osobę, która zmarła jednocześnie z nim.
52. Świadczenie wypłacimy w terminie 21 dni, które liczymy od dnia, w którym otrzymamy zawiadomienie o zdarzeniu.
53. Jeśli w terminie 21 dni nie będzie możliwe wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości świadczenia, świadczenie wypłacimy w terminie 14 dni liczonych od dnia, w którym – przy dochowaniu należytej staranności – wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia wypłacimy w terminie 21 dni.
54. Do wypłaty świadczenia należy przekazać nam dokumenty, które wskazałeś we wniosku o wypłatę świadczenia. Wniosek udostępniamy na naszej stronie internetowej unika.pl. Dokumenty należy przekazać nam w formie oryginałów lub kopii, których zgodność z oryginałem poświadczają:
- 1) notariusz;
 - 2) organ, który je wydał;
 - 3) nasz przedstawiciel;
 - 4) upoważniony pracownik przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której ubezpieczony był zarejestrowany i leczony – w przypadku dokumentacji medycznej.
55. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, informujemy o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą występującą z roszczeniem (nie dotyczy świadczenia z tytułu śmierci). W piśmie podamy powód oraz podstawę prawną odmowy wypłaty świadczenia lub jego wypłaty w innej wysokości.

Przekażemy również informacje o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Szybka diagnoza

56. Jeśli w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej lekarz prowadzący leczenie ubezpieczonego wskaże w dokumentacji medycznej podejrzenie jednego z poważnych stanów chorobowych wskazanych w pkt 67 w tabeli nr 1 lub będzie to wynikało z dokumentacji medycznej ubezpieczonego, w celu weryfikacji podejrzenia poważnego stanu chorobowego zorganizujemy i pokryjemy koszty:
 - 1) konsultacji lekarzy specjalistów oraz
 - 2) badań diagnostycznych wskazanych w katalogu badań diagnostycznych, który jest załącznikiem do OWU.
57. Liczbę dostępnych konsultacji lekarzy specjalistów oraz wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu badań diagnostycznych wskazujemy we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i potwierdzamy w polisie.
58. Konsultacje lekarzy specjalistów i badania diagnostyczne realizujemy wyłącznie na terenie Polski.
59. Ubezpieczony, który chce umówić miejsce i termin konsultacji lub badań, powinien:
 - 1) zadzwonić do Centrum Operacyjnego i podać:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) PESEL albo w przypadku obcokrajowców numer dokumentu tożsamości wskazany we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - c) numer polisy oraz
 - 2) dostarczyć dokumentację medyczną, która zawiera szczegóły dotyczące podejrzenia poważnego stanu chorobowego przez lekarza prowadzącego lub z której wynika podejrzenie stanu chorobowego; niezbędne będzie też skierowanie od lekarza prowadzącego do lekarza specjalisty lub na badania diagnostyczne.
60. Czas oczekiwania na:
 - 1) badania diagnostyczne – wynosi do 10 dni roboczych od zgłoszenia;
 - 2) konsultację lekarza specjalisty – wynosi do 5 dni roboczych od zgłoszenia.
61. Terminy, które podajemy w pkt 60, dotyczą konsultacji u jakiegokolwiek lekarza danej specjalizacji, a nie konsultacji u konkretnego lekarza.
62. Świadczenie obejmuje organizację i pokrycie kosztów konsultacji lekarzy specjalistów oraz badań diagnostycznych, które realizujemy w okresie 12 miesięcy od daty udokumentowanego w dokumentacji medycznej podejrzenia poważnego stanu chorobowego. Obowiązuje limit i wysokość sumy ubezpieczenia, które wskazujemy we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i potwierdzamy w polisie.

Poważny stan chorobowy – definicja i świadczenia

63. Jeśli w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej u ubezpieczonego wystąpi poważny stan chorobowy, zapewnimy ubezpieczonemu organizację i pokrycie kosztów:
 - 1) drugiej opinii medycznej,
 - 2) opieki medycznej za granicą,
 - 3) opieki kontrolnej po leczeniu za granicą,
 - 4) wsparcia psychologa lub psychiatry.
64. Świadczenia, o których mówimy w pkt 63 ppkt 1)–3), łącznie nazywamy Medycyną bez Granic.
65. Świadczenia Medycyny bez Granic realizujemy do wysokości sumy ubezpieczenia, którą wskazujemy we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i potwierdzamy w polisie. Sumę ubezpieczenia dla świadczeń Medycyny bez Granic podajemy w euro. Wszystkie koszty poniesione w walucie innej niż euro przeliczamy na euro. Do przeliczenia używamy średniego kursu ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski z dnia, w którym ten koszt został poniesiony.
66. Świadczenia, o których mówimy w pkt 63 ppkt 1)–4), realizujemy w okresie realizacji świadczenia, o którym mowa w pkt 69–72.
67. Poważne stany chorobowe, które obejmujemy ubezpieczeniem, dzielimy na cztery grupy – przedstawiamy je wraz z definicjami w tabeli nr 1:

Tabela nr 1

Grupa	Poważny stan chorobowy
1	Nowotwór: – każdy nowotwór złośliwy, w tym białaczka, mięsak i chłoniak, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz naciekaniem tkanek; – każdy rak in situ, który nie przekracza błony podstawnej nabłonka i nie nacieka tkanek otaczających; – wszelkie zmiany przednowotworowe w komórkach, które na podstawie badań cytologicznych lub histopatologicznych zostały sklasyfikowane jako dysplazja dużego stopnia. Ubezpieczenie nie obejmuje: – nowotworów współistniejących z zespołem nabytego upośledzenia odporności (AIDS); – nowotworów skóry, z wyjątkiem czerniaka złośliwego, które zgodnie z badaniem histopatologicznym zostały sklasyfikowane jako naciekające poza zewnętrzną warstwę skóry (poza naskórek); – leczenia z wykorzystaniem terapii limfocytami CAR-T.
2	Pomostowanie naczyń wieńcowych (by-pass), rewaskularyzacja mięśnia sercowego – zabieg operacyjny wykonany ze wskazań konsultanta kardiologicznego celem leczenia zwężenia lub niedrożności co najmniej jednego naczynia wieńcowego serca, który polega na wykonaniu omijającego przeszczepu naczyniowego. Ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów na tętnicach wieńcowych z zastosowaniem innych technik niż pomostowanie wieńcowe, np. angioplastyki balonowej czy stentów. Operacja naprawcza zastawki serca – zabieg operacyjny wykonany ze wskazań kardiologicznych, który polega na wymianie lub plastyce jednej lub więcej zastawek serca.
3	Zabieg neurochirurgiczny – dowolna operacja chirurgiczna mózgu lub innych struktur wewnątrzczaszkowych lub leczenie operacyjne nowotworów łagodnych rdzenia kręgowego.
4	Przeszczep od żywego dawcy narządów – przeszczep ubezpieczonemu jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: nerki, segmentu płuca wątroby, płuca płuc lub fragmentu trzustki od innego kompatybilnego żywego dawcy. Ubezpieczenie nie obejmuje przeszczepu: – który wynika z alkoholowej choroby wątroby; – z wykorzystaniem komórek macierzystych i autoprzeszczepu; – jeżeli ubezpieczony jest dawcą na rzecz osoby trzeciej, której nie obejmuje to ubezpieczenie; – od zmarłego dawcy; – narządu, który został kupiony od dawcy. Przeszczep szpiku kostnego – przeszczep szpiku kostnego lub komórek macierzystych z krwi obwodowej, które pochodzą od: – ubezpieczonego (przeszczep autologiczny), – kompatybilnego żywego dawcy (przeszczep allogeniczny). Ubezpieczenie nie obejmuje przeszczepu komórek macierzystych przy użyciu krwi pępowinowej.

68. Jeśli poważny stan chorobowy w postaci nowotworu może być jednocześnie zakwalifikowany do grupy 2, 3 lub 4, to zostanie on przyporządkowany do grupy 1.

