

Ogólne warunki ubezpieczenia **ERGO Zdrowie**



Ubezpieczenie ERGO Zdrowie

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

ERGO
HESTIA™

Przedsiębiorstwo: Sopotkie Towarzystwo Ubezpieczeń
ERGO Hestia Spółka Akcyjna, Polska

Produkt: Pakietowe ubezpieczenie
ERGO Zdrowie

Pełne informacje podane są w **Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia ERGO Zdrowie** z dnia 28.10.2026 r. (kod: H-EZ-01/26).

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie Przychodnia, Ubezpieczenie Profilaktyka, Ubezpieczenie Global Doctors Plus (grupa 2 ubezpieczenie choroby).

Wszystkie wymienione ubezpieczenia to ubezpieczenia majątkowe z działu II załącznika do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Ubezpieczenie Przychodnia

- ✓ Ubezpieczenie obejmuje organizację dostępu do usług telemedycznych, lekarzy specjalistów w warunkach ambulatoryjnych, badań diagnostycznych oraz zabiegów rehabilitacyjnych.
- ✓ Ubezpieczenie można zawrzeć w jednym z trzech wariantów. Zakres świadczeń dla wszystkich wariantów jest taki sam. Poszczególne warianty różnią się tylko poziomem Udziału Własnego Ubezpieczonego.

w tym Profilaktyka

- ✓ Organizacja dedykowanych badań profilaktycznych dostosowanych do potrzeb pacjenta.
- ✓ Przekazanie Ubezpieczonemu spersonalizowanego Raportu Badań Profilaktycznych zawierającego pakiet wiadomości: wyniki badań oraz rekomendację odnośnie dalszego postępowania.

Ubezpieczenie Global Doctors Plus

Wariant Diagnostyka

- ✓ Ubezpieczenie obejmuje organizację i pokrycie kosztów szybkiej ścieżki diagnostycznej dla nowotworów i innych zdefiniowanych poważnych stanów chorobowych.
- ✓ Testy genetyczne dla rodziny w przypadku diagnozy nowotworu u Ubezpieczonego.
- ✓ Przewodnik pacjenta – wsparcie po potwierdzeniu diagnozy.

Wariant Leczenie za granicą

- ✓ Organizacja i pokrycie kosztów diagnostyki oraz leczenia za granicą nowotworów i innych ciężkich zachorowań.
- ✓ Wsparcie psychologiczne.
- ✓ Organizacja i pokrycie kosztów leczenia w renomowanych klinikach za granicą nawet do kwoty 2 000 000 euro.



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie Przychodnia i Profilaktyka nie obejmuje:

- ✗ usług nie wymienionych w Katalogu Świadczeń medycznych w załączniku do OWU;
- ✗ kosztów leków przepisanych lub zleconych przez lekarza;
- ✗ szczepień obowiązkowych zgodnie z kalendarzem szczepień;
- ✗ leczenia stomatologicznego;
- ✗ leczenia, zabiegów lub operacji z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej oraz kosmetyki, które służą przywróceniu lub poprawie fizycznego i psychicznego samopoczucia;
- ✗ diagnozowania i leczenia niepłodności, zaburzeń niepłodności, w tym świadczeń medycznych, które są udzielane w związku z postępowaniem prokreacyjnym i sztucznym zapłodnieniem.

Ubezpieczenie Global Doctors Plus nie obejmuje:

- ✗ kosztów poniesionych w Polsce i jednocześnie sfinansowanych ze środków publicznych w ramach systemu ochrony zdrowia w Polsce;
- ✗ kosztów leków zakupionych po leczeniu za granicą, które są dostępne w Polsce bez recepty;
- ✗ kosztów zakwaterowania, podróży lub transportu zorganizowanego przez Ubezpieczonego lub dawcę we własnym zakresie, bądź przez osobę trzecią w imieniu tych osób;
- ✗ leczenia alternatywnego, czyli takiego, które nie należy do medycyny konwencjonalnej, w tym: kosztów akupunktury, aromaterapii, chiropraktyki, homeopatii, naturopatii, ajurwedy, tradycyjnej medycyny chińskiej, osteopatii.



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Ubezpieczenie Przychodnia i Profilaktyka ulega ograniczeniu w zakresie:

- ! badań obrazowych, które są wykonywane w technologii 3D/4D, technikami biologii molekularnej oraz rozszerzonego USG genetycznego, w tym badań przesiewowych prenatalnych;
- ! urazów doznanych przez Ubezpieczonego w wyniku uprawiania ekstremalnych dyscyplin sportowych lub sportów zawodowych lub takich, za które dostaje wynagrodzenie;
- ! leczenia i zabiegów rehabilitacyjnych – w przypadku: wad wrodzonych, urazów okołoporodowych, przewlekłych chorób tkanki łącznej i ich następstw;
- ! wyrządzonych osobom bliskim wobec osób objętych ochroną ubezpieczeniową;
- ! leczenia, które jest następstwem usiłowania popełnienia samobójstwa, samookaleczenia, świadomego spowodowania rozstroju zdrowia, popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa.

Ubezpieczenie Global Doctors Plus ulega ograniczeniu w zakresie:

- ! leczenia poważnego stanu chorobowego w Polsce; wyjątkiem są koszty poniesione w ramach kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą oraz dotyczące zwrotu kosztów leków po leczeniu za granicą;
- ! kosztów poniesionych przez Ubezpieczonych, ich krewnych lub ich osoby towarzyszące, z wyjątkiem kosztów wyraźnie objętych ubezpieczeniem;
- ! kosztów żywienia (poza śniadaniem zapewnionym przez hotel) i poniesionych w hotelu kosztów dodatkowych.



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ W ubezpieczeniu Przychodnia i Profilaktyka świadczenia organizowane są na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- ✓ W ubezpieczeniu Global Doctors Plus świadczenia organizowane są
 - w wariancie Diagnostyka na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - w wariancie Leczenie za granicą na całym świecie z wyłączeniem Polski.



Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Ubezpieczony i Ubezpieczający mają obowiązek:

- podać przed zawarciem umowy niezbędne dane osobowe - swoje lub osoby, którą chce ubezpieczyć,
- złożyć wymagane oświadczenia i zgody, oraz
- wypełnić Ankiety Medyczną, jeśli jej wymagamy – aby ocenić ryzyko ubezpieczeniowe,
- poinformować Ubezpieczyciela, jeśli zmieni się stan ich zdrowia w okresie pomiędzy wypełnieniem Ankiety Medycznej a zawarciem umowy ubezpieczenia.

Obowiązki w czasie trwania umowy ubezpieczenia:

- Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki.
- Ubezpieczony zobowiązany jest do opłacenia kosztów usług medycznych, o ile ma ubezpieczenie w takim wariancie.

W przypadku przedstawienia zgłoszenia roszczenia Ubezpieczony ma obowiązek:

- powiadomić Ubezpieczyciela o zdarzeniu niezwłocznie po jego zajściu lub uzyskaniu o nim wiadomości,
- stosować się do zaleceń Ubezpieczyciela oraz udzielać informacji i pełnomocnictw innym osobom do działania w imieniu Ubezpieczonego, w zakresie niezbędnym do prawidłowej likwidacji szkody,
- poddać się leczeniu; poddać się badaniu lub ewentualnej obserwacji klinicznej;
- w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia roszczenia zwolnić właściwe podmioty z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej.



Jak i kiedy należy opłacać składkę?

Składkę ubezpieczeniową należy opłacić w wysokości i terminach określonych przez strony umowy w umowie ubezpieczenia, przy czym zapłata może być jednorazowa bądź w ratach. Składka (jej pierwsza rata oraz kolejne raty) musi być opłacona w pełnej wysokości, w terminie i na rachunek bankowy, który wskazaliśmy w polisie.



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres 12 miesięcy, a jej datę początku i zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wskazujemy w polisie. Odpowiedzialność rozpoczyna się pod warunkiem, że składka za polisę lub jej rata zostanie opłacona. Ubezpieczyciel może zaproponować kontynuację ochrony na kolejny okres.



Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 30 maja 2014 roku o prawach konsumenta, o ile jest to termin późniejszy.

Odstąpienie od umowy ubezpieczenia można złożyć:

- przez formularz na stronie: www.ergohestia.pl, lub
- elektronicznie, na adres do doręczeń elektronicznych AE:PL-58185-26619-SWDBT-23 (aktywny od 1 kwietnia 2025 roku);
- u naszego przedstawiciela, lub
- listownie – adres naszej siedziby: Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA, ul. Hestii 1, 81–731 Sopot.

Ogólne warunki ubezpieczenia ERGO Zdrowie

Kod: H-EZ-01/26

Data wejścia w życie: 28.10.2026 r.

Spis treści

Wstęp	7
Informacje o Ogólnych warunkach ubezpieczenia ERGO Zdrowie (kod H-EZ-01/26)	9
Rozdział 1. Ogólne informacje i używane pojęcia	11
Co znajdziesz w tym dokumencie.	11
Co oznaczają pojęcia, których używamy w tym dokumencie	11
Rozdział 2. Zasady zawierania i kontynuowania ubezpieczenia	14
Jak zawieramy umowę	14
Jakie ubezpieczenia możesz wybrać	15
Jak możesz przedłużyć ubezpieczenie	15
Rozdział 3. Rozwiązanie umowy i zakończenie ochrony	16
Kiedy rozwiązuje się umowa	16
Kiedy kończy się ochrona	16
Kiedy i jak możesz odstąpić od umowy	16
Kiedy możemy wypowiedzieć umowę	17
Rozdział 4. Ubezpieczenie Przychodnia i ubezpieczenie Profilaktyka	17
Ubezpieczenie Przychodnia	17
Ubezpieczenie Profilaktyka.	19
Kiedy nie udzielamy ochrony i nie pokrywamy kosztów Świadczeń Medycznych.	20
Jakich świadczeń udzielamy i jak możesz skorzystać ze Świadczenia Medycznego w ubezpieczeniach Przychodnia i Profilaktyka.	22
Rozdział 5. Płatności	23
Ile i jak zapłacisz za ubezpieczenie	23
Co się stanie, gdy nie opłacisz składki	23
Rozdział 6. Reklamacje	23
Kto może wnieść reklamacje	23
Jak wnieść reklamacje na usługi	23
W jakim terminie odpowiemy na reklamacje	24
Do kogo jeszcze możesz się zwrócić	24
Jak wnieść reklamacje na usługi multiagenta.	25
Rozdział 7. Rozpatrywanie sporów	25
Według jakiego prawa rozpatrywane są spory	25
Który sąd jest właściwy do rozpatrzenia sporów	25
Kto oprócz sądu może jeszcze rozpatrzyć spór	25

Rozdział 8. Inne informacje	26
W jaki sposób możesz się z nami kontaktować	26
Co stosujemy w sprawach nieuregulowanych w OWU ERGO Zdrowie	26
Jakie jest prawo właściwe dla umowy i w jakim języku ją zawieramy	26
Jak będziemy postępować w przypadku sankcji	26
Kiedy wchodzi w życie Ogólne warunki ubezpieczenia ERGO Zdrowie	27

Załączniki

Załącznik 1	29
Zakres Świadczeń Medycznych dla ubezpieczenia Przychodnia	29
Tabela 1 – konsultacje lekarskie bez skierowania	29
Tabela 2 – badania laboratoryjne ze skierowaniem	30
Tabela 3 – badania obrazowe ze skierowaniem	34
Tabela 4 – badania i zabiegi ambulatoryjne ze skierowaniem	36
Tabela 5 – rehabilitacja ze skierowaniem	37
Załącznik 2	38
Tabela 1 – Zakres Świadczeń Medycznych dla ubezpieczenia Profilaktyka bez skierowania	38
Załącznik 3	39
Warunki ubezpieczenia Global Doctors Plus	39
Załącznik 4	69
Informacja o danych osobowych	69

Wstęp

ERGO Zdrowie

To Pakiet ubezpieczeń zdrowotnych zapewniający wielowymiarową opiekę medyczną.

Dostępność i warianty ubezpieczenia

Ubezpieczenie	Wiek Ubezpieczonego, w którym możemy objąć go ochroną	Czy możemy przedłużyć umowę	Maksymalny wiek Ubezpieczonego, po którym kończy się nasza ochrona
Przychodnia			
Wszystkie warianty z tym samym szerokim zakresem ubezpieczenia. Warianty różnią się poziomem udziału własnego – stałe dopłaty.	Osoba pełnoletnia: <ul style="list-style-type: none">do 74 lat w Wariancie Ido 64 lat w Wariancie II i III Dziecko: <ul style="list-style-type: none">od 3 miesięcy do dnia poprzedzającego dzień 18 urodzin (jeśli ubezpieczony jest rodzic lub Przedstawiciel Ustawowy)	tak	Osoba pełnoletnia: <ul style="list-style-type: none">80 lat w Wariancie I70 lat w Wariancie II i III Dziecko: <ul style="list-style-type: none">25 lat w Wariancie I, II i III
Profilaktyka			
Ten sam zakres ubezpieczenia w każdym wariancie	Osoba pełnoletnia: <ul style="list-style-type: none">do 74 lat w Wariancie Ido 64 lat w Wariancie II i III	tak	Osoba pełnoletnia: <ul style="list-style-type: none">80 lat w Wariancie I70 lat w Wariancie II i III
Global Doctors Plus			
<ul style="list-style-type: none">Wariant DiagnostykaWariant Leczenie za granicą	<ul style="list-style-type: none">Osoba pełnoletnia – do 64 latDziecko – od 3 miesięcy do dnia poprzedzającego dzień 18 urodzin	tak	<ul style="list-style-type: none">Osoba pełnoletnia – 85 latDziecko – 25 lat

Przychodnia

W każdym wariancie taki sam zakres świadczeń i dostęp do konsultacji i badań. Warianty różnią się poziomem dopłaty do świadczeń medycznych (Udział Własny).

Wysokość dopłat dla każdej usługi medycznej została podana w Załącznikach 1 i 2 do OWU ERGO Zdrowie.

Profilaktyka

Dedykowany program profilaktyczny wraz ze spersonalizowanym Raportem Badań Profilaktycznych.

Global Doctors Plus

- Szybka i skoordynowana ścieżka diagnostyczna realizowana w ramach prywatnych placówek medycznych w przypadku podejrzenia nowotworów i innych Poważnych stanów chorobowych.
- Leczenie za granicą Poważnych stanów chorobowych w renomowanych placówkach oraz wsparcie psychologiczne.

Jak kupisz ubezpieczenie

Zależy nam na Twojej wygodzie i szanujemy Twój czas, dlatego nasze ubezpieczenie możesz kupić po ustaleniu z Agentem odpowiadającego Twoim potrzebom zakresu ubezpieczenia, w sposób stacjonarny lub zdalny – akceptując ofertę elektroniczną.

Gdzie znajdziesz listę placówek, w których możesz zrealizować usługi medyczne

Wykaz współpracujących placówek medycznych dla ubezpieczenia Przychodnia w ramach interaktywnej mapy znajdziesz na stronie internetowej <https://www.ergohestia.pl/ubezpieczenia-zdrowotne>

Jak skorzystać z ubezpieczenia:

• Przychodnia

Na wizytę lekarską lub badania diagnostyczne możesz umówić się na dwa sposoby:

On-line - aplikacja ERGO Zdrowie Wystarczy, że zalogujesz się do konta klienta pod adresem https://www.konto.ergozdrowie.pl/ Szybko i wygodnie wybierzesz termin i miejsce wizyty lub wskażesz swoją dyspozycyjność w formularzu kontaktowym, a konsultant skontaktuje się z Tobą, aby potwierdzić termin.	Telefonicznie – infolinia ERGO Zdrowie Zadzwoń pod numer: +48 58 766 3 444 Infolinia medyczna jest czynna przez całą dobę 7 dni w tygodniu. Tu nie tylko umówisz się na wizyty lekarskie czy badania diagnostyczne, ale również uzyskasz pomoc wykwalifikowanych pracowników medycznych – np. ratownika czy pielęgniarki.
---	--

• Profilaktyka

Na badania diagnostyczne i konsultacje lekarskie możesz umówić się:

- **On-line – aplikacja ERGO Zdrowie** pod adresem <https://www.konto.ergozdrowie.pl/>

• Global Doctors Plus

Roszczenie w ramach ubezpieczenia Diagnostyka i Leczenie za granicą możesz zgłosić na dwa sposoby:

Telefonicznie – infolinia ERGO Zdrowie Zadzwoń pod numer: +48 58 766 3 444	E-mailowo: global.doctors@ergohestia.pl
--	---

Po odebraniu Twojego zgłoszenia, otrzymasz wiadomość e-mail z zaproszeniem do rejestracji na dedykowanej platformie internetowej Global Doctors, służącej do obsługi roszczeń w ramach ubezpieczenia Global Doctors Plus.

Dodatkowe informacje

Szczegółowe informacje o produkcie znajdziesz w Ogólnych warunkach ubezpieczenia ERGO Zdrowie.

Informacje o Ogólnych warunkach ubezpieczenia ERGO Zdrowie (kod H-EZ-01/26)

Nazwa ubezpieczenia	Postanowienia Ogólnych warunków ubezpieczenia ERGO Zdrowie	
	Przesłanki wypłaty odszkodowania i organizacji świadczeń:	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i organizacji świadczeń lub ich obniżenia:
Przychodnia	Rozdział 1 pkt 3 Rozdział 2 pkt 14-16 Rozdział 4 pkt 1-3, 14, 21-22, 26-27	Rozdział 1 pkt 3 Rozdział 2 pkt 15-16 Rozdział 4 pkt 11-13, 16, 19, 28
Profilaktyka	Rozdział 1 pkt 3 Rozdział 2 pkt 14-16 Rozdział 4 pkt 4-10, 14, 22	Rozdział 1 pkt 3 Rozdział 2 pkt 14-16 Rozdział 4 pkt 11-13, 16, 19
Global Doctors Plus: Diagnostyka Leczenie za granicą	Rozdział 2 pkt 14-16 Załącznik 3 pkt 5-7, 11-12, 14-27, 29-33	Rozdział 2 pkt 14-16 Załącznik 3 pkt 5-6, 11-12, 14-30, 32-39

Rozdział 1. Ogólne informacje i używane pojęcia

Co znajdziesz w tym dokumencie

1. W Ogólnych warunkach ubezpieczenia ERGO Zdrowie, które dalej będziemy nazywać w skrócie OWU ERGO Zdrowie, znajdziesz:
 - 1) informacje o tym, kogo ubezpieczamy i w jakim zakresie,
 - 2) definicje pojęć, których używamy w tym dokumencie,
 - 3) Twoje i nasze prawa oraz obowiązki związane z umową,
 - 4) informacje o czasie trwania umowy.
2. Zwróć uwagę, że w OWU ERGO Zdrowie używamy zwrotów „Ty” oraz „my”. Robimy tak, aby ułatwić komunikację między nami:
 - 1) jeśli piszemy w formie „Ty” (Ciebie, Ci, Twój, itp.) – mamy na myśli osobę, która zawiera z nami Umowę, czyli Ubezpieczającego. Dotyczy to również zdań, w których używamy słów takich jak możesz, otrzymasz,
 - 2) jeśli piszemy w formie „my” – mamy na myśli Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. w Sopocie. Dotyczy to również zdań, w których używamy słów takich jak wypłacamy, obejmujemy.

Co oznaczają pojęcia, których używamy w tym dokumencie

3. Znaczenie pojęć, których używamy w OWU ERGO Zdrowie, określiliśmy w Tabeli 1. Zwróć uwagę, że niektórych pojęć używamy w znaczeniu, które odbiega od potocznego. W dalszej części tego dokumentu pojęcia z Tabeli 1 zapisujemy dużymi literami.

Tabela 1. Słownik pojęć

Pojęcie	Znaczenie
1. Ankieta Medyczna	Lista pytań o stan zdrowia osoby, która ma być objęta ubezpieczeniem.
2. Aplikacja ERGO Zdrowie	System informatyczny do obsługi i realizacji świadczeń medycznych, w tym rezerwacji wizyt i badań.
3. Dni Robocze	Dni tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni, które ustawowo są wolne od pracy.
4. Dyscypliny Ekstremalne	Sporty uprawiane w trudnych (niebezpiecznych) warunkach. Ich uprawianie wiąże się z większym ryzykiem niż w innych dyscyplinach, zazwyczaj wymaga ponadprzeciętnych zdolności fizycznych lub psychicznych oraz odpowiedniego przygotowania. Dyscypliny Ekstremalne to: abseiling, balon/sterowiec, base jumping, buggy rollin, canyoning, cyklotrial, freediving (nurkowanie na wstrzymanym oddechu), heliboarding, heliskiing, highline, house running (rap sliding), hydrospeed, kolarstwo – maraton, kolarstwo artystyczne, kolarstwo górskie (zjazdowe, cross country, BMX), kolarstwo przełajowe, lotnictwo wojskowe, loty szybowcem, loty śmigłowcem, motocross, narciarstwo alpejskie poza oznakowanymi trasami (freeride), nurkowanie bez sprzętu zabezpieczającego, nurkowanie na głębokości powyżej 40 m, parakolarstwo, piłka rowerowa, rock boarding, skialpinizm, skitouring, snowboarding poza oznakowanymi trasami (freeride), treeclimbing, wiatrakowiec (autożyro), wspinaczka bez sprzętu zabezpieczającego.
5. Działania prewencyjne	Udostępnianie Ubezpieczonym, przez nas lub podmioty współpracujące z nami, usług zapobiegających albo zmniejszających skutki zdarzeń ubezpieczeniowych.

Pojęcie	Znaczenie
6. Dziecko	Twoje dziecko (także przysposobione), które obejmujemy ochroną ubezpieczeniową. Gdy skończy 18 lat, może dostać od nas odrębny dostęp do Aplikacji ERGO Zdrowie.
7. ERGO Hestia	Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A., czyli my.
8. Katalog Świadczeń Medycznych	<ul style="list-style-type: none"> Lista świadczeń przysługujących Ubezpieczonemu w wariantcie ubezpieczenia, który wybrał. Znajdziesz go w <u>Załącznikach 1 i 2</u> do tego dokumentu.
9. Lekarz	<p>Osoba, która:</p> <ul style="list-style-type: none"> ma prawo wykonywać zawód lekarza zgodnie z wymogami prawa, które obowiązuje w Polsce, oraz wykonuje zawód w zakresie swoich kwalifikacji i uprawnień.
10. Operator Medyczny	<p>Podmiot, który:</p> <ul style="list-style-type: none"> przyjmuje zgłoszenia Świadczeń Medycznych 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, organizuje i realizuje Świadczenia Medyczne na rzecz Ubezpieczonych w ramach zawartej z nami umowy. <p>Za pośrednictwem Operatora Medycznego Ubezpieczony może przez telefon umówić:</p> <ul style="list-style-type: none"> wizytę lekarską, badania diagnostyczne, oraz otrzymać informację o Świadczeniach Medycznych, które są dostępne w ubezpieczeniach Przychodnia i Profilaktyka. <p>Wykaz placówek Operatora Medycznego znajdziesz na stronie www.ergohestia.pl/ubezpieczenia-zdrowotne</p>
11. Opiekun Pacjenta	<p>Osoba, która:</p> <ul style="list-style-type: none"> odpowiada za telefoniczną obsługę Ubezpieczonego, przyjmuje i realizuje zgłoszenia w zakresie Świadczeń Medycznych ubezpieczeń Przychodnia i Profilaktyka.
12. Osoby Bliskie	Małżonek, osoba pozostająca w Związku Partnerskim, rodzeństwo, wstępni, zstępni, teściowie, zięciowie i synowie, szwagrowie i szwagierki, ojczym, macocha, pasierbowie, pasierbice, przysposobieni i przysposabiający.
13. Placówka Medyczna	Podmiot, który wykonuje działalność leczniczą na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej i udziela świadczeń zdrowotnych w Polsce.
14. Polisa	Dokument, który potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia.
15. Pozostawanie pod Wpływem Alkoholu	<p>Stan, w którym:</p> <ul style="list-style-type: none"> stężenie alkoholu we krwi wynosi od 0,2‰, lub obecność alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³.
16. Przedstawiciel ERGO Hestii	Nasz pracownik albo agent ubezpieczeniowy, który działa w naszym imieniu lub na naszą rzecz – samodzielnie lub poprzez osoby fizyczne, które z jego upoważnienia wykonują czynności agencyjne.

Pojęcie	Znaczenie
17. Przedstawiciel Ustawowy	Osoba, która sprawuje nad Dzieckiem władzę rodzicielską: matka, ojciec lub opiekun prawny Dziecka na podstawie orzeczenia sądu.
18. Przestępstwo	Czyn, którego pod groźbą kary zabrania prawo obowiązujące w czasie jego popełnienia: <ul style="list-style-type: none"> • zbrodnia lub • występki – bezprawny, zawiniony i społecznie szkodliwy w stopniu wyższym niż znikomy.
19. Sport Zawodowy	Sport, z którego osoba go uprawiająca pobiera: <ul style="list-style-type: none"> • wynagrodzenie na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej, lub • stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub za osiągnięte wyniki.
20. Świadczenie Medyczne	Konsultacja lekarska, badanie (laboratoryjne, obrazowe, ambulatoryjne), zabiegi ambulatoryjne, rehabilitacja oraz inne działania, które: <ul style="list-style-type: none"> • służą zachowaniu, utrzymaniu i poprawie zdrowia Ubezpieczonego, • wymieniliśmy w Katalogu Świadczeń Medycznych, czyli w <u>Załącznikach 1 i 2</u> do tego dokumentu.
21. Ubezpieczający (Ty)	Pełnoletnia osoba fizyczna, która zawarła z nami umowę ubezpieczenia i zobowiązała się do opłacenia składki.
22. Ubezpieczony	Osoba fizyczna: <ul style="list-style-type: none"> • która mieszka w Polsce, • na rachunek której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia, • która jest wskazana imiennie w umowie ubezpieczenia.
23. Udział Własny	Kwota dopłaty do Świadczeń Medycznych wskazana w OWU ERGO Zdrowie, którą: <ul style="list-style-type: none"> • ustaliśmy dla danego wariantu ubezpieczenia Przychodnia, i • pokrywa Ubezpieczony, gdy korzysta ze Świadczeń Medycznych wymienionych w <u>Załącznikach 1 i 2</u> do tego dokumentu.
24. Zdarzenie Ubezpieczeniowe	Każdy symptom, który: <ul style="list-style-type: none"> • wskazuje pogorszenie stanu zdrowia Ubezpieczonego oraz • zaistniał w trakcie trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej i w tym okresie wymagał udzielenia Świadczenia Medycznego.
25. Związek Partnerski	Nieformalny związek dwóch osób, które pozostają ze sobą we wspólnym pożyciu i prowadzą wspólne gospodarstwo domowe. Osób w związku partnerskim nie może łączyć pokrewieństwo, powinowactwo ani przysposobienie.

