



Ubezpieczenia

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA „ONKOPLAN”

Skorowidz najważniejszych informacji do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „OnkoPlan”
(na podstawie Rozporządzenia Ministra Finansów)

RODZAJ INFORMACJI	POSTANOWIENIE WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczenia	OWU § 4 Załącznik nr 2 do OWU § 2 Załącznik nr 3 do OWU § 2
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	OWU § 2 pkt 2), 6)-9), 26) § 4 ust. 2, § 5 § 11 ust. 8-11 Załącznik nr 2 do OWU § 2 Załącznik nr 3 do OWU § 2 ust. 3 § 4 § 6

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, zwanych dalej **OWU**, **Ubezpieczyciel** zawiera z Ubezpieczającym umowę ubezpieczenia „OnkoPlan”, zwaną dalej **Umową Ubezpieczenia**.

§ 2. DEFINICJE

Terminy użyte w OWU oznaczają:

- 1) **Agent Ubezpieczeniowy** – Powszechna Kasa Oszczędności Bank Polski Spółka Akcyjna, z siedzibą w Warszawie przy ul. Puławskiej 15, 02-515 Warszawa, wpisana do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000026438 w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy;
- 2) **Dodatkowy Okres Ubezpieczenia** – okres, o którym mowa w § 6 ust. 8 w którym PKO Ubezpieczenia udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie, o którym mowa w § 4 ust. 3. W trakcie Dodatkowego Okresu Ubezpieczenia Składka Ubezpieczeniowa nie jest pobierana od Ubezpieczającego. Dodatkowy Okres Ubezpieczenia jest liczony od pierwszego dnia Miesiąca Polisowego następującego po miesiącu, w którym wystąpiło zdarzenie Zachorowania Ubezpieczonego na Nowotwór Złośliwy i trwa odpowiednio:
 - a) 5 lat – w przypadku zgonu Ubezpieczonego oraz ubezpieczenia PKO Pomoc Medyczna;
 - b) 36 miesięcy – w przypadku ubezpieczenia PKO Opieka Medyczna za granicą;
- 3) **Dzień Roboczy** – dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy w rozumieniu prawa polskiego;
- 4) **Lekarz Specjalista** – lekarz, który posiada ważny dokument o uzyskaniu tytułu specjalisty i nie utracił prawa do wykonywania zawodu lekarza;
- 5) **Miesiąc Polisowy** – miesiąc rozpoczynający się w dniu wskazanym w Polisie jako dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia oraz w dniu każdego następnego miesiąca, który datą odpowiada dniowi zawarcia Umowy Ubezpieczenia, a jeżeli w danym miesiącu nie ma takiego dnia – w ostatnim dniu tego miesiąca;
- 6) **Nowotwór** – Nowotwór Złośliwy lub Nowotwór in Situ;
- 7) **Nowotwór Złośliwy** – guz złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz inwazją i niszczeniem zdrowej tkanki; pojęciem tym objęte są również białaczka, nowotwory układu limfatycznego i choroba Hodgkina; zakwalifikowany według Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 w rozdziale „Nowotwory złośliwe”, z wyłączeniem Nowotworów złośliwych wtórnych C77-79. Obecność nowotworu złośliwego musi być stwierdzona przez Lekarza Specjalistę na podstawie wyniku badania histopatologicznego; wykaz Nowotworów Złośliwych jest przedstawiony w Załączniku nr 1 do OWU;
- 8) **Nowotwór in Situ (nowotwór przedinwazyjny)** – wczesna postać nowotworu złośliwego, który ograniczony jest do jednej tkanki danego narządu i nie przekracza jej granicy (nie nacieka tkanek otaczających) zakwalifikowana według Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 w rozdziale „Nowotwory in situ”, z wyłączeniem raka in-situ skóry D04. Obecność nowotworu złośliwego musi być stwierdzona przez Lekarza Specjalistę na podstawie wyniku badania histopatologicznego; wykaz Nowotworów in Situ jest przedstawiony w Załączniku nr 1 do OWU;
- 9) **Okres Karencji** – okres liczony od pierwszego dnia Okresu Odpowiedzialności, w trakcie którego wyłączona jest odpowiedzialność PKO Ubezpieczenia z tytułu zajścia zdarzenia, określonego w odpowiednich postanowieniach OWU;
- 10) **Okres Odpowiedzialności** – cały okres, w którym PKO Ubezpieczenia udziela ochrony ubezpieczeniowej danemu Ubezpieczonemu w zakresie, o którym mowa w § 4;
- 11) **Okres Opóźnienia** – okres kolejnych 27 dni rozpoczynający się w dniu następującym po dniu wymagalności Składki Ubezpieczeniowej;
- 12) **PKO Pomoc Medyczna** – ubezpieczenie, którego warunki zostały przedstawione w Załączniku nr 2 do OWU;
- 13) **PKO Opieka Medyczna za granicą** – ubezpieczenie, którego warunki zostały przedstawione w Załączniku nr 3 do OWU;
- 14) **Polisa** – dokument wystawiony przez PKO Ubezpieczenia potwierdzający zawarcie Umowy Ubezpieczenia i jej warunki;
- 15) **Rocznica Polisy** – każda rocznica dnia wskazanego w Polisie jako dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia, a jeżeli w danym roku nie ma takiego dnia, ostatni dzień odpowiedniego miesiąca;
- 16) **Rok Polisowy** – rok rozpoczynający się w dniu wskazanym w Polisie jako dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia oraz w każdą Rocznicę Polisy;
- 17) **Składka Ubezpieczeniowa** – kwota, którą opłaca Ubezpieczający w wysokości i terminach określonych w Umowie Ubezpieczenia;
- 18) **Suma Ubezpieczenia** – określona w Umowie Ubezpieczenia kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności PKO Ubezpieczenia w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu zdarzenia objętego zakresem Umowy Ubezpieczenia, które zaszło w Okresie Odpowiedzialności PKO Ubezpieczenia;
- 19) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez PKO Ubezpieczenia w przypadku uznania roszczenia z tytułu zajścia w Okresie Odpowiedzialności zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia;
- 20) **Ubezpieczający** – wskazana w Umowie Ubezpieczenia, osoba fizyczna, która zawarła Umowę Ubezpieczenia z PKO Ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWU; Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym;
- 21) **Ubezpieczony** – wskazana w Umowie Ubezpieczenia osoba fizyczna, która jest objęta ochroną ubezpieczeniową;
- 22) **Ubezpieczyciel/ PKO Ubezpieczenia** – PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie;
- 23) **Uposażony** – wskazana przez Ubezpieczonego osoba fizyczna, osoba prawna albo jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, uprawniona zgodnie z Umową Ubezpieczenia, do otrzymania Świadczenia w przypadku zgonu Ubezpieczonego;
- 24) **Wniosek Ubezpieczeniowy** – oświadczenie woli zawarcia Umowy Ubezpieczenia, złożone przez Ubezpieczającego pisemnie na formularzu PKO Ubezpieczenia, lub za pomocą środków porozumiewania się na odległość, o ile zostaną w tym celu udostępnione przez Ubezpieczyciela;
- 25) **Wiek Wstępu** – wiek Ubezpieczonego obliczany w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia na podstawie OWU jako liczba pełnych lat pomiędzy dniem zawarcia Umowy Ubezpieczenia, a datą urodzenia Ubezpieczonego, przy czym Wiek Wstępu nie ulega zmianie w kolejnych okresach rocznych, określonych w § 6 ust. 5, o ile zachowana zostanie ciągłość ochrony ubezpieczeniowej;
- 26) **Zachorowanie Ubezpieczonego na Nowotwór** – pierwsza w życiu diagnoza Nowotworu potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego wskazującego na wystąpienie u Ubezpieczonego Nowotworu Złośliwego lub pierwszego w życiu jak i każdego kolejnego Nowotworu in Situ pod warunkiem, że wystąpiły w Okresie Odpowiedzialności. Za datę Zachorowania Ubezpieczonego na Nowotwór przyjmuje się dzień diagnozy Nowotworu przez Lekarza Specjalistę w oparciu o sporządzony wynik badania histopatologicznego.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4. ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Zakres ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3 i § 5 ust. 2, obejmuje następujące zdarzenia, które zaszły w Okresie Odpowiedzialności:
 - 1) zgon Ubezpieczonego;
 - 2) Zachorowanie Ubezpieczonego na Nowotwór;
 - 3) PKO Pomoc Medyczna, w przypadku Zachorowania Ubezpieczonego na Nowotwór – szczegółowy zakres ubezpieczenia stanowi załącznik nr 2 do niniejszych OWU;
 - 4) PKO Opieka Medyczna za granicą, w przypadku Zachorowania Ubezpieczonego na Nowotwór – szczegółowy zakres ubezpieczenia stanowi załącznik nr 3 do niniejszych OWU.
2. Umowa Ubezpieczenia obejmuje **pierwsze w życiu Zachorowanie Ubezpieczonego na Nowotwór. Zakres ubezpieczenia obejmuje również każdy kolejny Nowotwór in Situ** pod warunkiem, że zarówno pierwszy jak i każdy kolejny Nowotwór In Situ wystąpiły w Okresie Odpowiedzialności, z zastrzeżeniem § 7 ust. 4 pkt 7).
3. W trakcie Dodatkowego Okresu Ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 ust. 8 zakres ubezpieczenia obejmuje, w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia, realizację świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 1, 3, 4.

§ 5. OKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Okres Odpowiedzialności rozpoczyna się w dniu następującym po dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia.
2. Od pierwszego dnia Okresu Odpowiedzialności stosuje się 90-dniowy Okres Karencji, w trakcie którego wyłączona jest odpowiedzialność PKO Ubezpieczenia w odniesieniu do Zachorowania Ubezpieczonego na Nowotwór.
3. Okres Odpowiedzialności PKO Ubezpieczenia kończy się:

- 1) w dniu zgonu Ubezpieczonego;
- 2) w dniu rozwiązania Umowy Ubezpieczenia na skutek zaistnienia któregośkolwiek ze zdarzeń, o których mowa w § 7 ust. 4.

§ 6. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. W celu zawarcia Umowy Ubezpieczenia, Ubezpieczający składa Wniosek Ubezpieczeniowy.
2. Ubezpieczający we Wniosku Ubezpieczeniowym zobowiązany jest dokonać wyboru jednego z wariantów, o których mowa w § 9 ust. 2.
3. Umowę Ubezpieczenia uważa się za zawartą z dniem określonym w Polisie.
4. Umowę Ubezpieczenia zawiera się na okres jednego roku z zastrzeżeniem ust. 5 i 8
5. Z zastrzeżeniem ust. 8 poniżej Umowa Ubezpieczenia przedłuża się na kolejny roczny okres pod warunkiem, że żadna ze stron Umowy Ubezpieczenia, w terminie nie późniejszym niż 30 dni przed zakończeniem obowiązywania Umowy Ubezpieczenia, nie złoży drugiej stronie oświadczenia o nieprzedłużaniu Umowy Ubezpieczenia.
6. PKO Ubezpieczenia prześle Ubezpieczającemu w terminie nie krótszym niż 60 dni przed końcem okresu na jaki została zawarta Umowa Ubezpieczenia informację o upływie tego okresu oraz:
 - 1) o przedłużeniu Umowy Ubezpieczenia na kolejny roczny okres albo
 - 2) zaproponuje Ubezpieczonemu przedłużenie Umowy Ubezpieczenia na kolejny roczny okres z nową wysokością Składki Ubezpieczeniowej. Informacja o nowej wysokości Składki Ubezpieczeniowej będzie zawierała określenie wysokości składki dla wszystkich kategorii wiekowych, zaś składka dla danego Ubezpieczonego będzie zależna od jego Wiek Wstępu
 i o prawie do złożenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 5 powyżej.
7. Ubezpieczający może nie wyrazić zgody na przedłużenie Umowy Ubezpieczenia na proponowanych przez Ubezpieczyciela warunkach, o których mowa w ust. 6 pkt 1) i 2), o czym zobowiązany jest poinformować Ubezpieczyciela w terminie nie późniejszym niż 30 dni przed zakończeniem okresu na jaki została zawarta Umowa Ubezpieczenia.
8. W przypadku wystąpienia po 90 dniach od początku Okresu Odpowiedzialności zdarzenia Zachorowania Ubezpieczonego na Nowotwór Złośliwy, Umowa Ubezpieczenia zostaje jednorazowo przedłużona na Dodatkowy Okres Ubezpieczenia.
9. Ubezpieczony może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach jednej Umowy Ubezpieczenia.
10. Ubezpieczonym może zostać osoba, której Wiek Wstępu wynosi co najmniej 18 lat i nie przekracza 60 lat.
11. Ubezpieczający, zobowiązany jest do udzielenia zgodnie z prawdą, odpowiedzi na pytania związane z zawarciem Umowy Ubezpieczenia zamieszczone we Wniosku Ubezpieczeniowym, o którym mowa w ust. 1 powyżej oraz na pytania skierowane przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia. PKO Ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem zdania pierwszego nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia obowiązków, o których mowa w zdaniu pierwszym doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, które nie zostały podane do wiadomości PKO Ubezpieczenia.