Okres realizacji świadczenia

69. Okres realizacji świadczenia to okres 36 miesięcy, który rozpoczyna się:
 - 1) w pierwszym dniu pierwszej podróży w ramach opieki medycznej za granicą, jeśli ubezpieczony rozpoczął podróż w okresie świadczenia ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) następnego dnia po zakończeniu okresu ochrony ubezpieczeniowej, jeśli poważny stan chorobowy wystąpił w okresie trwania

ochrony ubezpieczeniowej, a ubezpieczony rozpoczął podróż w ramach opieki medycznej za granicą po zakończeniu okresu ochrony ubezpieczeniowej.

70. Okres realizacji świadczenia ustalamy odrębnie dla każdej grupy poważnych stanów chorobowych.
71. Okres realizacji świadczenia to czas, w którym organizujemy i pokrywamy koszty świadczeń w odniesieniu do wszystkich zasadnych roszczeń, które dotyczą tej samej grupy poważnych stanów chorobowych.
72. Jeśli okres realizacji świadczenia zakończył się, a ubezpieczony jest hospitalizowany lub znajduje się pod opieką placówki medycznej, zgodnie z warunkami wstępnego certyfikatu leczenia, Further zapewni pokrycie kosztów leczenia do najbliższego planowego powrotu do Polski zgodnie z ustalonym planem leczenia.

Druga opinia medyczna

73. Jeśli w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej u ubezpieczonego wystąpi poważny stan chorobowy, może on uzyskać za pośrednictwem Further drugą opinię medyczną.
74. Druga opinia medyczna polega na przygotowaniu przez eksperta medycznego dla ubezpieczonego raportu na temat poważnego stanu chorobowego. Powstaje on na podstawie analizy dokumentacji medycznej dostarczonej przez ubezpieczonego.
75. W ramach drugiej opinii medycznej Further organizuje i pokrywa koszty następujących świadczeń:
- 1) udzielenia ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, która umożliwi przygotowanie raportu eksperta medycznego;
 - 2) w przypadkach uzasadnionych medycznie – ponownej oceny histopatologicznej, co oznacza wykonanie ponownych badań tkanek pobranych od ubezpieczonego;
 - 3) tłumaczenia dokumentacji medycznej, która dotyczy stanu zdrowia ubezpieczonego i jest niezbędna do przygotowania raportu eksperta medycznego;
 - 4) przekazania ekspertowi medycznemu przetłumaczonej dokumentacji medycznej;
 - 5) sporządzenia raportu eksperta medycznego, który zawiera:
 - a) opinię eksperta medycznego na temat postawionej diagnozy i dotychczasowego leczenia,
 - b) propozycję 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) przekazania ubezpieczonemu raportu eksperta medycznego.
76. Further sporządza drugą opinię medyczną raz w ramach jednego poważnego stanu chorobowego.
77. Ubezpieczony może zrezygnować z drugiej opinii medycznej. Further ustala wówczas sposób leczenia poważnego stanu chorobowego na podstawie wiedzy i dokumentacji uzyskanej od ubezpieczonego.
78. Aby uzyskać drugą opinię medyczną, ubezpieczony powinien skontaktować się z naszą infolinią pod numerem telefonu podanym w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczeniowym oraz podać:
- 1) imię i nazwisko,
 - 2) PESEL,
 - 3) numer telefonu do kontaktu,
 - 4) datę wystąpienia poważnego stanu chorobowego, rodzaj poważnego stanu chorobowego oraz datę zdiagnozowania choroby lub zaistnienia nieszczęśliwego wypadku będących przyczyną wystąpienia poważnego stanu chorobowego.
79. Po uznaniu roszczenia Further kontaktuje się z ubezpieczonym, aby poinformować go o czynnościach i wymaganych dokumentach, które są niezbędne do przygotowania raportu eksperta medycznego.
80. Further dostarczy ubezpieczonemu raport eksperta medycznego przygotowany na podstawie otrzymanej od niego dokumentacji medycznej.

Opieka medyczna za granicą

81. Jeśli w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej u ubezpieczonego wystąpi poważny stan chorobowy, Further zorganizuje i po-

kryje koszty opieki medycznej za granicą w związku z tym poważnym stanem chorobowym.

82. Further organizuje i pokrywa koszty świadczenia opieki medycznej za granicą do wysokości sumy ubezpieczenia, którą wskazujemy we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzamy w polisie.
83. Na opiekę medyczną za granicą składają się:
- 1) leczenie za granicą,
 - 2) koszty podróży,
 - 3) koszty zakwaterowania,
 - 4) koszty transportu zwłok ubezpieczonego lub dawcy,
 - 5) świadczenie za pobyt w szpitalu.

Leczenie za granicą

84. Ubezpieczenie pokrywa następujące koszty leczenia za granicą:
- 1) pobytu ubezpieczonego w szpitalu:
 - a) zakwaterowania, wyżywienia i usług opiekuńczych, które Further świadczy w okresie hospitalizacji ubezpieczonego, pobytu ubezpieczonego na oddziale lub na oddziale intensywnej terapii, a także na oddziale obserwacyjnym,
 - b) usług szpitalnych, w tym usług świadczonych przez przychodnię przyszpitalne,
 - c) dodatkowego łóżka związanego z pobytem w szpitalu osoby towarzyszącej, jeżeli szpital udostępnia taką usługę,
 - d) wykonania operacji na sali operacyjnej, w tym opieki anestezyjologicznej;
 - 2) pobytu ubezpieczonego w szpitalu ambulatoryjnym lub ośrodku pomocy, pod warunkiem że poniesione tam koszty obejmowało ubezpieczenie w związku z pobytem ubezpieczonego w szpitalu, o którym mowa w ppkt 1;
 - 3) opieki lekarskiej, jeśli dotyczy badania, leczenia lub operacji;
 - 4) wizyt lekarskich podczas hospitalizacji;
 - 5) znieczulenia i podania środków znieczulających, pod warunkiem że są wykonywane przez anestezjologa;
 - 6) badań laboratoryjnych i diagnostycznych, zdjęć rentgenowskich, które wymagane są do przygotowania leczenia lub w jego trakcie: radioterapii, izotopów promieniotwórczych, chemioterapii, elektrokardiogramów, echokardiografii, mielogramów, elektroencefalogramów, angiogramów ultrasonograficznych, tomografii komputerowej i innych podobnych badań oraz zabiegów niezbędnych w leczeniu poważnego stanu chorobowego, wykonywanych przez lekarza lub pod jego nadzorem;
 - 7) radioterapii – promieniowania wysokoenergetycznego w celu zmniejszenia nowotworów i zabijania komórek rakowych za pomocą promieni rentgenowskich, promieni gamma i naładowanych elektronów; to rodzaje promieniowania stosowane w leczeniu raka dostarczane przez urządzenie poza ciałem (radioterapia wiązką zewnętrzną) lub przez materiał radioaktywny umieszczony w ciele w pobliżu komórek rakowych (radioterapia wewnętrzna, brachyterapia);
 - 8) chirurgii rekonstrukcyjnej, która polega na naprawie lub odbudowie struktury ciała uszkodzonej lub usuniętej w trakcie leczenia za granicą, w celu skorygowania utraconej funkcji;
 - 9) leczenia powikłań lub działań niepożądanych bezpośrednio związanych z procedurami medycznymi zastosowanymi w ramach opieki medycznej za granicą, które wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w szpitalu lub w innej placówce medycznej i są niezbędne, zanim ubezpieczony zostanie uznany za zdolnego do podróży do Polski po zakończeniu leczenia za granicą;
 - 10) transfuzji krwi, osocza i podawania surowicy;
 - 11) związane z terapiami z wykorzystaniem tlenu, stosowaniem rozwiązań dożylnych, jak również iniekcji;
 - 12) leków przepisanych przez lekarza po hospitalizacji związanej z leczeniem poważnego stanu chorobowego, poniesione przez ubezpieczonego za granicą w ciągu 30 dni od dnia zakończenia procesu leczenia, pod warunkiem że leki te zostały zakupione przed powrotem do Polski;
 - 13) transferu i transportu medycznego ambulansem naziemnym lub powietrznym, pod warunkiem że został on zalecony przez lekarza oraz zaakceptowany i zorganizowany przez Further;