Rozdział 2. Zasady zawierania i kontynuowania ubezpieczenia

Jak zawieramy umowę



Jeśli umowę ubezpieczenia zawierasz dla:

- siebie, jesteś Ubezpieczającym i Ubezpieczonym,
- innej osoby, np. dziecka, żony, partnera życiowego, jesteś Ubezpieczającym, a osoba, którą ubezpieczasz – Ubezpieczonym.

1. Aby zawrzeć umowę ubezpieczenia, musisz:
 - 1) podać nam niezbędne dane osobowe, o które Cię poprosimy – swoje i osoby, którą chcesz ubezpieczyć,
 - 2) złożyć wymagane oświadczenia i zgody, oraz
 - 3) wypełnić Ankiętę Medyczną, jeśli jej wymagamy – abyśmy mogli ocenić ryzyko ubezpieczeniowe, wskazać wysokość składki i później realizować umowę.
2. Aby ocenić ryzyko ubezpieczeniowe, zanim zawrzemy umowę, możemy poprosić Cię lub osobę, która ma zostać objęta ochroną ubezpieczeniową, o:
 - 1) podanie nam dodatkowych informacji,
 - 2) dostarczenie nam dodatkowej dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej.
3. Gdy otrzymamy komplet informacji i je zweryfikujemy, poinformujemy Cię, że:
 - 1) możemy zawrzeć umowę w wybranym wariantcie, lub
 - 2) odmawiamy zawarcia umowy.
4. Zakres ochrony ubezpieczeniowej ustalamy z Tobą, gdy składamy Ci ofertę ubezpieczenia. Robimy to na podstawie analizy Twoich potrzeb (także potrzeb Ubezpieczonego, jeśli jest nim inna osoba niż Ty).
5. Ty i Ubezpieczony macie obowiązek poinformować nas, jeśli zmieni się stan Waszego zdrowia w okresie pomiędzy wypełnieniem Ankiety Medycznej a zawarciem umowy ubezpieczenia.
6. Umowę ubezpieczenia Przychodnia dla Dziecka możesz zawrzeć tylko, gdy jako jego rodzic lub Przedstawiciel Ustawowy jesteś jednocześnie:
 - 1) Ubezpieczającym, oraz
 - 2) Ubezpieczonym na podstawie umowy, którą zawierasz, lub masz już u nas inną aktywną umowę ubezpieczenia Przychodnia.
7. Zanim zawrzesz z nami umowę, masz obowiązek dostarczyć pełnoletnim Ubezpieczonym OWU ERGO Zdrowie.
8. Umowę ubezpieczenia możemy zawrzeć, po uzyskaniu Twojej zgody, wykorzystując środki porozumiewania się na odległość.
9. Ty i Ubezpieczony macie obowiązek przed zawarciem umowy ubezpieczenia podać nam zgodnie z prawdą wszystkie znane okoliczności, o które pytamy w Ankiecie Medycznej, albo o które pytaliśmy. Zawarcie umowy potwierdzamy Polisą.
10. Datę początku i zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wskazujemy w Polisie.
11. Nasza odpowiedzialność rozpoczyna się:
 - 1) w dniu, który wskazujemy w Polisie, jako dzień rozpoczęcia ochrony, i
 - 2) pod warunkiem, że opłaciłeś składkę ubezpieczeniową.
12. Zanim udostępnisz nam dane osobowe Ubezpieczonych, poinformuj ich, że robisz to po to, aby mogli być objęci naszym ubezpieczeniem.
13. Jeśli jesteś pełnoletnim Ubezpieczonym możesz skorzystać z Działań prewencyjnych.

Jakie ubezpieczenia możesz wybrać

14. Umowa obejmuje ubezpieczenie zdrowia. Zawierasz ją na 12 miesięcy. Musisz wybrać co najmniej jedno ubezpieczenie, które opisujemy w Tabeli 2.
15. Ochronę możemy przedłużyć na kolejne okresy ubezpieczenia. Możemy to robić aż do momentu, kiedy Ubezpieczony osiągnie maksymalny wiek, po czym nasza ochrona skończy się w najbliższą rocznicę Polisy.
16. W Tabeli 2 zawarliśmy informacje o rodzajach ubezpieczeń, możliwości przedłużenia naszej ochrony oraz maksymalnym wieku Ubezpieczonego.



Jeśli w Tabeli 2 używamy słowa „tak”, oznacza to, że możemy przedłużyć ochronę ubezpieczeniową.

Tabela 2. Dostępność i warianty ubezpieczenia

Ubezpieczenie	Wiek Ubezpieczonego, w którym możemy objąć go ochroną	Czy możemy przedłużyć umowę	Maksymalny wiek Ubezpieczonego, po którym kończy się nasza ochrona
Przychodnia			
Wszystkie warianty z tym samym szerokim zakresem ubezpieczenia. Warianty różnią się poziomem udziału własnego – stałe dopłaty	Osoba pełnoletnia: <ul style="list-style-type: none"> do 74 lat w Wariantcie I do 64 lat w Wariantcie II i III Dziecko: <ul style="list-style-type: none"> od 3 miesięcy do dnia poprzedzającego dzień 18 urodzin (jeśli ubezpieczony jest rodzic lub Przedstawiciel Ustawowy) 	tak	Osoba pełnoletnia: <ul style="list-style-type: none"> 80 lat w Wariantcie I 70 lat w Wariantcie II i III Dziecko: <ul style="list-style-type: none"> 25 lat w Wariantcie I, II i III
Profilaktyka			
Ten sam zakres ubezpieczenia w każdym wariantcie	Osoba pełnoletnia: <ul style="list-style-type: none"> do 74 lat w Wariantcie I do 64 lat w Wariantcie II i III 	tak	Osoba pełnoletnia: <ul style="list-style-type: none"> 80 lat w Wariantcie I 70 lat w Wariantcie II i III
Global Doctors Plus			
<ul style="list-style-type: none"> Wariant Diagnostyka Wariant Leczenie za granicą 	<ul style="list-style-type: none"> Osoba pełnoletnia – do 64 lat Dziecko – od 3 miesięcy do dnia poprzedzającego dzień 18 urodzin 	tak	<ul style="list-style-type: none"> Osoba pełnoletnia – 85 lat Dziecko – 25 lat

Jak możesz przedłużyć ubezpieczenie

17. O tym czy możesz zawrzeć umowę na kolejny okres, na jakich warunkach oraz o wysokości składki, poinformujemy Cię 24 dni przed końcem bieżącego okresu ubezpieczenia.
18. Jeśli nie zmienią się warunki ubezpieczenia lub wysokość składki, przedłużamy naszą ochronę automatycznie na kolejny roczny okres ubezpieczenia na dotychczasowych warunkach. Jednak nie stanie się tak, jeżeli:
 - 1) poinformujesz nas, że nie chcesz kontynuować ochrony. Możesz to zrobić najpóźniej 8 dni przed końcem bieżącego okresu ubezpieczenia, lub
 - 2) nie zapłaciłeś pełnej wysokości składki za bieżącą umowę ubezpieczenia, lub
 - 3) nie zaproponujemy Ci dalszej ochrony.

19. Jeśli zmieniają się warunki ubezpieczenia lub wysokość składki, żeby przedłużyć umowę konieczna jest Twoja akceptacja.
20. Gdy zawieramy umowę na kolejny okres:
 - 1) nie wymagamy ponownego uzupełnienia Ankiety Medycznej, jeśli nie zmienia się zakres ubezpieczenia,
 - 2) możemy nie wymagać ponownego wypełnienia oświadczeń i zgód.
21. Otrzymasz nową Polisę jako potwierdzenie ochrony na kolejny okres ubezpieczeniowy.

Rozdział 3. Rozwiązanie umowy i zakończenie ochrony

Kiedy rozwiązuje się umowa

1. Umowę rozwiązujemy:
 - 1) jeśli otrzymaliśmy Twoje odstąpienie od umowy,
 - 2) jeśli otrzymasz nasze wypowiedzenie umowy,
 - 3) jeśli nie zapłacisz zaległej składki we wskazanym przez nas dodatkowym terminie,
 - 4) w przypadku Twojej śmierci lub śmierci Ubezpieczonego, który był jedyną osobą objętą ubezpieczeniem.

Kiedy kończy się ochrona

2. Ochrona kończy się w ostatnim dniu okresu ubezpieczenia wskazanym w Polisie, jeśli:
 - 1) nie zaproponujemy Ci jej przedłużenia,
 - 2) zrezygnujesz z przedłużenia ubezpieczenia i poinformujesz nas o tym najpóźniej 8 dni przed końcem bieżącego okresu ubezpieczenia,
 - 3) nie zaakceptujesz zmiany wysokości składki lub zmienionych warunków ubezpieczenia, które zaproponowaliśmy podczas przedłużenia ochrony,
 - 4) Ubezpieczony osiągnie maksymalny wiek, w którym możemy obejmować go ochroną zgodnie z Tabelą 2,
 - 5) jeśli wypowiemy Tobie umowę ubezpieczenia.
3. Ochrona kończy się:
 - 1) w dniu, w którym otrzymaliśmy Twoje odstąpienie od umowy,
 - 2) w ostatnim dniu okresu odpowiedzialności, jeśli nie zapłacisz zaległej składki w wyznaczonym przez nas dodatkowym terminie, lub
 - 3) w dniu śmierci Twojej, śmierci Ubezpieczonego, który był jedyną osobą objętą ubezpieczeniem lub w dniu śmierci wszystkich Ubezpieczonych,
 - 4) w dniu doręczenia Tobie wypowiedzenia umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym, na adres korespondencyjny lub e-mail podany przez Ciebie.

Kiedy i jak możesz odstąpić od umowy

4. Możesz odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni:
 - 1) od dnia zawarcia umowy, lub
 - 2) jeśli jesteś konsumentem, w ciągu 30 dni od dnia, w którym poinformowaliśmy Cię, że zawarliśmy umowę na odległość (przez internet lub telefon), lub

- 3) od dnia, w którym potwierdziliśmy informacje, o których mowa w art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta – jeśli jest to termin późniejszy od terminu, w którym poinformowaliśmy Cię, że zawarliśmy umowę.
5. Aby Twoje odstąpienie było skuteczne, musisz je nam dostarczyć przed upływem 30 dni. Nadal jednak masz obowiązek opłacić składkę za okres, w którym udzielana była nasza ochrona ubezpieczeniowa.
6. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia możesz złożyć:
 - 1) przez formularz na stronie: www.ergohestia.pl, lub
 - 2) elektronicznie, na adres do doręczeń elektronicznych AE:PL-58185-26619-SWDBT-23 (aktywny od 1 kwietnia 2025 roku), lub
 - 3) u naszego przedstawiciela (Przedstawiciela ERGO Hestii), lub
 - 4) listownie – adres naszej siedziby: Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A., ul. Hestii 1, 81-731 Sopot.

Kiedy możemy wypowiedzieć umowę

Możemy wypowiedzieć Twoją umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym tylko wtedy, gdy zaistnieją ważne powody. Za taki uznajemy podanie przez Ciebie, Ubezpieczonego lub Przedstawiciela Ubezpieczonego w Ankiecie Medycznej nieprawdziwych danych o stanie zdrowia Ubezpieczonego.

Rozdział 4. Ubezpieczenie Przychodnia i ubezpieczenie Profilaktyka

Ubezpieczenie Przychodnia

1. Ubezpieczenie Przychodnia możesz zawrzeć w jednym z trzech wariantów:
 - 1) Wariant I,
 - 2) Wariant II,
 - 3) Wariant III.
2. Zakres świadczeń dla wszystkich wariantów jest taki sam. Poszczególne warianty różnią się tylko poziomem Udziału Własnego Ubezpieczonego.
3. Rodzaje, zakres i limity Świadczeń Medycznych, w każdym wariantcie, opisaliśmy w Tabeli 3.

Tabela 3. Rodzaje, zakres i limity usług ubezpieczenia Przychodnia

Rodzaj usługi	Zakres usługi	Limit usług
Konsultacja lekarska w ramach podstawowej opieki zdrowotnej	<ul style="list-style-type: none">Konsultacje z lekarzem internistą, lekarzem rodzinnym lub lekarzem pediatrą – realizowane zdalnie lub stacjonarnie w <u>Placówkach Medycznych</u>, które wskazał <u>Operator Medyczny</u>.Termin, w jakim organizujemy <u>Świadczenie Medyczne</u>, znajduje się w Załączniku 1 do OWU ERGO Zdrowie, w <u>Tabeli 1</u>.	Nielimitowane

Rodzaj usługi	Zakres usługi	Limit usług
Konsultacja lekarska w ramach specjalistycznej opieki zdrowotnej	<ul style="list-style-type: none"> Konsultacje z lekarzem specjalistą lub lekarzem ze specjalizacją I stopnia, lub lekarzem w trakcie specjalizacji – realizowane zdalnie lub stacjonarnie w <u>Placówkach Medycznych</u>, które wskazał <u>Operator Medyczny</u>. Szczegółowa lista specjalizacji lekarskich wraz z terminami, w jakich organizujemy <u>Świadczenie Medyczne</u>, znajduje się w Załączniku 1 do OWU ERGO Zdrowie, w Tabeli 1. 	Nielimitowane (wyjątkiem są konsultacje ginekologiczne – 4 wizyty w roku ubezpieczeniowym)
Konsultacje profesorskie	<ul style="list-style-type: none"> Konsultacje z lekarzem, który ma stopień naukowy doktora habilitowanego, tytuł profesora lub jest na stanowisku profesora nadzwyczajnego, ma tytuł profesora zwyczajnego w danej specjalizacji medycznej – realizowane zdalnie lub stacjonarnie w <u>Placówkach Medycznych</u>, które wskazał <u>Operator Medyczny</u>. Szczegółowa lista specjalizacji lekarskich znajduje się w Załączniku 1 do OWU ERGO Zdrowie, w Tabeli 1. 	Nielimitowane
Konsultacje psychiatryczne oraz psychologiczne	Konsultacje z lekarzem psychiatrą lub psychologiem – realizowane zdalnie lub stacjonarnie w <u>Placówkach Medycznych</u> , które wskazał <u>Operator Medyczny</u> .	4 wizyty w roku ubezpieczeniowym
Badania i zabiegi ambulatoryjne	<ul style="list-style-type: none"> Badania i zabiegi ambulatoryjne, które wykonuje lekarz, pielęgniarka lub inny personel medyczny, jeśli istnieje wskazanie medyczne i można wykonać te czynności w warunkach ambulatoryjnych – w <u>Placówkach Medycznych</u>, które wskazał <u>Operator Medyczny</u>. Aby skorzystać ze świadczenia, musisz mieć skierowanie (nie dotyczy szczepień). Szczegółowa lista badań i zabiegów wraz z terminami, w jakich organizujemy <u>Świadczenie Medyczne</u>, znajduje się w Załączniku 1 do OWU ERGO Zdrowie, w Tabeli 4. 	Nielimitowane
Badania laboratoryjne	<ul style="list-style-type: none"> Badania laboratoryjne będą realizowane w <u>Placówkach Medycznych</u>, które wskazał <u>Operator Medyczny</u>. Aby skorzystać ze świadczenia, musisz mieć skierowanie. Szczegółowa lista badań wraz z terminami, w jakich organizujemy <u>Świadczenie Medyczne</u>, znajduje się w Załączniku 1 do OWU ERGO Zdrowie, w Tabeli 2. 	Nielimitowane
Badania obrazowe	<ul style="list-style-type: none"> Badania obrazowe będą realizowane w <u>Placówkach Medycznych</u>, które wskazał <u>Operator Medyczny</u>. Aby skorzystać ze świadczenia, musisz mieć skierowanie. Szczegółowa lista badań wraz z terminami, w jakich organizujemy <u>Świadczenie Medyczne</u>, znajduje się w Załączniku 1 do OWU ERGO Zdrowie, w Tabeli 3. 	Nielimitowane

Rodzaj usługi	Zakres usługi	Limit usług
Przedłużenie e-recepty	Wystawienie elektronicznej recepty (e-recepty) bez potrzeby konsultacji lekarskiej na leki, które są kontynuacją leczenia prowadzonego we wskazanej przez <u>Operatora Medycznego</u> wybranej <u>Placówce Medycznej</u> oraz jest zgodne z wymogami formalnymi. Usługa zdalna.	Nielimitowane
Zabiegi rehabilitacyjne	<ul style="list-style-type: none"> Zabiegi rehabilitacyjne są realizowane w <u>Placówkach Medycznych</u>, które wskazał <u>Operator Medyczny</u>. Aby skorzystać ze świadczenia, musisz mieć skierowanie. Skierowanie na zabiegi rehabilitacyjne ważne jest 30 dni kalendarzowych od daty jego wystawienia. Skierowanie jest potrzebne do określenia i rozpoznania problemu medycznego, zakres i rodzaj zabiegów rehabilitacyjnych określa fizjoterapeuta. Proces rehabilitacji polega na indywidualnej pracy z pacjentem, obejmuje terapię manualną oraz ćwiczenia wykonywane pod nadzorem fizjoterapeuty. Kompleksowa opieka fizjoterapeutyczna polega na tym, że Lekarz, zlecając rehabilitację, wskazuje na problem medyczny, a dokładny plan rehabilitacji ustala fizjoterapeuta w porozumieniu z <u>Ubezpieczonym</u>. Zabiegi rehabilitacyjne: <ul style="list-style-type: none"> terapia manualna, indywidualnie dobrany zestaw ćwiczeń wykonywany pod nadzorem fizjoterapeuty, instruktaż ćwiczeń do samodzielnego wykonywania przez pacjenta w warunkach domowych. Jednostka rehabilitacyjna to jedno spotkanie z fizjoterapeutą, podczas którego realizowane są dobrane przez fizjoterapeutę odpowiednie zabiegi rehabilitacyjne. Lista <u>Świadczeń Medycznych</u>, znajduje się w Załączniku 1 do OWU ERGO Zdrowie, w <u>Tabeli 5</u>. 	<ul style="list-style-type: none"> 10 jednostek rehabilitacyjnych w roku ubezpieczeniowym. Czas trwania jednej jednostki rehabilitacyjnej – od 45 do 60 minut.



Osoby pełnoletnie, które mają ubezpieczenie Przychodnia, mogą skorzystać także z ubezpieczenia Profilaktyka.

Ubezpieczenie Profilaktyka

- Ubezpieczenie Profilaktyka jest integralnym elementem ubezpieczenia Przychodnia.
- Każdy pełnoletni Ubezpieczony, który ma ubezpieczenie Przychodnia, objęty jest także ubezpieczeniem Profilaktyka.
- Dzieci, które ukończyły 18 lat w trakcie trwania umowy ubezpieczenia Przychodnia, będą objęte ubezpieczeniem Profilaktyka w kolejnym okresie ubezpieczenia Przychodnia.
- W ubezpieczeniu Profilaktyka organizujemy i pokrywamy koszty Świadczeń Medycznych zgodnie z Załącznikiem 2 do OWU ERGO Zdrowie.

8. Ubezpieczony może raz w okresie trwania umowy ubezpieczenia skorzystać ze Świadczeń Medycznych. Będziemy je realizować w następujący sposób:
- 1) Ubezpieczony zgłasza potrzebę skorzystania z organizacji Badań Profilaktycznych poprzez Aplikację ERGO Zdrowie oraz wypełnia ankietę profilaktyczną, dotyczącą aktualnego stanu jego zdrowia,
 - 2) gdy ustalimy dogodny termin i lokalizację realizacji Świadczeń Medycznych, Ubezpieczony wykonuje pakiet badań laboratoryjnych,
 - 3) po badaniach Ubezpieczony otrzymuje w Aplikacji ERGO Zdrowie automatycznie wygenerowany Indywidualny Raport Badań Profilaktycznych. Znajdują się w nim:
 - a) wyniki badań ze wskazanymi odstępstwami od norm oraz z komentarzem,
 - b) wskazanie głównych ryzyk zdrowotnych, które wynikają z wyników badań laboratoryjnych oraz ankiety profilaktycznej, oraz
 - c) zalecenia dotyczące dalszego postępowania zdrowotnego.
 - 4) Dodatkowo, aby omówić wyniki badań z Indywidualnego Raportu Badań Profilaktycznych, Ubezpieczony może skorzystać z podsumowującej konsultacji on-line (e-konsultacji) z lekarzem internistą. Lekarz może zlecić dalszą diagnostykę, leczenie specjalistyczne lub postawić diagnozę.
9. Badania profilaktyczne możesz wykonać bez skierowania.
10. Wysokość dopłaty do badań oraz podsumowującej konsultacji on-line (e-konsultacji) w ubezpieczeniu Profilaktyka naliczamy według wysokości Udziału Własnego Ubezpieczonego, który obowiązuje go w wybranym wariancie ubezpieczenia Przychodnia.

Kiedy nie udzielamy ochrony i nie pokrywamy kosztów Świadczeń Medycznych

11. Są takie zdarzenia i sytuacje, za które nie odpowiadamy. W ubezpieczeniach Przychodnia i Profilaktyka odpowiedzialnością nie obejmujemy:
- 1) diagnozowania i leczenia niepłodności, zaburzeń płodności, w tym Świadczeń Medycznych, które są udzielane w związku z postępowaniem prokreacyjnym i sztucznym zapłodnieniem,
 - 2) zabiegów i leczenia związanego z korektą płci i powikłań wykonania zabiegów korekty płci,
 - 3) leczenia stomatologicznego, protetycznego, ortodontycznego, chirurgii szczękowej,
 - 4) leczenia, zabiegów lub operacji z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej oraz kosmetyki, które służą przywracaniu lub poprawie fizycznego i psychicznego samopoczucia oraz społecznego funkcjonowania pacjenta poprzez zmianę jego wyglądu,
 - 5) zabiegów i kuracji odwykowych oraz leczenia odwykowego,
 - 6) leczenia choroby alkoholowej (zespołu uzależnienia od alkoholu), jej następstw oraz następstw Pozostawania pod Wpływem Alkoholu,
 - 7) kosztów leków, przedmiotów ortopedycznych oraz środków pomocniczych (przedmiotów, które ułatwiają lub umożliwiają funkcjonowanie osobom niepełnosprawnym),
 - 8) leczenia, które jest następstwem usiłowania popełnienia samobójstwa, samookaleczenia, świadomego spowodowania rozstroju zdrowia, popełnienia lub usiłowania popełnienia Przestępstwa,
 - 9) badań obrazowych, które są wykonywane w technologii 3D/4D, technikami biologii molekularnej oraz rozszerzonego USG genetycznego, w tym badań przesiewowych, prenatalnych,
 - 10) leczenia i zabiegów rehabilitacyjnych – w przypadku wad wrodzonych, urazów okołoporodowych, przewlekłych chorób tkanki łącznej i ich następstw,
 - 11) usług o charakterze fitness i gimnastyki korekcyjnej.
12. Ponadto ubezpieczenie Przychodnia i Profilaktyka nie obejmuje:
- 1) leczenia następstw wojny – niezależnie od tego, czy wojna została wypowiedziana, wrogich działań obcego państwa, wojny domowej, wojskowego lub cywilnego zamachu stanu,

- 2) następstw czynnego udziału Ubezpiezonego w powstaniach, rozruchach, strajkach, lokautach, aktach sabotażu, zamieszkach wewnętrznych,
 - 3) leczenia następstw aktów terroru, które rozumiemy jako wszelkiego rodzaju działania z użyciem siły, przemocy lub groźby użycia przemocy przez osobę lub grupę osób działających samodzielnie lub na rzecz, bądź z ramienia jakiegokolwiek organizacji czy rządu, o ile działania te mają cele polityczne, ekonomiczne, religijne, ideologiczne, bądź chodzi w nich o zastraszenie społeczeństwa lub jakiegokolwiek jego części,
 - 4) leczenia następstw skażeń radioaktywnych, biologicznych, chemicznych,
 - 5) leczenia następstw:
 - a) Pozostawiania pod Wpływem Alkoholu lub użycia środków odurzających, lub substancji psychotropowych, psychoaktywnych, lub środków zastępczych – w rozumieniu zapisów ustawy z 29.07.2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii,
 - b) innego środka działającego na ośrodkowy układ nerwowy – jeśli nie zlecił go Lekarz odpowiedniej specjalizacji w ramach terapii, lub
 - c) spowodowanych spożywaniem substancji uznanych za nielegalne,
 - d) samowolnego przekroczenia dawek leków powszechnie stosowanych w lecznictwie,
 - 6) stosowania metod leczenia, które nie są uznawane przez naukę, stosowania leków niedopuszczonych do stosowania w Polsce oraz ich następstw działania, jak również udziału Ubezpiezonego w eksperymentach medycznych oraz następstw tych działań – zgodnie z zapisami ustawy z 05.12.1996 r. o zawodach lekarza i zawodach dentysty,
 - 7) leczenia kuracyjnego, sanatoryjnego i uzdrowiskowego,
 - 8) leczenia choroby Alzheimera,
 - 9) leczenia zakażenia HIV, AIDS lub schorzeń związanych z tą chorobą,
 - 10) interwencji medycznej podjętej w sytuacji zagrożenia życia, które wymaga działań w trybie nagłym, zwłaszcza pomocy pogotowia ratunkowego (karetka reanimacyjna, karetka wypadkowa),
 - 11) leczenia przez Osoby Bliskie Ubezpiezonego lub samoleczenia,
 - 12) leczenia, które nie jest niezbędne z medycznego punktu widzenia,
 - 13) Świadczeń Medycznych, które są realizowane po to, aby Ubezpieczony otrzymał:
 - a) zaświadczenia i orzeczenia lekarskie, oraz
 - b) kwalifikację lekarską do uprawiania dyscyplin sportowych,
 - 14) Świadczeń Medycznych, w tym rehabilitacji, dotyczących urazów, które powstały ponieważ Ubezpieczony uprawia Dyscypliny Ekstremalne lub Sporty zawodowe lub takie, za które dostaje wynagrodzenie.
13. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacamy świadczeń, jeśli miałyby one naruszyć:
- 1) rezolucje ONZ,
 - 2) embarga handlowe oraz sankcje polityczne i ekonomiczne, które obowiązują na mocy prawa Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki lub praw innych krajów,
 - 3) regulacje, które wydały organizacje międzynarodowe, jeśli mają zastosowanie do przedmiotu umowy ubezpieczenia.