§ 7. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia. W przypadku Umowy Ubezpieczenia zawartej za pomocą środków porozumiewania się na odległość Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia poinformowania Ubezpieczającego o zawarciu Umowy Ubezpieczenia lub od dnia potwierdzenia Ubezpieczającemu informacji wymaganych przy składaniu propozycji zawarcia Umowy Ubezpieczenia przez powszechnie obowiązujące przepisy prawa, regulujące zawieranie umów ubezpieczenia za pomocą środków porozumiewania się na odległość. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane.
2. W terminie 14 dni od otrzymania od Ubezpieczającego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia PKO Ubezpieczenia zwraca Ubezpieczającemu opłacone Składki Ubezpieczeniowe.
3. Ubezpieczający ma prawo wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia w każdym czasie ze skutkiem, o którym mowa ust. 4 pkt 2).
4. Umowa Ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:

- 1) jeżeli Ubezpieczający złożył oświadczenie o odstąpieniu – w dniu otrzymania przez PKO Ubezpieczenia oświadczenia o odstąpieniu Ubezpieczającego;
- 2) jeżeli Ubezpieczający wypowiedział Umowę Ubezpieczenia – z upływem ostatniego dnia Miesiąca Polisowego, w którym wypowiedzenie zostało dostarczone do PKO Ubezpieczenia;
- 3) jeżeli w Okresie Opóźnienia nie zostanie zapłacona Składka Ubezpieczeniowa mimo wezwania Ubezpieczającego do zapłaty – Umowa Ubezpieczenia ulega rozwiązaniu po upływie terminu wyznaczonego w wezwaniu;
- 4) jeżeli jedna ze stron Umowy Ubezpieczenia złoży oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy Ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 ust. 5. W takiej sytuacji Umowa Ubezpieczenia wygasa z ostatnim dniem okresu jej obowiązywania;
- 5) w przypadku, gdy nastąpił zgon Ubezpieczonego – z dniem zajścia zdarzenia z wyjątkiem repatriacji zwłok Ubezpieczonego lub dawcy w przypadku korzystania z ubezpieczenia PKO Opieka medyczna za granicą; w takim przypadku Umowa Ubezpieczenia ulega rozwiązaniu po zakończeniu repatriacji zwłok Ubezpieczonego;
- 6) w przypadku Zachorowania Ubezpieczonego na Nowotwór w Okresie Karencji – w pierwszych 90 dniach od początku Okresu Odpowiedzialności – z dniem zajścia zdarzenia;
- 7) w przypadku wyczerpania 100% Sumy Ubezpieczenia z tytułu zachorowania na Nowotwór in Situ, o ile nie nastąpiło zachorowanie na Nowotwór Złośliwy – z dniem zajścia zdarzenia zachorowania na Nowotwór in Situ;
- 8) z upływem Dodatkowego Okresu Ubezpieczenia;
- 9) z upływem ostatniego dnia Miesiąca Polisowego, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat.

§ 8. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Wysokość Składki Ubezpieczeniowej określona jest w Polisie lub w informacji o wysokości składki na kolejny roczny okres, o której mowa w § 6 ust. 6 pkt. 2) i jest uzależniona od Wiek Wstępu.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składki Ubezpieczeniowej z góry, z częstotliwością miesięczną, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Pierwsza Składka Ubezpieczeniowa staje się wymagalna pierwszego Dnia Roboczego następującego po dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia. Za kolejne miesiące obowiązywania Umowy Ubezpieczenia Składki Ubezpieczeniowe stają się wymagalne na 3 dni przed datą odpowiadającą w danym miesiącu dacie wymagalności pierwszej Składki Ubezpieczeniowej.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci Składki Ubezpieczeniowej w Okresie Opóźnienia, PKO Ubezpieczenia wezwie Ubezpieczającego po upływie Okresu Opóźnienia do zapłaty Składki Ubezpieczeniowej w dodatkowym terminie 30 dni, pod rygorem rozwiązania Umowy Ubezpieczenia w trybie określonym w § 7 ust. 4 pkt 3).
5. W trakcie Dodatkowego Okresu Ubezpieczenia Składka Ubezpieczeniowa nie jest pobierana od Ubezpieczającego.
6. Składka Ubezpieczeniowa w całości przeznaczona jest na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej i kosztów działalności ubezpieczeniowej PKO Ubezpieczenia.

§ 9. SUMA UBEZPIECZENIA

1. Wysokość Sumy Ubezpieczenia określona jest w Polisie.
2. Suma Ubezpieczenia jest stała w trakcie trwania Umowy Ubezpieczenia, za wyjątkiem Świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego i jest równa kwotom podanym poniżej w tabeli:

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Wariant Komfort	Wariant Premium	Wariant Premium+
Zachorowanie Ubezpieczonego na Nowotwór (zarówno Nowotwór Złośliwy jak i Nowotwór in Situ)	70 000 zł	40 000 zł	100 000 zł
PKO Pomoc Medyczna	v	v	v

PKO Opieka Medyczna za granicą	-	Maksymalny limit Sumy Ubezpieczenia: 1 000 000 EUR na cały Okres Odpowiedzialności	Maksymalny limit Sumy Ubezpieczenia: 1 000 000 EUR na cały Okres Odpowiedzialności
zgon Ubezpieczonego	Suma Składek Ubezpieczeniowych, które zostały opłacone przez Ubezpieczającego od początku Okresu Odpowiedzialności do dnia zajścia zdarzenia.		

§ 10. UPOSAŻONY

1. Ubezpieczony ma prawo wskazać jednego lub więcej Uposażonych.
2. Ubezpieczony ma prawo odwołać lub zmienić Uposażonego w każdym czasie.
3. Ubezpieczony, wskazując Uposażonych, zobowiązany jest określić procentowy udział każdego z Uposażonych w kwocie Świadczenia. W przypadku, gdy Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych i nie określił wysokości przypadających im udziałów, uznaje się, że udziały wszystkich Uposażonych są równe. W przypadku wskazania 3 Uposażonych; pierwszy Uposażony wskazany na liście będzie miał udział 34%, dwóch pozostałych po 33%.
4. Jeżeli suma wskazanych przez Ubezpieczonego procentowych udziałów każdego Uposażonego w kwocie świadczenia nie jest równa 100%, PKO Ubezpieczenia niezwłocznie będzie dążyć do wyjaśnienia rzeczywistej woli Ubezpieczonego. W przypadku niemożliwości ustalenia woli Ubezpieczonego, PKO Ubezpieczenia dokona podziału proporcjonalnego uwzględniając wartości udziałów Uposażonych wskazanych przez Ubezpieczonego.
5. Wskazanie Uposażonego jest bezskuteczne w przypadku, gdy Uposażony zmarł przed Ubezpieczonym.
6. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, jeżeli nie ma uprawnionego Uposażonego, Świadczenie zostanie wypłacone:
 - 1) małżonkowi Ubezpieczonego;
 - 2) dzieciom Ubezpieczonego – w częściach równych;
 - 3) rodzicom Ubezpieczonego – w częściach równych;
 - 4) rodzeństwu Ubezpieczonego – w częściach równych;
 - 5) pozostałym osobom będącym spadkobiercami Ubezpieczonego, z wyłączeniem Skarbu Państwa.
7. W przypadku, o którym mowa w ust. 6, Świadczenie może być wypłacone kolejnej osobie wyłącznie, gdy żadna z osób wskazanych w poprzedzających punktach nie żyła dłużej niż Ubezpieczony lub zgodnie z postanowieniem ust. 8 nie jest uprawniona do otrzymania Świadczenia.
8. Świadczenie nie może być wypłacone osobie, która umyślnie przyczyniła się do zgonu Ubezpieczonego.

§ 11. WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego, PKO Ubezpieczenia wypłaca osobie uprawnionej, wskazanej zgodnie z § 10.
2. Świadczenie z tytułu Zachorowania Ubezpieczonego na Nowotwór, PKO Ubezpieczenia wypłaca Ubezpieczonemu. Uprawnionym do korzystania z usług PKO Pomoc Medyczna, PKO Opieka Medyczna za granicą jest Ubezpieczony.
3. W celu rozpatrzenia roszczenia osoba uprawniona składa wniosek o wypłatę Świadczenia wraz z dokumentami niezbędnymi do ustalenia odpowiedzialności PKO Ubezpieczenia lub wysokości Świadczenia.
4. Wraz z wnioskiem o wypłatę Świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego należy złożyć:
 - 1) skrócony akt zgonu Ubezpieczonego;
 - 2) kartę zgonu lub inną dokumentację medyczną zawierającą przyczynę zgonu Ubezpieczonego;
 - 3) kopię dowodu tożsamości osoby uprawnionej wnioskującej o wypłatę świadczenia;
 - 4) w przypadku, o którym mowa w § 10 ust. 6 pkt 1) aktualny akt małżeństwa;
 - 5) w przypadku, o którym mowa w § 10 ust. 6 pkt 2)-4) dokument potwierdzający pokrewieństwo;
 - 6) w przypadku, o którym mowa w § 10 ust. 6 pkt 5) dokument potwierdzający nabycie prawa do dziedziczenia po Ubezpieczonym zgodnie z prawem spadkowym.
5. Wraz z wnioskiem o wypłatę Świadczenia z tytułu Zachorowania Ubezpieczonego na Nowotwór należy złożyć:
 - 1) kopię dowodu tożsamości Ubezpieczonego;

- 2) wynik badania histopatologicznego;
- 3) dokumentację medyczną z placówek medycznych, pod których opieką Ubezpieczony pozostawał w związku z Zachorowaniem Ubezpieczonego na Nowotwór (karty informacyjne leczenia szpitalnego, dokumentacja z leczenia ambulatoryjnego).
6. Wysokość Świadczenia zostaje ustalona na dzień powstania zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.
7. Do stwierdzenia zasadności roszczenia, za dzień zajścia zdarzenia przyjmuje się:
 - 1) w przypadku zgonu Ubezpieczonego – datę zgonu;
 - 2) w przypadku Zachorowania Ubezpieczonego na Nowotwór – dzień diagnozy Nowotworu przez Lekarza Specjalistę w oparciu o sporządzony wynik badania histopatologicznego.
8. W Okresie Karencji (pierwsze 90 dni od początku Okresu Odpowiedzialności) PKO Ubezpieczenia nie wypłaci Świadczenia z tytułu Zachorowania Ubezpieczonego na Nowotwór. W takim przypadku PKO Ubezpieczenia zwróci Ubezpieczającemu sumę opłaconych Składek Ubezpieczeniowych.
9. Wysokość Świadczenia z tytułu Zachorowania Ubezpieczonego na Nowotwór po upływie 90 dni od początku Okresu Odpowiedzialności wynosi:
 - a) 100% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Zachorowania Ubezpieczonego na Nowotwór, pomniejszonej o wypłacone wcześniej Świadczenia z tytułu zachorowania na Nowotwór in Situ;
 - b) w przypadku zachorowania na Nowotwór in Situ – 10% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Zachorowania Ubezpieczonego na Nowotwór, z zastrzeżeniem ust. 10.
10. Suma wypłaconych Świadczeń z tytułu Zachorowania Ubezpieczonego na Nowotwór nie może przekroczyć 100% Sumy Ubezpieczenia dla tego zdarzenia w całym Okresie Odpowiedzialności.
11. Wysokość Świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego jest równa sumie Składek Ubezpieczeniowych, które zostały opłacone przez Ubezpieczającego od początku Okresu Odpowiedzialności do dnia zajścia zdarzenia.