- 14) związane z hospitalizacją dawcy w przypadku przeszczepu od tego dawcy, w szczególności koszty:
 - a) analizy i testu przeprowadzonego w celu zidentyfikowania odpowiedniego dawcy spośród członków rodziny ubezpieczonego,
 - b) usług szpitalnych świadczonych na rzecz dawcy, w tym zakwaterowania w szpitalu, posiłków, opieki pielęgniarskiej i pozostałego personelu medycznego, badań laboratoryjnych oraz korzystania ze sprzętu i innych obiektów szpitalnych (z wyłączeniem przedmiotów do użytku osobistego, które nie są wymagane podczas procesu pobierania narządu lub tkanki do przeszczepu),
 - c) operacji i usług medycznych, które wiążą się z pobraniem narządu lub części narządu dawcy dla ubezpieczonego;
 - 15) świadczeń medycznych i materiałów wykorzystanych w związku z przeszczepem ubezpieczonemu szpiku kostnego, pod warunkiem że były one poniesione za granicą, po dacie wskazanej we wstępnym certyfikacie leczenia.
85. Jeśli jakakolwiek siła wyższa, ograniczenia logistyczne lub operacyjne nałożone przez władze lokalne lub międzynarodowe uniemożliwiają Further organizowanie opieki medycznej za granicą, Further zorganizuje leczenie i pokryje koszty świadczeń w Polsce. Dotyczy to świadczeń wymienionych w pkt 84, pod warunkiem że te same ograniczenia logistyczne lub operacyjne nie uniemożliwiają organizacji równoważnych świadczeń w Polsce. Opieka medyczna w Polsce będzie dostępna tylko do czasu, gdy Further będzie w stanie zorganizować opiekę medyczną za granicą.
- kto i na jakich zasadach pokrywa koszty podróży**
86. Further organizuje i pokrywa koszty podróży ubezpieczonego, osoby towarzyszącej (lub dwóch osób towarzyszących, jeśli ubezpieczonym jest dziecko) oraz dawcy w przypadku przeszczepu poza granicami Polski, o ile wiążą się z leczeniem u ubezpieczonego poważnego stanu chorobowego w zagranicznej placówce medycznej, wskazanej we wstępnym certyfikacie leczenia. Further pokrywa także koszty podróży powrotnej do Polski.
87. Further jest odpowiedzialny za ustalenie daty podróży na podstawie uzgodnionego planu leczenia.
88. Jeśli ubezpieczony bez uzasadnienia medycznego, bez ważnego powodu osobistego lub bez uzgodnienia z Further zmieni datę podróży, Further zastrzega sobie prawo do zwrócenia się do ubezpieczonego o zwrot kosztów, które powstały w związku ze zmianą terminu podróży.
89. Jeśli lekarz zdecyduje, że podróż ubezpieczonego powinna odbywać się transportem medycznym, zgodnie z pkt 84 ppkt 13) Further organizuje i pokrywa koszty transportu medycznego ubezpieczonego ambulansem naziemnym lub powietrznym.
90. Koszty podróży lub transportu medycznego obejmują:
- 1) transport ubezpieczonego z jego miejsca pobytu na międzynarodowe lotnisko lub dworzec kolejowy, z którego zgodnie z planem podróży będzie zorganizowany transport;
 - 2) bilet kolejowy lub lotniczy w klasie ekonomicznej do miasta docelowego leczenia i transport do wskazanego hotelu;
 - 3) transport z wyznaczonego hotelu lub szpitala na lotnisko lub międzynarodowy dworzec kolejowy;
 - 4) bilet kolejowy lub lotniczy w klasie ekonomicznej oraz transport do miejsca pobytu ubezpieczonego.
91. Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów regularnych przejazdów między hotelem a placówką medyczną oraz przejazdów do lekarza prowadzącego.
92. Termin powrotu ustala Further w porozumieniu z lekarzem prowadzącym ubezpieczonego, który stwierdza, czy jest on zdolny do podróży.
- kto i na jakich zasadach pokrywa koszty zakwaterowania**
93. W ramach opieki medycznej za granicą Further organizuje i pokrywa koszty zakwaterowania ubezpieczonego i osoby towarzyszącej (lub dwóch osób towarzyszących, jeśli ubezpieczonym jest dziecko) oraz dawcy w przypadku przeszczepu w związku z ich pobytem w miejscu leczenia poważnego stanu chorobowego ubezpieczonego poza terytorium Polski.
94. Further ustala okres zakwaterowania w hotelu na podstawie uzgodnionego planu leczenia.
95. Further zapewnia zakwaterowanie w pokoju dwuosobowym w hotelu trzy- lub czterogwiazdkowym, w tym śniadanie. O wyborze hotelu decyduje Further na podstawie odległości od placówki medycznej lub od lekarza prowadzącego, która nie powinna być większa niż 10 km. Podwyższenie standardu hotelu nie jest możliwe, nawet na koszt ubezpieczonego.
96. Further nie pokrywa kosztów posiłków (z wyjątkiem śniadania) i innych kosztów dodatkowych związanych z pobytem w hotelu.
- kto i na jakich zasadach pokrywa koszty transportu zwłok ubezpieczonego lub dawcy**
97. Further organizuje i pokrywa koszty transportu zwłok ubezpieczonego lub dawcy do miejsca pochówku na terytorium Polski, jeżeli śmierć ubezpieczonego lub dawcy nastąpi podczas organizowanej przez Further opieki medycznej za granicą.
98. Koszty transportu zwłok obejmują koszty zakupu trumny przewoźowej, balsamowania zwłok oraz koszty ich przewiezienia do Polski.
- jak realizujemy świadczenie za pobyt w szpitalu**
99. Further wypłaci ubezpieczonemu świadczenie za każdy dzień hospitalizacji podczas opieki medycznej za granicą, w wysokości wskazanej w polisie.
100. Further wypłaci świadczenie za okres maksymalnie 60 dni hospitalizacji na każdy poważny stan chorobowy.
101. Further wypłaca z góry 50% świadczenia z tytułu planowanej hospitalizacji przed wyjazdem ubezpieczonego za granicę w celu leczenia poważnego stanu chorobowego. W kalkulacji wysokości świadczenia Further bierze pod uwagę szacowaną liczbę dni, na jaką planowana jest hospitalizacja.
102. Jeśli pobyt ubezpieczonego w szpitalu trwa dłużej niż okres, za który otrzymał świadczenie na podstawie pkt 101, Further wypłaci mu pozostałą część świadczenia pieniężnego z tytułu hospitalizacji w cyklach tygodniowych, w terminie 7 dni po każdym zakończonym tygodniu hospitalizacji za granicą.
- jak realizujemy świadczenie leczenia za granicą**
103. Jeżeli ubezpieczony chce skorzystać z opieki medycznej za granicą, powinien skontaktować się z nami telefonicznie lub mejlowo.
104. Further poinformuje ubezpieczonego o kolejnych krokach niezbędnych do weryfikacji poważnego stanu chorobowego, w tym o konieczności dostarczenia niezbędnej dokumentacji medycznej.
105. Jeżeli ubezpieczony zdecydował się skorzystać z drugiej opinii medycznej, proces uzyskania raportu eksperta medycznego musi zakończyć się przed rozpoczęciem organizacji opieki medycznej za granicą.
106. Po weryfikacji kompletu dokumentacji medycznej Further ostatecznie potwierdzi ubezpieczonemu, czy poważny stan chorobowy jest objęty ochroną.
107. Jeżeli ubezpieczony rozważy leczenie za granicą, Further zweryfikuje obowiązujący okres realizacji świadczenia na rzecz ubezpieczonego. Może to skutkować jednym z następujących scenariuszy:
- 1) pełna dostępność – brak zgłoszonego wcześniej roszczenia z tytułu poważnego stanu chorobowego z danej grupy; Further potwierdzi pełny obowiązujący okres realizacji świadczenia;
 - 2) częściowa dostępność – to skutek wcześniejszej organizacji i poniesienia kosztów leczenia za granicą z poprzedniego roszczenia w ramach poważnego stanu chorobowego z tej samej grupy; Further wskaże dostępny okres realizacji świadczenia;
 - 3) wygaśnięcie obowiązującego okresu realizacji świadczenia – w związku z upływem 36 miesięcy od:
 - a) pierwszego dnia pierwszej podróży w ramach opieki medycznej za granicą, jeśli dotyczyła poważnego stanu chorobowego z tej samej grupy, której dotyczy obecnie zgłaszane roszczenie, lub
 - b) następnego dnia po zakończeniu okresu ochrony ubezpieczeniowej, jeżeli poważny stan chorobowy został zdiagnozowany lub nieszcześliwy wypadek, który spowodował poważny stan chorobowy, wydarzył się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, a podróż w ramach opieki medycznej za granicą rozpoczęła się po zakończeniu okresu ochrony ubezpieczeniowej.