Jakich świadczeń udzielamy i jak możesz skorzystać ze Świadczenia Medycznego w ubezpieczeniach Przychodnia i Profilaktyka

14. Gdy dojdzie do Zdarzenia Ubezpieczeniowego, Ubezpieczonemu przysługują Świadczenia Medyczne. Katalog Świadczeń Medycznych znajduje się w Załącznikach 1 i 2 do OWU ERGO Zdrowie.
15. Świadczenia Medyczne organizują na nasze zlecenie Operatorzy Medyczni.
16. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje kosztów Świadczeń Medycznych, których udzieliły podmioty, bez zgody Operatora Medycznego.
17. Świadczenie Medyczne możesz umówić:
 - 1) w Aplikacji ERGO Zdrowie, na stronie: www.konto.ergozdrowie.pl, lub
 - 2) telefonicznie – numer: +48 58 766 3 444.Koszty połączeń i usług internetowych ponosisz we własnym zakresie. Aby się umówić, musisz mieć aktywny adres e-mail oraz numer telefonu komórkowego.
18. Masz obowiązek przekazać nam wszelkie informacje, których wymagamy, aby potwierdzić Twoje lub Ubezpieczonego uprawnienia do zorganizowania Świadczenia Medycznego.
19. Nie będziemy organizować i realizować Świadczenia Medycznego, jeśli Ty lub Ubezpieczony, podacie nieprawdziwe okoliczności lub informacje mające wpływ na przyjęcie odpowiedzialności.
20. Mamy obowiązek prawidłowo i terminowo wykonywać zobowiązania, które określiliśmy w umowie ubezpieczenia.
21. Jeśli Ubezpieczony nie wskaże konkretnego Lekarza, miejscowości lub Placówki Medycznej, lub daty – w tym godziny, to czas oczekiwania na Świadczenie Medyczne nie powinien przekraczać terminów, które podaliśmy w Tabelach w Załącznikach 1 i 2 do tego dokumentu.
22. Zaproponujemy realizację Świadczenia Medycznego w placówce zlokalizowanej w Polsce nie dalej niż 40 km od miejsca przebywania Twojego lub Ubezpieczonego.
23. Ubezpieczony ma obowiązek niezwłocznie poinformować nas (telefonicznie lub w Aplikacji ERGO Zdrowie), że rezygnuje ze Świadczenia Medycznego. Musi to zrobić najpóźniej 12 godzin przed umówioną wizytą.
24. Po anulowaniu Świadczenia Medycznego, zwrócimy Ci lub Ubezpieczonemu pieniądze, które zapłaciłeś w ramach Udziału Własnego.
25. Jeśli masz ubezpieczenia w wariancie, który przewiduje Twój Udział Własny, to przed skorzystaniem ze Świadczenia Medycznego musisz je opłacić. Opłacenie możliwe jest automatycznie poprzez Konto klienta, a jeśli kontakt był wyłącznie z infolinią to w czasie określonym przez Operatora Medycznego, otrzymasz powiadomienia o wymaganej płatności. Kwotę Udziału Własnego określiliśmy w Załączniku 1 i 2 do OWU ERGO Zdrowie.
26. Jeśli w okresie ubezpieczenia musisz skorzystać ze Świadczeń Medycznych, które w Katalogu Świadczeń Medycznych opisaliśmy jako usługi wymagające skierowania, to musisz nas o tym poinformować poprzez Aplikację ERGO Zdrowie lub telefonicznie. Skierowanie na zabiegi rehabilitacyjne ważne jest 30 dni kalendarzowych od daty jego wystawienia.
27. Honorujemy skierowania na badania i rehabilitację, które w okresie ubezpieczenia wystawili Lekarze spoza sieci naszego Operatora Medycznego.
28. Jeśli podczas realizacji Świadczenia Medycznego zajdzie potrzeba wykonania usługi medycznej objętej ubezpieczeniem, która nie została umówiona wcześniej, to po wykonaniu tej usługi należy skontaktować się z Operatorem Medycznym i o tym go jak najszybciej poinformować. Operator Medyczny przekaze Ci kod autoryzacyjny, który należy podać w Placówce Medycznej. Za wykonaną usługę dodatkową musisz dopłacić zgodnie z Twoim wariantem ubezpieczenia. Nie w każdej Placówce Medycznej mamy możliwość zagwarantowania dostępności do wszystkich usług medycznych wskazanych w Katalogu Świadczeń Medycznych znajdującym się w Załącznikach 1 i 2 do OWU ERGO Zdrowie.

Rozdział 5. Płatności

Ile i jak zapłacisz za ubezpieczenie

1. Składkę ubezpieczeniową ustalamy za okres ubezpieczenia (12 miesięcy). Jej wysokość zależy od:
 - 1) wieku Ubezpieczonego,
 - 2) zakresu ubezpieczenia,
 - 3) częstotliwości opłacania składki,
 - 4) indywidualnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składkę ubezpieczeniową obliczamy na podstawie taryfy, która obowiązuje w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia lub w dniu, w którym przedłużamy naszą ochronę na kolejny okres.
3. Możesz wybrać, jak często chcesz opłacać składkę: miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Gdy będziesz przedłużać umowę na kolejny okres ubezpieczeniowy, możesz zmienić częstotliwość opłacania składki.
4. Składkę (jej pierwszą ratę oraz kolejne raty) opłacasz w pełnej wysokości, w terminie i na nasz rachunek bankowy, które wskazaliśmy w Polisie.
5. Za datę zapłaty uważamy dzień, w którym Twoja wpłata wpłynie na nasz rachunek.

Co się stanie, gdy nie opłacisz składki

6. Jeśli nie opłacisz pierwszej raty składki, w tym pierwszej składki w kolejnym okresie ubezpieczeniowym w pełnej wysokości i w wymaganym terminie, to nie będziemy mogli rozpocząć naszej ochrony ubezpieczeniowej.
7. Jeśli nie opłacisz kolejnej raty składki w pełnej wysokości i w wymaganym terminie, wezwiemy Cię do jej zapłaty. Będziesz mieć na to co najmniej 7 dni od daty otrzymania wezwania pod rygorem ustania naszej odpowiedzialności z umowy ubezpieczenia. Jeśli nie wpłacisz pieniędzy w wymaganym terminie, umowa zostanie rozwiązana następnego dnia po tym terminie.

Rozdział 6. Reklamacje

Kto może wnieść reklamacje

1. Reklamacje dotyczące naszych usług lub usług agenta ubezpieczeniowego możesz wnieść Ty, Ubezpieczony, posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu Świadczenia Medycznego z umowy, a także poszukujący ochrony.

Jak wnieść reklamacje na usługi



Kim jest agent wyłączny?

Agent wyłączny to agent, który działa w imieniu lub na rzecz jednego zakładu ubezpieczeń.

2. Reklamacje na usługi nasze, oraz na usługi agenta wyłącznego, który działa wyłącznie w naszym imieniu lub na naszą rzecz, możesz złożyć w sposób, który przedstawiamy w Tabeli 4.

Tabela 4. Sposób złożenia reklamacji na nasze usługi oraz na usługi naszego agenta wyłącznego

Sposób złożenia reklamacji	Dodatkowe informacje	Domyślna forma odpowiedzi na reklamację
elektronicznie	przez formularz na stronie www.ergohestia.pl/reklamacja	zgodnie z wnioskiem osoby, która zgłasza reklamację: 1) na piśmie w formie elektronicznej z wykorzystaniem wskazanego środka komunikacji elektronicznej albo 2) na piśmie w postaci papierowej
elektronicznie	1) na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-58185-26619-SWDBT-23 2) na adres: kontaktez@ergozdrowie.pl – związane z obsługą świadczeń medycznych	na piśmie w formie elektronicznej z wykorzystaniem tego samego środka komunikacji elektronicznej, którym złożono reklamację
telefonicznie	pod numerem: 58 555 5 555 lub 801 107 107	zgodnie z wnioskiem osoby, która zgłasza reklamację: 1) na piśmie w formie elektronicznej z wykorzystaniem wskazanego środka komunikacji elektronicznej albo 2) na piśmie w postaci papierowej
pisemnie	wysyłając list na adres naszej siedziby: ul. Hestii 1, 81–731 Sopot	na piśmie w postaci papierowej
ustnie lub pisemnie	podczas wizyty w jednostce Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A.	zgodnie z wnioskiem osoby, która zgłasza reklamację: 1) na piśmie w formie elektronicznej z wykorzystaniem wskazanego środka komunikacji elektronicznej albo 2) na piśmie w postaci papierowej

3. Osoba, która składa reklamację zawsze może wskazać sposób, w jaki chce otrzymać odpowiedź. Odpowiedzi możemy udzielić:
- 1) na piśmie w postaci elektronicznej z wykorzystaniem wskazanego środka komunikacji elektronicznej,
 - 2) na adres do doręczeń elektronicznych,
 - 3) na piśmie w postaci papierowej.

W jakim terminie odpowiemy na reklamację

4. Odpowiemy na reklamację w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania.
5. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, jeśli nie będziemy mogli odpowiedzieć na reklamację do 30 dni, odpowiedź wyślemy w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.
6. O konieczności przedłużenia terminu na udzielenie odpowiedzi na reklamację poinformujemy osobę ją składającą w 30-dniowym terminie.

Do kogo jeszcze możesz się zwrócić

7. Osoba fizyczna składająca reklamację może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego (www.rf.gov.pl).
8. W niestandardowych sprawach osoby uprawnione do złożenia reklamacji mogą zwrócić się do Rzecznika Klienta ERGO Hestii. Można się z nim kontaktować przez formularz na stronie: <https://www.ergohestia.pl/rzecznik-klienta/>.

Jak wnieść reklamacje na usługi multiagenta



Kim jest Multiagent?

Multiagent to agent, który działa w imieniu lub na rzecz wielu zakładów ubezpieczeń.

9. Reklamacje na usługi multiagenta, który działa w imieniu lub na rzecz naszą oraz innych ubezpieczycieli, w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną, należy składać bezpośrednio multiagentowi.
10. Reklamacje te rozpatruje bezpośrednio multiagent.
11. W przypadku wpływu do nas takiej reklamacji, prześlemy ją niezwłocznie multiagentowi i poinformujemy o tym jednocześnie osobę występującą z reklamacją.

Rozdział 7. Rozpatrywanie sporów

Według jakiego prawa rozpatrywane są spory

1. Spory wynikające z umowy rozpatrywane są według prawa polskiego.

Który sąd jest właściwy do rozpatrzenia sporów

2. Obie strony umowy mogą wytoczyć powództwo o roszczenie wynikające z umowy:
 - 1) według przepisów o właściwości ogólnej; albo
 - 2) przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby: Twojego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy; albo
 - 3) przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy.
3. Obie strony umowy mogą również poddać spór pod rozstrzygnięcie sądu polubownego.

Kto oprócz sądu może jeszcze rozpatrzyć spór

4. Spory wynikające z umowy pomiędzy Tobą, Ubezpieczonym lub spadkobiercą posiadającym interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy, będącym osobą fizyczną, a nami mogą być rozpoznane w drodze pozasądowego postępowania przed Rzecznikiem Finansowym.
5. Adres Rzecznika Finansowego: ul. Nowogrodzka 47A, 00-695 Warszawa, www.rf.gov.pl.
6. Rzecznik Finansowy jest podmiotem uprawnionym do prowadzenia pozasądowych postępowań na podstawie przepisów ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej.
7. Konsumenci mogą korzystać z platformy internetowego systemu rozstrzygania sporów (Platforma ODR), zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie internetowego systemu rozstrzygania sporów konsumenckich.
8. Platforma ODR może być wykorzystywana jako źródło informacji i narzędzie do rozstrzygania sporów mogących powstać pomiędzy przedsiębiorcami i konsumentami.
9. Do komunikacji z Platformą ODR służy łącze elektroniczne pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr>.
10. Konsument, w rozumieniu ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, może też zwrócić się o pomoc do powiatowego (miejskiego) rzecznika konsumentów.

Rozdział 8. Inne informacje

W jaki sposób możesz się z nami kontaktować

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia powinny być przekazywane w formie pisemnej lub w inny uzgodniony sposób. Możesz składać nam oświadczenia i zawiadomienia:
 - 1) przez formularz na stronie: www.ergohestia.pl, lub
 - 2) na adres do doręczeń elektronicznych AE:PL-58185-26619-SWDBT-23, lub
 - 3) u naszego przedstawiciela (Przedstawiciela ERGO Hestii), lub
 - 4) dzwoniąc pod numerem: 58 555 55 55 lub 801 107 107, lub
 - 5) wysyłając list na adres naszej siedziby: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot.



Kluczowe informacje dotyczące korespondencji

Jeśli kierujesz do nas korespondencję, ważne aby pojawiły się w niej informacje, które umożliwią nam identyfikację umowy. Mogą to być dane takie jak: imię i nazwisko, numer polisy.

2. Nasze oświadczenia i zawiadomienia składamy:
 - 1) u naszego przedstawiciela (Przedstawiciela ERGO Hestii), lub
 - 2) dzwoniąc pod podany numer telefonu, lub
 - 3) wysyłając list lub wiadomość e-mail na ostatni podany adres.
3. Jeśli przepisy prawa tego od nas wymagają to składamy oświadczenie w formie określonej obowiązującymi przepisami prawa.
4. Masz obowiązek informowania nas o zmianie przekazanych nam danych osobowych, w tym adresu zamieszkania oraz danych kontaktowych. My mamy taki sam obowiązek względem Ciebie, w przypadku zmiany naszych danych, w tym adresu siedziby oraz danych kontaktowych.

Co stosujemy w sprawach nieuregulowanych w OWU ERGO Zdrowie

5. W sprawach nieuregulowanych w OWU ERGO Zdrowie stosujemy odpowiednie powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

Jakie jest prawo właściwe dla umowy i w jakim języku ją zawieramy

6. Umowę zawieramy na podstawie prawa polskiego i w języku polskim.
7. Do momentu zawarcia umowy, stosunki prawne między nami także reguluje prawo polskie.

Jak będziemy postępować w przypadku sankcji

8. Umowy zawierane przez nas nie mogą służyć do rozliczeń transakcji objętych sankcjami, zakazami i ograniczeniami, które wynikają z prawa polskiego lub międzynarodowego (dalej: sankcje).
9. Sankcje mogą być nałożone w szczególności przez podmioty międzynarodowe m.in. Unię Europejską, Organizację Narodów Zjednoczonych, jak również Stany Zjednoczone Ameryki Północnej.
10. Nie będziemy uznani za udzielających ochrony i nie będziemy zobowiązani do dokonania zapłaty z tytułu jakiegokolwiek roszczenia ani do zapewnienia lub udzielenia jakiegokolwiek korzyści w związku z ochroną – w zakresie, w jakim udzielenie ochrony, zapłata lub zapewnienie czy udzielenie innej korzyści w związku z ochroną mogłyby skutkować naruszeniem sankcji.
11. W każdym przypadku, gdy będziemy stosować sankcje, zachowamy zgodność z przepisami prawa, które mają do nas zastosowanie.

Kiedy wchodzi w życie Ogólne warunki ubezpieczenia ERGO Zdrowie

Ogólne warunki ubezpieczenia ERGO Zdrowie wchodzi w życie 28.10.2026 roku i są stosowane do umów, które zawieramy od tego dnia.

Prezes Zarządu



Artur Borowiński

Członek Zarządu



Piotr Matysiak

Załącznik 1

Zakres Świadczeń Medycznych dla Ubezpieczenia Przychodnia

Tabela 1. Konsultacje lekarskie bez skierowania

* Czas oczekiwania na Świadczenie Medyczne liczony w dniach roboczych

termin **n/d** – organizacja w najszybszym możliwym terminie bez wskazania maksymalnego czasu

Tryb wizyty	Czas oczekiwania*	Wariant I	Wariant II	Wariant III
e-recepta w ramach kontynuacji leczenia	w ciągu 1 dnia	0 zł	0 zł	0 zł
Podstawowa Opieka Zdrowotna				
internista, lekarz medycyny rodzinnej, pediatra	w ciągu 1 dnia	125 zł	38 zł	0 zł
e-konsultacje				
internista, lekarz medycyny rodzinnej, pediatra	w ciągu 1 dnia	54 zł	17 zł	0 zł
Konsultacje lekarskie specjalistyczne				
alergolog, chirurg naczyniowy, chirurg ogólny, chirurg onkolog, dermatolog, diabetolog, endokrynolog, gastroenterolog, ginekolog, kardiolog, laryngolog, lekarz chorób zakaźnych, neurolog, okulista, ortopeda	do 5 dni	162 zł	49 zł	0 zł
angiolog, audiolog, foniatra, ginekolog endokrynolog, ginekolog onkolog, hematolog, hepatolog, hipertensjolog, immunolog, kardiochirurg, nefrolog, neurochirurg, onkolog, onkolog hematolog, proktolog, pulmonolog, reumatolog, traumatolog, urolog, wenerolog	do 7 dni			
psychiatra	do 7 dni	191 zł	65 zł	0 zł
psycholog		157 zł	54 zł	0 zł
e-konsultacje				
alergolog, dermatolog, diabetolog, endokrynolog, gastrolog, ginekolog, hematolog, kardiolog, laryngolog, nefrolog, neurolog, ortopeda, pulmonolog, urolog	do 3 dni	69 zł	21 zł	0 zł
psychiatra, psycholog	do 3 dni	110 zł	39 zł	0 zł
Konsultacje profesorskie				
alergolog, angiolog, chirurg naczyniowy, chirurg ogólny, dermatolog, diabetolog, endokrynolog, ginekolog, ginekolog endokrynolog, hematolog, internista, kardiolog, nefrolog, neurochirurg, neurolog, pulmonolog, urolog,	n/d	219 zł	67 zł	0 zł
chirurg onkolog, gastroenterolog, hepatolog, immunolog, laryngolog, lekarz chorób zakaźnych, okulista, onkolog, ortopeda, reumatolog, wenerolog	n/d	293 zł	89 zł	0 zł
psychiatra	n/d	360 zł	123 zł	0 zł
Konsultacje dziecięce				
alergolog dziecięcy, chirurg dziecięcy, dermatolog dziecięcy, diabetolog dziecięcy, endokrynolog dziecięcy, gastroenterolog dziecięcy, ginekolog dziecięcy, hematolog dziecięcy, kardiolog dziecięcy, laryngolog dziecięcy, nefrolog dziecięcy, neurolog dziecięcy, okulista dziecięcy, onkolog dziecięcy, onkolog hematolog dziecięcy, ortopeda dziecięcy, pulmonolog dziecięcy, urolog dziecięcy	n/d	162 zł	49 zł	0 zł
psychiatra dziecięcy	n/d	224 zł	77 zł	0 zł
e-konsultacje dziecięce				
alergolog dziecięcy, dermatolog dziecięcy, diabetolog dziecięcy, gastroenterolog dziecięcy, hematolog dziecięcy, laryngolog dziecięcy, ortopeda dziecięcy	n/d	69 zł	21 zł	0 zł
Konsultacje profesorskie dziecięce				
alergolog dziecięcy, chirurg dziecięcy, dermatolog dziecięcy, nefrolog dziecięcy, ortopeda dziecięcy, urolog dziecięcy	n/d	192 zł	59 zł	0 zł
endokrynolog dziecięcy, kardiolog dziecięcy, laryngolog dziecięcy, neurolog dziecięcy, okulista dziecięcy	n/d	273 zł	83 zł	0 zł
pediatra	n/d	293 zł	89 zł	0 zł

Tabela 2. Badania laboratoryjne ze skierowaniem

* Czas oczekiwania na Świadczenie Medyczne liczony w dniach roboczych

termin **n/d** – organizacja w najszybszym możliwym terminie bez wskazania maksymalnego czasu

Nazwa badania	Czas oczekiwania*	Wariant I	Wariant II	Wariant III
Aminotransferaza alaninowa (ALT,ALAT,GPT)				
Aminotransferaza asparaginianowa (AspAT,AST,GOT)				
Amylaza w moczu				
Badanie ogólne kału				
Badanie ogólne moczu				
Białko całkowite				
Białko w moczu				
Bilirubina bezpośrednia				
Bilirubina całkowita				
Chlorki w moczu				
Chlorki				
Cholesterol całkowity				
Cholesterol HDL				
Cholesterol LDL				
Czas kaolinowo – kefalinowy (APTT)				
Czas protrombinowy (PT) (INR)				
Czas trombinowy (TT)				
Dehydrogenaza mleczanowa (LDH)				
Dobowa zbiórka moczu (DZM) – białko				
Fosfataza kwasna całkowita (ACP)				
Fosfataza zasadowa leukocytów (LAP)				
Fosfor nieorganiczny w DZM				
Fosfor nieorganiczny w moczu				
Fosforan nieorganiczny				
GGTP gamma-glutamylotranspeptydaza	do 3 dni	13 zł	5 zł	0 zł
Glukoza				
Glukoza/cukier w moczu				
Kreatynina				
Kwas moczowy w moczu				
Kwas moczowy				
Liczba Addisa w moczu				
Magnez w moczu				
Magnez				
Mocznik w moczu				
Mocznik, azot mocznikowy (pozabiałkowy)				
Morfologia krwi obwodowej z rozmazem automatycznym (pełnym różnicowaniem granulocytów)				
Morfologia krwi obwodowej z rozmazem ręcznym (pełnym różnicowaniem granulocytów)				
Odczyn opadania krwinek czerwonych (OB)				
Płytki krwi				
Potas (K)				
Potas w moczu				
Retikulocyty				
Sód w moczu				
Triglicerydy				
Wapń całkowity				
Wapń w moczu				
17- OH – progesteron				
Adenowirusy w kale				
Albumina w DZM				
Albumina				
Albuminy w moczu				
Aldosteron				
Alfa – fetoproteina (AFP)				
Amylaza trzustkowa				
Amylaza				
Androstendion				
Antygen CA 125 (CA 125)	do 3 dni	34 zł	11 zł	0 zł
Antygen CA 15-3 (CA 15-3)				
Antygen CA 19-9 (CA 19-9)				
Antygen Hbe				
Antygen HBs (wirus zapalenia wątroby typu B HBs – HBsAg)				
Antygen karcynoembrionalny (CEA)				
Antygen swoisty dla stercza (PSA całkowity)				
Antygen swoisty dla stercza (PSA wolny)				
Antystreptolizyna (ASO/ASLO/ASO latex)				

Nazwa badania	Czas oczeki- wania*	Wariant I	Wariant II	Wariant III
Apolipoproteina – apo A1				
Badanie kału na obecność lamblii				
Badanie kału w kierunku jaj pasożytów				
Badanie kału w kierunku rotawirus/adenowirusy				
Białko Bence’a-Jonesa w moczu				
Białko C – reaktywne (CRP)				
Bilirubina pośrednia				
CA 72-4				
Ceruloplazmina				
Cholinesteraza				
Cyjanokobalamina (witamina B12)				
Czynnik reumatoidalny (RF)				
D-dimery				
DHEA (dehydroepiandrosteron)				
Digoksyne				
Dobowa zbiórka moczu (DZM) – kortyzol				
Dobowa zbiórka moczu (DZM) – sód i potas				
Erytropoetyna				
Ferrytyna				
Fibrynogen				
Fosfataza kwaśna sterczowa (PAP)				
Fosfataza zasadowa izoenzym kostny				
Glukoza po posiłku (0,1,2)				
Gonadotropina kosmówkowa (beta – HCG)				
HBs antygen, test potwierdzenia				
Hemoglobina glikowana (HbA1c)				
Hormon adrenokortykotropowy (ACTH)				
Hormon folikulotropowy (FSH)				
Hormon luteinizujący (LH)				
Hormon tyreotropowy (TSH)				
Hormon wzrostu (GH)				
Hs CRP	do 3 dni	34 zł	11 zł	0 zł
IgE sp. C204 – amoxycylina				
Immunoglobuliny (IgA)				
Immunoglobuliny (IgG)				
Immunoglobuliny (IgM)				
Immunoglobuliny E całkowite (IgE)				
Inny materiał posiew (badanie bakteriologiczne)				
Inny materiał posiew beztlenowy (badanie bakteriologiczne)				
Insulina				
Jonogram (Na, K)				
Kinaza fosfokreatynowa (CPK)				
Kinaza fosfokreatynowa izoenzym CK-MB (CKMB)				
Klirens kreatyniny (z dobowej zbiórki moczu, GFR)				
Kortyzol				
Kreatynina w moczu				
Krew utajona w kale				
Kwas foliowy				
Lipaza				
Lipidogram (cholesterol całkowity, HDL, LDL Triglicerydy)				
Mioglobina				
Mononukleozę zakaźną, jakościowo				
Nasienie posiew beztlenowy (badanie bakteriologiczne)				
Naskórek dłoni (badanie mykologiczne)				
Naskórek stóp (badanie mykologiczne)				
Nużyca-demodekoza				
Odczyn Waaler-Rose’go				
Oznaczenie grupy krwi układu ABO i Rh				
Paracetamol ilościowo				
Parathormon intact (iPTH)				
Paznokcie rąk (badanie mykologiczne)				
Paznokcie stóp (badanie mykologiczne)				
Płytki krwi (manualnie)				
Pokarm z piersi prawej lub lewej posiew (badanie bakteriologiczne)				
Posiew beztlenowy z ropnia (badanie bakteriologiczne)				
Posiew kału (badanie bakteriologiczne lub mykologiczne)				
Posiew moczu (badanie bakteriologiczne lub mykologiczne)				
Posiew nasienia (badanie bakteriologiczne lub mykologiczne)				
Posiew ropy (badanie bakteriologiczne lub mykologiczne)				