§ 12. POSTĘPOWANIE W RAZIE WYSTĄPIENIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia PKO Ubezpieczenia informuje o tym Ubezpieczającego, jeżeli nie jest on osobą występującą z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności PKO Ubezpieczenia lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
2. PKO Ubezpieczenia zobowiązane jest do wypłaty Świadczenia w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.
3. Jeżeli w terminie określonym w ust. 2, ustalenie okoliczności koniecznych do określenia odpowiedzialności PKO Ubezpieczenia albo wysokości Świadczenia okazałoby się niemożliwe, Świadczenie zostanie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część Świadczenia PKO Ubezpieczenia spełni w terminie przewidzianym w ust. 2.
4. Jeżeli w terminie określonym w ust. 2 PKO Ubezpieczenia nie wypłaci Świadczenia, powinna zawiadomić na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń z Umowy Ubezpieczenia w całości lub w części, a także powinna wypłacić bezsporną część Świadczenia.
5. Jeżeli Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, PKO Ubezpieczenia powinna poinformować o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
6. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub innego uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
7. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej

albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.

§ 13. SKARGI I REKLAMACJE

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy Ubezpieczenia mogą złożyć reklamację (w rozumieniu ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej) dotyczącą usług świadczonych przez PKO Ubezpieczenia.
2. Reklamację lub skargę, lub zażalenie można składać w każdej jednostce PKO Ubezpieczenia, w tym za pośrednictwem Agenta Ubezpieczeniowego działającego w jego imieniu:
 - 1) na piśmie - osobiście w jednostce PKO Ubezpieczenia lub agenta PKO Ubezpieczenia, albo przesyłką pocztową w rozumieniu przepisów Prawa pocztowego, albo na adres do doręczeń elektronicznych AE:PL-22134-25165-BEHIS-28, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o którym mowa w ustawie o doręczeniach elektronicznych,
 - 2) ustnie - telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce PKO Ubezpieczenia lub u agenta PKO Ubezpieczenia,
 - 3) w formie elektronicznej - za pośrednictwem formularza kontaktowego zamieszczonego na stronie www.pkoubezpieczenia.pl lub w serwisie internetowym iPKO oraz aplikacji mobilnej IKO Agenta Ubezpieczeniowego.
3. Odpowiedź na reklamację, skargę lub zażalenie powinna zostać wysłana przez PKO Ubezpieczenia nie później niż 30 dni od dnia jej otrzymania.
4. Jeżeli w terminie określonym w ust. 3 ustalenie okoliczności koniecznych do rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia okazałoby się niemożliwe, PKO Ubezpieczenia powiadomi składającego reklamację, skargę lub zażalenie wyjaśniając przyczynę opóźnienia i wskazując okoliczności, które muszą zostać ustalone do rozpatrzenia sprawy oraz określając przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi, nie późniejszy niż 60 dni, od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia.
5. Osobom fizycznym odpowiedź na reklamację, skargę lub zażalenie zostanie udzielona na piśmie. Wyłącznie na ich wniosek PKO Ubezpieczenia udzieli odpowiedzi pocztą elektroniczną. Podmiotom innym niż osoby fizyczne odpowiedź zostanie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji.
6. Informacje dotyczące wnoszenia i rozpatrywania reklamacji publikowane są na stronie internetowej www.pkoubezpieczenia.pl.
7. PKO Ubezpieczenia podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
8. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub inny uprawniony z umowy ubezpieczenia, będący osobą fizyczną, który wyczerpał drogę postępowania reklamacyjnego przed Ubezpieczycielem, może złożyć wniosek do Rzecznika Finansowego (<https://rf.gov.pl/>) o pozasądowe rozwiązanie sporu, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej.

§ 14. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Oferty zawarcia Umowy Ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWU, składane Ubezpieczonemu przez PKO Ubezpieczenia lub w jego imieniu przez Agenta Ubezpieczeniowego za pomocą środków porozumiewania się na odległość, są ważne przez 30 dni od daty ich złożenia.
2. Umowa Ubezpieczenia może zawierać postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
3. Strony mają prawo na mocy porozumienia zmieniać lub uchylać postanowienia Umowy Ubezpieczenia.
4. Prawo Rzeczypospolitej Polskiej stanowi podstawę dla stosunków pomiędzy Ubezpieczającym, Agentem Ubezpieczeniowym i PKO Ubezpieczenia przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia oraz do realizacji praw wynikających z Umowy Ubezpieczenia pomiędzy PKO Ubezpieczenia a uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia.
5. Językiem stosowanym przy zawarciu oraz realizacji Umowy Ubezpieczenia jest język polski.
6. Korespondencja pomiędzy stronami Umowy Ubezpieczenia wysyłana jest pod ostatni znany adres adresata. Strony Umowy Ubezpieczenia zobowiązane są do niezwłocznego informowania o zmianie swoich danych adresowych.
7. Zawiadomienia i oświadczenia składane w związku z zawartą Umową Ubezpieczenia Agentowi Ubezpieczeniowemu uznaje się

za złożone Ubezpieczycielowi, o ile zostały złożone na piśmie lub na innym trwałym nośniku w rozumieniu art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta (Dz. U. z 2019 r. poz. 134, 730 i 1495).

8. PKO Ubezpieczenia, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich danych, które posiada i przetwarza w związku z zawartą Umową Ubezpieczenia.
9. Na dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia, roszczenia uprawnionych objęte są ustawowymi gwarancjami wypłat z Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego w wysokości 50% wierzytelności, nie większej jednak, niż równowartość w złotych kwoty 30.000 euro przeliczonej według średniego kursu ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski obowiązującego w dniu ogłoszenia upadłości, oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości lub umorzenia postępowania upadłościowego albo w dniu zarządzenia likwidacji przymusowej (o ile wystąpiły te zdarzenia).
10. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej PKO Ubezpieczenia jest dostępne na stronie internetowej www.pkoubezpieczenia.pl oraz w siedzibie PKO Ubezpieczenia.
11. Świadczenia podlegają przepisom regulującym opodatkowanie osób fizycznych i osób prawnych, obowiązującym w momencie dokonywania wypłat.

§ 15.

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „OnkoPlan” zostały zatwierdzone w dniu 25 marca 2025 roku i wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2025 roku.

W imieniu i na rzecz PKO Ubezpieczenia:


Prezes Zarządu
Leszek Skop


Członek Zarządu
Tomasz Mańko

ZAŁĄCZNIK NR 1

do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „OnkoPlan”

Wykaz Nowotworów objętych zakresem ubezpieczenia

I. Nowotwory Złośliwe (Kod ICD-10)

Nowotwory złośliwe wargi, jamy ustnej i gardła (C00–C14)

Nowotwór złośliwy wargi (C00)
Nowotwór złośliwy nasady języka (C01)
Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części języka (C02)
Nowotwór złośliwy dziąsła (C03)
Nowotwór złośliwy dna jamy ustnej (C04)
Nowotwór złośliwy podniebienia (C05)
Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części jamy ustnej (C06)
Nowotwór złośliwy ślinianki przyusznej (C07)
Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych dużych gruczołów ślinowych (C08)
Nowotwór złośliwy migdałka (C09)
Nowotwór złośliwy części ustnej gardła (C10)
Nowotwór złośliwy części nosowej gardła (C11)
Nowotwór złośliwy zachyłka gruszkowatego (C12)
Nowotwór złośliwy części krtaniowej gardła (C13)
Nowotwór złośliwy o innym i bliżej nieokreślonym umiejscowieniu w obrębie wargi, jamy ustnej i gardła (C14)

Nowotwory złośliwe narządów układu pokarmowego (C15–C26)

Nowotwór złośliwy przełyku (C15)
Nowotwór złośliwy żołądka (C16)
Nowotwór złośliwy jelita cienkiego (C17)
Nowotwór złośliwy jelita grubego (C18)
Nowotwór złośliwy zgięcia esiczo-odbytniczego (C19)
Nowotwór złośliwy odbytnicy (C20)
Nowotwór złośliwy odbytu i kanału odbytu (C21)
Nowotwór złośliwy wątroby i przewodów żółciowych wewnątrzwartobowych (C22)
Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego (C23)
Nowotwór złośliwy innych i nie określonych części dróg żółciowych (C24)
Nowotwór złośliwy trzustki (C25)
Nowotwór złośliwy innych i niedokładnie określonych narządów układu pokarmowego (C26)

Nowotwory złośliwe układu oddechowego i narządów klatki piersiowej (C30–C39)

Nowotwór złośliwy jamy nosowej i ucha środkowego (C30)
Nowotwór złośliwy zatok przynosowych (C31)
Nowotwór złośliwy krtani (C32)
Nowotwór złośliwy tchawicy (C33)
Nowotwór złośliwy oskrzela i płuca (C34)
Nowotwór złośliwy grasicy (C37)
Nowotwór złośliwy serca, śródpiersia i opłucnej (C38)
Nowotwór złośliwy o innym i bliżej nieokreślonym umiejscowieniu w obrębie układu oddechowego i narządów klatki piersiowej (C39)

Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej (C40–C41)

Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej kończyn (C40)
Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej o innym i nieokreślonym umiejscowieniu (C41)

Czerniak i inne nowotwory złośliwe skóry (C43–C44)

Czerniak złośliwy skóry (C43)
Inne nowotwory złośliwe skóry (C44)

Nowotwory złośliwe mezotelium i tkanek miękkich (C45–C49)

Międzybłoniak (C45)
Mięsak Kaposiego (C46)
Nowotwory złośliwe nerwów obwodowych i układu nerwowego wegetatywnego (C47)
Nowotwór złośliwy przestrzeni zaotrzewnowej i otrzewnej (C48)
Nowotwór złośliwe tkanki łącznej i innych tkanek miękkich (C49)

Nowotwór złośliwy piersi (C50)

Nowotwór złośliwy piersi (C50)

Nowotwory złośliwe żeńskich narządów płciowych (C51–C58)

Nowotwór złośliwy sromu (C51)
Nowotwór złośliwy pochwy (C52)
Nowotwór złośliwy szyjki macicy (C53)
Nowotwór złośliwy trzonu macicy (C54)
Nowotwór złośliwy nieokreślonej części macicy (C55)
Nowotwór złośliwy jajnika (C56)
Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych żeńskich narządów płciowych (C57)
Nowotwór złośliwy łożyska (C58)

Nowotwory złośliwe męskich narządów płciowych (C60–C63)

Nowotwór złośliwy prącia (C60)
Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego (C61)
Nowotwór złośliwy jądra (C62)
Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych męskich narządów płciowych (C63)

Nowotwory złośliwe układu moczowego (C64–C68)

Nowotwór złośliwy nerki z wyjątkiem miedniczki nerkowej (C64)
Nowotwór złośliwy miedniczki nerkowej (C65)
Nowotwór złośliwy moczowodu (C66)
Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego (C67)
Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych narządów moczowych (C68)

Nowotwory złośliwe oka, mózgu i innych części ośrodkowego układu nerwowego (C69–C72)

Nowotwór złośliwy oka i przydatków oka (C69)
Nowotwór złośliwy opon mózgowo-rdzeniowych (C70)
Nowotwór złośliwy mózgu (C71)
Nowotwór złośliwy rdzenia kręgowego, nerwów czaszkowych i innych części ośrodkowego układu nerwowego (C72)

Nowotwory złośliwe tarczycy i innych gruczołów wydzielania wewnętrznego (C73–C75)

Nowotwór złośliwy tarczycy (C73)
Nowotwór złośliwy nadnerczy (C74)
Nowotwór złośliwy innych gruczołów wydzielania wewnętrznego i struktur pokrewnych (C75)

Nowotwory złośliwe niedokładnie określone i o nieokreślonym umiejscowieniu (C76; C80)

Nowotwór złośliwy o umiejscowieniu innym i niedokładnie określonym (C76)

Nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia (C80)

Nowotwory złośliwe, o potwierdzonym lub przypuszczalnym pierwotnym charakterze, tkanki limfatycznej, układu krwiotwórczego i tkanek pokrewnych (C81–C96)

Ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina) (C81)
Chłoniak nieziarniczy guzkowy (grudkowy) (C82)
Chłoniak nieziarniczy rozlany (C83)
Obwodowy i skórny chłoniak z komórek T (C84)
Inne i nieokreślone postacie chłoniaka nieziarniczego (C85)
Złośliwe choroby immunoproliferacyjne (C88)
Szpiczak mnogi i nowotwory złośliwe z komórek plazmatycznych (C90)
Białaczka limfatyczna (C91)
Białaczka szpikowa (C92)
Białaczka monocytowa (C93)
Inne białaczki określonego rodzaju (C94)
Białaczka z komórek nieokreślonego rodzaju (C95)
Inny i nieokreślony nowotwór złośliwy tkanki limfatycznej, układu krwiotwórczego i tkanek pokrewnych (C96)

Nowotwory złośliwe o niezależnym (pierwotnym) mnogim umiejscowieniu (C97)

Nowotwory złośliwe o niezależnym (pierwotnym) mnogim umiejscowieniu (C97)

Nowotwory krwi (D45-D46)

Czerwieńca prawdziwa (D45)
Zespoły mielodysplastyczne (D46)

II. Nowotwory in Situ

Rak in situ jamy ustnej, przełyku i żołądka (D00)
Raki in situ innych i nieokreślonych części narządów układu pokarmowego (D01)
Rak in situ ucha środkowego i układu oddechowego (D02)
Czerniak in situ (D03)
Rak in situ piersi (D05)
Rak in situ szyjki macicy (D06)
Rak in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych (D07)
Rak in situ o innym i nieokreślonym umiejscowieniu (D09)



do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „OnkoPlan”

Warunki ubezpieczenia PKO Pomoc Medyczna

§ 1. DEFINICJE

1. W niniejszych warunkach ubezpieczenia PKO Pomoc Medyczna mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **Centrum Operacyjne** – centrum zorganizowane przez podmiot, realizujący na zlecenie PKO Ubezpieczenia świadczenia określone w niniejszych warunkach, któremu Ubezpieczony (lub osoba działająca w jego imieniu) jest zobowiązany zgłosić zdarzenie pod numerem telefonu wskazanym w Polisie;
 - 2) **Dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w momencie zgłoszenia do Centrum Operacyjnego potrzeby skorzystania z usług nie ukończyło 18 roku życia;
 - 3) **Dzień Roboczy** – każdy dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy;
 - 4) **Konsultant** – placówka medyczna wyznaczona przez PKO Ubezpieczenia do współpracy w celu przeprowadzenia zagranicznej konsultacji medycznej, działająca poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 5) **Leczenie Szpitalne** – całodobowy, trwający nieprzerwanie dłużej niż 24 godziny (licząc od godziny przyjęcia do szpitala), pobyt w związku z zachorowaniem na Nowotwór w celach leczniczych, diagnostycznych, wykonania zabiegu chirurgicznego, podleganie innym rodzajom opieki medycznej służącym ochronie zdrowia w działającym zgodnie z prawem zakładzie opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych, i w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadającym odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzenia badań diagnostycznych i wykonywania zabiegów chirurgicznych, zatrudniającym w pełnym wymiarze godzin zawodowy i wykwalifikowany personel medyczny; leczeniem szpitalnym nie jest: pobyt w domu opieki, w placówce zajmującej się chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, ośrodku rekonwalescencyjnym, rehabilitacyjnym, sanatoryjnym, wypoczynkowym oraz leczenie w trybie dziennym;
 - 6) **Lekarz Centrum Operacyjnego** – lekarz konsultant Centrum Operacyjnego;
 - 7) **Lekarz Prowadzący Leczenie** – lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego, niebędący członkiem rodziny Ubezpieczonego ani Lekarzem Centrum Operacyjnego;
 - 8) **Miejsce Zamieszkania** – adres mieszkania lub domu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, który został wskazany przez Ubezpieczonego podczas pierwszego zgłoszenia zdarzenia do Centrum Operacyjnego. W przypadku zmiany Miejsca Zamieszkania Ubezpieczony ma obowiązek niezwłocznego zgłoszenia tego faktu do Centrum Operacyjnego;
 - 9) **Osoba Niesamodzielną** – osoba zamieszkująca z Ubezpieczonym w Miejscu Zamieszkania, która ze względu na podeszły wiek, zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb i wymaga stałej opieki;
 - 10) **Osoba Upoważniona** – osoba upoważniona pisemnie przez Ubezpieczonego do otrzymywania i przekazywania Centrum Operacyjnemu dokumentacji medycznej Ubezpieczonego na zasadach określonych w warunkach ubezpieczenia PKO Pomoc Medyczna;
 - 11) **Placówka Medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet lekarski, działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 12) **Siła Wyższa** – zdarzenie zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobiegnięcia, które uniemożliwił lub powoduje opóźnienie wykonania świadczenia przez Centrum Operacyjne lub uniemożliwi Ubezpieczonemu zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego do Centrum Operacyjnego;
 - 13) **Transport Medyczny** – transport zapewniony Ubezpieczonemu przez Centrum Operacyjne, dostosowany do jego stanu zdrowia i świadczony, jeżeli jego stan zdrowia nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego. Za Transport Medyczny nie uważa się dojazdów do poradni rehabilitacyjnej.

2. Pozostałe definicje stosowane w niniejszych warunkach ubezpieczenia PKO Pomoc Medyczna, nie wymienione w ust. 1, mają znaczenie nadane w OWU.

§ 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia PKO Pomoc Medyczna jest:
 - 1) Druga Opinia Medyczna – dostępna tylko w wariancie Komfort,
 - 2) Wsparcie w Chorobie Nowotworowej – w razie Zachorowania Ubezpieczonego na Nowotwór objęty zakresem ubezpieczenia;
2. PKO Pomoc Medyczna w zakresie **Drugiej Opinii Medycznej** zapewnia zagraniczną konsultację medyczną na podstawie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego przekazanej do Centrum Operacyjnego, w tym:
 - 1) udzielenie Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej wydanie drugiej opinii medycznej,
 - 2) tłumaczenie dostarczonej dokumentacji medycznej na język używany przez Konsultanta,
 - 3) przekazanie dokumentacji medycznej Konsultantowi, przy wykorzystaniu środków komunikacji, które umożliwią Konsultantowi odczytanie dokumentacji i jej analizę,
 - 4) wydanie drugiej opinii medycznej przez Konsultanta,
 - 5) tłumaczenie na język polski drugiej opinii medycznej wydanej przez Konsultanta,
 - 6) udostępnienie drugiej opinii medycznej Ubezpieczonemu.W ramach Drugiej Opinii Medycznej Ubezpieczonemu przysługuje skorzystanie z jednej zagranicznej konsultacji medycznej w związku ze zdarzeniem objętym odpowiedzialnością PKO Ubezpieczenia.
3. PKO Pomoc Medyczna w zakresie **Wsparcia w Chorobie Nowotworowej** obejmuje dostęp do następujących usług:
 - 1) **Pomoc psychoonkologa** – PKO Ubezpieczenia, na wniosek Ubezpieczonego, organizuje i pokrywa koszty wizyt u psychoonkologa w poradni psychoonkologicznej, do łącznej kwoty 1 000 zł na zdarzenie objęte odpowiedzialnością PKO Ubezpieczenia;
 - 2) **Dietetyk** – PKO Ubezpieczenia, na wniosek Ubezpieczonego, organizuje i pokrywa koszty konsultacji ze specjalistą dietetykiem w poradni dietetycznej, do łącznej kwoty 500 zł na zdarzenie objęte odpowiedzialnością PKO Ubezpieczenia;
 - 3) **Pomoc domowa po Leczeniu Szpitalnym** – PKO Ubezpieczenia, po zakończeniu Leczenia Szpitalnego, organizuje i pokrywa koszt pomocy domowej do łącznej kwoty 2 000 zł na zdarzenie objęte odpowiedzialnością PKO Ubezpieczenia i przez okres do 7 dni; pomoc domowa po Leczeniu Szpitalnym obejmuje: przygotowywanie posiłków, zrobienie zakupów, pomoc w ubraniu oraz czynnościach pielęgnacyjnych, wykonywanie drobnych porządków (odkurzanie, mycie podłóg, zmywanie);
 - 4) **Organizacja i pokrycie kosztów Transportu Medycznego do Placówki Medycznej/z Placówki Medycznej** – jeżeli Ubezpieczony wymaga, zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza Prowadzącego Leczenie, wizyty w Placówce Medycznej, PKO Ubezpieczenia organizuje i pokrywa koszt Transportu Medycznego Ubezpieczonego do Placówki Medycznej i/lub koszty Transportu Medycznego z Placówki Medycznej do Miejsca Zamieszkania. Ubezpieczonemu przysługuje organizacja i pokrycie kosztów maksymalnie dwóch Transportów Medycznych w odniesieniu do zdarzenia objętego odpowiedzialnością PKO Ubezpieczenia, do łącznej kwoty 1 000 zł na zdarzenie objęte odpowiedzialnością PKO Ubezpieczenia;
 - 5) **Opieka nad Dziećmi i Osobami Niesamodzielnymi** – w razie Leczenia Szpitalnego Ubezpieczonego, PKO Ubezpieczenia organizuje i pokrywa koszty honorariów osób wykwalifikowanych do opieki nad Dziećmi i Osobami Niesamodzielnymi w Miejscu Zamieszkania w okresie Leczenia Szpitalnego, do łącznej kwoty 2 000 zł na zdarzenie objęte odpowiedzialnością PKO Ubezpieczenia i przez łączny okres do 7 dni. Opieka nad Dziećmi i Osobami Niesamodzielnymi jest realizowana na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą;
 - 6) **Zakwaterowanie osoby towarzyszącej Ubezpieczonemu** – w razie Leczenia Szpitalnego Ubezpieczonego, PKO Ubezpieczenia

organizuje i pokrywa koszty zakwaterowania jednej osoby towarzyszącej Ubezpieczonemu w szpitalu w okresie Leczenia Szpitalnego, o ile jest to możliwe w warunkach szpitalnych, lub w hotelu przyszpitalnym, do łącznej kwoty 500 zł na zdarzenie objęte odpowiedzialnością PKO Ubezpieczenia i przez okres do 2 dni;

- 7) **Infolinia medyczna** – w ramach infolinii medycznej PKO Ubezpieczenia zapewnia Ubezpieczonemu nielimitowany dostęp do:
- danych teleadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia,
 - danych teleadresowych placówek służby zdrowia realizujących szybka terapię onkologiczną w ramach Pakietu onkologicznego NFZ,
 - informacji na temat działania leków, skutków ubocznych, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży,
 - danych teleadresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - danych teleadresowych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - informacji o niezbędnych przygotowaniach do zabiegów lub badań medycznych,
 - informacji o dietach, zdrowym żywieniu,
 - danych teleadresowych domów pomocy społecznej, hospicjów,
 - danych teleadresowych aptek czynnych przez całą dobę, oraz
 - umożliwia Ubezpieczonemu telefoniczną rozmowę z Lekarzem Centrum Operacyjnego, który udzieli Ubezpieczonemu odpowiedzi na zadane pytania;