Przykład

Jeśli u ubezpieczonego zdiagnozowano nowotwór i był on objęty ochroną w momencie wyjazdu na leczenie za granicą, to okres 36 miesięcy liczymy od pierwszego dnia pierwszej podróży ubezpieczonego na leczenie za granicą.

Jeśli u ubezpieczonego wystąpi ponownie poważny stan chorobowy z tej samej grupy, czyli nowotwór:

1) przed upływem 36 miesięcy od daty pierwszej podróży, to będzie mógł on korzystać ze świadczeń do upływu 36 miesięcy; jeśli okres ten minie, kiedy ubezpieczony będzie w trakcie hospitalizacji za granicą, to pokryjemy koszty jego leczenia do następnego planowego powrotu do Polski zgodnie z ustalonym planem leczenia;

po upływie 36 miesięcy ubezpieczony nie będzie już miał prawa do żadnych świadczeń związanych z tą grupą poważnych stanów chorobowych;

2) po upływie 36 miesięcy od daty wskazanej powyżej ubezpieczony nie będzie miał prawa do świadczeń w zakresie tej grupy poważnych stanów chorobowych.

Jeśli u ubezpieczonego wystąpi poważny stan chorobowy z innej grupy niż nowotwór, np. rewaskularyzacja mięśnia sercowego, to okres realizacji świadczenia będziemy liczyć od nowa dla tej grupy.

108. Further przedstawi propozycję trzech rekomendowanych placówek medycznych, które są w stanie podjąć się leczenia ubezpieczonego. Further nie przedstawi takiej propozycji, jeśli wygaśnie obowiązujący okres realizacji świadczenia.
109. Po wybraniu przez ubezpieczonego jednej z propozycji, o których mowa w pkt 108, Further rozpocznie organizację leczenia w danej placówce medycznej oraz realizację pozostałych świadczeń w ramach opieki medycznej za granicą, o ile leczenie rozpocznie się przed upływem okresu realizacji świadczenia. Ubezpieczony otrzyma plan leczenia i wstępny certyfikat leczenia.
110. Further wydaje listę zalecanych placówek medycznych i wstępny certyfikat leczenia na podstawie aktualnego stanu zdrowia ubezpieczonego. Oba dokumenty są ważne 3 miesiące.
111. Jeśli ubezpieczony nie zdecyduje się na żadną z zaproponowanych placówek medycznych lub nie rozpocznie leczenia w wybranej placówce medycznej w ciągu 3 miesięcy od wystawienia wstępnego certyfikatu leczenia, Further może przedstawić nową listę zalecanych placówek medycznych i tym samym nowy wstępny certyfikat leczenia na podstawie aktualnego stanu zdrowia ubezpieczonego.

Opieka kontrolna po leczeniu za granicą

112. Po zakończeniu opieki medycznej za granicą, jeśli nie upłynął okres realizacji świadczenia, o którym mówimy w pkt 69–72, Further:
- 1) zwróci ubezpieczonemu koszty leków, które kupił po powrocie do Polski, oraz
 - 2) zapewni zwrot kosztów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą w przypadku realizacji świadczenia w Polsce lub zorganizuje i pokryje koszty kontroli stanu zdrowia za granicą.
113. Further przedstawi ubezpieczonemu wytyczne, jak korzystać ze świadczeń wskazanych w pkt 112. Wytyczne będą wynikać z rekomendacji i planu kontroli stanu zdrowia wydanych przez placówkę medyczną, która prowadziła leczenie za granicą. Plan kontroli stanu zdrowia będzie zawierał odstępy czasu i rodzaje procedur diagnostycznych, które należy wykonać.

– jak realizujemy świadczenie zwrotu kosztów leków

114. Jeśli ubezpieczony był hospitalizowany za granicą w ramach procesu leczenia organizowanego przez Further przez okres dłuższy niż 3 dni, Further zwróci mu koszty poniesione na zakup leków po powrocie do Polski.
115. Zwrot kosztów dotyczy leków:
- 1) zaleconych przez lekarza prowadzącego leczenie za granicą jako kontynuacja prowadzonego leczenia;
 - 2) wydanych przez farmaceutę;
 - 3) przepisanych przez lekarza w Polsce;
 - 4) kupionych w Polsce;
 - 5) przepisanych w dawce pozwalającej na przyjmowanie leku przez okres nie dłuższy niż 2 miesiące;

- 6) których recepty zostały wydane przed końcem obowiązującego okresu realizacji świadczenia, o którym mówimy w pkt 69–72.
116. Ubezpieczony sam kupuje lek w Polsce i za niego płaci. Further zwróci ubezpieczonemu poniesione przez niego koszty zakupu leków na podstawie otrzymanych dokumentów: kopii recepty, faktury lub dowodu zapłaty.
117. Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów:
- 1) leków finansowanych w całości przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
 - 2) procedur medycznych związanych z podawaniem leków;
 - 3) leków zakupionych poza Polską z zastrzeżeniem pkt 119.
118. Jeżeli koszty zakupu leków częściowo sfinansował Narodowy Fundusz Zdrowia, ubezpieczony we wniosku o zwrot poniesionych kosztów zakupu leków powinien wyraźnie rozróżnić koszty, które sam poniósł. Ubezpieczeniem nie obejmujemy tej części kosztów, która została sfinansowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
119. Ubezpieczenie pokryje koszty leków kupionych poza Polską, w przypadku gdy Further potwierdzi, że zalecany lek lub zamiennik o podobnej skuteczności nie jest dopuszczony do obrotu w Polsce lub nie jest dostępny na terenie Polski.
120. W przypadku, o którym mówimy w pkt 119, Further zorganizuje ubezpieczonemu podróż w celu zakupu leków na zasadach określonych jak dla opieki medycznej za granicą.

– jak realizujemy świadczenie kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą

121. Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą może się odbyć w zależności od decyzji ubezpieczonego:
- 1) za granicą – z udziałem placówki medycznej, która prowadziła leczenie za granicą; w tym przypadku Further organizuje tę opiekę i pokrywa koszty z nią związane, na zasadach obowiązujących w przypadku opieki medycznej za granicą – z uwzględnieniem kosztów podróży i zakwaterowania;
 - 2) w Polsce – w tym przypadku ubezpieczony organizuje tę opiekę we własnym zakresie w placówkach medycznych rekomendowanych przez Further, na podstawie otrzymanego planu kontroli stanu zdrowia, oraz ponosi jej koszty; jeśli ubezpieczonym jest dziecko – opiekę kontrolną organizuje i opłaca rodzic lub opiekun prawny.
122. Further zwróci ubezpieczonemu koszty, które wynikają z planu kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą i które ubezpieczony poniósł w Polsce.
123. Further poniesie koszty wszelkich badań diagnostycznych, profilaktycznych, przesiewowych lub konsultacji lekarskich po leczeniu za granicą, stosowanych w celu ustalenia czy stan zdrowia ubezpieczonego ulega lub może ulec pogorszeniu lub czy pojawiają się powikłania leczonego poważnego stanu chorobowego. Badania lub konsultacje lekarskie, o których mówimy w tym punkcie, muszą odbywać się zgodnie z planem kontroli stanu zdrowia wydanym przez placówkę medyczną, która prowadziła leczenie za granicą.
124. Further zwróci ubezpieczonemu koszty, jeżeli:
- 1) opieka kontrolna zostanie przeprowadzona w jednej z placówek medycznych wskazanych przez Further oraz
 - 2) leczenie w ramach ustalonego przez Further planu kontroli stanu zdrowia jest dostępne w Polsce w czasie i w sposób niezbędny do bieżącej kontroli, oraz
 - 3) kontrola stanu zdrowia jest wykonywana zgodnie z otrzymanym planem kontroli stanu zdrowia, oraz
 - 4) przedstawione faktury, rachunki lub dowody wpłaty związane z kontrolą stanu zdrowia mają datę wcześniejszą niż koniec obowiązującego okresu realizacji świadczenia, o którym mówimy w pkt 69–72.
125. Further zwróci ubezpieczonemu koszty po otrzymaniu faktury, rachunku lub dowodu wpłaty.
126. Further zwróci koszty opieki kontrolnej, o których mówimy w pkt 123, których nie sfinansował Narodowy Fundusz Zdrowia.
127. Ubezpieczony we wniosku o zwrot kosztów powinien wyraźnie odróżnić poniesione przez siebie koszty od części sfinansowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
128. Jeśli w trakcie kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą okaże się, że ubezpieczony wymaga kontynuacji tego leczenia, Further wznowi organizację świadczenia opieki medycznej za granicą na zasadach określonych w tych OWU.

129. Jeżeli lekarz prowadzący kontrolę stanu zdrowia ubezpieczonego stwierdzi, że plan leczenia, który został początkowo ustalony przez lekarza międzynarodowego, nie odpowiada jego obecnemu stanowi zdrowia, może ustalić inny plan kontynuacji leczenia. Placówka medyczna, która prowadzi leczenie ubezpieczonego za granicą, musi zweryfikować i zaakceptować nowy plan.

Wsparcie psychologa lub psychiatry

130. Jeśli w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej u ubezpieczonego wystąpi poważny stan chorobowy i ubezpieczony będzie korzystał z opieki medycznej za granicą, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji:

- 1) ubezpieczonego z psychiatrą,
- 2) ubezpieczonego z psychologiem lub psychoterapeutą,
- 3) osoby bliskiej ubezpieczonego z psychiatrą lub psychologiem.

131. Konsultacje, o których mówimy w pkt 130, nazywamy łącznie wsparciem psychologa lub psychiatry.

132. Ze wsparcia psychologa lub psychiatry ubezpieczony lub jego osoba bliska mogą korzystać od momentu wydania ubezpieczonemu wstępnego certyfikatu leczenia do upływu okresu realizacji świadczenia w ramach danej grupy poważnych stanów chorobowych.

133. Wsparcie psychologa lub psychiatry przyznajemy do każdego poważnego stanu chorobowego, w związku z którym ubezpieczony korzysta z opieki medycznej za granicą, z zachowaniem zasad, które dotyczą okresu realizacji świadczenia wskazanego w pkt 69–72.

134. Wsparcie psychologa lub psychiatry realizujemy do wyczerpania limitów, które wskazujemy we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i potwierdzamy w polisie.

135. Z konsultacji z psychiatrą lub psychologiem dla osoby bliskiej ubezpieczonego mogą korzystać: partner życiowy, rodzic, dziecko, siostra, brat lub inna osoba, którą wskaże ubezpieczony. Limit jest łączny dla wszystkich wymienionych osób.

136. Wsparcie psychologa lub psychiatry realizujemy wyłącznie na terenie Polski.

137. Aby skorzystać ze świadczenia wsparcia psychologa lub psychiatry, ubezpieczony lub osoba bliska powinni skontaktować się z Centrum Operacyjnym i podać:

- 1) imię i nazwisko,
- 2) PESEL albo w przypadku obcokrajowców numer dokumentu tożsamości,
- 3) numer polisy.

138. Czas oczekiwania na konsultację wynosi do 5 dni roboczych od zgłoszenia.

139. Termin, który podajemy w pkt 138, dotyczy konsultacji u jakiegokolwiek psychiatry, psychologa lub psychoterapeuty, a nie konsultacji u konkretnego specjalisty.

140. Konsultacje organizujemy w formie wizyty stacjonarnej lub telekonsultacji. Nie organizujemy telekonsultacji z psychiatrą dla osób poniżej 18. roku życia. Wybór formy konsultacji należy do ubezpieczonego lub osoby bliskiej ubezpieczonego.

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa lub nasza odpowiedzialność jest ograniczona

Karencja

141. Karencja to okres, w którym nasza odpowiedzialność jest ograniczona lub wyłączona. Okres karencji określamy w polisie.

142. Karencji nie stosujemy, jeżeli poważny stan chorobowy powstał w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w czasie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej.

Wyłączenia

143. Nie wypłacimy świadczenia z tytułu śmierci, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe jest następstwem:

- 1) wojny, działań wojennych i zbrojnych;
- 2) świadomego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach, chyba że jego udział w tych aktach lub zamieszkach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 3) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego;

4) samobójstwa ubezpieczonego popełnionego w okresie 2 lat od daty zawarcia umowy.

144. Nie ponosimy odpowiedzialności w związku z:

- 1) leczeniem chorób, których nie obejmuje ubezpieczenie;
- 2) chorobami lub następstwami nieszczęśliwych wypadków, które:
 - a) powstały w wyniku wojen, aktów terroryzmu, ruchów sejsmicznych, zamieszek, rozruchów, powodzi, wybuchów wulkanów,
 - b) są następstwem reakcji jądrowych lub katastroficznych,
 - c) wiążą się z oficjalnie ogłoszonymi epidemiami;
- 3) niezależnym przez lekarza zażyciem przez ubezpieczonego leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych, lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
- 4) leczeniem następstw, które wynikają z prób samobójczych lub samookaleczenia, lub okaleczenia na własną prośbę;
- 5) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który spełnia ustawowe znamiona przestępstwa.

145. Niezależnie od innych postanowień umowy ubezpieczenia nie spełnimy świadczeń, w tym:

- 1) nie zapewnimy ochrony ubezpieczeniowej,
- 2) nie wypłacimy świadczeń, lub
- 3) nie zapewnimy innych korzyści z tytułu umowy ubezpieczenia, w zakresie, w jakim spełnienie tych świadczeń mogłoby skutkować złamaniem przez nas sankcji gospodarczych, handlowych, finansowych lub embarga, wynikających z prawa polskiego lub międzynarodowego, w tym przyjętych przez Unię Europejską, Organizację Narodów Zjednoczonych, a także przez Stany Zjednoczone Ameryki lub inne państwa, chyba że jest to sprzeczne z przepisami prawa (w tym krajowego lub Unii Europejskiej), które nas obowiązują.

146. Nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym Further nie organizuje i nie pokrywa kosztów opieki medycznej za granicą ani kosztów związanych z pozostałymi świadczeniami, jeżeli:

- 1) w momencie wystąpienia poważnego stanu chorobowego ubezpieczony nie miał stałego miejsca zamieszkania w Polsce oraz
- 2) w ciągu 12 miesięcy przed wystąpieniem poważnego stanu chorobowego ubezpieczony przebywał na terytorium Polski przez okres krótszy niż 183 dni, chyba że powodem pobytu poza terytorium Polski było korzystanie ze świadczeń z tytułu tej umowy.