Nazwa badania	Czas oczeki- wania*	Wariant I	Wariant II	Wariant III
Posiew w kierunku Yersinia enterocolitica				
Posiew wymazu z cewki moczowej				
Posiew wymazu z czyraków (badanie bakteriologiczne lub mykologiczne)				
Posiew wymazu z gardła (badanie bakteriologiczne lub mykologiczne)				
Posiew wymazu z jamy ustnej (badanie bakteriologiczne lub mykologiczne)				
Posiew wymazu z kanału szyjki macicy (badanie bakteriologiczne + mykologiczne)				
Posiew wymazu z kanału szyjki macicy (badanie bakteriologiczne lub mykologiczne)				
Posiew wymazu z migdałka (badanie bakteriologiczne lub mykologiczne)				
Posiew wymazu z nosa (badanie bakteriologiczne lub mykologiczne)				
Posiew wymazu z nosogardła (badanie bakteriologiczne lub mykologiczne)				
Posiew wymazu z oka				
Posiew wymazu z owrzodzenia (badanie bakteriologiczne lub mykologiczne)				
Posiew wymazu z pachwiny (badanie bakteriologiczne)				
Posiew wymazu z płwociny (badanie bakteriologiczne lub mykologiczne)				
Posiew wymazu z pochwy (badanie mykologiczne)				
Posiew wymazu z pochwy				
Posiew wymazu z przedsionka pochwy (badanie mykologiczne)				
Posiew wymazu z rany (badanie bakteriologiczne lub mykologiczne)				
Posiew wymazu z ucha (badanie bakteriologiczne lub mykologiczne)				
Posiew wymazu ze skóry (badanie bakteriologiczne)				
Posiew wymazu ze zmian skórnych (badanie bakteriologiczne lub mykologiczne)				
Posiew z odleżyny (badanie bakteriologiczne)				
Posiew z ropnia (badanie bakteriologiczne)				
Progesteron				
Prolaktyna (PRL)				
Prolaktyna test czynnościowy (2 pkt.)				
Proteinogram				
Przeciwciała p. Borrelia IgG – metodą ELISA				
Przeciwciała p. Borrelia IgM – metodą ELISA				
Przeciwciała p. Cytomegalovirus (anty-CMV) klasy IgM				
Przeciwciała p. Cytomegalovirus (anty-CMV) klasy IgG				
Przeciwciała p. HBc (całkowite)				
Przeciwciała p. HBc IgM				
Przeciwciała p. HBs (anty-HBs)				
Przeciwciała p. HCV (anty-HCV)				
Przeciwciała p. HIV1/HIV2				
Przeciwciała p. mononukleozie (anty Epstein – Barr, EBV) klasy IgG	do 3 dni	34 zł	11 zł	0 zł
Przeciwciała p. mononukleozie (anty Epstein – Barr, EBV) klasy IgM				
Przeciwciała p. peroksydazie tarczycowej				
Przeciwciała p. Rubivirus (różyczka) IgG				
Przeciwciała p. Rubivirus (różyczka) IgM				
Przeciwciała p. Toxoplasma gondii klasy IgG				
Przeciwciała p. Toxoplasma gondii klasy IgM				
Przeciwciała p. tyreoglobulinie (aTG, anty-TG)				
Przeciwciała przeciwnajdrowe (ANA1)				
Ropa posiew (badanie bakteriologiczne)				
Salicylany ilościowo				
Seton z ucha (badanie mykologiczne)				
Skóra gładka (badanie mykologiczne)				
Skóra owłosiona głowy (badanie mykologiczne)				
Sód (Na)				
Test obciążenia glukozą (3pkt, 50g, 1h i 2h)				
Test obciążenia glukozą (3pkt, 75g, 1h, 2h)				
Test obciążenia glukozą (4pkt, 75g, 0, 1, 2, 3h)				
Testosteron całkowity (testosteron)				
Transferyna				
Trijodotyronina wolna (FT3)				
Troponina I				
Tyreoglobulina (TG)				
Tyrosyna wolna (FT4)				
UIBC				
USR (VDRL, VR, kiła)				
Włosy (badanie mykologiczne)				
Wydzielina z dróg oddechowych posiew (badanie bakteriologiczne)				
Wydzielina z piersi (badanie bakteriologiczne lub mykologiczne)				
Wymaz na nosicielstwo MRSA (badanie bakteriologiczne)				
Wymaz spod napletka (badanie bakteriologiczne lub mykologiczne)				
Wymaz z dziąseł (badanie bakteriologiczne lub mykologiczne)				
Wymaz z języka (badanie bakteriologiczne lub mykologiczne)				

Nazwa badania	Czas oczeki- wania*	Wariant I	Wariant II	Wariant III
Wymaz z kanału szyjki macicy beztlenowo (badanie bakteriologiczne) Wymaz z krtani (badanie bakteriologiczne lub mykologiczne) Wymaz z miejsca wkłucia Wymaz z odbytnicy w kierunku paciorkowców grupy B (GBS) Wymaz z odbytu (badanie bakteriologiczne lub mykologiczne) Wymaz z okolicy odbytu (badanie mykologiczne) Wymaz z owrzodzenia beztlenowo (badanie bakteriologiczne) Wymaz z pochwy (czystość pochwy) Wymaz z pochwy beztlenowo (badanie bakteriologiczne) Wymaz z prącia (badanie bakteriologiczne lub mykologiczne) Wymaz z przedsionka pochwy (badanie bakteriologiczne) Wymaz z przetoki (badanie bakteriologiczne) Wymaz z przetoki beztlenowo (badanie bakteriologiczne) Wymaz z rany beztlenowo (badanie bakteriologiczne) Wymaz z ucha beztlenowo (badanie bakteriologiczne) Wymaz z warg sromowych (badanie bakteriologiczne lub mykologiczne) Wymaz z zębodołu (badanie bakteriologiczne) Wymaz z zębodołu beztlenowo (badanie bakteriologiczne) Wymaz ze stopy cukrzycowej (badanie bakteriologiczne) Żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC) Żelazo (Fe)	do 3 dni	34 zł	11 zł	0 zł
Campylobacter antygen w kale EBV (Epstein-Barr virus) IgG, IgM, profil Immunoglobuliny IgG, IgM, IgA Insulina po obciążeniu Kalcytonina Lipoproteina Lp(a) Peptyd natriuretyczny (NT pro-BNP) Posiew kału w kierunku enteropatogennej Escherichia coli (EPEC) Posiew w kierunku Neisseria gonorrhoeae Prokalcytonina ilościowo Próby wątrobowe (ALT, AST, ALP, BIL, GGTP) Przeciwciała p. Campylobacter jejuni IgA Przeciwciała p. Campylobacter jejuni IgG Przeciwciała p. Chlamydia trachomatis klasy IgG Przeciwciała p. Chlamydia trachomatis klasy IgM Przeciwciała p. HAV (całkowite) Przeciwciała p. HAV IgM Przeciwciała p. Hbe (anty-Hbe) Przeciwciała p. Respiratory syncytial virus (RSV) IgG Przeciwciała p. Respiratory syncytial virus (RSV) IgM Przeciwciała p. Treponema pallidum (kiła – testy potwierdzenia FTA ABS) PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA/PSA) Testosteron wolny Wymaz z pochwy w kierunku Neisseria gonorrhoeae (GNC)	do 3 dni	66 zł	20 zł	0 zł
Badanie kału w kierunku Shigella i Salmonella	do 3 dni	193 zł	66 zł	0 zł

Tabela 3. Badania obrazowe ze skierowaniem

* Czas oczekiwania na Świadczenie Medyczne liczony w dniach roboczych

termin **n/d** – organizacja w najszybszym możliwym terminie bez wskazania maksymalnego czasu

Nazwa badania	Czas oczekiwania*	Wariant I	Wariant II	Wariant III
USG				
narządu rodowego (macica i jajniki – przez powłoki brzuszne), tarczycy	do 3 dni			
barku, dołów podkolanowych, jamy brzusznej, jamy brzusznej i miednicy małej, jądra i najądrza (moszny), mięśni, nadgarstka, nerek/moczowodów/pęcherza moczowego, palca, pęcherza moczowego, piersi, prostaty (transrektalne), prostaty przez powłoki brzuszne, przeciemięczkowe, ręki, stawów biodrowych u dzieci do 1 r.ż., stawu biodrowego, stawu kolanowego, stawu łokciowego, stawu skokowego, stopy, szyi, ścięgna Achillesa, ślinianek, tkanek miękkich, tkanki podskórnej, transwaginalne (USG TV), węzłów chłonnych, węzadeł gałek ocznych i oczodołów, krtani, oka, tętnic wewnątrzczaszkowych	do 4 dni	134 zł	41 zł	0 zł
	do 5 dni			
USG z biopsją piersi z biopsją cienkoigłową i badaniem hist-pat, piersi z biopsją gruboigłową i badaniem hist-pat, prostaty z biopsją cienkoigłową i badaniem hist-pat, prostaty z biopsją gruboigłową i badaniem hist-pat, tarczycy z biopsją cienkoigłową i badaniem hist-pat, węzłów chłonnych z biopsją cienkoigłową i badaniem hist-pat, zmiany chorobowej z biopsją cienkoigłową i badaniem hist-pat	do 5 dni	323 zł	98 zł	0 zł
USG Doppler Doppler naczyń kończyny dolnej (1 kończyna), Doppler naczyń kończyny górnej (1 kończyna), Doppler naczyń szyi, Doppler naczyń układu wrotnego, Doppler naczyń żylnych i tętniczych jednej kończyny dolnej, Doppler naczyń żylnych i tętniczych jednej kończyny górnej, Doppler pnia trzewnego, Doppler tętnice nerkowe, Doppler żył kończyny dolnej (1 kończyna), Doppler żył kończyny górnej (1 kończyna), Doppler żył głównej dolnej i biodrowych	do 5 dni	168 zł	51 zł	0 zł
USG Doppler obu kończyn Doppler naczyń żylnych i tętniczych obu kończyn dolnych Doppler naczyń żylnych i tętniczych obu kończyn górnych	do 5 dni	261 zł	80 zł	0 zł
Badanie Rentgenowskie (RTG)				
RTG 1 projekcja barku, celowane siodełka tureckiego, czaszki, klatki piersiowej, kolana, kończyny dolnej, kończyny górnej, kości krzyżowej, kości nosowej, kości ogonowej, kości piętowej, kości podudzia, kości ramieniowej, kości udowej, kręgu szczytowego i obrotowego, krtani bez kontrastu (zdjęcia warstwowe), łopatk, łuków jarzmowych, miednicy, miednicy małej, mostka, nadgarstka, nosa, nosogardła (trzeci migdał), obojczyka, oczodołów, palca/ palców, palców stopy, podstawy czaszki, podżebrza, potylicy, przedramienia, przeglądowe jamy brzusznej, ręki (dłoni), skrzydełkowe zęba, stawów biodrowych, stawów biodrowych dzieci, stawów krzyżowobiodrowych, stawów łokciowych, stawów mostkowoobojczykowych, stawów skokowych, stóp, ścięgna Achillesa, ślinianki, śródpierśia, twarzoczaszki, uszu, zatok przynosowych, zgryzowe, żeber, żuchwy	do 3 dni	59 zł	18 zł	0 zł
klatka piersiowa z barytem	do 3 dni	85 zł	27 zł	0 zł
jelit z kontrastem (wlew doodbytniczy)	do 3 dni	110 zł	34 zł	0 zł
pęcherza moczowego z kontrastem (cystografia)	do 3 dni	148 zł	45 zł	0 zł
przewodu pokarmowego z kontrastem	do 3 dni	115 zł	36 zł	0 zł
RTG 1 projekcja – porównawcze barku porównawcze obu stawów, kolan porównawcze obu kolan, kości piętowej porównawcze obu pięt, kości podudzia porównawcze obu kończyn, nadgarstka porównawcze obu nadgarstków, palców porównawcze palców obu rąk, palców stopy porównawcze palców obu stóp, przedramienia porównawcze obu kości, ręki (dłoni) porównawcze obu rąk (dłoni), stawów biodrowych porównawcze obu stawów – dorośli, stawów łokciowych porównawcze obu stawów, stawów skokowych porównawcze obu stawów, stóp porównawcze obu stóp	do 3 dni	76 zł	23 zł	0 zł
RTG 1 projekcja – kręgosłup kręgosłupa AP, kręgosłupa czynnościowe, kręgosłupa lędźwiowego, kręgosłupa lędźwiowego czynnościowe, kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego, kręgosłupa piersiowego, kręgosłupa szyjnego, kręgosłupa szyjnego celowane na ząb obrotnika, kręgosłupa szyjnego czynnościowe	do 3 dni	65 zł	20 zł	0 zł
RTG kręgosłup 3 odc. – 1, 2 lub 3 projekcje kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego, kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego czynnościowe	do 3 dni	108 zł	33 zł	0 zł
RTG 2 lub 3 projekcje barku, czaszki, klatki piersiowej, kolana, kości krzyżowej, kości nosowej, kości ogonowej, kości piętowej, kości podudzia, kości ramieniowej, kości udowej, kręgosłupa lędźwiowego, kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego, kręgosłupa piersiowego, kręgosłupa szyjnego, łopatk, mostka, nadgarstka, obojczyka, palców, palców stopy, przedramienia, ręki (dłoni), stawów biodrowych, stawów krzyżowobiodrowych, stawów łokciowych, stawów mostkowoobojczykowych, stawów skokowych, stóp, żeber, żuchwy	do 3 dni	75 zł	23 zł	0 zł

Nazwa badania	Czas oczeki- wania*	Wariant I	Wariant II	Wariant III
Rezonans magnetyczny (RM)				
RM bez kontrastu barku, głowa, kręgosłup lędźwiowy, kręgosłup piersiowy, kręgosłup szyjny, jama brzuszna (bez cholangiografii), klatki piersiowej (bez Angio i badania serca), kończyn górnych, kończyn dolnych, miednicy mniejszej, oczodołów, stawów biodrowych, stawów kolanowych, stawów krzyżobiodrowych, stawów skokowych, stawu łokciowego, szyi, twarzoczaszki, zatok	n/d	459 zł	139 zł	0 zł
jamy brzusznej i miednicy mniejszej bez kontrastu	n/d	833 zł	253 zł	0 zł
mammografia bez kontrastu	n/d	783 zł	237 zł	0 zł
kontrast do badań RM kontrast dożylny	n/d	198 zł	61 zł	0 zł
RM z kontrastem barku, głowa, kręgosłup lędźwiowy, kręgosłup piersiowy, kręgosłup szyjny, jama brzuszna (bez cholangiografii MR), klatki piersiowej (bez Angio i badania serca), kończyn dolnych, kończyn górnych, miednicy mniejszej, oczodołów, przysadki mózgowej, stawów biodrowych, stawów kolanowych, stawów krzyżowo-biodrowych, stawów skokowych, stawu łokciowego, szyi, twarzoczaszki, zatok	n/d	644 zł	195 zł	0 zł
RM jamy brzusznej i miednicy mniejszej z kontrastem	n/d	1 139 zł	345 zł	0 zł
Tomografia komputerowa (TK)				
TK bez kontrastu (głowy) mózgu/pnia mózgu, (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego, (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego, (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego, jamy brzusznej, klatki piersiowej (bez TK serca, aorty i naczyń wieńcowych), krtani, oczodołów, piramid kości skroniowych, stawów biodrowych, stawów skokowych, stawu kolanowego, stawu łokciowego, stopy, szczęki i żuchwy, szyi, twarzoczaszki, zatok	n/d	253 zł	77 zł	0 zł
jamy brzusznej i miednicy mniejszej bez kontrastu (bez TK aorty)	n/d	435 zł	132 zł	0 zł
TK z kontrastem (głowy) mózgu/pnia mózgu, (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego, (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego, (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego, jamy brzusznej, jamy brzusznej i miednicy mniejszej (bez TK aorty), klatki piersiowej (bez TK serca, aorty i naczyń wieńcowych), krtani, oczodołów, piramid kości skroniowych, stawów biodrowych, stawów skokowych, stawu kolanowego, stawu łokciowego, stopy, szyi, twarzoczaszki, zatok	n/d	482 zł	146 zł	0 zł
(TK głowy) mózgu/pnia mózgu + angiografia	n/d	661 zł	225 zł	0 zł
kontrast do badań TK kontrast dożylny do 75 kg/w.ciała	n/d	143 zł	49 zł	0 zł
kontrast dożylny powyżej 75 kg/w.ciała	n/d	215 zł	73 zł	0 zł
Inne				
Densytometria	n/d	95 zł	30 zł	0 zł
Mammografia	n/d	152 zł	46 zł	0 zł
Urografia	n/d	314 zł	95 zł	0 zł
Echokardiografia (ECHO)	n/d	152 zł	46 zł	0 zł

Tabela 4. Badania i zabiegi ambulatoryjne ze skierowaniem

* Czas oczekiwania na Świadczenie Medyczne liczony w dniach roboczych

termin **n/d** – organizacja w najszybszym możliwym terminie bez wskazania maksymalnego czasu

Nazwa badania	Czas oczeki- wania*	Wariant I	Wariant II	Wariant III
Elektromiografia				
czynnościowe – EMG elektromiografia, elektromiografia (tylko zespół cieśni nadgarstka), elektromiografia badanie ilościowe mięśnia, elektromiografia choroba neuronu ruchowego, elektromiografia nerw twarzowy, elektromiografia nieurazowe uszkodzenie nerwu, elektromiografia ocena czynności spoczynkowej mięśnia, elektromiografia polineuropatia/miopatia, elektromiografia pourazowe uszkodzenie nerwu, elektromiografia (ischemiczna lub miastemiczna)	n/d	214 zł	65 zł	0 zł
elektromiografia uszkodzenie splotu	n/d	369 zł	112 zł	0 zł
EKG spoczynkowe bez opisu, EKG spoczynkowe z opisem	do 2 dni	45 zł	14 zł	0 zł
Całodobowy pomiar ciśnienia tętniczego (Holter), 24h rejestracja EKG (Holter), EEG – elektroencefalografia, EKG – próba wysiłkowa		150 zł	46 zł	0 zł
EKG opis badania	w ciągu 1 dnia	23 zł	8 zł	0 zł
Spirometria – próba rozkurczowa	w ciągu 1 dnia	67 zł	21 zł	0 zł
Spirometria	n/d			
Audiometria tonalna	n/d	45 zł	14 zł	0 zł
Testy alergologiczne				
Testy uczuleniowe metodą nakłuć panel pokarmowy lub panel wziewny				
(1 punkt)	do 3 dni	31 zł	11 zł	0 zł
(3 punkty)		58 zł	20 zł	0 zł
(5 punktów)		82 zł	29 zł	0 zł
(10 punktów)		144 zł	49 zł	0 zł
(20 punktów)		219 zł	75 zł	0 zł
Testy uczuleniowe płatkowe (skórne) n/d				
(1 punkt)	do 3 dni	61 zł	21 zł	0 zł
(10 punktów)		173 zł	60 zł	0 zł
(20 punktów)		280 zł	96 zł	0 zł
Odczulanie (bez kosztu leku)	n/d	80 zł	25 zł	0 zł
Szczepienia (skierowanie nie jest wymagane)				
Podanie antytoksyny p/tężcowej (obejmuje koszt szczepionki, iniekcji i konsultacji przedszczepiennej)	do 3 dni	53 zł	17 zł	0 zł
Szczepienie przeciw grypie (obejmuje koszt szczepionki, iniekcji i konsultacji przedszczepiennej)	do 5 dni	77 zł	24 zł	0 zł
Biopsje (dot. badań endoskopowych i USG)				
Badanie i ocena histopatologiczna biopsjatu/wycinka	do 7 dni	96 zł	34 zł	0 zł
Badanie i ocena histopatologiczna kolejnego biopsjatu/wycinka				
Endoscopia – badanie histopatologiczne				
Badania i zabiegi specjalistyczne				
Chirurgiczne – usunięcie kleszcza, założenie i zmiana opatrunku, zdjęcie szwów, zakładanie cewników (bez kosztu cewnika)	w ciągu 1 dnia	54 zł	17 zł	0 zł
Chirurgiczne – szycie rany		114 zł	35 zł	0 zł
Chirurgiczne – usunięcie ciała obcego, nacięcie i drenaż ropnia		172 zł	53 zł	0 zł
Dermatologiczne – dermatoskopia – jeśli poza konsultacją lekarską	do 3 dni	114 zł	35 zł	0 zł
Ginekologiczne – pobranie i wykonanie wymazu cytologicznego	do 3 dni	54 zł	17 zł	0 zł
Ginekologiczne – pobranie i wykonanie wymazu cytologicznego na podłożu płynnym (LBC)		114 zł	35 zł	0 zł
Laryngologiczne – płukanie uszu, postępowanie zachowawcze przy krwawieniu z nosa, przedmuchiwanie trąbki słuchowej	w ciągu 1 dnia	54 zł	17 zł	0 zł
Laryngologiczne – usuwanie ciała obcego z ucha, nosa, gardła		114 zł	35 zł	0 zł
Okulistyczne – badanie dna oka, badanie ostrości wzroku, badanie pola widzenia (perymetria), komputerowe badanie wzroku, pomiar ciśnienia śródgałkowego (tonometria)	do 3 dni	54 zł	17 zł	0 zł
Okulistyczne – badanie okulistyczne z doбором szkła korekcyjnych, płukanie dróg łzowych		114 zł	35 zł	0 zł
Okulistyczne – usunięcie ciała obcego z oka, iniekcja podspojówkowa (bez kosztu leku)	w ciągu 1 dnia	114 zł	35 zł	0 zł

Nazwa badania	Czas oczekiwania*	Wariant I	Wariant II	Wariant III
Ortopedyczne – blokada dostawowa i okołostawowa (lek pacjenta), opatrzenie drobnych urazów (skręcenia, zwichnięcia), założenie i usunięcie opatrunku gipsowego kończyna górna i dolna, zmiana opatrunku, unieruchomienie kończyn i stawów, unieruchomienie żeber opatrunkiem plastrowym, założenie opaski elastycznej i temblaka, założenie/usunięcie szyny Kramera, założenie/usunięcie szyny Zimmera, założenie/dopasowanie ortezy (bez kosztu ortezy)	w ciągu 1 dnia	91 zł	28 zł	0 zł
Ortopedyczne – punkcja (zmiany urazowe), punkcja (zmiany zapalne)	do 3 dni			
Podstawowe zabiegi ambulatoryjne				
Opieka pielęgniarska – założenie lub zmiana prostego opatrunku, zdejmowanie szwów	w ciągu 1 dnia	38 zł	12 zł	0 zł
Znieczulenie miejscowe		69 zł	21 zł	0 zł
Podłączenie wlewu kroplowego (bez kosztu leku)		58 zł	18 zł	0 zł
Iniekcje: dożylna, domięśniowa, podskórna (bez kosztu leku)		32 zł	12 zł	0 zł
Badania endoskopowe				
Anoskopia	n/d	162 zł	49 zł	0 zł
Anoskopia z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat		284 zł	87 zł	0 zł
Gastroskopia		282 zł	86 zł	0 zł
Gastroskopia z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat i test H.pylori bez znieczulenia krótkotrwałego dożylnego		428 zł	130 zł	0 zł
Gastroskopia z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat bez znieczulenia krótkotrwałego dożylnego		401 zł	122 zł	0 zł
Gastroskopia z testem H.pylori bez znieczulenia krótkotrwałego dożylnego		331 zł	100 zł	0 zł
Kolonoskopia bez znieczulenia krótkotrwałego dożylnego		418 zł	127 zł	0 zł
Kolonoskopia bez znieczulenia krótkotrwałego dożylnego z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat		450 zł	136 zł	0 zł
Kolonoskopia ze znieczuleniem		689 zł	209 zł	0 zł
Kolonoskopia ze znieczuleniem z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat		765 zł	232 zł	0 zł
Rektoskopia		221 zł	67 zł	0 zł
Rektoskopia z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat bez znieczulenia krótkotrwałego dożylnego		304 zł	93 zł	0 zł
Sigmoidoskopia		284 zł	87 zł	0 zł
Sigmoidoskopia z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat bez znieczulenia krótkotrwałego dożylnego		472 zł	143 zł	0 zł
Test H.pylori (test ureazowy) do badań endoskopowych		57 zł	18 zł	0 zł

Tabela 5. Rehabilitacja – ze skierowaniem

* Czas oczekiwania na Świadczenie Medyczne liczony w dniach roboczych

Tryb wizyty	Czas oczekiwania*	Wariant I	Wariant II	Wariant III
Rehabilitacja				
<ul style="list-style-type: none"> terapia manualna indywidualnie dobrany zestaw ćwiczeń wykonywany pod nadzorem fizjoterapeuty instruktaż ćwiczeń do samodzielnego wykonywania przez pacjenta w warunkach domowych 	do 10 dni	98 zł	34 zł	0 zł
Limit 10 jednostek rehabilitacyjnych w roku ubezpieczeniowym. Czas trwania jednej jednostki rehabilitacyjnej wynosi od 45 min. do 60 min.				

Załącznik 2

Zakres Świadczeń Medycznych dla Ubezpieczenia Profilaktyka – bez skierowania

Tabela 1. Zakres Świadczeń Medycznych dla Ubezpieczenia Profilaktyka – bez skierowania

* Czas oczekiwania na Świadczenie Medyczne liczony w dniach roboczych

Tryb wizyty	Czas oczeki- wania*	Wariant I	Wariant II	Wariant III
Profilaktyka – organizacja badań <ul style="list-style-type: none"> • Morfologia krwi obwodowej z rozmazem automatycznym • Białko C – reaktywne (CRP) • Badanie ogólne moczu • Lipidogram (cholesterol całkowity, HDL, LDL, triglicerydy) • Lipoproteina • Kreatynina • Kwas moczowy • Jonogram (Na, K) • Glukoza • Hemoglobina glikowana (HbA1c) • Hormon tyreotropowy (TSH) • Aminotransferaza alaninowa (ALT, ALAT, GPT) • GGTP gammaglutamylotranspeptydaza 	do 3 dni	75 zł	26 zł	0 zł
Internista – konsultacja on-line (e-konsultacja) podsumowująca badania profilaktyczne	do 3 dni	60 zł	21 zł	0 zł

Załącznik 3

Warunki ubezpieczenia **Global Doctors Plus**



Spis treści

Co znajdziesz w tym dokumencie.	40
Co oznaczają pojęcia użyte w Warunkach Global Doctors Plus	40
Kogo obejmujemy ochroną i co chronimy	47
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną	47
Jakich świadczeń udzielamy i jaka jest suma ubezpieczenia	49
Kiedy realizujemy świadczenia	50
Jak realizujemy świadczenia i co one obejmują.	52
Jakie roszczenia przysługują po zakończeniu okresu ubezpieczenia	62
Kiedy stosujemy czasowe ograniczenie ochrony	62
Jakich Scenariuszy medycznych, Poważnych stanów chorobowych i Szczególnej postaci nowotworu złośliwego nie obejmujemy ochroną.	63
W jakich sytuacjach nie ponosimy odpowiedzialności i nie realizujemy świadczeń	63
Jakich kosztów nie pokrywamy	64
Jakich dokumentów i czego wymagamy do realizacji świadczeń	65
Jak zgłosić roszczenie.	68
W jakim terminie wypłacamy i realizujemy świadczenia	68

Co znajdziesz w tym dokumencie

1. Załącznik 3 to Warunki ubezpieczenia Global Doctors Plus, będziemy go dalej nazywać w skrócie „Warunki Global Doctors Plus”.
2. W Warunkach Global Doctors Plus znajdziesz:
 - 1) informacje o tym, kogo ubezpieczamy i jaki jest zakres ubezpieczenia Global Doctors Plus,
 - 2) definicje używane w dokumencie,
 - 3) zasady zgłoszenia i realizacji świadczeń.
3. Jeśli czegoś nie opisaliśmy w Warunkach Global Doctors Plus, w Twojej umowie stosujemy również Ogólne warunki ubezpieczenia ERGO Zdrowie.
4. Jeśli coś opisaliśmy inaczej w Warunkach Global Doctors Plus niż w Ogólnych warunkach ubezpieczenia ERGO Zdrowie, to zastosujemy postanowienia Warunków Global Doctors Plus.

Co oznaczają pojęcia użyte w Warunkach Global Doctors Plus

5. Pojęcia używane w Warunkach Global Doctors Plus przedstawiamy:
 - 1) w Tabeli 1 w Warunkach Global Doctors Plus w zakresie definicji, które stosujemy tylko w ubezpieczeniu Global Doctors Plus,
 - 2) w Tabeli 2 w Warunkach Global Doctors Plus w zakresie definicji Poważnych stanów chorobowych.