§ 3. KORZYSTANIE Z UBEZPIECZENIA

- W celu skorzystania z ubezpieczenia PKO Pomoc Medyczna, Ubezpieczony (lub Osoba upoważniona) powinien przed podjęciem działań we własnym zakresie zawiadomić telefonicznie Centrum Operacyjne i podać następujące informacje:
 - imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - adres Miejsca Zamieszkania;
 - numer telefonu, pod którym Centrum Operacyjne może skontaktować się z Ubezpieczonym lub osobą przez niego wyznaczoną;
 - Numer Polisy;
 - rodzaj potrzebnej pomocy.
- Ponadto, w celu skorzystania z usług z zakresu Wsparcia w Chorobie Nowotworowej, Ubezpieczony (lub Osoba upoważniona) jest zobowiązany przekazać Centrum Operacyjnemu dokumentację medyczną z placówek medycznych, pod których opieką Ubezpieczony pozostawał w związku z zachorowaniem na Nowotwór (karty informacyjne Leczenia Szpitalnego i/lub dokumentacja z leczenia ambulatoryjnego).
- Jeżeli Ubezpieczony z przyczyn od siebie niezależnych nie mógł skontaktować się telefonicznie z Centrum Operacyjnym i we własnym zakresie zorganizował i pokrył koszty usług zakresu Wsparcia w Chorobie Nowotworowej, powinien poinformować o tym fakcie Centrum Operacyjne w terminie 7 dni od dnia kiedy skontaktowanie z Centrum Operacyjnym stało się możliwe. PKO Ubezpieczenia zwraca ww. koszty na podstawie przedłożonych przez Ubezpieczonego dokumentów potwierdzających poniesienia tych kosztów oraz dokumentów wymienionych w ust. 2, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5.
- Zwrot kosztów, o których mowa w ust. 3, następuje na podstawie udokumentowanych kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego, do wysokości rzeczywistych poniesionych kosztów, maksymalnie jednak do kwoty limitu ustalonego w niniejszych warunkach ubezpieczenia PKO Pomoc Medyczna.
- W przypadku zorganizowania usług z zakresu Wsparcia w Chorobie nowotworowej we własnym zakresie przez Ubezpieczonego bez powiadomienia Centrum Operacyjnego, PKO Ubezpieczenia zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów w wysokości odpowiadającej kosztom, jakie poniosłoby w przypadku organizowania usług we własnym zakresie.
- W celu skorzystania z **Drugiej Opinii Medycznej**, ponad obowiązki wymienione w ust. 1, Ubezpieczony (lub Osoba Upoważniona), po otrzymaniu informacji od Centrum Operacyjnego o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej wydanie Drugiej Opinii Medycznej, jest zobowiązany dostarczyć dokumentację medyczną w formie elektronicznej na trwałym nośniku na adres korespondencyjny Centrum Operacyjnego: AWP P&C S.A. Oddział w Polsce, ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa, lub na adres

e-mail wskazany przez Centrum Operacyjne), sporządzoną w języku polskim i podpisaną przez Lekarza Prowadzącego Leczenie.

- Lekarz Centrum Operacyjnego weryfikuje otrzymaną dokumentację medyczną i przygotowuje do wysłania do Konsultanta.
- W przypadku otrzymania, w opinii Lekarza Centrum Operacyjnego, niekompletnej dokumentacji medycznej, Centrum Operacyjne kontaktuje się drogą telefoniczną lub za pośrednictwem e-maila z Ubezpieczonym lub Osobą Upoważnioną, w celu poinformowania o brakujących dokumentach.
- Po otrzymaniu kompletu dokumentacji medycznej, Centrum Operacyjne informuje Ubezpieczonego lub Osobę upoważnioną o posiadaniu wymaganej dokumentacji medycznej i przystępuje do organizacji usługi Drugiej Opinii Medycznej.
- Centrum Operacyjne przesyła Drugą Opinię Medyczną w sposób określony w ust. 12 w możliwie najkrótszym terminie, nieprzekraczającym jednak 30 (trzydziestu) dni kalendarzowych, licząc od dnia otrzymania od Ubezpieczonego lub Osoby Upoważnionej dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 6 oraz nie przekraczającym 14 (czternastu) dni kalendarzowych, licząc od dnia otrzymania od Ubezpieczonego lub Osoby Upoważnionej uzupełniającej dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 8, z zastrzeżeniem ust. 11.
- W przypadku gdy w opinii Konsultanta, na podstawie otrzymanego za pośrednictwem Centrum Operacyjnego kompletu dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 6 i 9, do wydania Drugiej Opinii Medycznej konieczne będzie uzupełnienie tej dokumentacji lub przeprowadzenie przez Ubezpieczonego dodatkowych badań na koszt Ubezpieczonego, Centrum Operacyjne lub Lekarz Centrum Operacyjnego, niezwłocznie poinformuje o tym fakcie Ubezpieczonego lub Osobę upoważnioną drogą telefoniczną, lub za pośrednictwem e-maila.
- Centrum Operacyjne odsyła Drugą Opinię Medyczną na adres e-mail (w postaci zaszyfrowanych plików), z którego Ubezpieczony lub Osoba upoważniona przez Ubezpieczonego wysłała do Centrum Operacyjnego dokumentację medyczną. Druga Opinia Medyczna, na życzenie Ubezpieczonego, może zostać wysłana także na adres korespondencyjny, podany przez Ubezpieczonego lub Osobę upoważnioną.

§ 4. POSTANOWIENIA OGÓLNE

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami ubezpieczenia PKO Pomoc Medyczna mają zastosowanie postanowienia OWU.

do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „OnkoPlan”

Warunki ubezpieczenia PKO Opieka Medyczna za granicą

§ 1. DEFINICJE

- 1) **Chirurgia rekonstrukcyjna:** procedury, które mają na celu odbudowę struktury w celu skorygowania utraty jej funkcji;
- 2) **Choroba:** jakiegokolwiek zaburzenie funkcjonowania organizmu, narządów, struktury organu wewnętrznego lub jego funkcji, co do którego występują możliwe do zdiagnozowania charakterystyczne objawy i symptomy lub stałe zmiany anatomiczne. Dodatkowo, diagnoza i potwierdzenie musi być postawione przez Lekarza Specjalistę posiadającego uprawnienia w tym zakresie. Poprzez Chorobę rozumie się wszystkie obrażenia i skutki wynikające z tej samej diagnozy, a także wszystkie dolegliwości spowodowane tą samą przyczyną lub związanymi z nią przyczynami. Jeśli dolegliwość wynika z tej samej przyczyny, która spowodowała poprzednią Chorobę lub z powiązanej z nią przyczyną, Choroba będzie traktowana jako kontynuacja poprzedniej, a nie jako osobna Choroba;
- 3) **Druga Opinia Medyczna** - obejmuje przedstawienie drugiego raportu z opinii medycznej, po zebraniu i szczegółowym przeglądzie dokumentacji medycznej pacjenta, przez eksperta medycznego;
- 4) **FURTHER:** FURTHER Underwriting International SLU z siedzibą w Madrycie przy ul. Calle Paseo Recoletos 12, 28001 - Madryt, spółka, która na zlecenie PKO Ubezpieczenia organizuje następujące świadczenia medyczne związane z Umową Ubezpieczenia: świadczenie **Drugiej Opinii Medycznej** oraz świadczenie **Opieki Medycznej za granicą**;
- 5) **Hospitalizacja:** leczenie Chorób objętych ochroną wraz z co najmniej jednym noclegiem w Szpitalu;
- 6) **Inżynieria tkankowa:** postępowanie, które dotyczy komórek lub tkanek zmodyfikowanych tak, by mogły być zastosowane do naprawy, regeneracji lub zamiany z tkankami ludzkimi;
- 7) **Kontrola stanu zdrowia:** wszelkie badania diagnostyczne lub usługi monitoringu/nadzoru (prowadzone przez Lekarza Specjalistę) po zakończeniu leczenia za granicą, stosowane w celu ustalenia, czy Ubezpieczony może w przyszłości cierpieć z powodu pogorszenia się lub powikłania leczenia Choroby oraz zapobieganie Chorobom lub nawrotom tej samej Choroby. Kontrola stanu zdrowia Ubezpieczonego po powrocie do Polski powinna być zaplanowana przez Lekarza Specjalistę prowadzącego leczenie za granicą. Kontrola ta obejmuje przedziały czasowe i rodzaj procedur diagnostycznych;
- 8) **Leczenie Eksperymentalne:** zabieg, procedura, przebieg leczenia, sprzęt, lek lub produkt farmaceutyczny, przeznaczony do użytku medycznego lub chirurgicznego, który nie został powszechnie uznany za bezpieczny, skuteczny i odpowiedni do leczenia Chorób lub obrażeń przez organizacje naukowe uznane przez międzynarodową społeczność medyczną, lub które przechodzą badania, testy lub są na jakimkolwiek etapie eksperymentów klinicznych;
- 9) **Lek:** substancja lub połączenie substancji, które mogą być stosowane lub podawane Ubezpieczonemu w celu przywrócenia, poprawy lub zmiany funkcji fizjologicznych poprzez wywieranie działania farmakologicznego, immunologicznego lub metabolicznego, albo w celu postawienia diagnozy medycznej, możliwa do uzyskania wyłącznie na podstawie recepty wydanej przez Lekarza Specjalistę i wydawana przez licencjonowanego farmaceutę. Recepta wystawiona na Lek markowy jest ważna dla Leków generycznych o tych samych składnikach aktywnych, sile i dawkowaniu, co wersja markowa;
- 10) **Medycyna Alternatywna:** systemy, praktyki i produkty opieki medycznej i opieki zdrowia, które obecnie nie są uważane za część medycyny konwencjonalnej lub standardowe leczenie, w tym między innymi: akupunktura, aromaterapia, medycyna kręgarska, medycyna homeopatyczna, medycyna naturopatyczna Ajurweda, tradycyjna medycyna chińska i medycyna osteopatyczna;
- 11) **Niezbędne z medycznego punktu widzenia:** usługi opieki zdrowotnej i materiały, które:

- a) są przepisane Ubezpieczonemu w celu leczenia Nowotworu, mające na celu poprawę jego stanu zdrowia oraz,
 - b) są uznane za skuteczne w poprawie efektów zdrowotnych zastosowanych planów leczenia, które to plany są zgodne pod względem rodzaju, częstotliwości i czasu trwania z diagnozą w publikowanej, uprzednio zrecenzowanej, literaturze medycznej lub z naukowymi wytycznymi pochodzącymi ze Stanów Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii i Europy (w odniesieniu do leczenia Nowotworów będą stosowane wytyczne organizacji NCCN - National Comprehensive Cancer Network - dotyczące praktyki klinicznej w onkologii), oraz
 - c) są świadczone i zapewnione w sposób i w rodzaju najbardziej medycznie odpowiednim do warunków świadczenia usług zdrowotnych, biorąc pod uwagę zarówno koszty jak i jakość opieki, włączając możliwość braku leczenia w przypadku, gdy wymagany jest tylko nadzór diagnostyczny; oraz
 - d) w pierwszej kolejności uwzględniają korzyści Ubezpieczonego z medycznego punktu widzenia, a dopiero w dalszej kolejności - kwestie komfortu czy dogodności dla Ubezpieczonego lub jego Lekarza Specjalistę.
- FURTHER na zlecenie PKO Ubezpieczenia dokonuje oceny, czy leczenie jest Niezbędne z medycznego punktu widzenia, z uwzględnieniem zakresu ubezpieczenia, rekomendacji eksperta z Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej (jeśli została wydana) oraz we współpracy z Lekarzem Specjalistą prowadzącym Leczenie za granicą i w Polsce.
- 12) **Operacja Chirurgiczna:** wszystkie operacje mające cel diagnostyczny lub terapeutyczny, przeprowadzane przez nacięcie lub w inny sposób przez chirurga w Szpitalu, i które zwykle wymagają użycia sali operacyjnej;
 - 13) **Opieka Medyczna za granicą** - świadczenie, w ramach którego PKO Ubezpieczenia za pośrednictwem FURTHER, w odniesieniu do zatwierdzonego roszczenia, zapewnia leczenie Ubezpieczonego poza granicami Polski i USA. Obejmuje to nadzór nad sprawą i pomoc w zakresie podróży i zakwaterowania dla Ubezpieczonego i każdej kwalifikującej się osoby towarzyszącej;
 - 14) **Okres odszkodowawczy:** okres realizacji świadczeń z tytułu ubezpieczenia PKO Opieka Medyczna za granicą, który rozpoczyna się wraz z rozpoczęciem Okresu Odpowiedzialności i trwa maksymalnie do końca 36-miesięcznego Dodatkowego Okresu Ubezpieczenia;
 - 15) **Proteza:** wyrób, który zastępuje całość lub część narządu lub zastępuje całość lub część funkcji nieczynnej lub nieprawidłowo działającej części ciała;
 - 16) **Siła Wyższa:** zdarzenie zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobiegnięcia, które uniemożliwia wykonanie świadczenia przez Further;
 - 17) **Szpital:** prywatna lub publiczna organizacja prawnie upoważniona do prowadzenia leczenia medycznego w przypadku Chorób lub obrażeń cielesnych, wyposażona w materiały/środki technologiczne i odpowiedni personel, aby zapewnić diagnozę i interwencje chirurgiczne, przy udziale lekarzy i personelu medycznego 24 godziny na dobę;
 - 18) **Terapia genowa:** postępowanie, które dotyczy genów powodujących efekt terapeutyczny, profilaktyczny lub diagnostyczny i polega na wprowadzaniu do organizmu stworzonych w laboratorium fragmentów genów DNA lub RNA w celu leczenia różnych chorób, w tym chorób genetycznych, nowotworów lub chorób przewlekłych;
 - 19) **Terapia komórkami somatycznymi:** postępowanie, które dotyczy komórek lub tkanek poddanych modyfikacjom w celu zmiany ich charakterystyki biologicznej lub procedury użycia komórek czy tkanek w innej roli, niż ich podstawowa rola biologiczna w organizmie. Procedury mogą być stosowane do leczenia, diagnostyki lub zapobiegania chorobom;
 - 20) **Terapia limfocytami CAR-T** (Chimeric Antigen Receptor CAR-T-cell therapy - terapia z użyciem limfocytów T z chimerycznymi

receptorami antygenowymi): rodzaj leczenia, w którym funkcja limfocytów T (rodzaj komórek układu odpornościowego) została zmodyfikowana w laboratorium tak, by były w stanie znaleźć i zaatakować komórki nowotworowe. Limfocyty T są pobierane z krwi. Następnie w laboratorium dodawany jest gen dla specjalnego receptora, który wiąże się z określonym białkiem na komórkach nowotworowych pacjenta. Specjalny receptor zwany jest antygenowym receptorem chimerycznym (CAR). Duża ilość komórek CAR T jest hodowana w laboratorium i podawana pacjentowi poprzez wlew;

- 21) **Wstępne Zaświadczenie Lekarskie:** pisemna zgoda wydana przez FURTHER lub PKO Ubezpieczenia, która obejmuje potwierdzenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Ubezpieczenia przed wykonaniem świadczeń we wskazanym Szpitalu, poza granicami Polski i USA, w celu poddania się leczeniu, świadczeniom, otrzymania materiałów lub recept w związku z rozszczeniem;

§ 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje świadczenia:
 - 1) Drugiej Opinii Medycznej;
 - 2) Opieki Medycznej za granicą.
3. Zgodnie z § 4 ust. 2 OWU zakres Ubezpieczenia obejmuje **pierwsze w życiu Zachorowanie Ubezpieczonego na Nowotwór. Zakres ubezpieczenia obejmuje również każdy kolejny Nowotwór in Situ** pod warunkiem, że zarówno pierwszy jak i każdy kolejny Nowotwór In Situ wystąpiły w Okresie Odpowiedzialności. Od pierwszego dnia Okresu Odpowiedzialności stosuje się 90-dniowy Okres Karencji, w trakcie którego wyłączona jest odpowiedzialność PKO Ubezpieczenia w odniesieniu do Zachorowania Ubezpieczonego na Nowotwór.

§ 3. DRUGA OPINIA MEDYCZNA

Świadczenie Drugiej Opinii Medycznej zapewnia organizację i pokrycie kosztów następujących czynności:

- 1) udzielenia Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej umożliwiającej przygotowanie Drugiej Opinii Medycznej;
- 2) w przypadkach uzasadnionych medycznie, ponownej oceny histopatologicznej tkanek Ubezpieczonego uprzednio pobranych na jego koszt, w celu postawienia diagnozy;
- 3) tłumaczenia dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia Ubezpieczonego, niezbędnej do przygotowania Drugiej Opinii Medycznej;
- 4) przekazania przetłumaczonej dokumentacji medycznej ekspertowi medycznemu;
- 5) sporządzenia Drugiej Opinii Medycznej, zawierającej:
 - 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 Drugiej Opinii Medycznej;
- 7) przetłumaczenia Drugiej Opinii Medycznej na język polski;
- 8) udostępnienia Drugiej Opinii Medycznej Ubezpieczonemu.

§ 4. OPIEKA MEDYCZNA ZA GRANICĄ

1. Zakres obejmuje świadczenia i wydatki medyczne związane z leczeniem Nowotworów objętych zakresem ubezpieczenia, gdy spełnione są wszystkie z następujących warunków:
 - 1) procedura jest przeprowadzona w czasie obowiązywania Umowy Ubezpieczenia, najpóźniej do końca trwania Okresu odszkodowawczego;
 - 2) leczenie jest Niezbędne z medycznego punktu widzenia;
 - 3) koszty nie przekraczają Sumy Ubezpieczenia i limitów określonych w Umowie Ubezpieczenia;
 - 4) leczenie jest organizowane przez PKO Ubezpieczenia za pośrednictwem FURTHER zgodnie z procedurą określoną w § 5;
 - 5) koszty leczenia powstają poza granicami Polski i USA, z wyjątkiem kosztów związanych z Lekami, o których mowa w ust. 2, pkt 5) oraz kosztów Kontroli stanu zdrowia po leczeniu poza granicami Polski i USA, o których mowa w ust. 2, pkt 6);
 - 6) koszty ponoszone na wszelkie diagnostyczne zabiegi medyczne, leczenie, usługi, materiały lub recepty są objęte Umową Ubezpieczenia zgodnie z ust. 2 pkt. 1).
2. Zakres świadczeń i usług podczas i po realizacji Opieki Medycznej za granicą obejmuje:

POKRYCIE KOSZTÓW LECZENIA ZA GRANICĄ

- 1) Pokrycie kosztów leczenia poza granicami Polski i USA maksymalnie do 1 000 000 EUR w trakcie trwania całego Okresu Odpowiedzialności;

POKRYCIE KOSZTÓW NIEMEDYCZNYCH PODCZAS LECZENIA ZA GRANICĄ

- 2) Pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego Ubezpieczonego wraz z osobą towarzyszącą lub dawcą maksymalnie do kwoty 10 000 EUR w ciągu jednego Roku Polisowego;
- 3) Pokrycie kosztów zakwaterowania Ubezpieczonego oraz osoby towarzyszącej lub dawcy maksymalnie do 10 000 EUR w ciągu jednego Roku Polisowego;
- 4) Pokrycie kosztów repatriacji zwłok Ubezpieczonego lub dawcy;

POKRYCIE KOSZTÓW LEKÓW I KONTROLI STANU ZDROWIA PO LECZENIU ZA GRANICĄ

- 5) Zwrot kosztów poniesionych na zakup leków po powrocie do Polski maksymalnie do 100 000 PLN;
- 6) Zwrot kosztów poniesionych na Kontrolę stanu zdrowia po powrocie do Polski.

- 1) **Pokrycie kosztów leczenia poza granicami Polski i USA maksymalnie do 1 000 000 EUR w trakcie trwania całego okresu Umowy Ubezpieczenia:**
 - a) pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu:
 - zakwaterowania, wyżywienia i usług opiekuńczych świadczonych w okresie Hospitalizacji Ubezpieczonego, pobytu Ubezpieczonego w pokoju, na oddziale lub na oddziale intensywnej terapii, a także na oddziale obserwacyjnym;
 - usług szpitalnych, w tym usług świadczonych przez przychodnię przyszpitalną (włączając tłumacza medycznego);
 - dodatkowego łóżka związanego z pobytem w Szpitalu osoby towarzyszącej, w przypadku jeżeli Szpital udostępnia taką usługę;
 - wykonania operacji na sali operacyjnej, w tym opieki anestezjologicznej;
 - 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 Specjalistę, w szczególności: kosztów badań rentgenowskich wykonanych w celu przygotowania do procesu leczenia, tomografii komputerowej, rezonansów magnetycznych, elektrokardiograficznych, echokardiograficznych, EKG, radioterapii, chemioterapii, izotopów promieniotwórczych, mielogramów (badań szpiku), elektroencefalogramów (badań mózgu), angiogramów (badań naczyń krwionośnych) i innych badań i terapii wymaganych do diagnozy i leczenia Nowotworów jeśli są wykonywane przez Lekarza Specjalistę lub pod jego nadzorem medycznym;
 - g) transfuzji krwi, osocza i podawania surowicy;
 - h) związanych z terapiami z wykorzystaniem tlenu, stosowaniem rozwiązań dożylnych, jak również iniekcji;
 - i) Leków przepisanych przez lekarza po Hospitalizacji związanej z leczeniem Nowotworu poniesionych przez Ubezpieczonego poza granicami Polski i USA w ciągu 30 dni od dnia zakończenia procesu leczenia poza granicami

- Polski i USA, pod warunkiem, że Leki te zostały zakupione przed powrotem na terytorium Polski;
- j) transferu i transportu medycznego ambulansem naziemnym lub powietrznym, pod warunkiem że został on zalecony przez Lekarza Specjalistę i zaakceptowany i zorganizowany przez FURTHER na zlecenie PKO Ubezpieczenia;
 - k) radioterapii: promieniowania wykorzystującego cząsteczki lub fale o wysokiej energii mającego na celu zmniejszanie nowotworów i zniszczenie komórek nowotworowych za pomocą: promieni rentgenowskich, promieniowania gamma i naładowanymi cząstkami - rodzaje promieniowania stosowane w leczeniu nowotworów, emitowane albo przez urządzenie zlokalizowane poza ciałem (promieniowanie wiązką zewnętrzną), albo przez materiał radioaktywny umieszczony w organizmie w pobliżu komórek nowotworowych (radioterapia wewnętrzna, brachyterapia);
 - l) Chirurgii rekonstrukcyjnej mającej na celu naprawę lub odbudowę struktury uszkodzonej lub usuniętej w wyniku procedur medycznych zorganizowanych i sfinansowanych w ramach Umowy Ubezpieczenia;
 - m) leczenia powikłań lub skutków ubocznych bezpośrednio związanych z procedurami medycznymi zorganizowanymi i sfinansowanymi w ramach Umowy Ubezpieczenia, które:
 - wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w Szpitalu, oraz
 - wymagają zgłoszenia przed zadeklarowaniem Ubezpieczonego, że jest zdolny do odbycia podróży powrotnej na terytorium Polski po zakończeniu etapu leczenia poza granicami Polski i USA;
 - n) związanych z Hospitalizacją dawcy w przypadku przeszczepu od tego dawcy, w szczególności kosztów postępowania wyjaśniającego, w celu potwierdzenia zgodności tkankowej (możliwości pobrania narządu od potencjalnego dawcy);
 - zakwaterowania w pokoju lub na oddziale lub sekcji Szpitala i wyżywienia podczas Hospitalizacji,
 - opieki lekarskiej oraz pielęgniarskiej podczas Hospitalizacji;
 - badań laboratoryjnych i diagnostycznych zleconych przez Lekarza Specjalistę;
 - Operacji Chirurgicznej i opieki medycznej związanej z pobraniem narządu lub tkanki do przeszczepu dla Ubezpieczonego;
 - o) świadczeń medycznych i materiałów wykorzystanych w związku z przeszczepem szpiku kostnego dla Ubezpieczonego, które zostały jednoznacznie wskazane we Wstępnym Zaświadczeniu Lekarskim.
- 2) Pokrycie kosztów podróży lub transportu medycznego Ubezpieczonego wraz z osobą towarzyszącą lub dawcą maksymalnie do kwoty 10 000 EUR w ciągu jednego Roku Polisowego:**
- a) FURTHER działając na zlecenie PKO Ubezpieczenia organizuje i pokrywa koszty podróży Ubezpieczonego i osoby towarzyszącej oraz dawcy w przypadku przeszczepów poza granicami Polski i USA, w związku z leczeniem Ubezpieczonego w zagranicznej placówce medycznej ustalonej z FURTHER w ramach Opieki Medycznej za granicą, potwierdzonej we Wstępnym Zaświadczeniu Lekarskim;
 - b) FURTHER jest odpowiedzialna za ustalenie daty podróży na podstawie uzgodnionego harmonogramu leczenia;
 - c) w przypadku gdy Ubezpieczony, bez uzasadnienia medycznego oraz bez uzgodnienia z FURTHER, zmieni datę podróży, o której mowa w lit. b) powyżej, Ubezpieczony będzie zobowiązany do zwrotu PKO Ubezpieczenia kosztów związanych z organizacją i zapewnieniem odpowiednich warunków podróży, chyba, że zmiany zostały potwierdzone z FURTHER jako Niezbędne z medycznego punktu widzenia;
 - d) koszty podróży lub transportu medycznego obejmują:
 - transport Ubezpieczonego wraz z osobą towarzyszącą oraz (w przypadkach, których to dotyczy) żyjącym dawcą 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 transportu 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 stałego zamieszkania Ubezpieczonego.
- Pokrycie kosztów podróży nie zawiera transferów poza granicami Polski i USA z hotelu do Szpitala lub do Lekarza Specjalisty prowadzącego leczenie.
- 3) Pokrycie kosztów zakwaterowania Ubezpieczonego, oraz osoby towarzyszącej, a także (w przypadkach, których to dotyczy) dawcy maksymalnie do 10 000 EUR w ciągu jednego Roku Polisowego:**
- a) FURTHER działając na zlecenie PKO Ubezpieczenia organizuje i pokrywa koszty zakwaterowania Ubezpieczonego i osoby towarzyszącej oraz dawcy w przypadku przeszczepów w związku z ich pobytem w miejscu leczenia Nowotworu poza granicami Polski i USA w ramach Opieki medycznej za granicą, potwierdzonej we Wstępnym Zaświadczeniu Lekarskim;
 - b) FURTHER jest odpowiedzialna za organizację oraz okres zakwaterowania w oparciu o zatwierdzony harmonogram leczenia; ubezpieczenie nie obejmuje kosztów zakwaterowania organizowanego przez Ubezpieczonego we własnym zakresie;
 - c) w przypadku gdy Ubezpieczony, bez uzasadnienia medycznego oraz bez uzgodnienia z FURTHER, zmieni datę zakwaterowania, o której mowa w lit. b), będzie zobowiązany do zwrotu PKO Ubezpieczenia kosztów związanych z wprowadzonymi zmianami warunków zakwaterowania;
 - d) ustalenia dotyczące zakwaterowania obejmują zakwaterowanie w pokoju dwuosobowym w hotelu trzy- lub czterogwiazdkowym ze śniadaniem (o wyborze hotelu będzie decydowała odległość od Szpitala lub lekarza prowadzącego, która powinna być nie większa niż 10 km);
 - e) posiłki (poza śniadaniem) i związane z tym koszty hotelowe 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) FURTHER działając na zlecenie PKO Ubezpieczenia organizuje i pokrywa koszty repatriacji zwłok Ubezpieczonego lub dawcy do miejsca pochówku na terytorium Polski, jeżeli nastąpi śmierć Ubezpieczonego lub dawcy podczas organizowanego przez FURTHER procesu leczenia poza granicami Polski i USA;
 - b) koszty repatriacji zwłok obejmują koszty zakupu trumny przewozowej i balsamowania zwłok oraz koszty transportu na terytorium Polski.
- 5) Zwrot kosztów poniesionych na zakup Leków po powrocie na terytorium Polski maksymalnie do 100 000 PLN:**
- a) w przypadku gdy Ubezpieczony był hospitalizowany poza granicami Polski i USA, w ramach procesu leczenia organizowanego przez FURTHER na zlecenie PKO Ubezpieczenia przez okres dłuższy niż 3 dni, PKO Ubezpieczenia za pośrednictwem FURTHER zrefunduje Ubezpieczonemu koszty poniesione na zakup Leków, po powrocie na terytorium Polski;
 - b) koszty, o których mowa w lit. a) powyżej, dotyczą Leków:
 - i. licencjonowanych i zatwierdzonych przez odpowiedni urząd lub agencję medyczną na terenie Polski, a jego przepisywanie i stosowanie jest regulowane, oraz
 - ii. dostępnych do nabycia na terenie Polski w czasie i w sposób niezbędny do kontynuowania leczenia, oraz
 - iii. wymagających recepty lekarza pracującego na terytorium Polski, oraz
 - iv. zostały wskazane przez FURTHER zgodnie z zaleceniami Lekarza Specjalisty prowadzącego leczenie Ubezpieczonego poza granicami Polski, w zakresie niezbędnym do prowadzenia bieżącego leczenia, oraz
 - v. dla których każda recepta nie przekracza dawki przeznaczonej do przyjmowania dłuższego niż 2 miesiące, oraz
 - vi. zakupionych przed zakończeniem 36-miesięcznego Dodatkowego Okresu Ubezpieczenia;
 - c) ubezpieczeniem nie są objęte koszty Leków refundowanych w części lub w całości w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia odnoszące się do części refundowanej, pozostałe koszty są objęte ubezpieczeniem;
 - d) ubezpieczeniem nie są objęte koszty procedur medycznych związanych z podawaniem Leków;
 - e) Leki, o których mowa w pkt 5), jeżeli są kupione na terytorium Polski, muszą być zorganizowane i opłacone

bezpośrednio przez Ubezpieczonego. Zwrot kosztów następuje na podstawie otrzymanej i wysłanej do FURTHER, działającej na zlecenie PKO Ubezpieczenia, recepty, oryginału faktury i dowodu zapłaty, jeśli koszt leków został częściowo zrefundowany przez NFZ, wniosek powinien jednoznacznie rozróżniać koszty częściowo sfinansowane przez Ubezpieczonego;

- f) W przypadku, gdy zalecany Lek (lub alternatywny odpowiednik Leku o podobnej skuteczności), potwierdzony przez FURTHER:
- nie jest licencjonowany lub zatwierdzony na terytorium Polski, jak wskazano powyżej w lit. b) i. lub,
 - nie jest dostępny do nabycia lub udostępnienia Ubezpieczonemu na terytorium Polski, o czym mowa w w lit. b) ii. oraz b) iii. oraz
 - wszystkie inne powyższe warunki określone w lit. b) są nadal spełnione to
- Umowa Ubezpieczenia pokryje również wydatki medyczne poza granicami Polski i USA. W takim przypadku FURTHER poczyni niezbędne ustalenia dotyczące podróży i zakwaterowania Ubezpieczonego i wskazanej osoby towarzyszącej na warunkach określonych w § 4 ust. 2 pkt 2) i § 4 ust. 2 pkt 3).

6) Zwrot kosztów Kontroli stanu zdrowia po leczeniu poza granicami Polski i USA

- a) Po powrocie do Polski po zakończeniu etapu Opieki Medycznej za granicą, w ramach Umowy Ubezpieczenia PKO Ubezpieczenia za pośrednictwem FURTHER pokryje wydatki Ubezpieczonego związane z Kontrolą stanu zdrowia, poniesione na terytorium Polski, z zastrzeżeniem następujących warunków i ograniczeń:
- Kontrola stanu zdrowia została wykonana w jednym z wybranych przez FURTHER Szpitali z uwzględnieniem preferencji Ubezpieczonego co do lokalizacji Szpitala oraz
 - Kontrola stanu zdrowia jest dostępna na terytorium Polski w czasie i w sposób niezbędny do przeprowadzenia badań przesiewowych, oraz
 - Kontrola stanu zdrowia w zakresie niezbędnym do prowadzenia bieżących badań przesiewowych i monitoringu stanu zdrowia jest wykonywana zgodnie z zaleceniami Lekarza Specjalisty, który leczył Ubezpieczonego poza granicami Polski i USA, oraz
 - Faktury związane z wydatkami na Kontrolę stanu zdrowia są wystawiane przed zakończeniem 36-miesięcznego Dodatkowego Okresu Ubezpieczenia.
- b) Kontrola stanu zdrowia, opisana w lit. a) powyżej, w przypadku wykonywania jej na terytorium Polski musi być zorganizowana i opłacona bezpośrednio przez Ubezpieczonego. PKO Ubezpieczenia za pośrednictwem FURTHER zwróci Ubezpieczonemu koszty po otrzymaniu oryginału faktury i dowodu jej opłacenia;
- c) W przypadku, gdy w związku ze zmianą stanu zdrowia Ubezpieczonego Lekarze Specjaliści odpowiedzialni za zorganizowanie Kontroli stanu zdrowia na terytorium Polski wskażą na potrzebę procedowania w oparciu o inne wytyczne dotyczące Kontroli stanu zdrowia niż te, które zostały pierwotnie ustalone przez Lekarza Specjalistę za granicą to PKO Ubezpieczenia za pośrednictwem FURTHER prześle je do zatwierdzenia Lekarzowi Specjaliście za granicą i potwierdzi, w stosownych przypadkach, zwrot wydatków zgodnie z nowymi przyjętymi wytycznymi;
- d) Jeżeli koszt Kontroli stanu zdrowia został częściowo lub w całości sfinansowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) w Polsce lub inne ubezpieczenie to PKO Ubezpieczenia za pośrednictwem FURTHER zwróci jedynie te koszty, które nie zostały sfinansowane, a zatem muszą być pokryte bezpośrednio przez Ubezpieczonego. Wniosek o refundację powinien zawierać wyraźne odróżnienie tych kosztów, które są pokrywane bezpośrednio przez Ubezpieczonego od części kosztów sfinansowanych;
- e) Na wniosek Ubezpieczonego i o ile powyższe warunki wskazane w lit. a) iii. i lit. a) iv. są nadal spełnione, FURTHER może również zatwierdzić i zorganizować Kontrolę stanu zdrowia poza granicami Polski i USA. W takim przypadku:
- Kontrola stanu zdrowia będzie wykonywana przez Lekarza Specjalistę z zagranicy, który leczył Ubezpieczonego, lub jego zespół medyczny;
 - PKO Ubezpieczenia za pośrednictwem FURTHER przejmie bezpośrednio koszty medyczne tych konsultacji i badań diagnostycznych.

W związku z powyższą potrzebą Kontroli stanu zdrowia poza granicami Polski i USA PKO Ubezpieczenia za pośrednictwem FURTHER organizuje podróż i zakwaterowanie na warunkach określonych wyżej w pkt 2) i pkt 3) na rzecz Ubezpieczonego oraz wyznaczonej przez niego osoby towarzyszącej.

§ 5. KORZYSTANIE Z UBEZPIECZENIA

- Po zachorowaniu na Nowotwór objęty zakresem ubezpieczenia, Ubezpieczony w ramach wariantu Premium i Premium+ może skorzystać z ubezpieczenia PKO Opieka Medyczna za granicą najpóźniej do końca Okresu odszkodowawczego.
- Ubezpieczony jest uprawniony do skorzystania z ubezpieczenia PKO Opieka Medyczna za granicą tylko, w przypadku jeśli Zachorowanie Ubezpieczonego na Nowotwór zostanie uznane przez PKO Ubezpieczenia za zdarzenie ubezpieczeniowe, skutkujące wypłatą Świadczenia.
- W celu skorzystania z ubezpieczenia PKO Opieka Medyczna za granicą Ubezpieczony powinien skontaktować się z PKO Ubezpieczenia pod numerem telefonu podanym w polisie lub innym dokumencie Umowy Ubezpieczenia oraz podać następujące informacje:
 - imię i nazwisko,
 - PESEL,
 - numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
 - datę zdiagnozowania Nowotworu lub zgłosić roszczenie pisemnie na adres PKO Ubezpieczenia, korzystając z formularza wniosku o wypłatę świadczenia do Ubezpieczenia „OnkoPlan” dostępnego na stronie internetowej PKO Ubezpieczenia.
- W przypadku pozytywnej weryfikacji roszczenia PKO Ubezpieczenia skontaktuje się z Ubezpieczonym za pośrednictwem FURTHER w celu poinformowania Ubezpieczonego o kolejnych krokach. Ubezpieczony będzie miał prawo wystąpić do PKO Ubezpieczenia o Drugą Opinię Medyczną w celu potwierdzenia diagnozy i oceny optymalnego planu leczenia. Świadczenie Drugiej Opinii Medycznej jest ograniczone tylko do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w całym Okresie Odpowiedzialności.
- Jeżeli Ubezpieczony wystąpi o Drugą Opinię Medyczną, będzie ona realizowana w pierwszej kolejności przed otrzymaniem leczenia za granicą Polski i USA w ramach Opieki Medycznej za granicą, ponieważ plan leczenia będzie oparty na ustaleniach i wytycznych wynikających z Drugiej Opinii Medycznej.
- W przypadku otrzymania przez PKO Ubezpieczenia wniosku Ubezpieczonego o sporządzenie Drugiej Opinii Medycznej, FURTHER przygotowuje, działając na zlecenie PKO Ubezpieczenia, na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej, Drugą Opinię Medyczną.
- W przypadku, gdy Ubezpieczony chce rozważyć leczenie poza granicami Polski i USA, Ubezpieczony otrzyma od PKO Ubezpieczenia za pośrednictwem FURTHER listę 3 rekomendowanych Szpitali zdolnych do podjęcia leczenia Ubezpieczonego.
- Po otrzymaniu przez FURTHER, która działa na zlecenie PKO Ubezpieczenia, potwierdzenia Ubezpieczonego o podjętej przez niego decyzji o leczeniu poza granicami Polski i USA w wybranym Szpitalu z rekomendowanej listy, o której mowa w ust. 7, FURTHER działając na zlecenie PKO Ubezpieczenia, w ramach świadczenia Opieki Medycznej za granicą, poczyni niezbędne ustalenia logistyczne i medyczne konieczne dla prawidłowego przyjęcia Ubezpieczonego w wybranym Szpitalu. Wstępne Zaświadczenie Lekarskie wydane przez FURTHER będzie ważne tylko dla wybranego przez Ubezpieczonego Szpitala.
- Lista rekomendowanych Szpitali i Wstępne Zaświadczenie Lekarskie zostaną wystawione przez FURTHER, działającej na zlecenie PKO Ubezpieczenia, na podstawie stanu zdrowia Ubezpieczonego w chwili wydania. Z uwagi na to, iż stan zdrowia Ubezpieczonego może się zmieniać z upływem czasu, oba dokumenty będą obowiązywać przez okres trzech miesięcy. W przypadku gdy Ubezpieczony nie zdecydował się na żaden z zaproponowanych przez FURTHER Szpitali lub w przypadku gdy nie rozpoczął on leczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia wystawienia Wstępnego Zaświadczenia Lekarskiego, FURTHER wystawi nowe Wstępne Zaświadczenie Lekarskie na podstawie aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego.
- Wydatki poniesione przed wydaniem Wstępnego Zaświadczenia Lekarskiego lub poniesione w innym Szpitalu, niż został wskazany we Wstępnym Zaświadczeniu Lekarskim nie będą objęte ubezpieczeniem na podstawie Umowy Ubezpieczenia.
- Przed wyjazdem Ubezpieczonego za granicę Polski, w celu leczenia Nowotworu, PKO Ubezpieczenia za pośrednictwem FURTHER 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. Wysokość świadczenia za każdy dzień pobytu w Szpitalu wynosi 100 EUR. Świadczenie będzie wypłacone za maksymalnie 60 dni pobytu w Szpitalu. Pozostała część świadczenia pieniężnego z tytułu Hospitalizacji będzie wypłacana przez PKO Ubezpieczenia za pośrednictwem FURTHER w cyklach tygodniowych, pod koniec każdego tygodnia Hospitalizacji poza granicami Polski i USA.
12. W przypadku, gdy ostateczny powrót Ubezpieczonego do Polski nastąpi przed upływem Dodatkowego Okresu Ubezpieczenia, PKO Ubezpieczenia za pośrednictwem FURTHER przedstawi Ubezpieczonemu wskazówki jak skorzystać z możliwości pokrycia kosztów leczenia po powrocie z Opieki Medycznej za granicą. Wskazówki te będą oparte na zaleceniach Lekarzy Specjalistów z za granicy. Ubezpieczony będzie uprawniony do:
- skorzystania ze zwrotu wydatków na Leki, o których mowa w § 4 ust. 2 pkt 5);
 - skorzystania ze zwrotu kosztów Kontroli stanu zdrowia po leczeniu poza granicami Polski i USA, o których mowa w § 4 ust. 2 pkt 6)
- do końca Dodatkowego Okresu Ubezpieczenia
13. W przypadku, gdy na skutek Siły Wyższej władze lokalne lub międzynarodowe wprowadziły ograniczenia logistyczne lub operacyjne, które uniemożliwiają FURTHER zorganizowanie leczenia poza granicami Polski, wówczas FURTHER na zlecenie PKO Ubezpieczenia zorganizuje świadczenia określone w §4 ust. 2 pkt 1) na terytorium Polski, pod warunkiem, że tego samego rodzaju ograniczenia logistyczne lub operacyjne nie uniemożliwiają zorganizowania równoważnego i wykonalnego z medycznego punktu widzenia leczenia na terytorium Polski. Świadczenia określone w §4 ust. 2 pkt 1) będą dostępne na terytorium Polski wyłącznie do czasu, gdy FURTHER będzie w stanie potwierdzić przywrócenie możliwości organizacji leczenia poza granicami Polski i USA. Świadczenia realizowane na terytorium Polski będą opłacone w całości lub w części przewyższającą wszelkie płatności finansowane w ramach prywatnego ubezpieczenia, o ile Ubezpieczony je posiada.

§ 6. WYDATKI NIEOBJĘTE UBEZPIECZENIEM

- 1) wydatki na usługi lub opiekę medyczną, które nie są Niezbędne z medycznego punktu widzenia w celu leczenia Nowotworu;
- 2) wydatki na wszelkie alternatywne leczenie, usługi, dostawy lub recepty związane z Chorobą objętą zakresem ubezpieczenia, dla której najlepszym leczeniem rekomendowanym przez Lekarza Specjalistę jest przeprowadzenie przeszczepu objętego ubezpieczeniem;
- 3) wydatki na Eksperymentalne leczenie, procedury diagnostyczne, terapeutyczne lub chirurgiczne, których bezpieczeństwo nie zostało udowodnione naukowo,
- 4) wydatki na leczenie polegające na Terapii genowej, Terapii komórkami somatycznymi, Inżynierii tkankowej i Terapii Limfocytami CAR-T;
- 5) wydatki na organizację i pokrycie kosztów leczenia, poniesionymi na terytorium Polski z wyjątkiem:
 - wydatków na Leki, o których mowa w § 4 ust. 2 pkt 5);
 - wydatków dotyczących Kontroli stanu zdrowia po leczeniu poza granicami Polski i USA, o których mowa w § 4 ust. 2 pkt 6);
 - wydatków dotyczących leczenia w Polsce w przypadku, o którym mowa § 5 ust. 13;
- 6) wydatki poniesione na leczenie choroby lub schorzenia, które zostały spowodowane przeprowadzonymi procedurami medycznymi zorganizowanymi i sfinansowanymi w ramach Umowy Ubezpieczenia;
- 7) Leczenie długotrwałych skutków ubocznych, łagodzenie przewlekłych objawów lub rehabilitacja (w tym między innymi fizjoterapia, rehabilitacja ruchowa oraz terapia mowy i języka), które są wynikiem leczenia Nowotworu;
- 8) W odniesieniu do wydatków na Leki, o których mowa w § 4 ust. 2 pkt 5, Umowa Ubezpieczenia nie pokrywa:
 - kosztów finansowanych przez NFZ lub pokrytych przez inne ubezpieczenie posiadane przez Ubezpieczonego;
 - kosztów procedur medycznych związanych z podawaniem Leków;
 - każdego zakupu Leku dokonanego poza granicami Polski, o ile nie został on zatwierdzony przez FURTHER;
- 9) W odniesieniu do kosztów Kontroli stanu zdrowia po leczeniu poza granicami Polski i USA, o których mowa w § 4 ust. 2 pkt 6), Umowa Ubezpieczenia nie pokrywa:
 - kosztów finansowanych przez NFZ lub pokrytych przez inne ubezpieczenie posiadane przez Ubezpieczonego;
 - wszelkich wydatków poniesionych niezgodnie z wytycznymi ustalonymi przez FURTHER opisanymi w §4 ust. 2 pkt. 6);

- wszelkich wydatków poniesionych w Szpitalu lub placówce medycznej innej niż autoryzowana przez FURTHER;
- 10) koszty poniesione w ciągu pierwszych 90 dni Okresu Odpowiedzialności;
 - 11) koszty poniesione przed datą wskazaną we Wstępnym Zaświadczeniu Lekarskim;
 - 12) koszty poniesione w innym szpitalu niż ten, do którego został skierowany Ubezpieczony we Wstępnym Zaświadczeniu Lekarskim;
 - 13) koszty poniesione niezgodnie z procedurą realizacji świadczeń określoną w §5;
 - 14) koszty poniesione w związku z opieką domową związaną z rekonwalescencją, pobytem w domu opieki zdrowotnej lub usługami świadczonymi w ośrodku rekonwalescencji lub podobnej instytucji, hospicjum lub domu starców, sanatoriach, klinikach leczenia naturalnego nawet jeśli takie usługi opieki są niezbędne lub konieczne w związku z zaistniałą Chorobą objętą zakresem Umowy Ubezpieczenia ;
 - 15) koszty poniesione na zakup lub wynajem dowolnego typu Protezy lub przyrządów ortopedycznych, gorsetów, bandażi, kul, sztucznych kończyn lub organów, peruk (nawet jeśli ich użycie jest uważane za niezbędne podczas leczenia chemioterapeutycznego), obuwia ortopedycznego, Protez dentystrycznych, pasów przepuklinowych i innych urządzeń lub przedmiotów, za wyjątkiem Protez piersi – po mastektomii, Operacji Chirurgicznej zrealizowanej w ramach świadczenia Opieki medycznej za granicą;
 - 16) Wszelkie wydatki poniesione na zakup lub wynajem wózków inwalidzkich, łóżek specjalistycznych, urządzeń klimatyzacyjnych, środków do oczyszczania powietrza oraz innych przedmiotów i urządzeń zaleconych Ubezpieczonemu w ramach powrotu do zdrowia po leczeniu poza granicami Polski i USA;
 - 17) koszty Leków, które nie zostały wydane przez licencjonowanego farmaceutę, lub które są dostępne bez recepty;
 - 18) wszelkie opłaty za korzystanie z Medycyny Alternatywnej, nawet jeśli zostały wyraźnie zalecone przez Lekarza Specjalistę;
 - 19) wynagrodzenie tłumacza, koszty połączeń telefonicznych i inne opłaty za przedmioty przeznaczone do użytku osobistego, lub które nie mają charakteru medycznego, lub inne usługi świadczone na rzecz krewnych, osób towarzyszących lub asystujących;
 - 20) wszelkie wydatki poniesione przez Ubezpieczonego lub jego krewnych, osoby towarzyszące lub asystujące, z wyjątkiem kosztów objętych zakresem Umowy Ubezpieczenia;
 - 21) wszelkie koszty medyczne, które nie są uzasadnioną opłatą medyczną;
 - 22) wszelkie wydatki związane z zakwaterowaniem lub transportem zorganizowanym przez Ubezpieczonego, jego towarzysza podróży lub żywego dawcy;
 - 23) wszelkie koszty poniesione w związku z procedurami diagnostycznymi, leczeniem, usługami, dostawami lub zaleceniami lekarskimi jakiegokolwiek rodzaju poniesionymi na całym świecie, gdy Ubezpieczony w dniu zgłoszenia roszczenia nie może być uważany za rezydenta w Polsce.

§ 7. POSTANOWIENIA OGÓLNE

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami ubezpieczenia PKO Opieka Medyczna za granicą mają zastosowanie postanowienia OWU.