147. Nie ponosimy odpowiedzialności w związku z:

- 1) leczeniem eksperymentalnym, jak również tymi procedurami diagnostycznymi, terapeutycznymi lub chirurgicznymi, których bezpieczeństwo nie zostało udowodnione naukowo;
- 2) 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;
- 3) usługami, które nie są niezbędne z medycznego punktu widzenia do leczenia poważnego stanu chorobowego ubezpieczonego;
- 4) opłatami za organizację i leczenie poważnych stanów chorobowych, które obejmuje nasze ubezpieczenie, w inny sposób niż rekomendowany w raporcie eksperta medycznego, jeżeli jako sposób leczenia rekomenduje on w nim przeszczep narządu;
- 5) organizacją i pokryciem kosztów świadczeń lub leczenia, które wiążą się z komplikacjami po transplantacji wykonanej nie w ramach opieki medycznej za granicą;

148. Nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym Further nie organizuje i nie pokrywa kosztów opieki medycznej za granicą ani kosztów związanych z pozostałymi świadczeniami, jeżeli ubezpieczony przed, w trakcie lub po weryfikacji roszczenia:

- 1) nie postępuje zgodnie z zaleceniami lub planem leczenia ustalonym przez lekarza prowadzącego lub
- 2) odmawia poddania się leczeniu, dodatkowej analizie diagnostycznej lub testom niezbędnym do ustalenia ostatecznej diagnozy lub planu leczenia.

Koszty, których nie obejmujemy ubezpieczeniem

149. Nie ponosimy odpowiedzialności w związku z:

- 1) kosztami poniesionymi na organizację i pokrycie kosztów leczenia w Polsce, z wyjątkiem zakupu leków po powrocie do Polski oraz opieki kontrolnej po leczeniu za granicą – nie dotyczy to organizacji leczenia w Polsce zgodnie z postanowieniem pkt 85;

- 2) kosztami poniesionymi:
- a) przed datą wskazaną we wstępnym certyfikacie leczenia,
 - b) w innym szpitalu niż ten, do którego został skierowany ubezpieczony,
 - c) w związku z opieką domową po rekonwalescencji, pobytem w domu opieki zdrowotnej lub usługami świadczonymi w ośrodku rekonwalescencji lub podobnej instytucji, uzdrowisku, hospicjum lub domu starców,
 - d) na zakup lub wynajem dowolnego typu protezy lub przyrządów ortopedycznych, protez zębowych, gorsetów, bandażi, kul, sztucznych członków lub organów, peruk, obuwia ortopedycznego, urządzeń lub przedmiotów, z wyjątkiem protez piersi po mastektomii i protez zastawek serca wymaganych w związku z operacją wykonaną w ramach świadczenia opieki medycznej za granicą,
 - e) na zakup lub wynajem wózków inwalidzkich, specjalnych łóżek, urządzeń klimatyzacyjnych, oczyszczaczy powietrza ani przedmiotów lub sprzętu służących do rehabilitacji lub rekonwalescencji lub leczenia,
 - f) na organizację i leczenie z wykorzystaniem terapii genowej, terapii komórkami somatycznymi, inżynierii tkankowej i terapii limfocytami CAR-T,
 - g) na tłumacza, z wyjątkiem tłumaczenia zorganizowanego przez Further, które dotyczyło procesu leczenia prowadzonego w ramach opieki medycznej za granicą,
 - h) na rozmowy telefoniczne oraz opłaty w odniesieniu do przedmiotów osobistego użytku lub które nie są natury medycznej, lub z tytułu usług świadczonych osobie towarzyszącej,
 - i) przez ubezpieczonego lub krewnych, lub osoby towarzyszące ubezpieczonemu, z wyjątkiem kosztów objętych ubezpieczeniem;
- 3) leczeniem z wykorzystaniem medycyny alternatywnej, a także procedurami diagnostycznymi, terapeutycznymi lub chirurgicznymi, których bezpieczeństwo i skuteczność nie zostały potwierdzone naukowo i medycznie;
- 4) zakupem leków, których nie wydał farmaceuta lub które są dostępne bez recepty;
- 5) organizacją ani pokryciem kosztów:
- a) leczenia z wykorzystaniem medycyny alternatywnej nawet, jeśli zalecił ją lekarz podczas leczenia poważnego stanu chorobowego,
 - b) leczenia wszystkich chorób spowodowanych procedurami medycznymi zorganizowanymi i opłaconymi przez Further, z wyjątkiem przypadków, w których dana choroba została sklasyfikowana jako poważny stan chorobowy; wyłączenia, o którym mowa, nie stosujemy do sytuacji wskazanej w pkt 84 pkt 9),
 - c) znalezienia dawcy poza członkami rodziny ubezpieczonego,
 - d) świadczeń dostępnych w ramach opieki medycznej za granicą w przypadku niezdolności ubezpieczonego do wyjazdu z powodu niespełnienia przez niego obowiązku wizowego kraju, w którym znajduje się wybrana przez ubezpieczonego placówka medyczna;
- 6) pokryciem kosztów świadczeń, jeżeli nie organizuje ich Further;
- 7) jakimikolwiek kosztami poniesionymi poza obowiązującym okresem realizacji świadczenia;
- 8) leczeniem długoterminowych skutków ubocznych, łagodzeniem przewlekłych objawów lub rehabilitacją (w tym fizjoterapia, rehabilitacja ruchowa oraz terapia językowa i mowy);
- 9) świadczeniem opieki zdrowotnej, która z medycznego punktu widzenia nie jest niezbędna do leczenia poważnego stanu chorobowego;
- 10) kosztami z tytułu zakwaterowania lub transportu zorganizowanego samodzielnie przez ubezpieczonego, towarzysza podróży lub dawcę.
150. Nie ponosimy również odpowiedzialności w przypadku, gdy poza leczeniem w ramach opieki medycznej za granicą ubezpieczony ma potrzebę leczenia związanego z demencją lub zaburzeniami poznawczymi, niezależnie od stopnia ich zaawansowania.
- ## Reklamacje
- ### – jak złożyć reklamację, skargę lub zażalenie i jak je rozpatrujemy
151. Reklamację można wnieść w każdym przypadku, o ile jesteś:
- 1) osobą fizyczną, która jest ubezpieczającym, ubezpieczonym, inną osobą uprawnioną z umowy ubezpieczenia lub spadkobiercą, który ma interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia, a także
 - 2) osobą prawną lub spółką nieposiadającą osobowości prawnej, która jest ubezpieczającym lub poszukuje ochrony ubezpieczeniowej.
152. W przypadku osób fizycznych za reklamację uważamy wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, które osoby fizyczne kierują do nas jako podmiotu rynku finansowego, zawierające zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez nas usług. Wyjątek stanowią wystąpienia, które zawierają zastrzeżenia w zakresie niezwiązanym z udzielaną przez nas ochroną ubezpieczeniową, składane przez osoby fizyczne, które są klientami:
- 1) brokera ubezpieczeniowego lub
 - 2) agenta ubezpieczeniowego lub agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające, którzy wykonują czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
153. W przypadku osób prawnych lub spółek, które nie posiadają osobowości prawnej, za reklamację uważamy wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, które podmioty te kierują do nas, zawierające zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez nas usług. Wyjątek stanowią wystąpienia, które zawierają zastrzeżenia w zakresie niezwiązanym z udzielaną przez nas ochroną ubezpieczeniową i które dotyczą:
- 1) brokerów ubezpieczeniowych lub
 - 2) agentów ubezpieczeniowych lub agentów, którzy oferują ubezpieczenia uzupełniające, którzy wykonują czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
154. Reklamacje wnosi się do zarządu naszej spółki. Reklamację można złożyć w każdej naszej jednostce, która obsługuje klientów.
155. Reklamacje na świadczone przez nas usługi można złożyć:
- 1) elektronicznie – poprzez formularz na stronie unika.pl/reklamacje;
 - 2) ustnie:
 - a) telefonicznie pod numerem naszej infolinii +48 22 599 95 22,
 - b) osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub siedzibie;
 - 3) na piśmie:
 - a) osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub siedzibie,
 - b) przesyłką pocztową na adres: UNIKA TU na Życie S.A., 00-867 Warszawa, ul. Chłodna 51,
 - c) na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w Ustawie z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych jako rejestr publiczny prowadzony przez ministra właściwego do spraw informatyzacji, tj. AE:PL-75623-64271-BRDJV-27.
156. Odpowiedzi na reklamację udzielimy na piśmie albo w przypadku reklamacji wniesionej przez osobę fizyczną – pocztą elektroniczną, jeżeli osoba fizyczna, która składa reklamację, złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo, na wniosek tej osoby, potwierdzimy pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt złożenia reklamacji.
157. Odpowiedzi na reklamację udzielimy bezzwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania.
158. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, w których nie będziemy mogli rozpatrzyć reklamacji i udzielić na nią odpowiedzi w terminie 30 dni, poinformujemy osobę, która złożyła reklamację, o przyczynie opóźnienia. W takim przypadku odpowiedzi na reklamację udzielimy nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.
159. Jeżeli osoba fizyczna, która składa reklamację, nie zgadza się z naszym stanowiskiem wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego, a ponadto może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko nam według właściwości określonej w OWU.