Tabela 1. Słownik pojęć w Warunkach Global Doctors Plus

Pojęcie	Znaczenie
1. Akt przemocy	Celowe użycie siły fizycznej, przeciwko innym osobom, które powoduje lub może spowodować: ból, choroby, zaburzenia psychiczne, urazy, a nawet śmierć.
2. Akt terroryzmu	Nielegalna akcja organizowana przeciwko osobom lub obiektom, z użyciem przemocy, broni biologicznej, chemicznej lub jądrowej, w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludzi lub dezorganizacji życia publicznego, dla osiągnięcia celów politycznych, religijnych, ekonomicznych lub społecznych.
3. Badania kliniczne	Testy naukowe prowadzone w celu odkrycia lub sprawdzenia czy nowe <u>Leki</u> lub procedury medyczne są bezpieczne i skuteczne oraz jakie są ewentualne niepożądane skutki ich stosowania.
4. Biopsja	Biopsja w kontekście badania nowotworu to procedura, w której uzyskuje się próbkę tkanki lub komórki od pacjenta, aby można ją było zbadać w laboratorium na obecność komórek nowotworowych.
5. Centrum wsparcia medycznego	Further Underwriting International SLU (z siedzibą w Hiszpanii Paseo Recoletos 12, 28001 Madrid), podmiot działający w imieniu ERGO Hestii, który organizuje oraz realizuje świadczenia objęte ubezpieczeniem Global Doctors Plus, dalej Further.
6. Certyfikat medyczny	Dokument, który potwierdza organizację i pokrycie kosztów świadczenia opieki medycznej za granicą w wybranej przez Ubezpieczonego <u>Placówce medycznej</u> , certyfikat wystawia w naszym imieniu Centrum wsparcia medycznego.
7. Dawca	Osoba żywa, od której pobierane są komórki, tkanki lub narządy do przeszczepu dla Ubezpieczonego.

Pojęcie	Znaczenie
8. Dzień wystąpienia Poważnego stanu chorobowego	Dzień, w którym: 1) wykonano badanie, które potwierdziło: nowotwór złośliwy, nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym, nowotwór in situ, ciężką dysplazję nowotworową, lub 2) zalecono wykonanie jednej z następujących operacji: operacji pomostowania tętnic wieńcowych, wymiany lub naprawy zastawek serca, operacji neurochirurgicznej, przeszczepienia od <u>Dawcy</u> narządów lub przeszczepienia szpiku kostnego.
9. Dzień wystąpienia scenariusza medycznego objętego ubezpieczeniem	Dzień w okresie ochrony ubezpieczeniowej, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoczęto postępowanie medyczne biorąc pod uwagę co wystąpiło wcześniej: 1) pierwsze skierowanie do lekarza specjalisty, lub 2) pierwsza konsultacja z lekarzem specjalistą w zakresie dotyczącym choroby będącej przedmiotem badania w ramach roszczenia.
10. Hospitalizacja	<u>Leczenie w Szpitalu</u> , które trwa bez przerwy co najmniej 24 godziny.
11. Implant	Sztuczne urządzenie, które zastępuje całość lub część narządu lub zastępuje całość lub część funkcji niedziałającej lub wadliwie działającej części ciała.
12. Leczenie eksperymentalne	Leczenie, które nie zostało dopuszczone do stosowania zgodnie z wymogami prawa państwa, w którym jest prowadzone oraz 1) którego skuteczność i bezpieczeństwo nie zostały potwierdzone naukowo i medycznie, lub 2) które jest w trakcie badań lub testów.
13. Leczenie off label	Leczenie, które jest stosowane w oparciu o doświadczenia lekarzy i badania naukowe, ale nie jest formalnie zatwierdzone przez właściwe organy medyczne i polega na podawaniu zarejestrowanego i dostępnego na rynku leku przeciwnowotworowego w inny sposób niż wynika z oficjalnej charakterystyki i przeznaczenia tego produktu leczniczego, tzn.: 1) lek przeznaczony do leczenia określonych nowotworów złośliwych zostanie użyty do leczenia innej szczególnej postaci nowotworu złośliwego, lub 2) lek zostanie użyty w innej dawce, lub 3) zostanie zastosowana inna metoda podawania leku.
14. Leczenie w ramach medycyny precyzyjnej	Leczenie <u>Szczególnej postaci nowotworu złośliwego</u> , które: 1) odbywa się w szpitalu lub placówce medycznej poza granicami Polski, zgodnie z zaleceniami dotyczącymi możliwości leczenia przedstawionymi w <u>Raporcie eksperckim medycyny precyzyjnej</u> lub ustaleniami, które wynikają z <u>Przewodnika pacjenta</u> w ramach <u>Badań klinicznych</u> , oraz 2) jest organizowane przez <u>Centrum Wsparcia Medycznego</u> na zasadach określonych w Warunkach Global Doctors Plus, oraz 3) jest niezbędne z medycznego punktu widzenia, oraz 4) obejmuje stosowane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną na temat danego nowotworu: a) tradycyjne terapie lecznicze w ramach <u>Medycyny konwencjonalnej</u> oraz b) nowe terapie lecznicze w ramach <u>Medycyny konwencjonalnej</u> (on label) lub <u>Leczenie off label</u> , w tym terapie celowane, immunoterapie lub terapie hormonalne, oraz

Pojęcie	Znaczenie
14. Leczenie w ramach medycyny precyzyjnej cd.	5) może obejmować udział Ubezpieczonego w <u>Badaniach klinicznych</u> , jeśli: <ol style="list-style-type: none"> w <u>Raporcie eksperckim medycyny precyzyjnej</u> wydano rekomendację takiego leczenia, oraz Ubezpieczony zgodził się na udział w <u>Badaniach klinicznych</u>, które wyszukaliśmy mu w ramach świadczenia <u>Przewodnik pacjenta</u> w ramach <u>Badaniach klinicznych</u>.
15. Leczenie za granicą	Leczenie <u>Poważnego stanu chorobowego</u> , które: <ol style="list-style-type: none"> odbywa się poza Polską w <u>Szpitalu</u> wybranym przez Ubezpieczonego spośród szpitali rekomendowanych przez <u>Centrum wsparcia medycznego</u>, oraz jest organizowane przez <u>Centrum wsparcia medycznego</u> na zasadach opisanych w Warunkach Global Doctors Plus, oraz jest niezbędne z medycznego punktu widzenia (zgodnie z definicją zawartą w planie leczenia).
16. Lekarz	Osoba wykonująca zawód lekarza w zakresie swoich uprawnień i kwalifikacji, zgodnie z prawem państwa, w którym wykonuje ten zawód.
17. Lekarz konsultant	<u>Lekarz</u> , wskazany przez <u>Centrum wsparcia medycznego</u> , o specjalizacji i doświadczeniu zawodowym właściwym dla specyfiki danego <u>Poważnego stanu chorobowego</u> , który wykonuje zawód <u>Lekarza</u> poza granicami Polski.
18. Leki	Substancja lub połączenie substancji, dostępne na <u>Receptę</u> i dopuszczone do obrotu w danym kraju, które można podać Ubezpieczonemu w procesie leczenia <u>Poważnego stanu chorobowego</u> albo ustalania diagnozy, lekiem jest również odpowiednik leku z <u>Recepty</u> , jeżeli zawiera te same składniki aktywne, siłę i dawkowanie.
19. Medycyna alternatywna (niekonwencjonalna)	Systemy, procedury i produkty medyczne oraz ochrony zdrowia, które nie należą do <u>Medycyny konwencjonalnej</u> , w tym: akupunktura, aromaterapia, chiropraktyka, homeopatia, naturopatia, ajurweda, tradycyjna medycyna chińska, osteopatia.
20. Medycyna konwencjonalna	Medycyna, która: <ol style="list-style-type: none"> jest oparta na naukowym podejściu do diagnozowania, leczenia i zapobiegania chorobom, oraz wykorzystuje procedury medyczne dopuszczone do stosowania oraz wykonywane zgodnie z wymogami prawa państwa, w którym jest prowadzone leczenie (on label).
21. Moduł ochrony	Jeden z czterech modułów wskazany w <u>Tabeli 3</u> , który obejmuje <u>Poważny stan chorobowy</u> lub <u>Scenariusz medyczny</u> objęty ubezpieczeniem, w tym <u>Szczególną postać nowotworu złośliwego</u> .
22. Nieszczęśliwy wypadek	Zdarzenie, które spełnia wszystkie poniższe warunki: <ol style="list-style-type: none"> jest nagłe, nie zależy od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, jest wywołane przyczyną zewnętrzną, i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną urazu lub stanu medycznego.
23. Okres świadczeniowy	Okres, w którym realizujemy świadczenia w ramach ubezpieczenia Global Doctors Plus w przypadku organizacji <u>Leczenia za granicą</u> , jest to okres trzydziestu sześciu miesięcy, który liczymy od dnia rozpoczęcia pierwszej podróży rozpoczynającej <u>Leczenia za granicą</u> , który ustalamy przy realizacji pierwszego świadczenia Opieka medyczna za granicą, odrębnie dla każdego Modułu ochrony.
24. Osoba towarzysząca	Wskazana przez Ubezpieczonego osoba, która podróżuje i przebywa z nim podczas realizacji świadczeń wynikających z umowy, jeśli leczone jest Dziecko mogą to być dwie osoby.

Pojęcie	Znaczenie
25. Placówka medyczna	<ol style="list-style-type: none"> 1) Szpital, klinika, przychodnia lub gabinet medyczny, które działają zgodnie z wymogami prawa państwa, w którym się znajdują, lub 2) praktyka lekarska prowadzona zgodnie z wymogami prawa państwa, w którym jest prowadzona.
26. Plan leczenia	<p>Zalecenia <u>Lekarza konsultanta</u> dotyczące leczenia <u>Poważnego stanu chorobowego</u>, które są niezbędne z medycznego punktu widzenia, to znaczy:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) określają etapy i procedury medyczne, mające na celu poprawę stanu zdrowia, 2) pozwalają na osiągnięcie najlepszych wyników terapeutycznych z uwzględnieniem zarówno strony medycznej, jak i kosztowej, 3) są ograniczone do terapii leczniczych, które w przypadku nowotworu oznaczają każdą terapię mającą na celu wyeliminowanie lub usunięcie komórek nowotworowych, 4) są zgodne z aktualną wiedzą medyczną na temat danego <u>Poważnego stanu chorobowego</u>, a w przypadku nowotworów uwzględniają wytyczne organizacji NCCN (National Comprehensive Cancer Network). <p>Oceny czy leczenie jest niezbędne z medycznego punktu widzenia, dokonuje <u>Lekarz</u> lub <u>Zespół medyczny Further</u>, z uwzględnieniem zakresu ubezpieczenia, rekomendacji Lekarza konsultanta oraz we współpracy z Lekarzem prowadzącym <u>Leczenie za granicą</u>.</p>
27. Portal Global Doctors	Platforma internetowa dostarczona i zarządzana przez <u>Centrum wsparcia medycznego</u> w celu wspierania realizacji świadczeń, z której korzystać może Ubezpieczony objęty ochroną.
28. Poważny stan chorobowy	Choroba lub zabieg operacyjny, zdefiniowany w Tabeli 2, który obejmuje ochronę zgodnie z wybranym wariantem ubezpieczenia Global Doctors Plus.
29. Raport ekspercki	Opinia dotycząca diagnozy, stanu zdrowia i Planu leczenia Ubezpieczonego, którą wydaje <u>Lekarz konsultant</u> , w ramach świadczenia druga opinia medyczna, na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej.
30. Raport ekspercki medycyny precyzyjnej	<p>Opinia, którą sporządza <u>Zespół lekarsko-eksperscki</u>, w ramach świadczenia <u>Medycyny precyzyjnej</u> na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej oraz bioprobek, która zawiera:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) podsumowanie stanu zdrowia Ubezpieczonego, 2) wnioski z profilowania molekularnego, 3) zalecenia <u>Zespołu lekarsko-ekspersckiego</u> dotyczące Leczenia w ramach medycyny precyzyjnej, 4) analizę oporności <u>Szczególnej postaci nowotworu złośliwego</u> na terapię lub ich toksyczności dla Ubezpieczonego, 5) informację o <u>Badaniach klinicznych</u>, jeśli są dostępne, 6) informacje na temat potencjalnych mutacji i nowotworów dziedzicznych (jeśli dotyczy); jeśli w <u>Raporcie eksperckim medycyny precyzyjnej Zespół lekarsko-eksperscki</u> zidentyfikował potencjalną dziedziczną mutację genu u Ubezpieczonego, to <u>Centrum wsparcia medycznego</u> zaoferuje Ubezpieczonemu również testy mutacji dziedzicznych (germinalnych).
31. Recepta	Pisemne zlecenie lekarskie, które pozwala aptece sporządzić lekarstwa lub wydać gotowe <u>Leki</u> .
32. Scenariusz medyczny objęty ubezpieczeniem	Podejrzenie wystąpienia schorzenia wskazanego w Tabeli 2 objęte postępowaniem, potwierdzone skierowaniem do <u>Lekarza specjalisty</u> lub konsultacją z <u>Lekarzem specjalistą</u> .

Pojęcie	Znaczenie
33. Siła wyższa	Nieprzewidywalne zdarzenia zewnętrzne, których skutkom nie można było zapobiec.
34. Szczególna postać nowotworu złośliwego	<p>Każdy nowotwór złośliwy, zakwalifikowany zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako konkretny typ nowotworu, który jednocześnie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) nie reaguje na leczenie pierwszego rzutu, czyli pierwsze leczenie zastosowane przez lekarza onkologa, lub 2) jest w III stopniu zaawansowania klinicznego (nowotwór zaawansowany), lub 3) jest w IV stopniu zaawansowania klinicznego (nowotwór bardzo zaawansowany z obecnością przerzutów odległych), lub 4) ma nieznane umiejscowienie pierwotne, czyli nie można ustalić źródła pierwotnej zmiany, lub 5) jest rzadką formą nowotworu złośliwego tzn. częstość występowania takiego nowotworu jest mniejsza niż 6 przypadków na 100 000 zachorowań, który zgodnie z aktualną wiedzą medyczną jest mało rozpoznany z uwagi na niską częstotliwość występowania i taki nowotwór jest uwzględniony na liście Surveillance of Rare Cancers in Europe (RARECARENet) opublikowanej na stronie internetowej http://www.rarecarenet.eu/ w ramach projektu RARECARENet wspieranego przez Europejską Agencję Wykonawczą ds. Zdrowia i Konsumentów (EAHC).
35. Szpital	<p>Podmiot leczniczy, który:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) działa zgodnie z wymogami prawa państwa, w którym się znajduje, 2) świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, 3) zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski.
36. Terapia CAR-T	Terapia, w której pobierane z krwi limfocyty T (rodzaj komórek układu odpornościowego) po ich zmodyfikowaniu w laboratorium, mogą znaleźć i zaatakować komórki nowotworowe (CAR-T oznacza komórkę T z chimerycznym receptorem antygenowym CAR).
37. Terapia CAR-T zatwierdzona protokołem	<p>Terapia komórkami CAR-T, która:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) obejmuje pojedynczą infuzję leku oraz etapy leczenia wstępnego i przygotowania do infuzji, a także fazę monitorowania po infuzji oraz 2) jest dopuszczona do stosowania oraz wykonywana zgodnie z wytycznymi odpowiednich władz medycznych państwa, w którym jest prowadzone leczenie.
38. Testy genetyczne	<p>Rodzaj badania, które polega na analizie sekwencji materiału genetycznego DNA biopróbki. Testy genetyczne dzielą się na:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) testy mutacji nabytych (somatycznych), które służą wykryciu mutacji występujących w ograniczonym zestawie komórek lub tkanek nowotworu złośliwego, w celu identyfikacji czynników predykcyjnych tzn. czynników, których obecność jest związana z prawdopodobieństwem uzyskania odpowiedzi na leczenie; testy przeprowadzane są poprzez analizę próbki tkanki (próbki biopsyjnej) lub płynnej biopsji (z krwi), 2) testy mutacji dziedzicznych (germinalnych), które służą wykryciu mutacji, które są obecne od urodzenia w każdej komórce ciała, w celu identyfikacji dziedzicznych predyspozycji do określonych typów nowotworów złośliwych; testy przeprowadzane są poprzez analizę próbki w postaci wymazu z jamy ustnej, próbki płwociny lub krwi.

Pojęcie	Znaczenie
39. Zaburzenia psychiczne	<p>Rozpoznane lub leczone u Ubezpieczonego zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania:</p> <ol style="list-style-type: none"> zakwalifikowane w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, w brzmieniu obowiązującym na dzień zawarcia umowy, jako F00 – F09 oraz F20 – F99 (w rozdziale dotyczącym zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania), lub spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych, zakwalifikowane w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, w brzmieniu obowiązującym na dzień zawarcia umowy, jako F10 – F19.
40. Zdarzenie ubezpieczeniowe	<p>Pogorszenie stanu zdrowia Ubezpieczonego o ile zostało potwierdzone:</p> <ol style="list-style-type: none"> diagnozą lub zaleceniem lekarza lub objawem, nieprawidłowością, symptomem. <p>Zdarzenie musi nastąpić w okresie ochrony ubezpieczeniowej. Wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego pozwala Ubezpieczonemu skorzystać ze świadczenia, ponadto Zdarzenie ubezpieczeniowe definiuje się w następujący sposób:</p> <ol style="list-style-type: none"> dla świadczenia Diagnostyka i Wirtualne konsultacje: Zalecenie wykonania badania wydane podczas Wirtualnej konsultacji w ramach ważnego roszczenia dotyczącego <u>Scenariusza Medycznego</u> Objętego Ubezpieczeniem, dla świadczeń Leczenie za granicą, Przewodnik pacjenta, Testy rodzinne, Wsparcie psychologiczne: Wystąpienie <u>Poważnych stanów chorobowych</u> lub <u>Szczególnej postaci nowotworu złośliwego</u> objętych ubezpieczeniem Global Doctors Plus.
41. Zespół lekarsko-eksperski	<p>Zespół specjalistów z zakresu onkologii, genetyki i patologii, z którymi współpracuje Further Underwriting International SLU (z siedzibą w Hiszpanii, Paseo Recoletos 12, 28001 Madrid) w ramach świadczenia <u>Medycyny precyzyjnej</u>, którzy:</p> <ol style="list-style-type: none"> są wyznaczeni do sporządzenia <u>Raportu eksperckiego medycyny precyzyjnej</u> oraz przekładają wyniki testów genetycznych na zalecenia medyczne.
42. Zespół medyczny Further	<p>Zespół Lekarzy współpracujący z Centrum wsparcia medycznego, który w naszym imieniu realizuje świadczenia w ubezpieczeniu Global Doctors Plus.</p>

6. Pojęcia Poważnych stanów chorobowych i Scenariuszy medycznych objętych ubezpieczeniem zawarliśmy w Tabeli 2.

Tabela 2. Słownik pojęć Poważnych stanów chorobowych i Scenariuszy medycznych objętych ubezpieczeniem

Pojęcie	Znaczenie
1. Nowotwór złośliwy	Każdy nowotwór złośliwy, w tym białaczka, mięsak i chłoniak, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek złośliwych i inwazją tkanek.
2. Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym, nowotwór in situ	Każdy nowotwór in situ, który jest ograniczony do nabłonka, gdzie powstał i który nie zaatakował zrębu lub otaczających go tkanek.
3. Ciężka dysplazja przednowotworowa	Wszelkie zmiany przedrakowe w komórkach, które są cytologicznie lub histologiczno-patologicznie klasyfikowane jako obszary wysokiego stopnia dysplazji lub poważnej dysplazji.

Pojęcie	Znaczenie
4. Schorzenia układu sercowo-naczyniowego objęte ubezpieczeniem	<p>Choroba wieńcowa, niewydolność serca, choroby zastawek serca i wrodzone wady rozwojowe serca, sklasyfikowane jednym z poniższych kodów ICD-10:</p> <p>I20-I25 Choroba wieńcowa, I50 – Niewydolność serca, Choroby zastawek serca i wrodzone wady rozwojowe serca: I05 – Reumatyczne choroby zastawki mitralnej, I06 – Reumatyczne choroby zastawek aortalnych, I07 – Choroby reumatyczne zastawki trójdzielnej, I08 – Wady wielu zastawek, I34 – Niereumatyczne zaburzenia zastawki mitralnej, I35 – Niereumatyczne zaburzenia zastawki aortalnej, I36 – Niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki trójdzielnej, I37 – Choroby zastawki płucnej, I39 – Zapalenie wsierdza i zaburzenia zastawki serca w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej, Q21 – Wrodzone wady rozwojowe przegrody serca, Q22 – Wrodzone wady rozwojowe zastawki płucnej i trójdzielnej, Q23 – Wrodzone wady rozwojowe zastawki aortalnej i mitralnej.</p>
5. Operacja pomostowania tętnic wieńcowych	Operacja polegająca na wytworzeniu pomostów naczyniowych (by-passów) w celu ominięcia zwężonej lub całkowicie zamkniętej co najmniej jednej tętnicy wieńcowej.
6. Wymiana lub naprawa zastawek serca	Inwazyjna wymiana lub naprawa co najmniej jednej zastawki serca, niezależnie od tego, czy wymiana lub naprawa wykonywana jest operacją na otwartej klatce piersiowej, metodą małoinwazyjną, czy też za pomocą leczenia cewnikiem sercowym.
7. Operacja neurochirurgiczna	<ol style="list-style-type: none"> 1) interwencja chirurgiczna w mózgu lub w strukturach wewnątrzczaszkowych, lub 2) leczenie nowotworów łagodnych znajdujących się w rdzeniu kręgowym.
8. Przeszczepienie narządów od żyjącego Dawcy	<p>Chirurgiczny przeszczep, w trakcie którego Ubezpieczony otrzymuje od <u>Dawcy</u>:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) nerkę, lub 2) fragment wątroby, lub 3) płat płuc, lub 4) część trzustki.
9. Przeszczepienie szpiku kostnego	<p>Transplantacja komórek szpiku kostnego lub transplantacja komórek macierzystych z krwi obwodowej do Ubezpieczonego, które pochodzą od:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ubezpieczonego (autologiczny przeszczep szpiku kostnego), lub 2) od żyjącego <u>Dawcy</u> (allogeniczny przeszczep szpiku kostnego).

Kogo obejmujemy ochroną i co chronimy

7. Ochroną obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego w razie wystąpienia:
 - 1) Scenariusza medycznego objętego ubezpieczeniem, lub
 - 2) Poważnego stanu chorobowego, lub
 - 3) Szczegółnej postaci nowotworu złośliwego.
8. Ochroną obejmujemy Dziecko w wieku od 3 miesięcy do 17 lat lub osobę pełnoletnią w wieku od 18 do 64 lat.
9. Ubezpieczenie Global Doctors Plus oferujemy w dwóch wariantach:
 - 1) Wariant 1 = Diagnostyka
 - 2) Wariant 2 = Leczenie za granicą.
10. Możesz wybrać dwa warianty ubezpieczenia Global Doctors Plus jednocześnie lub wybrać jeden z nich.

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

11. Ochroną obejmujemy Poważne stany chorobowe, Scenariusze medyczne, które podzieliliśmy na 4 Moduły ochrony oraz Szczególną postać nowotworu złośliwego. Zakres poszczególnych Modułów ochrony i wariantów opisaliśmy w Tabeli 3 i 4.

Tabela 3. Zakres ochrony w poszczególnych Modułach ochrony i wariantach



Jeśli dla danego wariantu, w tabeli używamy znaku ✓, oznacza to, że obejmujemy ochroną Poważny stan chorobowy. Jeśli dla danego wariantu używamy znaku ✗, oznacza to, że nie obejmujemy ochroną danego Poważnego stanu chorobowego.

Wariant Diagnostyka			
<u>Scenariusze medyczne</u> (dla świadczenia <u>Badania diagnostyczne i wirtualne konsultacje</u>) i <u>Poważne stany chorobowe</u> (dla świadczenia <u>Testy rodzinne i Przewodnik pacjenta</u>) objęte ubezpieczeniem	Badania diagnostyczne i wirtualne konsultacje	Testy rodzinne	Przewodnik pacjenta
Moduł ochrony 1 Onkologia			
1. <u>Nowotwór złośliwy</u>	✓	✓	✓
2. <u>Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym lub nowotwór in situ</u>	✓	✓	✓
Moduł ochrony 2 Kardiologia			
1. <u>Schorzenia układu sercowo-naczyniowego objęte ubezpieczeniem</u>	✓	✗	✓
Moduł ochrony 3 Neurochirurgia			
1. <u>Operacja neurochirurgiczna</u>	✓	✗	✓
Moduł ochrony 4 Przeszczepy			
1. <u>Przeszczepienie narządu od żywego Dawcy</u>	✓	✗	✓
2. <u>Przeszczepienie szpiku kostnego</u>	✓	✗	✓

Wariant Leczenie za granicą

Poważne stany chorobowe objęte ubezpieczeniem	Leczenie za granicą	Wsparcie psychologiczne
Moduł ochrony 1 Onkologia		
1. <u>Nowotwór złośliwy</u>	✓	✓
2. <u>Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym lub nowotwór in situ</u>	✓	✓
3. <u>Ciężka dysplazja przednowotworowa</u>	✓	×
Moduł ochrony 2 Kardiologia		
1. <u>Wymiana lub naprawa zastawek serca</u>	✓	✓
2. <u>Operacja pomostowania tętnic wieńcowych</u>	✓	✓
Moduł ochrony 3 Neurochirurgia		
1. <u>Operacja neurochirurgiczna</u>	✓	✓
Moduł ochrony 4 Przeszczepy		
1. <u>Przeszczepienie narządów od żyjącego Dawcy</u>	✓	✓
2. <u>Przeszczepienie szpiku kostnego</u>	✓	✓



W wariantcie Leczenie za granicą procedury medyczne określone w Modułach ochrony Neurochirurgia i Przeszczepy zostaną przypisane do Modułu ochrony Onkologia, o ile dana procedura związana jest z zachorowaniem onkologicznym.

Jakich świadczeń udzielamy i jaka jest suma ubezpieczenia

12. Rodzaje dostępnych świadczeń zależne są od wybranego wariantu ubezpieczenia, jak opisano w Tabeli 4. Dodatkowo w module 1 Ubezpieczony może skorzystać ze świadczenia dla Szczególnej postaci nowotworu złośliwego.

Tabela 4. Rodzaje świadczeń



Jeśli w tabeli używamy znaku ✓, oznacza to, że świadczenie znajduje się w zakresie wskazanego wariantu.