160. Klient, który jest konsumentem, może również zwrócić się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
161. Podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
162. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla UNIQA TUNŻ S.A. do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (ul. Nowogrodzka 47A, 00-695 Warszawa; www.rf.gov.pl).
163. Podmiotom, którym nie przysługuje prawo do złożenia reklamacji zgodnie z postanowieniami pkt 151–153, przysługuje prawo do złożenia skargi lub zażalenia. Do skarg i zażaleń wnoszonych przez te podmioty mają odpowiednie postanowienia pkt 154–157 i 160, z zastrzeżeniem że w szczególnie skomplikowanych przypadkach, w których nie będziemy mogli rozpatrzyć skargi lub zażalenia i udzielić odpowiedzi w terminie 30 dni, osobę, która je zgłosiła, poinformujemy w tym terminie o przyczynie opóźnienia. W takim przypadku odpowiedzi na skargę lub zażalenie udzielimy nie później niż w terminie 90 dni od dnia ich otrzymania.

Właściwość sądów

– do którego sądu wnieść powództwo

164. Powództwo o roszczenie, które wynika z umowy ubezpieczenia, możesz wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
165. Powództwo o roszczenie, które wynika z umowy ubezpieczenia, można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
166. Przelew wierzytelności nie wpływa na właściwość sądu.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWU

167. W OWU używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:

- 1) **Centrum Operacyjne** – jednostka, która zajmuje się organizacją oraz realizacją konsultacji lekarzy specjalistów i badań diagnostycznych, w przypadku podejrzenia poważnego stanu chorobowego, oraz wsparcia psychologa lub psychiatry; numer telefonu do Centrum Operacyjnego znajduje się w polisie;
- 2) **dni robocze** – dni od poniedziałku do piątku, z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy;
- 3) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione ubezpieczającego, które w dniu złożenia wniosku nie ukończyło 18. roku życia;
- 4) **dzień złożenia wniosku** – dzień złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia przez ostatnią z osób dokonujących uwierzytelnienia;
- 5) **ekspert medyczny** – lekarz, który działa za granicą Polski, wyznaczony do współpracy w celu sporządzenia raportu; specjalność oraz doświadczenie lekarza odpowiadają specyfice stanu zdrowia ubezpieczonego;
- 6) **Further** – Further Underwriting International S.L.U., podmiot, który organizuje i realizuje na naszą rzecz i w naszym imieniu świadczenia objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach OWU;
- 7) **hospitalizacja** – leczenie w szpitalu, który znajduje się za granicą, trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny;
- 8) **inżynieria tkankowa** – postępowanie z użyciem zmodyfikowanych komórek lub tkanek, które wykorzystuje się do naprawy, regeneracji lub wymiany tkanki ludzkiej;
- 9) **konsultant kardiologiczny** – lekarz specjalista, który jest oficjalnie uznawany za kardiologa przez lokalną komisję lekarską w zakresie diagnozowania i leczenia chorób serca i naczyń krwionośnych;
- 10) **leczenie eksperymentalne** – leczenie, procedura, przebieg leczenia, sprzęt, lek lub produkt farmaceutyczny, przeznaczone do użytku medycznego lub chirurgicznego, które:
 - a) nie są powszechnie akceptowane jako bezpieczne, skuteczne i odpowiednie w leczeniu chorób lub urazów przez różne organizacje naukowe uznane przez międzynarodową społeczność medyczną, lub

b) są przedmiotem badań, testów lub znajdują się na dowolnym etapie eksperymentów klinicznych;

- 11) **lekarz specjalista** – lekarz uwzględniony w wykazie specjalizacji lekarskich w załączniku do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 maja 2023 roku w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów;
- 12) **leki** – każda substancja lub połączenie substancji, które mogą być stosowane lub podawane ubezpieczonemu w celu przywrócenia, poprawienia lub modyfikacji funkcji fizjologicznych organizmu, poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne, lub w celu postawienia diagnozy; możliwe do użycia wyłącznie na receptę wystawioną przez lekarza i wydawane przez licencjonowanego farmaceutę; lekiem jest również zamiennik wskazanego w receptce leku, jeżeli ma te same składniki aktywne, siłę i dawkowanie;
- 13) **medycyna alternatywna** – metoda leczenia, praktyka lub produkt medyczny albo farmaceutyczny, które obecnie nie są uważane za część medycyny konwencjonalnej lub standardowych metod leczenia, w tym między innymi: akupunktura, aromaterapia, medycyna chiropraktyczna, medycyna homeopatyczna, medycyna naturopatyczna, ajurweda, tradycyjna medycyna chińska i medycyna osteopatyczna;
- 14) **miesiąc polisy** – miesiąc, który rozpoczyna się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca; jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu – w ostatnim dniu tego miesiąca;
- 15) **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia ubezpieczonego;
- 16) **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 uważamy: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków lub leków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa;
- 17) **polisa** – dokument, który potwierdza zawarcie i warunki umowy ubezpieczenia;
- 18) **proteza** – urządzenie, które zastępuje całość lub część narządu lub zastępuje całość lub część upośledzonej jego funkcji;
- 19) **rocznica polisy** – każda rocznica początku ochrony ubezpieczeniowej, a jeżeli w danym roku kalendarzowym nie ma takiego dnia, to ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym rocznica ta przypada;
- 20) **rok polisy** – 12-miesięczny okres, który rozpoczyna się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej oraz w każdą rocznicę polisy, a kończy się w dniu bezpośrednio poprzedzającym rocznicę polisy;
- 21) **suma ubezpieczenia** – wskazana we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz w polisie kwota, na podstawie której ustalamy wysokość świadczenia, stanowiąca górną granicę naszej odpowiedzialności;
- 22) **szpital** – podmiot leczniczy, który świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz działa zgodnie z wymogami prawa państwa, w którym się znajduje;
- 23) **terapia genowa** – postępowanie z użyciem genów, które powodują efekt terapeutyczny, profilaktyczny lub diagnostyczny; polega na wstawieniu rekombinowanych genów do organizmu, zwykle w celu leczenia różnych chorób, w tym zaburzeń genetycznych, raka lub chorób przewlekłych; rekombinowany gen to odcinek DNA lub RNA, który jest tworzony w laboratorium poprzez łączenie DNA lub RNA z różnych źródeł;
- 24) **terapia komórkami somatycznymi** – postępowanie z zastosowaniem genów komórek lub tkanek, które poddano modyfikacji w celu zmiany ich właściwości biologicznych, lub komórek albo tkanek nieprzeznaczonych do stosowania w tych samych podstawowych funkcjach w ciele; komórki lub tkanki mogą być stosowane do leczenia, diagnozowania lub zapobiegania chorobom;
- 25) **terapia limfocytami CAR-T (terapia z użyciem limfocytu T z chimerycznymi receptorami antygenowymi)** – rodzaj leczenia, w którym limfocyty T pacjenta (rodzaj komórek układu odpor-

nościowego) są modyfikowane w laboratorium, aby zaatakowały komórki rakowe; komórki T są pobierane z krwi pacjenta;

- 26) **trwały nośnik** – materiał lub narzędzie, które umożliwiają ubezpieczającemu lub ubezpieczonemu przechowywanie informacji kierowanych osobiście do niego, w sposób który zapewnia dostęp do informacji w przyszłości przez czas odpowiedni do celów, jakim te informacje służą, i które pozwalają odtworzyć przechowywane informacje w niezmienionej postaci;
- 27) **umowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie tych OWU;
- 28) **uposażony** – osoba wskazana przez ubezpieczonego do otrzymania świadczenia w przypadku jego śmierci;
- 29) **usługi niezbędne z medycznego punktu widzenia** – usługi opieki zdrowotnej lub zaopatrzenia, które są:
 - a) przepisane ubezpieczonemu w celu leczenia poważnego stanu chorobowego oraz
 - b) uznane za skuteczne w poprawie wyników zdrowotnych po przebiegu leczenia według planu leczenia, które są zgodne pod względem rodzaju, częstotliwości i czasu trwania z diagnozą, zgodnie z opublikowaną recenzowaną literaturą medyczną (taką jak PubMed) lub naukowo popartymi wytycznymi USA, Wielkiej Brytanii i Europy (w szczególności NCCN – wytyczne dotyczące praktyki klinicznej w onkologii będą stosowane w odniesieniu do raka), oraz
 - c) opłacalne w porównaniu z alternatywnymi metodami leczenia, które dają podobne wyniki, w tym brak leczenia, oraz
 - d) wymagane z powodów innych niż wygoda ubezpieczonego lub jego lekarza;oceny tego, co z medycznego punktu widzenia jest niezbędne, dokonuje Further, uwzględniając zakres ubezpieczenia, rekomendację eksperta zawartą w drugiej opinii medycznej, a także we współpracy z lekarzem, który prowadzi leczenie za granicą, zgodnie z literaturą medyczną i wytycznymi medycznymi określonymi w lit. b);
- 30) **uwierzytelnienie** – w zależności od sposobu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia:
 - a) złożenie własnoręcznego podpisu na wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - b) złożenie własnoręcznego podpisu na karcie podpisów do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia,

c) potwierdzenie woli zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową wraz ze wszystkimi zgodami i oświadczeniami, w sposób który wskazujemy w przesłanej przez nas informacji mejlowej, oraz potwierdzenie tożsamości za pomocą mojejID;

- 31) **wniosek o zawarcie umowy** – dokument, w którym deklarujesz chęć zawarcia z nami umowy ubezpieczenia;
- 32) **wstępny certyfikat leczenia** – pisemna zgoda wydana przez Further w naszym imieniu na pokrycie kosztów opieki medycznej za granicą w celu leczenia poważnego stanu chorobowego we wskazanej, zaakceptowanej przez ubezpieczonego placówce medycznej, która znajduje się za granicą Polski;
- 33) **zaburzenia poznawcze** – zaburzenia, które znacznie upośledzają funkcję poznawczą jednostki do tego stopnia, że normalne funkcjonowanie w społeczeństwie jest niemożliwe bez leczenia, zgodnie z najnowszą wersją „Diagnostycznego i statystycznego podręcznika zaburzeń psychicznych (DSM-V)”;
- 34) **złożenie wniosku ubezpieczeniowego** – uwierzytelnienie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dokonane przez ubezpieczającego, a w przypadku gdy ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego – dokonane również przez ubezpieczonego.

Postanowienia końcowe – co jeszcze jest ważne

- 168. W sprawach nieuregulowanych w OWU do umowy ubezpieczenia stosuje się przepisy prawa polskiego.
- 169. Strony mogą składać oświadczenia i zawiadomienia, które dotyczą umowy ubezpieczenia, z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, o ile OWU nie wymagają zachowania innej formy.
- 170. Integralną część tych OWU stanowi Formularz do OWU, czyli informacje sporządzone zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
- 171. Sprawozdania o naszej wypłacalności i kondycji finansowej publikujemy na naszej stronie internetowej.
- 172. Zasady opodatkowania podatkiem dochodowym kwot otrzymanych przez osoby fizyczne tytułu ubezpieczeń na życie określa Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.

Lista badań dla dorosłego

- | | | |
|---------------------------------------|---|------------------------------------|
| 1) ALAT | 26) fT_3 | 49) potas |
| 2) anty-HBs | 27) fT_4 | 50) proteinogram |
| 3) anty-HCV | 28) gazometria | 51) próba tuberkulinowa |
| 4) arteriografia | 29) GFR | 52) przeciwciała p. Borrelia – IgG |
| 5) ASPAT | 30) GGTP | 53) przeciwciała p. Borrelia – IgM |
| 6) audiogram | 31) glukoza | 54) PSA |
| 7) badanie bakteriologiczne (posiewy) | 32) HIV | 55) rezonans magnetyczny |
| 8) badanie grupy krwi | 33) INR | 56) rozmaz szpiku |
| 9) badanie kału na krew utajoną | 34) insulina (stężenie) | 57) RP |
| 10) badanie mikroskopowe | 35) kolonoskopia | 58) RTG |
| 11) badanie płynu mózgowo-rdzeniowego | 36) koronarografia | 59) scyntygrafia |
| 12) białko całkowite | 37) kreatynina | 60) sigmoidoskopia |
| 13) bilirubina | 38) kwas foliowy, | 61) spirometria |
| 14) biopsja | 39) kwas moczowy | 62) sód |
| 15) CRP | 40) lipidogram (cholesterol całkowity,
cholesterol HDL i LDL) | 63) testy serologiczne |
| 16) cytologia | 41) magnez | 64) tomografia komputerowa |
| 17) echo serca | 42) markery nowotworowe | 65) trójglicerydy |
| 18) EEG | 43) markery sercowe (troponina, kinaza
kreatynowa, CK-MB mass, mioglobina) | 66) TSH |
| 19) EKG spoczynkowe | 44) mocznik | 67) USG |
| 20) EKG wysiłkowe | 45) morfologia | 68) USG Doppler naczyń |
| 21) elektroforeza | 46) OB | 69) wapń |
| 22) elektrolity | 47) ogólne badanie moczu | 70) witamina B ₁₂ |
| 23) EMG | 48) PAP | 71) witamina F |
| 24) endoskopia | | 72) witamina P |
| 25) enteroskopia | | |

Lista badań dla dziecka

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------|----------------------------|
| 1) ALAT | 11) echo serca | 21) mocznik |
| 2) anty-HBs | 12) EMG | 22) morfologia |
| 3) anty-HCV | 13) endoskopia | 23) OB |
| 4) ASPAT | 14) GFR | 24) rezonans magnetyczny |
| 5) audiogram | 15) GGTP | 25) rozmaz szpiku |
| 6) badanie bakteriologiczne | 16) glukoza | 26) scyntygrafia |
| 7) badanie grupy krwi | 17) hemoglobina glikowana | 27) tomografia komputerowa |
| 8) badanie mikroskopowe | 18) insulina (stężenie) | 28) USG |
| 9) badanie płynu mózgowo-rdzeniowego | 19) kolonoskopia | |
| 10) biopsja | 20) kreatynina | |

UNIQA jest jedną z wiodących grup ubezpieczeniowych w Polsce i Europie. Oferuje ubezpieczenia majątkowe, komunikacyjne i na życie, zarówno dla klientów indywidualnych, jak i grupowych. Specjalizuje się w sprzedaży ubezpieczeń przez agentów oraz online, a także w omnikanałowej sprzedaży ubezpieczeń komunikacyjnych.

To stabilna i wiarygodna firma, za którą stoją liczby:

- ☒ obecna w 17 krajach
- ☒ 17 mln klientów w Europie
- ☒ jedna z największych grup ubezpieczeniowych w Polsce
- ☒ 6 mln klientów w Polsce
- ☒ lider w ubezpieczeniach dla segmentu mieszkalnictwa

Skontaktuj się z nami:

22 599 95 22

* koszt połączenia według taryfy operatora

Centrala
UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa
www.uniqa.pl

Aby uzyskać więcej informacji, skontaktuj się z agentem.