Wariant Diagnostyka	
Wirtualne konsultacje	✓
Badania diagnostyczne	✓
Przewodnik pacjenta	✓
Testy rodzinne	✓
Zakres terytorialny w ramach wariantu Diagnostyka	badania diagnostyczne – Polska
Limity	Wirtualne konsultacje – 2 konsultacje w roku (12 miesięcy od zgłoszenia roszczenia) na każdy <u>Moduł ochrony</u> dla każdego Ubezpieczonego. – 2 konsultacje z krajowym lub – 1 konsultacja z międzynarodowym i 1 konsultacja z krajowym specjalistą medycznym. Przysługuje Ci jedna dodatkowa konsultacja, jeśli podczas jednej z dwóch pierwszych konsultacji zostanie zalecona Biopsja.
	Badania diagnostyczne – badania diagnostyczne zlecone podczas Wirtualnej konsultacji.
	Przewodnik pacjenta – 2 świadczenia na Ubezpieczonego na rok polisowy na Moduł ochrony.
	Testy rodzinne – Testy można zamówić dla uprawnionych krewnych Ubezpieczonego.
Wariant Leczenie za granicą	
Leczenie za granicą	
1. Druga opinia medyczna	✓
2. Opieka medyczna za granicą: a) koszty medyczne, b) koszty podróży, c) koszty zakwaterowania, d) koszty repatriacji zwłok	✓
3. Kontrola stanu zdrowia po leczeniu	✓
4. Koszty Leków po Leczeniu za granicą	✓
5. Dienne świadczenie szpitalne	✓

Wariant Leczenie za granicą
Leczenie za granicą

Zakres terytorialny w ramach opieki medycznej za granicą	świat bez Polski
Suma ubezpieczenia Leczenie za granicą	2 000 000 euro na cały okres życia Ubezpieczonego
Pokrycie kosztów leków zakupionych po leczeniu za granicą	do 50 000 euro na cały okres życia Ubezpieczonego
Dzienne świadczenie szpitalne	100 euro dziennie (maksymalnie 60 dni dla każdego roszczenia podczas hospitalizacji Ubezpieczonego lub Dziecka poza terytorium Polski)
Wsparcie psychologiczne	<div style="text-align: center;">✓</div> 4 konsultacje wideo, trwające około 60 minut na Ubezpieczonego na Moduł ochrony

Świadczenie dla Szczególnej postaci nowotworu złośliwego

Medycyna precyzyjna: a) profilowanie molekularne, b) testy rodzinne w ramach medycyny precyzyjnej, c) przewodnik pacjenta w ramach badań klinicznych, w tym dzienna dieta	<div style="text-align: center;">✓</div> 100 euro dziennie dla Świadczenia dzienna dieta, maksymalnie do 60 dni
--	---

13. Sumę ubezpieczenia podajemy w euro. Wszelkie koszty poniesione w walucie innej niż euro przeliczamy na euro. Do przeliczenia używamy średniego kursu ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski z dnia, w którym ten koszt został poniesiony.
14. Suma ubezpieczenia dla świadczenia Leczenie za granicą, którą wskazaliśmy w Tabeli 4, to górna granica naszej odpowiedzialności dla wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych we wszystkich Modułach ochrony.

Kiedy realizujemy świadczenia

15. Centrum wsparcia medycznego organizuje i pokrywa koszty świadczeń w przypadku wystąpienia:

- 1) Scenariuszy medycznych objętych ubezpieczeniem lub
- 2) Poważnych stanów chorobowych,

pod warunkiem spełnienia wszystkich poniższych przesłanek:

- a) wystąpiło Zdarzenie ubezpieczeniowe oraz
- b) został złożony wniosek o świadczenie, który potwierdzono jako ważny, oraz
- c) dostarczone zostaną niezbędne dokumenty zgodnie z listą zawartą w Tabeli 6, oraz
- d) świadczenia organizowane są za pośrednictwem Portalu Global Doctors.

16. Poważny stan chorobowy musi być spowodowany:

- 1) chorobą zdiagnozowaną lub leczoną po raz pierwszy w okresie ochrony,
- 2) nieszczęśliwym wypadkiem w okresie ochrony.

17. Dla świadczenia Badania diagnostyczne i wirtualne konsultacje dodatkowo:

- 1) Twoje ubezpieczenie obejmuje tylko badania, które zostały zalecone jako niezbędne z medycznego punktu widzenia przez specjalistę podczas Wirtualnej konsultacji,

- 2) badania te muszą być przeprowadzane w Polsce i muszą spełnić określone warunki, takie jak uznanie ich za niezbędne do ustalenia diagnozy zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i międzynarodowymi wytycznymi (NCCN dla przypadków onkologicznych) oraz wykonywane w prywatnym szpitalu lub centrum diagnostycznym,
- 3) wniosek o świadczenie musi zostać złożony w okresie ochrony.

18. Dla świadczenia Testy rodzinne dodatkowo:

- 1) w przypadku uzyskania przez Ubezpieczonego pozytywnego wyniku testu mutacji dziedzicznych (germinalnych) organizujemy i pokrywamy koszty świadczenia Testy rodzinne dla uprawnionych członków rodziny Ubezpieczonego pod kątem tej samej mutacji,
- 2) dostarczony zostanie raport z badań genetycznych analizujący dziedziczne mutacje genów związane z rozpoznaniem nowotworem,
- 3) analizy dokonuje się dla Ubezpieczonego i jego uprawnionych krewnych,
- 4) zostanie zaoferowana e-konsultacja lub raport pomocniczy w celu dostarczenia wyników testu w sposób możliwie zrozumiały. W przypadku pozytywnego wyniku, doradca genetyczny skontaktuje się z Ubezpieczonym lub uprawnionym krewnym, aby przeanalizować wyniki i przedstawić najodpowiedniejsze postępowanie dla danego przypadku, dostarczając również raport podsumowujący po rozmowie,
- 5) wniosek o świadczenie musi zostać złożony w okresie ochrony.

19. Testy rodzinne nie będą wykonywane, jeśli Ubezpieczony skorzystał ze świadczenia Testy rodzinne w ramach Medycyny precyzyjnej.

20. Dla świadczenia Wsparcie psychologiczne dodatkowo:

- 1) zorganizowana zostanie Wirtualna konsultacja z Psychoonkologiem lub Psychologiem w celu zapewnienia wsparcia psychologicznego Ubezpieczonemu lub rodzinie,
- 2) wniosek o świadczenie musi zostać złożony w okresie ochrony.

21. Dla świadczenia Przewodnik pacjenta dodatkowo, wniosek o świadczenie musi zostać złożony w okresie ochrony.

22. Dla świadczenia Leczenie za granicą dodatkowo:

- 1) Poważny stan chorobowy objęty jest ochroną,
- 2) diagnoza choroby została potwierdzona w Raporcie eksperckim, a w przypadku rezygnacji ze świadczenia drugiej opinii medycznej, przez Zespół medyczny Further (na podstawie dokumentacji medycznej),
- 3) dostępny jest Okres świadczeniowy, a rozpoczęty Okres świadczeniowy dla Modułu ochrony, który obejmuje dany Poważny stan chorobowy jeszcze się nie zakończył,
- 4) leczenie jest niezbędne z medycznego punktu widzenia,
- 5) leczenie odbywa się poza Polską (z wyjątkiem świadczeń opisanych w Tabeli 5 B, punkty 3 i 4) w szpitalu wybranym przez Ubezpieczonego spośród szpitali rekomendowanych przez Centrum wsparcia medycznego oraz jest organizowane na zasadach opisanych w Warunkach Global Doctors Plus.

23. Dla Świadczenia Medycyny precyzyjnej organizujemy i pokrywamy koszty, jeśli spełnione są wszystkie poniższe warunki:

- 1) Szczególna postać nowotworu złośliwego musi być zdiagnozowana lub leczona po raz pierwszy w okresie ochrony lub nowotwór złośliwy musi być zdiagnozowany lub leczony po raz pierwszy w okresie ochrony a Szczególna postać nowotworu złośliwego jest kolejnym stadium tego nowotworu złośliwego,
- 2) Ubezpieczony jest w trakcie leczenia nowotworu złośliwego lub otrzymał zalecenie lekarskie o natychmiastowym rozpoczęciu leczenia,
- 3) dostępna jest bioprobka tkankowa z wystarczającą liczbą komórek nowotworowych do wykonania testów genetycznych, a w przypadku jej braku może zostać wykonana płynna biopsja (próbka krwi), jeśli jest to klinicznie wskazane,
- 4) dostępny jest Okres świadczeniowy, a rozpoczęty Okres świadczeniowy dla Modułu ochrony jeszcze się nie zakończył.

24. W ramach świadczenia Medycyny precyzyjnej organizujemy i pokrywamy koszty świadczenia Przewodnik pacjenta w ramach badań klinicznych, jeśli:
- 1) w Raporcie eksperckim Medycyny precyzyjnej Zespół lekarsko-eksperski wydał rekomendację leczenia w ramach Badań klinicznych oraz
 - 2) Ubezpieczony chce skorzystać z tej opcji.
25. W przypadku uzyskania przez Ubezpieczonego pozytywnego wyniku testu mutacji dziedzicznych (germinalnych) w ramach świadczenia Medycyny precyzyjnej organizujemy i pokrywamy koszty świadczenia Testów rodzinnych dla uprawnionych członków rodziny Ubezpieczonego pod kątem tej samej mutacji.
26. Przed realizacją świadczeń sprawdzamy, czy Okres świadczeniowy w ramach danego Modułu ochrony jest dostępny.
27. Dostępność Okresu świadczeniowego oznacza, że Ubezpieczony:
- 1) nie korzystał wcześniej z leczenia za granicą w ramach danego Modułu ochrony i będzie mógł korzystać ze świadczeń przez pełen okres 36 miesięcy,
 - 2) korzystał wcześniej z leczenia za granicą w ramach danego Modułu ochrony i będzie mógł korzystać ze świadczeń przez pozostałe miesiące tj. na czas jaki pozostał do zakończenia Okresu świadczeniowego.
28. Brak dostępności Okresu świadczeniowego oznacza, że od pierwszej podróży rozpoczynającej leczenie za granicą dla danego Modułu ochrony minęło już 36 miesięcy. Ubezpieczonemu nie przysługują dalsze świadczenia, ze względu na zakończenie Okresu świadczeniowego.
29. W sytuacji, gdy Okres świadczeniowy kończy się w trakcie Leczenia za granicą, realizacja świadczeń odbywa się w ramach kosztów medycznych określonych w Tabeli 5 w punkcie B, 2.a., do najbliższego wyznaczonego w oparciu o przyjęty Plan leczenia powrotu do Polski.

Jak realizujemy świadczenia i co one obejmują

30. Zakres świadczeń opisaliśmy w Tabeli 5.

Tabela 5. Zakres świadczeń

A. Wariant Diagnostyka

Rodzaj świadczenia	Zakres świadczenia
1. Wirtualne konsultacje	<p>Ubezpieczony ma prawo do Wirtualnej konsultacji po przedstawieniu dokumentów potwierdzających wystąpienie Scenariusza medycznego objętego ubezpieczeniem, o których mowa w <u>Tabeli 3</u>.</p> <p>Wirtualna konsultacja polega na konsultacji za pośrednictwem Portalu <u>Global Doctors</u> ze specjalistą medycznym w odpowiedniej dziedzinie medycyny.</p> <p>Celem Wirtualnej konsultacji jest omówienie wszelkich aspektów dotyczących prowadzonego postępowania, powiązanej diagnozy i ocena wszelkich innych działań diagnostycznych niezbędnych do postawienia diagnozy.</p> <p>Dostęp do Wirtualnych konsultacji nie będzie dostępny po aktywacji Świadczenia Leczenie za granicą w ramach tego samego Modułu ochrony przez cały Okres świadczeniowy.</p>
2. Badania diagnostyczne	<p>Po Wirtualnej konsultacji ze specjalistą może zaistnieć potrzeba przeprowadzenia przez Ubezpieczonego dalszych badań diagnostycznych w celu ustalenia diagnozy.</p> <p>Po wydaniu przez specjalistę zalecenia wykonania dalszych procedur diagnostycznych, przedstawiona zostanie Ci propozycja umówienia się na wizytę w ośrodku diagnostycznym w Polsce w celu wykonania tych badań, co zostanie opłacone z ubezpieczenia.</p> <p>W ramach tego świadczenia procedura diagnostyczna zostanie opłacona zgodnie z zasadami określonymi w punkcie <u>15-17</u>.</p>

Rodzaj świadczenia	Zakres świadczenia
3. Przewodnik pacjenta	<p>Ubezpieczony ma prawo do świadczenia Przewodnik pacjenta po przedstawieniu dowodów na <u>Poważny stan chorobowy</u> zgodnie z Tabelą 6.</p> <p>Świadczenie to obejmuje wirtualną rozmowę z Przewodnikiem pacjenta, po której następuje pisemny raport przekazany za pośrednictwem Portalu Global Doctors. Celem świadczenia Przewodnik pacjenta jest udzielenie wskazówek i odpowiedzi na wszelkie pytania lub obawy związane z interakcjami z zespołem opieki zdrowotnej, organizacjami pacjentów, aktywnościami życia codziennego/opieki nad sobą, dostępnym leczeniem lub jego skutkami ubocznymi.</p>
4. Testy rodzinne	<p>Świadczenie Testy rodzinne będzie dostępne dla Ubezpieczonego po przedstawieniu dowodów na <u>Poważny stan chorobowy</u> zgodnie z Tabelą 6.</p> <p>W przypadku uzyskania przez Ubezpieczonego pozytywnego wyniku testu mutacji dziedzicznych (germinalnych) organizujemy i pokrywamy koszty świadczenia Testy rodzinne dla uprawnionych członków rodziny Ubezpieczonego pod kątem tej samej mutacji. Uprawnionymi członkami rodziny będą biologiczne rodzeństwo i biologiczne dzieci Ubezpieczonego.</p> <p>W tym celu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) kwalifikujemy biologiczne rodzeństwo oraz biologiczne dzieci Ubezpieczonego do skorzystania ze świadczenia, wyłącznie w oparciu o zasadność kliniczną (potencjał rozwoju tego nowotworu w określonej linii dziedziczenia), 2) wybieramy odpowiednie specjalistyczne laboratorium, które wykonuje badanie bioprobek, 3) organizujemy i pokrywamy koszty odbioru bioprobek od biologicznych rodziców, rodzeństwa oraz dzieci Ubezpieczonego i dostarczenia ich do laboratorium, 4) laboratorium zbada bioprobki i wyda wyniki testu, 5) specjalista z zakresu genetyki wydaje raport na temat zalecanych działań profilaktyczno – leczniczych w przypadku pozytywnego wyniku testu mutacji dziedzicznych (linii zarodkowej) dla każdej osoby, której dotyczył test, 6) organizujemy wirtualną rozmowę ze specjalistą z zakresu genetyki dla każdej osoby, która otrzymała pozytywny wynik testu mutacji dziedzicznych (testu linii zarodkowej) w celu omówienia raportu. <p>Wykonanie testów mutacji dziedzicznych (linii zarodkowej) u biologicznego rodzeństwa oraz biologicznych dzieci Ubezpieczonego odbywa się za ich indywidualną zgodą.</p>

B. Wariant Leczenie za granicą

Rodzaj świadczenia	Zakres świadczenia
1. Druga opinia medyczna	<p>W ramach tego świadczenia przygotowujemy dla Ubezpieczonego <u>Raport ekspercki</u> na temat <u>Poważnego stanu chorobowego</u>, w tym celu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) informujemy jakie formularze i jaka dokumentacja medyczna jest potrzebna do przygotowania Raportu eksperckiego, 2) możemy pomóc w gromadzeniu istniejącej dokumentacji medycznej, 3) przetłumaczymy dostarczoną dokumentację medyczną na język <u>Lekarza konsultanta</u>, 4) jeśli <u>Lekarz konsultant</u> tak zaleci zapewnimy ponowną ocenę histopatologiczną tkanek, które zostały wcześniej pobrane, 5) <u>Lekarz konsultant</u> przygotowuje <u>Raport ekspercki</u> na podstawie dokumentacji medycznej, 6) przetłumaczymy <u>Raport ekspercki</u>, zawierający <u>Plan leczenia</u>, na język polski.

Rodzaj świadczenia	Zakres świadczenia
1. Druga opinia medyczna cd.	<p>Ubezpieczony otrzyma od nas tylko jeden <u>Raport ekspercki</u>; jednak, jeśli <u>Lekarz konsultant</u> postawi diagnozę inną niż ta, którą pierwotnie otrzymał Ubezpieczony, to otrzyma od nas drugi <u>Raport ekspercki</u> wydany przez innego <u>Lekarza konsultanta</u>.</p> <p>Jeżeli Ubezpieczony wystąpi o drugą opinię medyczną, będziemy realizować to świadczenie w całości przed organizacją pozostałych świadczeń. Ubezpieczony może zrezygnować z <u>Raportu eksperckiego</u>. W takiej sytuacji o zasadności i <u>Planie leczenia</u> za granicą rozstrzyga <u>Zespół medyczny Further</u>, na podstawie dokumentacji medycznej. Jeżeli Ubezpieczony skorzysta ze świadczenia <u>Medycyny precyzyjnej</u> i otrzyma <u>Raport ekspercki Medycyny precyzyjnej</u> to nie może już ubiegać się o drugą opinię medyczną w związku z tą samą diagnozą nowotworu.</p>
2. Opieka medyczna za granicą	<p>W ramach tego świadczenia organizujemy i pokrywamy koszty leczenia <u>Poważnego stanu chorobowego</u> u Ubezpieczonego w <u>Placówkach medycznych</u> zgodnie z zakresem terytorialnym, który wskazaliśmy w <u>Tabeli 4</u>, w tym celu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) przedstawimy propozycję trzech <u>Placówek medycznych</u> za granicą, w których możliwe jest leczenie; (lista proponowanych <u>Placówek medycznych</u> nie będzie obejmować <u>Placówek medycznych</u> w kraju, w którym Ubezpieczony mieszka, pracuje lub uczy się w momencie jej ustalania; lista jest ostateczna i nie zostanie zaktualizowana o <u>Placówkę medyczną</u> w kraju, do którego Ubezpieczony przeniesie się w późniejszym terminie), 2) Ubezpieczony wybiera jedną z rekomendowanych <u>Placówek medycznych</u>, 3) przekazujemy <u>Certyfikat medyczny</u>, 4) zapewniamy tłumaczenia niezbędne do realizacji świadczenia, 5) po zakończonym etapie leczenia za granicą przekazujemy dokumentację medyczną przetłumaczoną na język polski oraz dalsze zalecenia Lekarza prowadzącego leczenie. <p>Certyfikat medyczny dotyczy leczenia w danej <u>Placówce medycznej</u> i jest ważny przez 3 miesiące. Jeśli ważność <u>Certyfikatu medycznego</u> upłynie, musimy wystawić nowy. Przed wystawieniem nowego <u>Certyfikatu medycznego</u> ocenimy aktualny stan zdrowia Ubezpieczonego.</p> <p>Świadczenie Opieki medycznej za granicą składa się z następujących świadczeń szczegółowych:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) koszty medyczne; b) koszty podróży; c) koszty zakwaterowania; d) koszty repatriacji zwłok.
a. koszty medyczne	<p>W ramach tego świadczenia organizujemy i pokrywamy koszty, które wynikają z przyjętego <u>Planu leczenia</u> zawartego w <u>Certyfikacie medycznym</u>, które w przypadku Ubezpieczonego obejmują:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wydatki związane z leczeniem lub opieką zdrowotną w <u>Placówce medycznej</u>: <ol style="list-style-type: none"> a) ponoszone przez <u>Szpital</u> koszty: <ul style="list-style-type: none"> – pobytu w pokoju, sali, na oddziale szpitalnym lub na oddziale intensywnej terapii, – dodatkowego łóżka związanego z pobytem <u>Osoby towarzyszącej</u> w <u>Szpitalu</u>, o ile Szpital udostępnia taką usługę, – żywienia podczas <u>Hospitalizacji</u>, – usług medycznych świadczonych przez przychodnię przyszpitalną, – wykonania zabiegów chirurgicznych na sali operacyjnej, b) koszty ponoszone przez klinikę chirurgii/leczenia jednego dnia lub przychodnię, c) koszty ponoszone przez przychodnię lub niezależny ośrodek, ale tylko wówczas gdy przeprowadzone procedury medyczne były objęte zakresem umowy w przypadku leczenia szpitalnego,

Rodzaj świadczenia	Zakres świadczenia
a. koszty medyczne cd.	<ul style="list-style-type: none"> d) koszty opieki lekarskiej, pielęgniarstwa oraz opieki pozostałego personelu medycznego na każdym oddziale <u>Szpitala</u> lub koszty medyczne w ambulatorium, w których konieczne jest leczenie (zgodnie z zaleceniami <u>Lekarza</u>), e) koszty opieki anestezyjologicznej, która obejmuje przygotowanie do znieczulenia, znieczulenie i opiekę nad Ubezpieczonym po zakończeniu znieczulenia, f) koszty analizy laboratoryjnej, badań patomorfologicznych, badań rentgenowskich, chemioterapii, badań elektrokardiograficznych, badań ultrasonograficznych, badań z zastosowaniem izotopów promieniotwórczych, echokardiografii, mielogramu, encefalografii, angiografii, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego oraz innych badań zleconych przez <u>Lekarza</u> w celu rozpoznania i leczenia Poważnego stanu chorobowego, g) koszty radioterapii: promieniowanie wysokoenergetyczne do zmniejszania guzów i zabijania komórek nowotworowych promieniami rentgenowskimi, promieniami gamma i naładowanymi cząstkami, które są rodzajami promieniowania wykorzystywanymi do leczenia nowotworu albo dostarczanych przez urządzenie poza ciałem (promieniowanie wiązką zewnętrzną) lub przez materiał radioaktywny umieszczony w organizmie w pobliżu komórek nowotworowych (wewnętrzna radioterapia), h) koszty zabiegów zleconych przez <u>Lekarzy</u>, w tym: transfuzję krwi, osocza i płynów dożylnych, iniekcji, terapii tlenowej, i) koszty chirurgii rekonstrukcyjnej, która polega na odbudowie lub naprawie struktury ciała w celu skorygowania jej funkcji, <ul style="list-style-type: none"> 2) koszty leczenia powikłań lub działań niepożądanych wynikających z procedur medycznych zastosowanych w ramach opieki medycznej za granicą, które: <ul style="list-style-type: none"> a) wymagają natychmiastowej pomocy w <u>Placówce medycznej</u> oraz b) są niezbędne do uznania Ubezpieczonego za zdolnego do podróży powrotnej po zakończeniu etapu Leczenia za granicą, 3) koszty protez piersi po mastektomii i protez zastawek serca koniecznych w następstwie zabiegu chirurgicznego zorganizowanego i opłaconego w ramach ubezpieczenia Global Doctors Plus, 4) koszty <u>Leków</u> zakupionych przed powrotem do Polski, które przepisał <u>Lekarz</u> prowadzący leczenie za granicą przez okres 30 dni od zakończenia etapu leczenia, 5) dodatkowo w przypadku przeszczepienia narządów lub przeszczepienia szpiku kostnego następujące koszty: <ul style="list-style-type: none"> a) procedury szukania potencjalnych <u>Dawców</u> wśród członków rodziny Ubezpieczonego, b) wydatków związanych z leczeniem lub opieką zdrowotną w <u>Placówce medycznej</u> dla <u>Dawcy</u>, które obejmują: <ul style="list-style-type: none"> – koszty zakwaterowania w pokoju lub na oddziale i wyżywienia podczas <u>Hospitalizacji</u>, – koszty opieki lekarskiej i pielęgniarstwa podczas <u>Hospitalizacji</u>, – koszty obsługi personelu medycznego, – koszty zleconych przez <u>Lekarza</u> badań laboratoryjno-diagnostycznych, c) operacji pobrania narządu lub szpiku kostnego dla Ubezpieczonego, d) procedury hodowli szpiku kostnego dla Ubezpieczonego (poniesione od daty wydania <u>Certyfikatu medycznego</u>),

Rodzaj świadczenia	Zakres świadczenia
a. koszty medyczne cd.	<p>6) jeżeli organizacja i prowadzenie <u>Leczenia za granicą</u> jest niemożliwe z powodu siły wyższej, a także ograniczeń operacyjnych lub logistycznych ogłoszonych przez władze lokalne lub międzynarodowe, <u>Centrum wsparcia medycznego</u> zorganizuje usługi i świadczenia opisane w punkcie 2. a. koszty medyczne (z wyłączeniem świadczeń udzielanych lub finansowanych przez publiczne służby zdrowia) w Polsce, pod warunkiem że:</p> <ul style="list-style-type: none"> • te same ograniczenia nie stoją na przeszkodzie organizacji tych usług i świadczeń w Polsce, oraz • możliwe jest przeprowadzenie równoważnego leczenia w Polsce. <p>Usługi i świadczenia będą świadczone w Polsce do czasu, aż Centrum wsparcia medycznego będzie w stanie potwierdzić i zorganizować Leczenia za granicą, a stan zdrowia Ubezpieczonego pozwala na kontynuację leczenia poza terytorium Polski.</p>
b. koszty podróży	<p>W ramach tego świadczenia organizujemy i pokrywamy dla Ubezpieczonego, Osoby towarzyszącej i Dawcy (w przypadku przeszczepu) koszty:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) podróży pociągami lub samolotem w klasie ekonomicznej do miejsca leczenia za granicą oraz podróży powrotnej w zakresie transportu: <ol style="list-style-type: none"> a) z miejsca zamieszkania Ubezpieczonego do wyznaczonego lotniska międzynarodowego lub dworca kolejowego, b) do wskazanego hotelu lub bezpośrednio do <u>Szpitala</u>, c) z wyznaczonego hotelu lub <u>Szpitala</u> do wskazanego międzynarodowego lotniska lub dworca kolejowego, d) z wyznaczonego lotniska międzynarodowego lub dworca kolejowego do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, 2) transportu medycznego drogą lądową lub powietrzną, jeżeli: <ol style="list-style-type: none"> a) takie zalecenie wydał <u>Lekarz konsultant</u>, który sporządził <u>Raport ekspercki</u> lub Lekarz prowadzący leczenie za granicą, b) jego organizacja została wcześniej zatwierdzona przez <u>Centrum wsparcia medycznego</u>. <p>Centrum wsparcia medycznego odpowiada za wybór terminów transportu w ramach każdego przejazdu objętego zakresem ubezpieczenia (na podstawie zatwierdzonego <u>Planu leczenia</u>) i przedstawia je do akceptacji Ubezpieczonego lub <u>Dawcy</u> najpóźniej na 3 dni przed podróżą. Zmiana ustalonych terminów jest możliwa wyłącznie z udokumentowanych powodów medycznych. W każdym innym przypadku <u>Centrum wsparcia medycznego</u> nie dokona nowych ustaleń dotyczących podróży i zakwaterowania.</p>
c. koszty zakwaterowania	<p>W ramach tego świadczenia organizujemy i pokrywamy koszty Zakwaterowania Ubezpieczonego, Osoby towarzyszącej i Dawcy w miejscu leczenia za granicą. Zapewniamy noclegi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) w pokojach dwuosobowych ze śniadaniem, 2) w hotelu trzy lub czterogwiazdkowym, który znajduje się nie dalej niż 10 km od Placówki medycznej, w której odbywa się leczenie. <p><u>Centrum wsparcia medycznego</u> odpowiada za wybór terminów rezerwacji i miejsca zakwaterowania w ramach każdego przejazdu objętego zakresem ubezpieczenia na podstawie zatwierdzonego <u>Planu leczenia</u> i przedstawia je do akceptacji Ubezpieczonego lub Dawcy najpóźniej na 3 dni przed podróżą. Ubezpieczony, Osoba towarzysząca i Dawca nie może zmieniać standardu hotelu, nawet dopłacając do różnicy w kosztach.</p>

Rodzaj świadczenia	Zakres świadczenia
d. koszty repatriacji zwłok	<p>W ramach tego świadczenia organizujemy i pokrywamy koszty repatriacji zwłok, jeśli zgon Ubezpieczonego lub Dawcy nastąpił podczas organizowanego przez nas leczenia za granicą, koszty te obejmują:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) zakup trumny przewozowej, 2) balsamowanie zwłok, 3) transport do miejsca pochówku.
3. Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą	<p>W ramach tego świadczenia po zakończeniu danego etapu leczenia za granicą zwrócimy poniesione przez Ubezpieczonego koszty badań diagnostycznych, profilaktycznych lub przesiewowych oraz konsultacji lekarskich z nimi związanych, które:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ubezpieczony zorganizował we własnym zakresie, 2) wynikają z zaleceń Lekarza prowadzącego to leczenie za granicą, 3) są dostępne w Polsce w terminie i trybie pozwalającym na bieżącą kontrolę stanu zdrowia, 4) wynikają z faktur lub rachunków i dowodów płatności za usługi zrealizowane w Polsce przed końcem <u>Okresu świadczeniowego</u>, 5) realizowane są wyłącznie w rekomendowanych lub zaakceptowanych przez <u>Centrum wsparcia medycznego</u> Placówkach medycznych w Polsce. <p>Jeśli stan zdrowia Ubezpieczonego się zmieni i otrzyma on inne zalecenia od Lekarza w Polsce to zwrócimy powyższe koszty wyłącznie po weryfikacji i akceptacji nowych zaleceń przez Lekarza prowadzącego leczenie za granicą.</p> <p>Na wniosek Ubezpieczonego organizujemy i pokrywamy koszty tego świadczenia poza granicami Polski, w takim przypadku:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) świadczenie będzie realizowane przez Lekarzy prowadzących Leczenie za granicą lub ich zespół medyczny, b) zorganizujemy niezbędny transport i zakwaterowanie na warunkach określonych w punkcie 2.b. i 2.c. dla Ubezpieczonego lub Osoby towarzyszącej oraz tłumaczenia niezbędne dla realizacji świadczenia, <p>jednocześnie, jeśli w trakcie kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granicą okaże się, że trzeba kontynuować to leczenie, wznowimy organizację świadczenia opieki medycznej za granicą.</p>
4. Zwrot kosztów leków po leczeniu za granicą	<p>W ramach tego świadczenia zwracamy Ubezpieczonemu poniesione koszty zakupu <u>Leków</u> wydawanych na <u>Receptę</u> do kwoty 50 000 euro, jeśli:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) okres <u>Hospitalizacji</u> w ramach leczenia za granicą wynosił co najmniej 3 dni, 2) <u>Leki</u> zalecił Lekarz prowadzący leczenie za granicą jako niezbędną kontynuację leczenia, a <u>Receptę</u> wystawił Lekarz w Polsce przed zakończeniem <u>Okresu świadczeniowego</u>, 3) każda <u>Recepta</u> obejmuje ilość <u>Leku</u> do przyjmowania przez okres nie dłuższy niż dwa miesiące (jeżeli <u>Recepty</u> obejmują dawkę większą, to zwracamy koszty Leków przepisanych na dwa miesiące), 4) <u>Leki</u> zostały zakupione w Polsce, a ich zakup udokumentowany fakturą lub rachunkiem i dowodem płatności, 5) <u>Leki</u> nie są refundowane przez publiczny system ochrony zdrowia w Polsce (jeśli <u>Lek</u> jest częściowo refundowany zwracamy część nierefundowaną). <p>Dodatkowo zorganizujemy wystawienie <u>Recepty</u> a także konieczną podróż i zakwaterowanie (na warunkach określonych w punkcie 2.b. i 2.c.) w celu zakupu Leków poza granicami Polski, jeżeli:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Lek nie jest zatwierdzony lub dopuszczony do obrotu w Polsce, lub b) Lek nie jest dostępny do nabycia w Polsce, lub c) Leku nie można zakupić w terminie pozwalającym na kontynuację leczenia.

Rodzaj świadczenia	Zakres świadczenia
5. Dienne świadczenie szpitalne	<p>W ramach tego świadczenia Ubezpieczony otrzyma 100 euro za każdy dzień <u>Hospitalizacji</u> w <u>Szpitalu</u> podczas leczenia za granicą, dienne świadczenie szpitalne wypłacamy:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) w ciągu 7 dni po zakończonej <u>Hospitalizacji</u> w <u>Szpitalu</u> lub po każdym zakończonym tygodniu <u>Hospitalizacji</u> w <u>Szpitalu</u>, 2) maksymalnie za 60 dni w przypadku jednego <u>Modułu ochrony</u>, o ile <u>Hospitalizacja</u> rozpoczęła się w <u>Okresie świadczeniowym</u>.
Wsparcie psychologiczne	
6. Wsparcie psychologiczne	<p>Ubezpieczony ma prawo do świadczenia z tytułu Wsparcia psychologicznego po przedstawieniu dowodów na wystąpienie Poważnego stanu chorobowego zgodnie z <u>Tabelą 6</u>.</p> <p>W ramach świadczenia wsparcie psychologiczne organizujemy i pokrywamy koszty czterech 60-minutowych konsultacji on-line za pośrednictwem <u>Portalu Global Doctors</u> dla Ubezpieczonego lub jego rodziny z Psychoonkologiem lub Psychologiem.</p>
Medycyna precyzyjna	
7. Medycyna precyzyjna	<p>W ramach świadczenia <u>Medycyny precyzyjnej</u>:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) przygotujemy dla Ubezpieczonego jeden <u>Raport ekspercki medycyny precyzyjnej</u> dla <u>Szczegółowej postaci nowotworu złośliwego</u>, w tym celu: <ol style="list-style-type: none"> a) informujemy jakie formularze i jaka dokumentacja medyczna jest potrzebna do przygotowania <u>Raportu eksperckiego medycyny precyzyjnej</u>, b) możemy pomóc w gromadzeniu istniejącej dokumentacji medycznej, c) przetłumaczymy dostarczoną dokumentację medyczną na język członków zespołu lekarsko-eksperskiego, d) zorganizujemy i pokryjemy koszty profilowania molekularnego, e) <u>Zespół lekarsko-eksperski</u> przygotowuje <u>Raport ekspercki medycyny precyzyjnej</u> na podstawie dokumentacji medycznej, analizy profilowania molekularnego oraz wyników testów mutacji dziedzicznych (germinalnych), jeśli zostały przeprowadzone, f) przetłumaczymy <u>Raport ekspercki medycyny precyzyjnej</u> na język polski, g) zorganizujemy wirtualną rozmowę z przedstawicielem <u>Further</u> w celu omówienia <u>Raportu eksperckiego medycyny precyzyjnej</u> za pośrednictwem <u>Portalu Global Doctors</u>, h) za zgodą Ubezpieczonego zorganizujemy dodatkową wirtualną rozmowę lekarza onkologa prowadzącego leczenie Ubezpieczonego z przedstawicielem <u>Zespołu lekarsko-eksperskiego</u> w celu omówienia zaleceń dotyczących leczenia, które zostały zawarte w <u>Raporcie eksperckim medycyny precyzyjnej</u>, 2) organizujemy i pokrywamy koszty leczenia w ramach medycyny precyzyjnej w <u>Placówkach medycznych</u> zgodnie z zakresem terytorialnym, który wskazaliśmy w <u>Tabeli 4</u>, 3) organizujemy i pokrywamy koszty <u>Testów rodzinnych</u>, które opisaliśmy w <u>Tabeli 5B punkt 9</u>, 4) wspieramy w znalezieniu odpowiednich <u>Badań klinicznych</u>, w ramach świadczenia <u>Przewodnik pacjenta</u> w ramach badań klinicznych, które opisaliśmy w <u>Tabeli 5B punkt 10</u>, 5) jeśli Ubezpieczony będzie uczestnikiem <u>Badań klinicznych</u> pokrywamy koszty, które opisaliśmy w <u>Tabeli 5B punkt 10</u>.

Rodzaj świadczenia	Zakres świadczenia
7. Medycyna precyzyjna cd.	<p>Realizujemy świadczenie <u>medycyny precyzyjnej</u> bez wcześniejszej Drugiej opinii medycznej jeśli <u>Zespół medyczny Further</u> na podstawie wstępnej oceny dokumentacji medycznej stwierdzi wystąpienie <u>Szczególnej postaci nowotworu złośliwego</u>.</p> <p>Świadczenie <u>Medycyny precyzyjnej</u> składa się z następujących świadczeń szczegółowych:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) profilowanie molekularne, 2) testy rodzinne, 3) Przewodnik pacjenta w ramach badań klinicznych, w tym dzienna dieta.
8. Profilowanie molekularne w ramach medycyny precyzyjnej	<p>W ramach świadczenia profilowania molekularnego organizujemy i pokrywamy koszty badania biopróbek w celu wykrycia i indywidualnego scharakteryzowania podstawowych cech komórek nowotworowych <u>Szczególnej postaci nowotworu złośliwego</u>. W tym celu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) określamy rodzaj wymaganych testów genetycznych i związanych z nimi biopróbek, 2) wybieramy odpowiednie specjalistyczne laboratorium, które wykonuje badanie biopróbek, 3) organizujemy i pokrywamy koszty odbioru biopróbek od Ubezpieczonego i dostarczenia ich do laboratorium, 4) Further wyznacza <u>Zespół lekarsko-ekspertski</u>, który bierze udział w realizacji świadczenia profilowania molekularnego. <p>Świadczenie profilowania molekularnego wykonujemy tylko raz dla każdej <u>Szczególnej postaci nowotworu złośliwego</u>, zgodnej z określonym kodem Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD) przypisanym do nowotworu.</p>
9. Testy rodzinne w ramach medycyny precyzyjnej	<p>W ramach świadczenia Testów rodzinnych organizujemy i pokrywamy koszty testów mutacji dziedzicznych (germinalnych) u biologicznego rodzeństwa oraz biologicznych dzieci Ubezpieczonego. W tym celu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) kwalifikujemy biologiczne rodzeństwo oraz biologiczne dzieci Ubezpieczonego do skorzystania ze świadczenia, wyłącznie w oparciu o zasadność kliniczną (potencjał rozwoju tego nowotworu w określonej linii dziedziczenia), 2) wybieramy odpowiednie specjalistyczne laboratorium, które wykonuje badanie biopróbek, 3) organizujemy i pokrywamy koszty odbioru biopróbek od biologicznego rodzeństwa oraz biologicznych dzieci Ubezpieczonego i dostarczenia ich do laboratorium, 4) laboratorium zbada bioprobki i wyda wyniki testu, 5) specjalista z zakresu genetyki wydaje raport na temat zalecanych działań profilaktyczno – leczniczych w przypadku pozytywnego wyniku testu mutacji dziedzicznych (linii zarodkowej) dla każdej osoby, której dotyczył test, 6) organizujemy wirtualną rozmowę ze specjalistą z zakresu genetyki dla każdej osoby, która otrzymała pozytywny wynik testu mutacji dziedzicznych (germinalnych) w celu omówienia raportu. <p>Wykonanie testów mutacji dziedzicznych (germinalnych) u biologicznego rodzeństwa oraz biologicznych dzieci Ubezpieczonego odbywa się za ich indywidualną zgodą.</p> <p>Testy Rodzinne w ramach medycyny precyzyjnej nie będą wykonywane, jeśli Ubezpieczony skorzystał ze świadczenia Testy rodzinne w ramach Wariantu Diagnostyka.</p>

Rodzaj świadczenia	Zakres świadczenia
10. Przewodnika pacjenta w ramach badań klinicznych	<p>Organizujemy świadczenie Przewodnik pacjenta w ramach badań klinicznych, jeśli w <u>Raporcie eksperckim medycyny precyzyjnej</u> Zespół lekarsko-eksperski wydał rekomendację leczenia w ramach badań klinicznych oraz Ubezpieczony chce skorzystać z tej opcji.</p> <p>W ramach świadczenia Przewodnik pacjenta w ramach badań klinicznych Ubezpieczony otrzymuje informacje o dostępnych <u>Badaniach klinicznych</u> związanych z leczeniem jego Szczególnej postaci nowotworu złośliwego po wcześniejszym profilowaniu molekularnym. W tym celu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Centrum wsparcia medycznego dołoży wszelkich starań, aby znaleźć najbardziej odpowiednie badania kliniczne spośród oferowanych na całym świecie dla indywidualnego przypadku Ubezpieczonego, jednakże nie może zagwarantować jego dopasowania, 2) informacje o dostępnych <u>Badaniach klinicznych</u> wyszukujemy maksymalnie dwa razy dla każdej szczególnej postaci nowotworu złośliwego; powtórne przeszukiwanie możliwe jest w przypadku, gdy Ubezpieczony nie zdecyduje się na udział w żadnym ze wskazanych wcześniej <u>Badaniach klinicznych</u> lub nie zakwalifikuje się do żadnego, 3) kontaktujemy się z ośrodkami badań klinicznych, które prowadzą aktywne <u>Badania kliniczne</u> w kraju zamieszkania Ubezpieczonego, jeśli to możliwe, i w razie potrzeby poszerzamy zakres poszukiwań, 4) pomagamy przy wypełnianiu wniosku o rejestrację do <u>Badaniach klinicznych</u>, w tym w razie potrzeby tłumaczymy dokumentację, 5) organizujemy i pokrywamy koszty, które opisaliśmy w Tabeli 5B, punkt 10, jeśli Ubezpieczony będzie uczestnikiem <u>Badaniach klinicznych</u>, które dla niego wyszukaliśmy. <p>Dodatkowo w ramach tego świadczenia organizator badań klinicznych:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) decyduje o przyjęciu Ubezpieczonego do badań klinicznych oraz 2) informuje Ubezpieczonego o tym, które koszty pokrywa organizator badań klinicznych, a które Ubezpieczony.
a. koszty medyczne	<ol style="list-style-type: none"> 1) W przypadku gdy <u>Badania kliniczne</u> odbywają się w Polsce, w ramach tego świadczenia: <ol style="list-style-type: none"> a) organizator badania klinicznego finansuje podawanie badanego leku i stale monitoruje stan zdrowia Ubezpieczonego w trakcie udziału w <u>Badaniu klinicznym</u> oraz b) nie pokrywamy żadnych kosztów leczenia, które nie są finansowane przez organizatora badania klinicznego. 2) w przypadku gdy <u>Badania kliniczne</u> odbywają się poza Polską, w ramach tego świadczenia: <ol style="list-style-type: none"> a) organizator badania klinicznego finansuje podawanie badanego leku i stale monitoruje stan zdrowia Ubezpieczonego w trakcie udziału w <u>Badaniu klinicznym</u> oraz b) pokrywamy pozostałe koszty leczenia w ramach <u>Medycyny precyzyjnej</u>, które: <ol style="list-style-type: none"> i) nie są finansowane przez organizatora badania klinicznego, a są niezbędne dla efektywności <u>Badania klinicznego</u> oraz ii) dotyczą wyłącznie leczenia świadczonego w tym samym szpitalu, w którym prowadzone jest Badanie kliniczne, oraz iii) są zorganizowane przez <u>Centrum wsparcia medycznego</u> w ramach <u>Medycyny precyzyjnej</u> zgodnie z Warunkami Global Doctors Plus.

Rodzaj świadczenia	Zakres świadczenia
b. koszty podróży	<p>W przypadku, gdy <u>Badania kliniczne</u> odbywają się w Polsce, a jednocześnie jeśli są przeprowadzane w odległości powyżej 100 km od miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, lub gdy <u>Badania kliniczne</u> odbywają się poza Polską, w ramach tego świadczenia organizujemy i pokrywamy dla Ubezpieczonego i osoby towarzyszącej koszty:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) podróży pociągami lub samolotem w klasie ekonomicznej do miejsca prowadzenia badań klinicznych oraz podróży powrotnej w zakresie transportu: <ol style="list-style-type: none"> a) z miejsca zamieszkania Ubezpieczonego do wyznaczonego lotniska lub dworca kolejowego; b) do wskazanego hotelu lub bezpośrednio do placówki medycznej; c) z wyznaczonego hotelu lub placówki medycznej do wskazanego lotniska lub dworca kolejowego; d) z wyznaczonego lotniska lub dworca kolejowego do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego; 2) transportu medycznego drogą lądową lub powietrzną, jeżeli: <ol style="list-style-type: none"> a) takie zalecenie wydał lekarz prowadzący badania kliniczne; b) jego organizacja została wcześniej zatwierdzona przez <u>Centrum wsparcia medycznego</u>; <p><u>Centrum wsparcia medycznego</u> odpowiada za wybór terminów transportu (w ramach każdego przejazdu objętego zakresem ubezpieczenia) i przedstawia je do akceptacji Ubezpieczonego najpóźniej na 3 dni przed podróżą, zmiana ustalonych terminów jest możliwa wyłącznie z udokumentowanych powodów medycznych; w każdym innym przypadku <u>Centrum wsparcia medycznego</u> nie dokona nowych ustaleń dotyczących podróży i zakwaterowania</p>
c. koszty zakwaterowania	<p>W przypadku gdy <u>Badania kliniczne</u> odbywają się w Polsce, a jednocześnie jeśli są przeprowadzane w odległości powyżej 100 km od miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, lub gdy <u>Badania kliniczne</u> odbywają się poza Polską w ramach tego świadczenia organizujemy i pokrywamy koszty zakwaterowania Ubezpieczonego, osoby towarzyszącej w miejscu prowadzenia <u>Badania klinicznych</u>, w tym celu zapewniamy noclegi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) w pokojach dwuosobowych ze śniadaniem, 2) w hotelu trzy lub czterogwiazdkowym, który znajduje się nie dalej niż 10 km od Placówki medycznej, w której prowadzone są badania kliniczne. <p><u>Centrum wsparcia medycznego</u> odpowiada za wybór terminów rezerwacji i miejsca zakwaterowania w ramach każdego przejazdu objętego zakresem ubezpieczenia i przedstawia je do akceptacji Ubezpieczonego najpóźniej na 3 dni przed podróżą, Ubezpieczony i osoba towarzysząca nie może zmieniać standardu hotelu, nawet dopłacając do różnicy w kosztach.</p>
d. koszty repatriacji	<p>W przypadku gdy <u>Badania kliniczne</u> odbywają się w Polsce, a jednocześnie jeśli są przeprowadzane w odległości powyżej 100 km od miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, lub gdy <u>Badania kliniczne</u> odbywają się poza Polską w ramach tego świadczenia organizujemy i pokrywamy koszty repatriacji zwłok, jeśli zgon Ubezpieczonego nastąpił podczas organizowanej przez nas podróży i pobytu za granicą w związku z udziałem ubezpieczonego w <u>Badaniach klinicznych</u>, koszty te obejmują:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) zakup trumny przewozowej, 2) balsamowanie zwłok (jeśli dotyczy), 3) transport do miejsca pochówku.

Rodzaj świadczenia	Zakres świadczenia
e. Dzienna dieta	<p>W przypadku gdy <u>Badania kliniczne</u> odbywają się w Polsce, a jednocześnie jeśli są przeprowadzane w odległości powyżej 100 km od miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, lub gdy <u>Badania kliniczne</u> odbywają się poza Polską, w ramach tego świadczenia:</p> <p>W ramach tego świadczenia Ubezpieczony otrzyma 100 euro za każdy dzień udziału w <u>Badaniach klinicznych</u>, tzn. dzień przyjmowania badanego leku lub dzień badań w placówce medycznej; dzienną dietę wypłacamy:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) w ciągu 7 dni po zakończeniu udziału w <u>Badaniach klinicznych</u> lub po każdym zakończonym tygodniu udziału w <u>Badaniach klinicznych</u>, 2) maksymalnie przez 60 dni. <p>Jeśli za ten sam okres ubezpieczony ma prawo do otrzymania Diennej diety i Dziennego świadczenia szpitalnego, wypłacimy tylko Dienne świadczenie szpitalne.</p>



Jakie koszty pokrywamy przy badaniach klinicznych

Pamiętaj, że jeśli będziesz uczestnikiem badania klinicznego, pokryjemy Ci koszty, które wymieniliśmy w Tabeli 5B, Punkt 10.

Jakie roszczenia przysługują po zakończeniu okresu ubezpieczenia

31. W przypadku zakończenia okresu ubezpieczenia wskazanego w umowie ubezpieczenia oraz nie kontynuowania ochrony, Ubezpieczonemu nadal przysługują opisane poniżej świadczenia:
- a) Badania diagnostyczne i Wirtualne konsultacje – ubezpieczenie pokryje koszty testów, które zostaną zarekomendowane podczas Wirtualnej konsultacji w okresie aktywnej ochrony,
 - b) Leczenie za granicą – do końca rozpoczętego Okresu świadczeniowego dla danego roszczenia w poszczególnych Modułach ochrony.
 - c) Przewodnik pacjenta – zostanie zorganizowana wirtualna rozmowa z Ubezpieczonym, która miała miejsce za pośrednictwem Portalu Global Doctors w okresie aktywnej ochrony,
 - d) Testy rodzinne – ubezpieczenie pokryje koszty i dostarczy testy rodzinne, które zostały zgłoszone w okresie aktywnej ochrony,
 - e) Wsparcie psychologiczne – zostanie zorganizowana sesja z terminem realizacji w okresie aktywnej ochrony.

Kiedy stosujemy czasowe ograniczenie ochrony

32. Ograniczamy naszą odpowiedzialność przez 90 dni, od dnia zawarcia umowy. Odpowiadamy w tym okresie wyłącznie za Zdarzenie ubezpieczeniowe, które powstało w wyniku Nieszczęśliwego wypadku. Taki zakres ochrony uwzględniliśmy przy wyliczeniu składki.
33. Nie stosujemy czasowego ograniczenia ochrony, jeżeli:
- 1) bez przerw przedłużasz z nami ochronę w ubezpieczeniu Global Doctors Plus na kolejne okresy ubezpieczenia, lub
 - 2) zawierasz z nami kolejną umowę z ubezpieczeniem Global Doctors Plus, w ciągu maksymalnie 30 dni od zakończenia ochrony w ramach poprzedniej umowy, a zakres nowej i poprzedniej umowy obejmuje te same Poważne stany chorobowe i Scenariusze medyczne objęte ubezpieczeniem.

Jakich Scenariuszy medycznych, Poważnych stanów chorobowych i Szczególnej postaci nowotworu złośliwego nie obejmujemy ochroną

34. Ochroną nie obejmujemy Poważnego stanu chorobowego lub Szczególnej postaci nowotworu złośliwego i Scenariusza medycznego objętego ubezpieczeniem, który powstał w wyniku tego, że Ubezpieczony:
- 1) brał czynny udział w Aktach przemocy lub Aktach terroryzmu, lub
 - 2) dokonał umyślnego samouszkodzenia ciała lub próby samobójczej, lub
 - 3) popełnił lub usiłował popełnić przestępstwo z winy umyślnej, stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu, lub
 - 4) uzależnił się od środków psychoaktywnych, narkotyków lub środków halucynogennych.
35. Ochroną nie obejmujemy Poważnego stanu chorobowego lub Szczególnej postaci nowotworu złośliwego i Scenariusza medycznego objętego ubezpieczeniem, który powstał w wyniku jednej z poniższych sytuacji:
- 1) działań wojennych, powstań lub przewrotów wojskowych,
 - 2) ruchów sejsmicznych, wybuchów wulkanów lub powodzi,
 - 3) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie,
 - 4) epidemii ogłoszonych przez władze państwowe.
36. Ochroną nie obejmujemy:
- 1) nowotworów związanych z zespołem nabytego niedoboru odporności (AIDS) i zakażeniem wirusem HIV,
 - 2) nowotworów skóry, które nie zostały sklasyfikowane histologicznie jako nowotwory powodujące inwazję poza naskórek, z wyjątkiem czerniaków,
 - 3) operacji neurochirurgicznej, której konieczność przeprowadzenia wynika:
 - a) ze zmian otępiennych, wywołanych podeszłym wiekiem lub upośledzeniem funkcji mózgu skutkującym Zaburzeniami psychicznymi, niezależnie od przyczyny ich wystąpienia i stanu zaawansowania, lub
 - b) z zaburzeń poznawczych, które są na tyle poważne, że osoba nie może normalnie funkcjonować w społeczeństwie bez leczenia.

W jakich sytuacjach nie ponosimy odpowiedzialności i nie realizujemy świadczeń

37. Nie ponosimy odpowiedzialności i nie realizujemy świadczeń w przypadku, gdy Ubezpieczony:
- 1) odmawia poddania się leczeniu, dodatkowym analizom lub dodatkowym badaniom diagnostycznym koniecznym w celu określenia ostatecznej diagnozy lub Planu leczenia; lub
 - 2) nie stosuje się do zaleceń lub Planu leczenia wydanego przez Lekarza konsultanta.
38. Umowa nie obejmuje:
- 1) przeszczepienia narządów, jeżeli:
 - a) konieczność przeprowadzenia przeszczepu wątroby wynika ze skutków alkoholowej choroby wątroby,
 - b) jego wykonanie wymaga leczenia komórkami macierzystymi,
 - c) jest autotransplantacją,
 - d) narząd został kupiony od Dawcy,
 - e) Ubezpieczony jest dawcą dla osoby trzeciej,
 - 2) przeszczepienia szpiku kostnego z wykorzystaniem komórek macierzystych krwi (HCT) z krwi pępowinowej,
 - 3) leczenia lub pobytu w szpitalach uzdrowiskowych (sanatoryjnych), szpitalach rehabilitacyjnych, sanatoriach i uzdrowiskach, ośrodkach pomocy społecznej, domach opieki, zakładach opiekuńczo-leczniczych, ośrodkach leczenia uzależnień, hospicjach, ośrodkach opieki domowej, nawet jeśli takie leczenie lub usługi są zalecane lub konieczne w ramach leczenia Poważnego stanu chorobowego lub Szczególnej postaci nowotworu złośliwego,
 - 4) w Module 4 Przeszczepy, innych metod leczenia niż przeszczep.

Jakich kosztów nie pokrywamy

39. Nie pokrywamy kosztów:

- 1) poniesionych przed wystawieniem Certyfikatu medycznego,
- 2) poniesionych w Polsce i jednocześnie sfinansowanych ze środków publicznych w ramach systemu ochrony zdrowia w Polsce,
- 3) Leków zakupionych po leczeniu za granicą, które są dostępne w Polsce bez Recepty,
- 4) procedur medycznych wykonywanych w Polsce, związanych z podawaniem Leku zakupionego po leczeniu za granicą,
- 5) poniesionych na zakup Leków po leczeniu za granicą, jeżeli faktury zostaną przedstawione po upływie 180 dni od daty zakupu,
- 6) przejazdów z hotelu do Szpitala lub do Lekarza prowadzącego podczas Leczenia za granicą,
- 7) zakwaterowania, podróży lub transportu zorganizowanego przez Ubezpieczonego, lub Dawcę we własnym zakresie bądź przez osobę trzecią w imieniu tych osób,
- 8) leczenia innymi metodami niż wskazane:
 - a) w Planie leczenia przez Lekarza konsultanta lub
 - b) w Raporcie eksperckim medycyny precyzyjnej,
- 9) leczenia w innej Placówce medycznej niż wskazana w Certyfikacie medycznym,
- 10) leczenia alternatywnego, czyli takiego, które nie należy do Medycyny konwencjonalnej, w tym: kosztów akupunktury, aromaterapii, chiropraktyki, homeopatii, naturopatii, ajurwedy, tradycyjnej medycyny chińskiej, osteopatii,
- 11) leczenia eksperymentalnego, za wyjątkiem:
 - a) kosztów, które pokrywamy w ramach leczenia off label w zakresie medycyny precyzyjnej oraz
 - b) kosztów medycznych na warunkach określonych w Tabeli 5B, punkt 10, jeśli Ubezpieczony będzie uczestnikiem badania klinicznego poza granicami Polski,
 - c) kosztów podróży i zakwaterowania a także dziennej diety, na warunkach określonych w Tabeli 5B, punkt 10,
- 12) terapii genowej, czyli postępowania z użyciem genów, powodującego efekt terapeutyczny, profilaktyczny lub diagnostyczny, które polega na wprowadzeniu do organizmu genów lub fragmentów genów DNA lub RNA stworzonych w laboratorium,
- 13) terapii komórkami somatycznymi, czyli postępowania z użyciem komórek lub tkanek, które zmodyfikowano w celu zmiany ich charakterystyki biologicznej lub użycia komórek lub tkanek w innej roli, niż ich podstawowa rola biologiczna w organizmie,
- 14) terapii CAR-T, za wyjątkiem terapii CAR-T zatwierdzonej protokołem w ramach medycyny precyzyjnej,
- 15) terapii zapobiegawczych, czyli procedur medycznych lub stosowania leków, które mają na celu wyłącznie ograniczenie ryzyka rozwoju nowotworu złośliwego, w tym kosztów operacji profilaktycznych, polegających na usunięciu tkanki lub narządów, które aktualnie nie zawierają komórek nowotworowych,
- 16) inżynierii tkankowej, czyli postępowania z użyciem zmodyfikowanych komórek lub tkanek, które wykorzystuje się do naprawy, regeneracji lub wymiany tkanki ludzkiej,
- 17) związanych z leczeniem długotrwałych skutków ubocznych, łagodzeniem przewlekłych objawów lub rehabilitacji (w tym fizjoterapii, rehabilitacji ruchowej oraz terapii logopedycznej),
- 18) leczenia wszelkich skutków ubocznych lub powikłań spowodowanych lekiem przeciwnowotworowym podawanym w ramach badań klinicznych,
- 19) zakupu lub wynajmu protez (z wyjątkiem protez wskazanych w Tabeli 5B w punkcie 2 a.3), Implantów, sztucznych narządów lub organów, soczewek, urządzeń korygujących, urządzeń ortopedycznych (w tym obuwia ortopedycznego, gorsetów, kul, wózków inwalidzkich, łóżka rehabilitacyjnego), okularów korekcyjnych, szkieł kontaktowych, protez stomatologicznych,

- 20) pobrania bioprobki tkankowej do przeprowadzenia profilowania molekularnego, z wyjątkiem pobrania krwi do płynnej biopsji,
- 21) poniesionych przez Ubezpieczonych, ich krewnych lub ich osoby towarzyszące, z wyjątkiem kosztów wyraźnie objętych ubezpieczeniem,
- 22) wyżywienia (poza śniadaniem zapewnionym przez hotel) i poniesionych w hotelu kosztów dodatkowych,
- 23) leczenia w Polsce, za wyjątkiem kosztów:
 - a) poniesionych w ramach świadczenia kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą oraz
 - b) dotyczących zwrotu kosztów leków po leczeniu za granicą, oraz
 - c) leczenia zorganizowanego w Polsce z powodu siły wyższej, oraz
 - d) wskazanych w Tabeli 5B, pkt 10, jeśli Ubezpieczony będzie uczestnikiem badania klinicznego w leczeniu w ramach medycyny precyzyjnej,
- 24) leczenia zaburzeń psychicznych,
- 25) leczenia chorób układu nerwowego rozpoznanych lub leczonych u Ubezpieczonego.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do realizacji świadczeń

40. Do realizacji świadczeń w przypadku Poważnego stanu chorobowego lub Szczególnej postaci nowotworu złośliwego (Leczenie za granicą, Przewodnik pacjenta, Testy rodzinne i Wsparcie psychologiczne) i Scenariusza medycznego objętego ubezpieczeniem (Badania diagnostyczne i wirtualne konsultacje) potrzebujemy:
- 1) zgłoszenia roszczenia,
 - 2) dokumentacji medycznej, która potwierdza wystąpienie Poważnego stanu chorobowego lub Szczególnej postaci nowotworu złośliwego lub Scenariusza medycznego objętego ubezpieczeniem, opisuje Tabela 6,
 - 3) do realizacji świadczenia medycyny precyzyjnej dodatkowo potrzebujemy bioprobek.
 - 4) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, jeśli był on przyczyną Zdarzenia ubezpieczeniowego (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy na szpitalnym oddziale ratunkowym).

Tabela 6. Dokumenty wymagane do realizacji świadczeń

Moduł Ochrony	Dowód	Dotyczy świadczenia
Moduł Ochrony 1 Onkologia	1) Wyniki cytologiczne lub histologiczne wraz z diagnozą od lekarza onkologa. 2) W przypadku, gdy nie jest możliwe pobranie materiału do takiego badania, bierzemy pod uwagę badanie fizykalne, laboratoryjne lub obrazowe, wraz z raportem przedstawiającym dowody diagnozy w związku z rozpoznaniem nowotworu zgodnie z Tabelą 3 3) Do realizacji świadczenia Testów rodzinnych w ramach medycyny precyzyjnej dodatkowo potrzebujemy: a) wniosku Ubezpieczonego oraz b) potwierdzenie pozytywnego wyniku testu mutacji dziedzicznych (germinalnych) Ubezpieczonego oraz c) wniosku i zgody biologicznego rodzeństwa lub biologicznych dzieci Ubezpieczonego.	<ul style="list-style-type: none"> • Leczenie za granicą/ Medycyna precyzyjna • Przewodnik pacjenta • Testy rodzinne • Wsparcie psychologiczne
	1) Zielona karta DILO, lub 2) dokumentacja medyczna wydana przez lekarza specjalistę wnioskującego o rozpoczęcie badania lub potwierdzająca rozpoczęcie badania w związku z rozpoznaniem choroby nowotworowej, o którym mowa w Tabeli 3 Przedłożona dokumentacja będzie musiała zawierać konkretne odniesienie do stanu nowotworowego wymagającego zbadania, w tym lokalizacji i wstępnej diagnozy.	<ul style="list-style-type: none"> • Badania diagnostyczne i wirtualne konsultacje
Moduł Ochrony 2 Kardiologia	1) Pisemna diagnoza od kardiologa stwierdzająca ważny kod ICD. Przedłożone dokumenty będą musiały zawierać odniesienie do odpowiedniego kodu ICD 10 zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja 10, wskazana w Tabeli 2 punkt 4	<ul style="list-style-type: none"> • Przewodnik pacjenta
	Pisemna rekomendacja lekarza specjalisty w zakresie: 1) Wymiany lub naprawy zastawki serca, 2) Operacji pomostowania tętnic wieńcowych (by-pass) Zgodnie z Tabelą 3	<ul style="list-style-type: none"> • Leczenie za granicą • Wsparcie psychologiczne
	1) Szybkie skierowanie (cito) do kardiologa od lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty, rozpoczynające badanie stanu chorobowego, lub 2) dokumentacja medyczna wydana przez lekarza specjalistę wnioskującego o lub potwierdzająca rozpoczęcie badania pod kątem choroby. Przedłożona dokumentacja będzie musiała zawierać konkretne odniesienie do ważnego kodu ICD-10, jak określono w Tabeli 2 punkt 4	<ul style="list-style-type: none"> • Badania diagnostyczne i wirtualne konsultacje

Moduł Ochrony	Dowód	Dotyczy świadczenia
Moduł Ochrony 3 Neurochirurgia	<p>Pisemna diagnoza od neurochirurga.</p> <p>Przedłożone zapisy będą musiały zawierać konkretne odniesienie do chorób / stanów określonych w Warunkach Global Doctors Plus objętych ochroną oraz, w stosownych przypadkach, wstępne rozważenie którejkolwiek z wymienionych operacji, jak określono w Tabeli 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Leczenie za granicą • Przewodnik pacjenta • Wsparcie psychologiczne
	<p>1) Skierowanie do neurochirurga od lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty rozpoczynające badanie stanu chorobowego, lub</p> <p>2) Dokumentacja medyczna wydana przez lekarza specjalistę wnioskującego o lub dokumentująca rozpoczęcie badania pod kątem choroby.</p> <p>Przedłożona dokumentacja będzie musiała zawierać konkretne odniesienie do badania pod kątem chorób / stanów określonych w Warunkach objętych ubezpieczeniem oraz, w stosownych przypadkach, wstępne rozważenie którejkolwiek z wymienionych operacji, jak określono w Tabeli 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Badania diagnostyczne i wirtualne konsultacje
Moduł Ochrony 4 Przeszczepy	<p>Pisemna rekomendacja lekarza specjalisty w zakresie:</p> <p>1) przeszczepu narządu od żywego Dawcy,</p> <p>2) przeszczepu szpiku kostnego,</p> <p>zgodnie z Tabelą 3.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Leczenie za granicą • Przewodnik pacjenta • Wsparcie psychologiczne
	<p>1) skierowanie do lekarza transplantologa od lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty rozpoczynające badanie stanu chorobowego, lub</p> <p>2) dowody/ dokumentacja medyczna wydana przez lekarza specjalistę wnioskującego o lub dokumentująca rozpoczęcie badania pod kątem choroby.</p> <p>Przedłożona dokumentacja będzie musiała zawierać konkretne odniesienie do stanu będącego przedmiotem badania oraz wstępne skierowanie do przeszczepu, jak określono w Tabeli 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Badania diagnostyczne i wirtualne konsultacje

41. Możemy poprosić również o inne dokumenty, jeśli będą potrzebne, aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia.
42. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia.
43. W celu spełnienia obowiązków wynikających z ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.
44. W celu realizacji świadczeń Ubezpieczony rejestruje się w Portalu Global Doctors, do którego login i instrukcję logowania otrzyma od nas na adres e-mail.

Jak zgłosić roszczenie

45. W celu skorzystania ze świadczeń wynikających z umowy można zgłosić roszczenie:

- 1) telefonicznie pod numerem 58 766 3 444 lub
- 2) pisemnie na adres e-mail global.doctors@ergohestia.pl lub
- 3) na adres do doręczeń elektronicznych AE:PL-58185-26619-SWDBT-23,

W celu obsługi roszczenia zarejestruj się w [Portal Global Doctors](#), do którego login i instrukcję logowania otrzymasz w momencie zgłoszenia roszczenia na adres e-mail.

W jakim terminie wypłacamy i realizujemy świadczenia

46. Mamy obowiązek zrealizować świadczenia w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy zawiadomienie o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
47. Jeśli po realizacji świadczenia Drugiej opinii medycznej Ubezpieczony zgłosi chęć skorzystania z opieki medycznej za granicą, to przedstawimy propozycję co najmniej trzech Placówek medycznych w ciągu 3 dni roboczych. Po wybraniu Placówki medycznej prześlemy Certyfikat medyczny w ciągu kolejnych 10 dni roboczych.
48. Jeśli w ciągu 30 dni od zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym okaże się niemożliwe, abyśmy wyjaśnili okoliczności konieczne do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości świadczenia, to spełnimy świadczenie do 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jeśli do części świadczeń nie było żadnych wątpliwości, spełnimy je w terminach podanych w pkt. 46 i 47.

Załącznik 4

Informacja o danych osobowych



Informacja o danych osobowych

W tej części dokumentu znajdziesz informacje o tym na jakich zasadach przetwarzamy dane osobowe oraz jakie masz prawa z tym związane.

Zwróć uwagę na to, że w tym dokumencie używamy zwrotów typu „Ty” oraz „my”, aby ułatwić komunikację między nami:

- 1) jeśli piszemy w formie „Ty” (Ciebie, Ci, Twój, itp.) – mamy na myśli osobę, której dane osobowe są przetwarzane. Dotyczy to również zdań, gdy używamy słów takich jak np. możesz, przysługują Ci. Tylko w Załączniku 4 do Ogólnych warunków ubezpieczenia ERGO Zdrowie „Ty” ma szersze znaczenie niż w całym dokumencie. Obejmuje ono oprócz Ubezpieczającego także inne osoby,
- 2) jeśli piszemy w formie „my” – mamy na myśli Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. Dotyczy to również zdań, gdy używamy słów takich jak np. wyznaczyliśmy, przetwarzamy,
- 3) jeśli stosujemy skrót „RODO” – mamy na myśli Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

Kto jest administratorem Twoich danych osobowych, jak się z nim kontaktować

Administratorem danych osobowych jesteśmy my, czyli Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A.

1. Możesz się z nami kontaktować:
 - 1) pisemnie, pisząc list na adres ul. Hestii 1, 81-731 Sopot,
 - 2) na adres do doręczeń elektronicznych AE:PL-58185-26619-SWDBT-23 (aktywny od 1 kwietnia 2025 roku),
 - 3) telefonicznie, dzwoniąc pod numer: 801 107 107 lub 58 555 55 55.

Czy wyznaczyliśmy inspektora ochrony danych, jak się z nim kontaktować

2. Wyznaczyliśmy inspektora ochrony danych, który wspiera nas w realizacji obowiązków dotyczących ochrony danych osobowych. Dlatego możesz się z nim kontaktować we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych oraz korzystaniem z praw jakie Ci w tym zakresie przysługują.
3. Jeśli chcesz skontaktować się z naszym inspektorem ochrony danych, możesz zrobić to:
 - 1) pisemnie, wysyłając list na adres ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
 - 2) elektronicznie na adres mailowy: iod@ergohestia.pl;
 - 3) na adres do doręczeń elektronicznych AE:PL-58185-26619-SWDBT-23 (aktywny od 1 kwietnia 2025 roku);
 - 4) przez formularz kontaktowy w sekcji Ochrona Danych Osobowych na stronie www.ergohestia.pl.

W jakich celach przetwarzamy Twoje dane osobowe

4. Cele w jakich przetwarzamy Twoje dane osobowe wskazujemy w Tabeli 1.

Tabela 1.

Cele przetwarzania danych	Dodatkowe informacje
ocena ryzyka ubezpieczeniowego w celu przedstawienia oferty ubezpieczeniowej, zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową	przetwarzamy dane zebrane w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową, w tym informacje przekazane w Ankiecie Medycznej oraz w otrzymanej dokumentacji medycznej
wykonanie umowy ubezpieczenia	wykonujemy m.in. czynności ubezpieczeniowe związane z realizacją świadczeń i musimy wtedy przetwarzać Twoje dane
reasekuracja ryzyk	zmniejszamy ryzyko ubezpieczeniowe związane z zawarciem umowy ubezpieczenia i obejmowaniem ochroną ubezpieczeniową
dochodzenie roszczeń	w sytuacji spornej między nami, gdy nie dojdziemy do porozumienia może się zdarzyć, że będziemy zmuszeni dochodzić swoich roszczeń
marketing bezpośredni własnych produktów i usług	<p>prowadzimy działania analityczne z wykorzystaniem Twoich danych, co pozwala nam na:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) komunikowanie się z Tobą, aby w przyszłości przedstawić Ci nasze usługi dopasowane do Twoich potrzeb 2) tworzenie profili marketingowych naszych klientów
przeciwdziałanie przestępstwom ubezpieczeniowym	jeżeli będzie to niezbędne do przeciwdziałania nadużyciom oraz wykorzystywaniu naszej działalności dla celów przestępczych
rozpatrzenie reklamacji, wniosków i zapytań	rozpatrujemy zgłoszone reklamacje i odwołania dotyczące naszych usług, a także wnioski i zapytania skierowane do nas
wypełnienie obowiązków w związku z sankcjami	jesteśmy zobowiązani do wykonywania obowiązków w związku z sankcjami wprowadzanymi stosownymi regulacjami Organizacji Narodów Zjednoczonych, Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej
analityka i statystyka	w ramach wykonywanej działalności ubezpieczeniowej prowadzimy własną analitykę i statystykę
cele wyrażone w zgodzie	jeżeli wyrazisz zgodę to będziemy przetwarzać Twoje dane osobowe w celach wyrażonych w zgodzie (innych niż wymienione powyżej)
realizacja działań prewencyjnych	w ramach wykonywanej działalności ubezpieczeniowej realizujemy program prewencyjny dla ubezpieczeń zdrowotnych

Czym jest profilowanie i kiedy je stosujemy

5. Profilowanie to automatyczne podejmowanie decyzji (bez udziału człowieka), w zakresie oceny ryzyka ubezpieczeniowego zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową, w tym ustalenia wysokości składki.
6. Takie decyzje będziemy podejmować na podstawie danych zebranych w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową. Należą do nich m.in.:
 - 1) data urodzenia,
 - 2) informacja o stanie zdrowia.

7. Profilowanie możemy zastosować także:

- 1) w przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny okres – na podstawie danych zebranych podczas zawarcia i wykonania tej umowy;
- 2) w procesie obsługi roszczenia w celu wybrania ścieżki obsługowej – na podstawie danych zebranych w trakcie zgłoszenia roszczenia dla poszczególnych roszczeń;
- 3) realizując marketing bezpośredni własnych produktów i usług – na podstawie Twoich danych opracujemy profil marketingowy, aby przedstawiać oferty dopasowane do Twoich potrzeb.

Jakie są podstawy prawne przetwarzania danych osobowych

RODO to Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

8. Podstawy prawne przetwarzania Twoich danych osobowych wskazujemy w Tabeli 2:

Tabela 2. Podstawy prawne przetwarzania danych osobowych

Podstawa prawna	Dodatkowe informacje
Art. 6 ust. 1 lit. b) RODO	przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne do zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową, wykonania umowy ubezpieczenia, reasekuracji ryzyka
Art. 6 ust. 1 lit. f) RODO	prawnie uzasadniony interes administratora danych osobowych, taki jak: 1) marketing bezpośredni naszych produktów i usług; 2) dochodzenie roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia; 3) przeciwdziałanie i ściganie przestępstw popełnianych na naszą szkodę; 4) zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawarciem umowy ubezpieczenia i z obejmowaniem ochroną ubezpieczeniową; 5) analityka i statystyka; 6) uzasadniony interes strony trzeciej, to jest podmiotu dominującego w grupie kapitałowej Munich Re (do której należy administrator danych osobowych), jako podmiotu bezpośrednio zobowiązanego do stosowania sankcji Stanów Zjednoczonych Ameryki oraz zapewnienia ich przestrzegania przez podmioty powiązane
Art. 6 ust. 1 lit. c) RODO Art. 9 ust. 2 lit. g) RODO	wypełnienie naszych obowiązków prawnych (wynikających z przepisów prawa krajowego i międzynarodowego, w tym prawa Unii Europejskiej)
Art. 6 ust. 1 lit. a) RODO Art. 9 ust. 2 lit. a) RODO	zgoda w przypadku jej dobrowolnego wyrażenia

Komu możemy przekazywać Twoje dane osobowe

9. Twoje dane osobowe możemy przekazywać:

- 1) zakładom reasekuracji,
- 2) podmiotom wykonującym działalność leczniczą,
- 3) innym zakładom ubezpieczeń w przypadku udzielenia odrębnej zgody w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz ustalenia prawa do świadczenia i jego wysokości,
- 4) innym podmiotom w przypadku udzielenia odrębnej zgody w celu marketingu bezpośredniego ich produktów i usług,
- 5) innym administratorom w przypadku prawnie uzasadnionych interesów administratora danych,
- 6) podmiotom przetwarzającym dane osobowe na nasze zlecenie,
- 7) podmiotom i organom upoważnionym do przetwarzania tych danych na podstawie przepisów prawa,
- 8) podmiotom realizującym programy prewencyjne we współpracy z nami.

10. Przekazujemy Twoje dane osobowe podmiotom, które przetwarzają je na nasze zlecenie, aby w sposób prawidłowy realizować umowę ubezpieczenia i zapewnić odpowiednią organizację naszego przedsiębiorstwa. Z każdym z tych podmiotów mamy zawartą odpowiednią umowę, w której regulujemy szczegółowe obowiązki związane z przetwarzaniem Twoich danych – tak aby były one bezpieczne.
11. Podmioty przetwarzające dane osobowe na nasze zlecenie to m.in.:
- 1) dostawcy usług IT,
 - 2) podmioty przetwarzające dane w celu windykacji należności, świadczenia usług archiwizacyjnych, obsługi roszczeń,
 - 3) podmioty organizujące lub wykonujące czynności związane z oceną ryzyka lub obsługą roszczeń,
 - 4) pośrednicy ubezpieczeniowi.

Czy i na jakich zasadach możemy przekazać Twoje dane osobowe poza EOG

12. Twoje dane osobowe możemy przekazywać poza Europejski Obszar Gospodarczy (dalej: EOG) tylko wtedy, gdy będzie to konieczne oraz zapewnimy odpowiedni stopień ich ochrony.
13. Dane przekazemy do państwa trzeciego, w stosunku do którego na podstawie decyzji Komisji Europejskiej stwierdzono odpowiedni stopień ochrony danych lub z wykorzystaniem typowych klauzul umownych zatwierdzonych przez Komisję Europejską.
14. Odbiorcami danych w państwach trzecich mogą być:
- 1) organy państwowe wyznaczone prawnie do gromadzenia danych o zdarzeniu lub prowadzące postępowanie związane ze zgłoszonym zdarzeniem na terenie tego państwa, lub
 - 2) podmioty świadczące na terenie tego państwa usługi assistance lub inne usługi w celu pomocy osobie poszkodowanej lub ograniczenia skutków zdarzenia.
15. Przekażemy dane poza EOG tylko, gdy będzie to niezbędne do:
- 1) wykonania umowy między Tobą a nami,
 - 2) wykonania umowy zawartej w Twoim interesie (pomiędzy nami a inną osobą fizyczną lub prawną),
 - 3) ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
16. Z zachowaniem zasad ochrony danych opisanych powyżej możemy zlecać wykonanie określonych usług bądź zadań informatycznych usługodawcom mającym siedzibę poza EOG.
17. Możesz zażądać dalszych informacji o sposobach uzyskania kopii zabezpieczeń lub o miejscu ich udostępniania.

Jakie masz prawa związane z przetwarzaniem Twoich danych osobowych

18. Twoje prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych przedstawiamy w Tabeli 3:

Tabela 3. Prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych

Prawa	Dodatkowe informacje
prawo dostępu do danych osobowych	uzyskasz od nas potwierdzenie, czy przetwarzamy Twoje dane osobowe, umożliwimy Ci dostęp do Twoich danych osobowych oraz udzielimy wymaganych prawnie informacji
prawo żądania sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych	sprostujemy dane, jeżeli są nieprawidłowe, uzupełnimy niekompletne dane, a także na Twoje żądanie usuniemy lub ograniczymy przetwarzanie danych osobowych
prawo wniesienia sprzeciwu	możesz wnieść sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych, jeżeli przetwarzamy je na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym wobec profilowania

Prawa	Dodatkowe informacje
prawo do przenoszenia danych osobowych	możesz otrzymać od nas swoje dane osobowe w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego, jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody, na podstawie umowy lub w sposób zautomatyzowany, to masz prawo przesłania danych do innego administratora
prawo wniesienia skargi	masz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, czyli organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych
prawo do wycofania zgody	jeżeli wycofasz zgodę na przetwarzanie danych to pozostanie to bez wpływu na zgodność z prawem czynności podjętych przed jej wycofaniem
prawo do otrzymania stosownych wyjaśnień co do podstaw podjętej decyzji w sposób automatyczny, jej zakwestionowania oraz wyrażenia własnego stanowiska lub żądania interwencji człowieka celem ponownej analizy danych oraz uzyskania indywidualnej decyzji	jeżeli stosujemy profilowanie, czyli podejmujemy decyzje w sposób automatyczny to masz prawo do otrzymania stosownych wyjaśnień co do podstaw podjęcia takiej decyzji; możesz zakwestionować tak wydaną decyzję oraz wyrazić własne stanowisko lub żądać interwencji człowieka, który ponownie przeanalizuje dane, a Ty uzyskasz indywidualną decyzję

19. W celu skorzystania z praw określonych w Tabeli 3 skontaktuj się z nami lub z naszym inspektorem ochrony danych.

Jak długo przechowujemy Twoje dane osobowe

20. W przypadku gdy zawarliśmy z Tobą umowę ubezpieczenia lub objęliśmy Cię ochroną ubezpieczeniową, dane osobowe przechowujemy do momentu przedawnienia roszczeń z umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa.
21. Obowiązek przechowywania danych osobowych wynikający z przepisów prawa dotyczy w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych związanych z umową ubezpieczenia.
22. Jeśli nie zawarliśmy z Tobą umowy ubezpieczenia lub nie objęliśmy Cię ochroną ubezpieczeniową, dane osobowe przechowujemy do czasu przedawnienia roszczeń z tego tytułu.
23. W przypadku udzielenia stosownej zgody dane osobowe będziemy wykorzystywać do celów określonych w tej zgodzie (np. w celach marketingowych), do momentu jej wycofania.
24. Do celów analitycznych i statystycznych dane przechowujemy przez okres nie dłuższy niż 12 lat od dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Czy podanie danych jest obowiązkowe i co się stanie jeśli ich nie podasz

25. Podanie danych osobowych jest konieczne do:
- 1) dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego;
 - 2) zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową;
 - 3) wykonywania umowy ubezpieczenia;
 - 4) realizacji obowiązków prawnych ciążyących na administratorze.
26. Gdy nie podasz danych osobowych nie będziemy mogli zawrzeć umowy ubezpieczenia lub objąć Cię ochroną ubezpieczeniową.
27. Podanie danych osobowych w innych celach niż określone powyżej, np. w celach marketingowych jest dobrowolne.



ergohestia.pl



Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A., 81-731 Sopot, ul. Hestii 1. KRS 0000024812, VIII Wydział Gospodarczy KRS Sądu Rejonowego Gdańsk-Północ w Gdańsku. NIP 585-000-16-90. Kapitał zakładowy, opłacony w całości: 196 580 900 zł. Spółka posiada status dużego przedsiębiorcy w rozumieniu ustawy z dnia 8 marca 2013 roku o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych.