

Aneks do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Druga Opinia Medyczna

ANEKS/SMO/1/2022

Informacje dotyczące:

Aneksu do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Druga Opinia Medyczna
nr ANEKS/SMO/1/2022

Informacje zawarte w OWU	Nr artykułu OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia	Art. 4, Art. 5, Art. 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Art. 4, Art. 5, Art. 6, Art. 7
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Aneks do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Druga Opinia Medyczna NR ANEKS/SMO/1/2022

Ty – jako Ubezpieczony – jesteś uprawniony do Drugiej Opinii Medycznej, i dlatego w treści dokumentu zwracamy się bezpośrednio do Ciebie.

Art. 1 Czego dotyczy niniejszy Aneks do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Druga Opinia Medyczna?

1. Niniejszy Aneks do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Druga Opinia Medyczna ma zastosowanie do następujących umów:
 - a) Umowa dodatkowa na wypadek poważnych chorób – bez nowotworów (kod: CD12, CU12),
 - b) Umowa dodatkowa na wypadek nowotworu „Ona” (kod: CW12, CS12, CG12, CW14, CS14, CG14),
 - c) Umowa dodatkowa na wypadek nowotworu „On” (kod: CM12, CA12, CF12, CM14, CA14, CF14),
 - d) Umowa dodatkowa – poważne zachorowania dziecka (kod: CR12).
2. Ilekroć w treści niniejszego Aneksu do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Druga Opinia Medyczna mowa o Umowie dodatkowej, rozumie się przez to wskazane powyżej umowy.
3. Niniejszy Aneks do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Druga Opinia Medyczna opisuje warunki na jakich Nationale-Nederlanden udostępni Drugą Opinię Medyczną, Usługi towarzyszące oraz Organizację procesu leczenia w RP i za granicą, stanowiące uzupełnienie Świadczenia wypłacanego na podstawie Umowy dodatkowej.
4. Rozszerzenie Umowy dodatkowej o świadczenia opisane w niniejszym Aneksie do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Druga Opinia Medyczna nie powoduje zwiększenia składki za Umowę dodatkową.
5. W sprawach nie uregulowanych w Aneksie do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Druga Opinia Medyczna stosuje się Warunki oraz Ogólne Warunki Ubezpieczenia Umowy dodatkowej.

Art. 2 Co oznaczają pojęcia używane w Aneksie do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Druga Opinia Medyczna?

1. **„Aneks”** – niniejszy Aneks do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Druga Opinia Medyczna.
2. **„Centrum Alarmowe Partnera medycznego”** – wyodrębniona jednostka w ramach struktury Partnera medycznego czynna całodobowo, siedem dni w tygodniu, do której zobowiązany jesteś zgłosić chęć skorzystania ze świadczeń opisanych w niniejszym Aneksie;
3. **„Partner medyczny”** – Europ Assistance Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, adres: ul. Wołoska 5, 02-675 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców Sądu Rejonowego dla m. st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000034499, NIP: 525-10-32-299, Regon: 011827515, jako podmiot współpracujący z Nationale-Nederlanden w zakresie realizacji świadczeń opisanych w niniejszym Aneksie;
4. **„Zespół Prowadzący Centrum Telemedycznego”** – zespół specjalistów (lekarz i niższy personel medyczny – pielęgniarka, rehabilitant) Partnera medycznego odpowiedzialny za dany przypadek. Zespół jest przydzielany dla każdego Ubezpieczonego. Funkcją Zespołu Prowadzącego Centrum Telemedycznego jest wsparcie Ubezpieczonego, a w przypadku gdy Ubezpieczony jest Dzieckiem – jego opiekunów prawnych, podczas procesu uzyskiwania Drugiej Opinii Medycznej i Organizacji procesu leczenia w RP i za granicą. Lekarz Zespołu Prowadzącego Centrum Telemedycznego nie jest lekarzem prowadzącym bezpośrednio proces leczenia, jego funkcją jest poznanie przypadku i udzielanie odpowiedzi (tele, video, mail, chat) na pytania Ubezpieczonego, a w przypadku gdy Ubezpieczony jest Dzieckiem – jego opiekunów prawnych, które mogą powstawać podczas procesu uzyskiwania Drugiej Opinii Medycznej i Organizacji procesu leczenia w RP i za granicą;
5. **„Ośrodek referencyjny”** – ośrodek medyczny będący ze względu na profil swojej działalności, doświadczenie i wyniki leczenia punktem odniesienia w diagnostyce i /lub leczeniu danej jednostki chorobowej;
6. **„Lekarz konsultant”** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza, zgodnie z prawem obowiązującym w kraju wykonywania przez niego zawodu lekarza, wskazana przez Partnera medycznego w celu sporządzenia Drugiej Opinii Medycznej;

7. **„Miejsce zamieszkania”** – adres faktycznego zamieszkania Ubezpieczonego na terenie RP podany przy pierwszym zgłoszeniu. Jego zmiana wymaga powiadomienia Partnera medycznego w formie pisemnej lub telefonicznej.
 8. **„Druga Opinia Medyczna”** – świadczenie ubezpieczeniowe dostępne na warunkach opisanych w niniejszym Aneksie, stanowiące uzupełnienie Świadczenia przyznanego przez Nationale-Nederlanden w ramach Umowy dodatkowej, realizowane za pośrednictwem Partnera medycznego, polegające na pozyskaniu dla Ubezpieczonego opinii Lekarza konsultanta, będącego specjalistą w danej dziedzinie. Druga Opinia Medyczna sporządzana jest na podstawie dokumentacji medycznej zachorowania Ubezpieczonego, za które Nationale-Nederlanden wypłaciło Pieniądże na podstawie Umowy dodatkowej i które zostało poddane diagnostyce i zaproponowano Ubezpieczonemu plan leczenia. Wraz z Drugą Opinią Medyczną Nationale-Nederlanden udostępnia Usługi towarzyszące oraz Organizację Procesu Leczenia w RP i za granicą – w zakresie wynikającym z przysługującej Ubezpieczonemu opcji Drugiej Opinii Medycznej.
 9. **„Usługi towarzyszące”** – świadczenia dodatkowe, których zakres zależy od przysługującej opcji Drugiej Opinii Medycznej, realizowane za pośrednictwem Partnera medycznego w celu przygotowania oraz zrozumienia Drugiej Opinii Medycznej lub w celu wykonania zaleceń Drugiej Opinii Medycznej:
 - I. Tele-, widekonsultacja lub wizyta u specjalisty z Ośrodka referencyjnego (jako uzupełnienie Drugiej Opinii Medycznej),
 - II. Telekonsultacja medyczna ogólna przygotowawcza,
 - III. Transport medyczny do i z placówki medycznej,
 - IV. Organizacja hotelu w sytuacji gdy Ubezpieczony korzysta z wizyty u specjalisty z Ośrodka referencyjnego,
 - V. Telekonsultacje medyczne ogólne,
 - VI. Dowóz leków,
 - VII. Pomoc tłumacza.
 10. **„Organizacja procesu leczenia w RP i za granicą”** – świadczenie dodatkowe, dostępne wyłącznie w opcji Drugiej Opinii Medycznej oznaczonej kodem A-SMO3, realizowane w celu wykonania zaleceń Drugiej Opinii Medycznej, które obejmuje:
 - a) Analizę przypadku,
 - b) Indywidualny plan leczenia,
 - c) Koordynacja i wsparcie podczas realizacji Indywidualnego planu leczenia,
 - d) Zakończenie Indywidualnego planu leczenia.
- a) w przypadku zawierania Umowy dodatkowej z uwzględnieniem postanowień niniejszego Aneksu – od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej;
 - b) w przypadku akceptacji postanowień Aneksu w czasie trwania Umowy dodatkowej
 - I. z dniem otrzymania przez Nationale-Nederlanden oświadczenia o akceptacji niniejszego Aneksu – o ile Suma ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej ma wartość wskazaną w niniejszym Aneksie,
 - II. z dniem podwyższenia Sumy ubezpieczenia do wartości wskazanej w niniejszym Aneksie.
3. Postanowienia wynikające z niniejszego Aneksu obowiązują dla danej Umowy dodatkowej od dnia wskazanego w ustępie powyżej do zakończenia Roku polisowego.
 4. Nationale-Nederlanden może zaproponować Ci przedłużenie okresu obowiązywania niniejszego Aneksu do zakończenia kolejnego Roku polisowego. W takim przypadku Nationale-Nederlanden potwierdzi prawo do świadczeń, opisanych w Aneksie, w Dokumentacie ubezpieczenia.
 5. W przypadku zmiany warunków świadczenia Drugiej Opinii Medycznej Nationale-Nederlanden powiadomi Cię o tym nie później niż 30 dni przed datą zakończenia obowiązywania dotychczasowych postanowień Aneksu. W takim przypadku warunkiem dalszego korzystania z Drugiej Opinii Medycznej będzie akceptacja zmienionych postanowień Aneksu.
 6. Postanowienia niniejszego Aneksu wygasają z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy dodatkowej.
 7. Wygaśnięcie postanowień Aneksu nie ma wpływu na realizację świadczeń opisanych w Aneksie, dotyczących zdarzeń, które wystąpiły w okresie obowiązywania Aneksu.
 8. Wygaśnięcie postanowień Aneksu w czasie trwania Umowy dodatkowej nie ma wpływu na dalsze obowiązywanie Umowy dodatkowej, z wyłączeniem postanowień Aneksu.

Art. 4 Na jakich warunkach można otrzymać świadczenia dodatkowe opisane w niniejszym Aneksie?

1. Zakres świadczeń wynikający z niniejszego Aneksu dotyczy tylko tych zachorowań, które wystąpiły w okresie obowiązywania Aneksu – nie wcześniej niż po dniu wskazanym w art. 3 ust. 1 i nie później niż do zakończenia Roku polisowego w którym obowiązywał Aneks zgodnie z art. 3 ust. 3 i 4.
 2. Jeżeli zostały spełnione warunki opisane w niniejszym Aneksie, przyznanie przez Nationale-Nederlanden prawa do wypłaty Pieniądzy z Umowy dodatkowej jest równoznaczne z przyznaniem prawa do Drugiej Opinii Medycznej.
 3. Świadczenia opisane w niniejszym Aneksie nie mogą dotyczyć innego zachorowania niż to, za które otrzymałeś prawo do wypłaty Pieniądzy w ramach Umowy dodatkowej.
 4. Możesz skorzystać ze świadczeń opisanych w niniejszym Aneksie w okresie 12 miesięcy od dnia przyznania przez Nationale-Nederlanden prawa do wypłaty Pieniądzy z Umowy dodatkowej.
- Art. 3 W jaki sposób rozszerzyć Umowę dodatkową o Drugą Opinię Medyczną? Jak długo obowiązuje Aneks?**
1. Warunkiem uzyskania prawa do świadczeń opisanych w niniejszym Aneksie jest podleganie ochronie z tytułu Umowy dodatkowej z Sumą ubezpieczenia nie niższą niż wskazana w niniejszym Aneksie oraz akceptacja postanowień niniejszego Aneksu.
 2. Jeżeli spełnione są warunki opisane w niniejszym Aneksie prawo do skorzystania z Drugiej Opinii Medycznej w odpowiedniej opcji przysługuje:

5. Świadczenia opisane w niniejszym Aneksie są dostępne w trzech opcjach – zgodnie z poniższą tabelą, w zależności od wariantu Umowy dodatkowej i wysokości Sumy ubezpieczenia:

Suma ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej	od 50 000 zł do 79 999 zł	od 80 000 zł do 119 999 zł	większa lub równa 120 000 zł
Opcja	Druga opinia medyczna – krajowa (kod: A-SMO1)	Druga opinia medyczna – krajowa i zagraniczna (kod: A-SMO2)	Druga opinia medyczna – krajowa, zagraniczna i organizacja procesu leczenia (kod: A-SMO3)
Zakres Drugiej Opinii Medycznej	Krajowa	Krajowa albo zagraniczna	Krajowa albo zagraniczna
Zakres Usług towarzyszących	<ul style="list-style-type: none"> Tele-, wideokonsultacja lub wizyta u specjalisty z Ośrodka referencyjnego Transport medyczny do placówki medycznej Transport medyczny z placówki medycznej Organizacja hotelu w sytuacji gdy Ubezpieczony korzysta z wizyty u specjalisty z Ośrodka referencyjnego Telekonsultacje medyczne ogólne Dowóz leków 	<ul style="list-style-type: none"> Tele-, wideokonsultacja lub wizyta u specjalisty z Ośrodka referencyjnego Transport medyczny do placówki medycznej Transport medyczny z placówki medycznej Organizacja hotelu w sytuacji gdy Ubezpieczony korzysta z wizyty u specjalisty z Ośrodka referencyjnego Telekonsultacje medyczne ogólne Dowóz leków Telekonsultacja medyczna ogólna przygotowawcza 	<ul style="list-style-type: none"> Tele-, wideokonsultacja lub wizyta u specjalisty z Ośrodka referencyjnego Transport medyczny do placówki medycznej Transport medyczny z placówki medycznej Organizacja hotelu w sytuacji gdy Ubezpieczony korzysta z wizyty u specjalisty z Ośrodka referencyjnego Telekonsultacje medyczne ogólne Dowóz leków Telekonsultacja medyczna ogólna przygotowawcza
Pozostałe świadczenia			Organizacja procesu leczenia w RP i za granicą
Ograniczenia dostępności		Opcja nie jest dostępna dla: <ul style="list-style-type: none"> Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu „Ona” w wariantcie podstawowym (kod: CW12) Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu „On” w wariantcie podstawowym (kod: CM12) 	Opcja nie jest dostępna dla: <ul style="list-style-type: none"> Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu „Ona” w wariantcie podstawowym (kod: CW12) Umowy dodatkowej na wypadek nowotworu „On” w wariantcie podstawowym (kod: CM12)

6. Nationale-Nederlanden nie odpowiada za medyczną poprawność Drugiej Opinii Medycznej, sporządzonej przez Lekarza konsultanta oraz za skutki zastosowania się przez Ubezpieczonego do wskazań wynikających z tej opinii. Decyzja o leczeniu, podjęta w oparciu o Drugą Opinię Medyczną, jest samodzielną decyzją Ubezpieczonego i Nationale-Nederlanden nie odpowiada za skutki tej decyzji.

7. Odpowiedzialność Nationale-Nederlanden obejmuje wyłącznie świadczenia wskazane w Umowie dodatkowej oraz w niniejszym Aneksie polegające na zorganizowaniu i pokryciu kosztów usług określonych w niniejszym Aneksie.

Art. 5 Na czym polegają i jak są realizowane świadczenia opisane w niniejszym Aneksie?

- Druga Opinia Medyczna ma na celu uzyskanie przez Ubezpieczonego następujących informacji:
 - potwierdzenia poprawności procesu diagnostycznego i fazy choroby,
 - czy proponowane leczenie jest zgodne z aktualną wiedzą lekarską w danej dziedzinie,
 - czy istnieją metody leczenia odpowiednie i zalecane w danym przypadku, a dostępne jedynie poza granicami RP, wraz ze wskazaniem ośrodka stosującego tego typu leczenie.

Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć dokumenty dotyczące zachorowania będącego przedmiotem Drugiej Opinii Medycznej w języku polskim lub angielskim.
- Druga Opinia Medyczna krajowa polega na wydaniu opinii przez Lekarza konsultanta praktykującego na terytorium RP. Druga Opinia Medyczna krajowa jest realizowana w okresie do 15 Dni roboczych od daty otrzymania kompletnej dokumentacji medycznej, przy koordynacji Zespołu Prowadzącego Centrum Telemedycznego, na podstawie pełnej dokumentacji medycznej (zawierającej informacje o dotychczasowej diagnostyce oraz leczeniu Ubezpieczonego) zebranej i udostępnionej przez Ubezpieczonego, a jeśli Ubezpieczony jest Dzieckiem, przez jego opiekuna prawnego.
- Druga Opinia Medyczna zagraniczna polega na wydaniu opinii przez Lekarza konsultanta praktykującego poza terytorium RP. Druga Opinia Medyczna zagraniczna jest realizowana w okresie do 25 Dni roboczych od daty otrzymania kompletnej dokumentacji medycznej, przy koordynacji Zespołu Prowadzącego Centrum Telemedycznego na podstawie pełnej dokumentacji medycznej (zawierającej informacje o dotychczasowej diagnostyce oraz leczeniu Ubezpieczonego) zebranej i udostępnionej przez Ubezpieczonego, a jeśli Ubezpieczony jest Dzieckiem, przez jego opiekuna prawnego.
- W przypadku opcji Drugiej opinii medycznej oznaczonej kodem: A-SMO2 oraz kodem: A-SMO3 Ubezpieczony może skorzystać tylko z jednego rodzaju Drugiej Opinii Medycznej (z opinii krajowej albo zagranicznej).
- W przypadku Drugiej Opinii Medycznej zagranicznej Partner medyczny zapewni przygotowanie dokumentacji odnośnie choroby Ubezpieczonego w języku uzgodnionym z Lekarzem Konsultantem i w zakresie niezbędnym do przygotowania Drugiej Opinii Medycznej zagranicznej. Druga Opinia Medyczna zagraniczna przekazywana jest Ubezpieczonemu w języku polskim.
- Organizacja procesu leczenia w RP i za granicą to proces polegający na wsparciu Ubezpieczonego

w procesie samego leczenia, który jest wynikiem zaleceń Drugiej Opinii Medycznej i który składa się z następujących elementów:

a) **Analiza przypadku** – wstępny etap prowadzenia zachorowania objętego Umową dodatkową. Na tym etapie analizowana jest dotychczasowa dokumentacja medyczna, Druga Opinia Medyczna krajowa lub zagraniczna dotycząca zachorowania Ubezpieczonego, stan zdrowia Ubezpieczonego i przygotowywany jest Indywidualny plan leczenia. Celem Analizy przypadku jest wstępne określenie możliwych opcji lub ścieżki terapeutycznej w porozumieniu z Ubezpieczonym i lekarzem prowadzącym.

b) **Indywidualny plan leczenia** – sugerowany plan leczenia opracowywany w porozumieniu z Ubezpieczonym, a w przypadku gdy Ubezpieczony jest Dzieckiem – z jego opiekunem prawnym i lekarzem prowadzącym na podstawie wyników Analizy przypadku oraz Drugiej Opinii Medycznej. Za przygotowanie Indywidualnego Planu Leczenia odpowiedzialny jest Zespół Prowadzący Centrum Telemedycznego. Celem Indywidualnego planu leczenia jest analiza opcji diagnostycznych i terapeutycznych pod względem:

- ich wpływu na oczekiwane wyniki leczenia z klinicznego punktu widzenia,
- kosztów każdej z opcji,
- możliwości wsparcia poprzez technologie telemedyczne,
- dostępności i czasu oczekiwania,
- całkowitego budżetu, którym dysponuje Ubezpieczony i innych dostępnych opcji uzyskania opieki medycznej jak prywatne polisy zdrowotne i świadczenia w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia,
- aspekty logistyczne, kulturowe, rodzinne i osobiste danego przypadku.

Celem Indywidualnego planu leczenia jest:

- uzyskanie jak najlepszych wyników klinicznych,
- ponoszenie kosztów zgodnych z określonym budżetem,
- wykorzystanie w miarę możliwości dostępnych dla Ubezpieczonego świadczeń zdrowotnych,
- stworzenie planu działania łączącego aspekty kliniczne i ekonomiczne z indywidualnymi potrzebami i możliwościami Ubezpieczonego.

Usługa realizowana jest po zakończeniu etapu Analizy przypadku, w terminie do 14 dni od otrzymania Drugiej opinii medycznej krajowej lub zagranicznej.

c) **Koordinacja i wsparcie podczas realizacji Indywidualnego planu leczenia** – w ramach koordynacji procesu leczenia realizowana jest:

- organizacja i umówienie wizyt i konsultacji lekarskich, rezerwacja terminów zabiegów medycznych, konsultacji lekarskich, pobytu w szpitalu w ramach niepublicznej służby zdrowia,
- organizacja zakwaterowania, o ile jest to niezbędne w przypadku wizyt i konsultacji lekarskich oraz zabiegów medycznych,

- organizacja transportów, w tym medycznych, Ubezpieczonego, a jeśli Ubezpieczony jest Dzieckiem, transportów realizowanych również dla towarzyszących Ubezpieczonemu jego opiekunów prawnych (maksymalnie 2 osoby) w ramach niezbędnych konsultacji medycznych, ponad limit określony w niniejszym Aneksie,
- organizacja pomocy pielęgniarskiej w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego,
- dowóz leków i drobnego sprzętu rehabilitacyjnego, ponad limit określony w niniejszym Aneksie,
- Telekonsultacje medyczne ogólne, ponad limit określony w niniejszym Aneksie,
- telekonsultacje medyczne specjalistyczne,
- konsultacje psychologiczne,
- monitorowanie telemedyczne w zakresie: monitorowanie kardiologiczne, ciśnienie krwi, system diagnostyczny Medical Guard[®] monitorowania cukrzycy, objętość oddechu i rytm oddechowy, pulsoksymetria, spirometria, waga,
- telerehabilitacja: poznawcza / neurologiczna, ruchowa, kardiologiczna,
- system alarmowy umożliwiający wzywanie pomocy w przypadkach medycznych i socjalnych.

Koszt usług określonych w ramach Koordynacji i wsparcia podczas realizacji Indywidualnego planu leczenia ponosi Ubezpieczony.

Na podstawie przebiegu leczenia lub modyfikacji diagnozy Indywidualny plan leczenia może być weryfikowany i aktualizowany.

Na etapie Organizacji procesu leczenia w RP i za granicą istnieje możliwość włączenia świadczeń dostępnych dla Ubezpieczonego w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, które mogą stanowić uzupełnienie procesu leczenia, jeśli z uwagi na swoje ograniczenia formalne i dostępność nie wpływają negatywnie na całość procesu leczenia. Włączenie ewentualnych świadczeń w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia nie obejmuje umawiania wizyt realizowanych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.

Celem Koordynacji i wsparcia podczas realizacji Indywidualnego planu leczenia jest wsparcie Ubezpieczonego, a jeśli Ubezpieczony jest Dzieckiem – jego opiekunów prawnych, podczas realizacji Indywidualnego planu leczenia obejmujące:

- wsparcie psychologiczne dla Ubezpieczonego,
- wsparcie w adaptacji do zachodzących zmian w procesie leczenia Ubezpieczonego,
- udostępnienie narzędzi telemedycznych,
- udostępnienie pakietu usług niezbędnych w procesie dochodzenia do zdrowia,
- wsparcie w zakresie analizy kosztów procesu leczenia w ramach dostępnych środków Ubezpieczonego, a jeśli Ubezpieczony jest Dzieckiem – środków jego opiekunów prawnych.

- d) **Zakończenie Indywidualnego planu leczenia**
– opracowanie przez Zespół Prowadzący Centrum Telemedycznego w formie pisemnej podsumowania i zaleceń końcowych do realizacji po zakończeniu Indywidualnego Planu Leczenia. Celem Zakończenia Indywidualnego planu leczenia jest przygotowanie wskazówek dalszego postępowania dla Ubezpieczonego, a jeśli Ubezpieczony jest Dzieckiem – dla jego opiekunów prawnych.
7. W ramach powyższych ustępów Ubezpieczonemu przysługują kontakty z Zespołem Prowadzącym Centrum Telemedycznego. Liczba kontaktów pomiędzy Ubezpieczonym a Zespołem Prowadzącym Centrum Telemedycznego w ramach realizacji Drugiej Opinii Medycznej i Organizacji procesu leczenia w RP i za granicą jest nieograniczona w zakresie dotyczącym zachorowania będącego podstawą do wystąpienia o Drugą Opinię Medyczną. Czynności Zespołu Prowadzącego Centrum Telemedycznego względem Ubezpieczonego kończą się:
- po dodatkowej konsultacji z Lekarzem konsultantem wydającym Drugą Opinię Medyczną lub po udzieleniu wyjaśnień co do Drugiej Opinii Medycznej przez Zespół Prowadzący Centrum Telemedycznego, o ile dodatkowa konsultacja z Lekarzem konsultantem wydającym Drugą Opinię Medyczną nie była realizowana,
 - po zakończeniu Organizacji procesu leczenia w RP i za granicą – w odniesieniu do opcji Drugiej Opinii Medycznej oznaczonej kodem: A-SMO3,
 - każdorazowo nie później niż po upływie 12 miesięcy od przyznania przez Nationale-Nederlanden prawa do wypłaty Pieniądzy z Umowy dodatkowej.
8. Usługi towarzyszące mają na celu pomóc Ubezpieczonemu w zrozumieniu i zapoznaniu się z Drugą Opinią Medyczną.
- Tele-, wideokonsultacja lub wizyta u specjalisty z Ośrodka referencyjnego (jako uzupełnienie Drugiej opinii medycznej)** – tele- lub wideokonsultacja lub wizyta u Lekarza konsultanta z Ośrodka referencyjnego, przygotowującego Drugą Opinię Medyczną, która daje możliwość Ubezpieczonemu, a w przypadku jeśli Ubezpieczony jest Dzieckiem – jego opiekunowi prawnemu lub jego lekarzowi prowadzącemu, omówienia wystawionej Drugiej Opinii Medycznej w przypadku wątpliwości, niejasności lub dodatkowych pytań. Możliwość wizyty u specjalisty z Ośrodka referencyjnego jest dostępna tylko dla Drugiej Opinii Medycznej krajowej. Czas oczekiwania na usługę nie przekracza 2 Dni roboczych od dnia otrzymania Drugiej Opinii Medycznej, nie wcześniej jednak niż od daty otrzymania przez Partnera medycznego zgłoszenia chęci skorzystania ze świadczenia. Usługa realizowana jest w Dni robocze, w terminie ustalonym z Ubezpieczonym, a jeśli Ubezpieczony jest Dzieckiem – z jego opiekunem prawnym.
 - Telekonsultacja medyczna ogólna przygotowawcza** – telekonsultacja medyczna, której celem, po wstępnej ocenie przypadku, jest pomoc Ubezpieczonemu w decyzji co do wyboru opcji Drugiej Opinii Medycznej – krajowej lub zagranicznej, najbardziej adekwatnej w danej sytuacji i opcji Drugiej Opinii Medycznej. Telekonsultacja realizowana jest w terminie 24 godzin, w Dni robocze przez lekarza Zespołu Prowadzącego Centrum Telemedycznego. Usługa realizowana jest w formie konsultacji telefonicznej, wideokonferencji lub zapytania mailowego przysługującego Ubezpieczonemu, a w przypadku jeśli Ubezpieczony jest Dzieckiem – jego opiekunowi prawnemu. Przed telekonsultacją możliwe jest przesłanie dokumentacji medycznej do lekarza Zespołu Prowadzącego Centrum Telemedycznego.
 - Transport medyczny do i z placówki medycznej** – w przypadku gdy lekarz Zespołu Prowadzącego Centrum Telemedycznego w porozumieniu z Ubezpieczonym stwierdzi konieczność konsultacji Drugiej Opinii Medycznej, osobistego spotkania z Lekarzem konsultantem, Partner medyczny organizuje i pokrywa koszty transportu medycznego Ubezpieczonego z Miejsca zamieszkania do szpitala lub placówki medycznej, w której pracuje lekarz specjalista wystawiający Drugą Opinię Medyczną oraz ze szpitala lub placówki medycznej w której pracuje lekarz specjalista wystawiający Drugą Opinię Medyczną do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego. Świadczenie dotyczy Ubezpieczonego, a jeśli Ubezpieczony jest Dzieckiem transport realizowany jest również dla towarzyszących Ubezpieczonemu jego opiekunów prawnych (maksymalnie 2 osoby). Świadczenie dostępne jest tylko dla Drugiej Opinii Medycznej krajowej. Usługa realizowana jest w dniu wizyty u Lekarza konsultanta lub odpowiednio w dni bezpośrednio poprzedzające lub następujące po dniu wizyty.
 - Organizacja hotelu w sytuacji gdy Ubezpieczony korzysta z wizyty u specjalisty z Ośrodka referencyjnego** – w przypadku, gdy lekarz Zespołu Prowadzącego Centrum Telemedycznego w porozumieniu z Ubezpieczonym stwierdzi konieczność jej konsultacji, osobistego spotkania z Lekarzem konsultantem, Partner medyczny organizuje i pokrywa koszty hotelu dla Ubezpieczonego lub jeśli Ubezpieczony jest Dzieckiem również dla towarzyszących Ubezpieczonemu jego opiekunów prawnych (maksymalnie 2 osoby), w pobliżu placówki medycznej, w której pracuje lekarz specjalista wystawiający Drugą opinię medyczną. Świadczenie jest zasadne, jeśli nie jest możliwe zorganizowanie dojazdu oraz wizyty w ciągu jednego dnia. Świadczenie dostępne jest tylko dla Drugiej Opinii Medycznej krajowej. Usługa realizowana jest w dniu wizyty u Lekarza konsultanta lub odpowiednio w dni bezpośrednio poprzedzające lub następujące po dniu wizyty.
 - Telekonsultacje medyczne ogólne**
– telekonsultacje medyczne dotyczące kwestii medycznych, realizowane na bieżąco przez lekarza specjalistę medycyny rodzinnej w trybie 24/7 w terminie 2 godzin od momentu zgłoszenia.

Usługa realizowana jest w formie konsultacji telefonicznej, wideokonferencji lub zapytania mailowego przysługującego Ubezpieczonemu, a w przypadku jeśli Ubezpieczony jest Dzieckiem – jego opiekunowi prawnemu. Przed telekonsultacją możliwe jest przesłanie dokumentacji medycznej dla lekarza specjalisty medycyny rodzinnej. Po przeprowadzeniu telekonsultacji, lekarz specjalista medycyny rodzinnej ma możliwość przesłania skierowań i recept pełnopłatnych. Telekonsultacje medyczne ogólne, realizowane są w ramach określonych limitów w okresie 12 miesięcy od dnia przyznania prawa do Drugiej Opinii Medycznej.

- f) **Dowóz leków** – jeżeli Ubezpieczony wymaga leżenia zgodnie ze wskazaniami lekarza Partnera medycznego lub określonymi w zwolnieniu lekarskim, Partner medyczny organizuje i pokrywa koszty wyłącznie dostarczenia leków do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego. Koszt samych lekarstw jest pokrywany przez Ubezpieczonego. Usługa realizowana jest w dniu zgłoszenia lub w dniu bezpośrednio następującym po dniu zgłoszenia.
- g) **Pomoc tłumacza** – organizacja pomocy tłumacza on-line w ramach określonego limitu, rozumiana jako organizacja przez Partnera medycznego usługi tłumacza, przy wykorzystaniu narzędzi porozumiewania się na odległość (telefon, mail, chat) w sytuacji, gdy Ubezpieczony, a w przypadku gdy Ubezpieczony jest Dzieckiem – jego opiekunowie prawni, wymagają wsparcia w zakresie tłumaczenia podczas Tele-, wideokonsultacji medycznej z Lekarzem konsultantem z Ośrodka referencyjnego lub w trakcie Organizacji procesu leczenia w RP i za granicą. Tłumaczenia odbywają się w języku: angielskim, niemieckim, hiszpańskim lub francuskim. Świadczenie dostępne jest tylko dla Drugiej opinii medycznej zagranicznej. Usługa realizowana jest w dniu Tele-, wideokonsultacji z Lekarzem konsultantem.
9. W zależności od przysługującej Ubezpieczonemu opcji Drugiej Opinii Medycznej Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Partnera medycznego zorganizuje lub zorganizuje i pokryje koszty usług, o których mowa powyżej.
10. Koszt usług organizowanych w ramach Koordynacji i wsparcia podczas realizacji Indywidualnego planu leczenia ponosi Ubezpieczony.
11. W celu skorzystania ze świadczeń opisanych w niniejszym Aneksie powinien:
- skontaktować się z Partnerem medycznym, czynnym przez całą dobę pod numerem telefonu: **+48 (22) 203 79 69**;
 - przy kontakcie z Partnerem medycznym podać następujące informacje:
 - imię i nazwisko,
 - numer PESEL lub numer polisy Nationale-Nederlanden,
 - usługę, z jakiej chcesz skorzystać,
 - numer telefonu, pod którym Partner medyczny może się z Tobą skontaktować,
- V. lokalizację miejsca, gdzie usługa ma być świadczona, jeżeli taka informacja jest potrzebna,
- VI. inne informacje niezbędne pracownikowi Partnera medycznego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
12. O celowości i sposobie realizacji poszczególnych usług decyduje Partner medyczny.
13. Zespół Prowadzący Centrum Telemedycznego współpracuje z Ubezpieczonym lub jeśli Ubezpieczony jest Dzieckiem z jego opiekunem prawnym, w celu zgromadzenia pełnej historii zachorowania oraz dokumentacji medycznej. W przypadku, gdy lekarz Zespołu Prowadzącego Centrum Telemedycznego uzna, że zachodzi konieczność uzupełnienia dokumentacji medycznej złożonej przez Ubezpieczonego, w związku z realizacją świadczenia z Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do dostarczenia dokumentacji niezbędnej do wydania Drugiej Opinii Medycznej. Za zgodą Ubezpieczonego wyrażoną na piśmie upoważniony przez Nationale-Nederlanden lekarz z Zespołu Prowadzącego Centrum Telemedycznego może wystąpić do placówek medycznych o udostępnienie niezbędnej dokumentacji medycznej.
14. W przypadku, gdy z przyczyn niezależnych od Nationale-Nederlanden lub Partnera medycznego nie będzie możliwe wykonanie określonych poniżej Usług towarzyszących w terminie do 3 dni, ale nie wcześniej niż dnia następnego po otrzymaniu przez Partnera medycznego zgłoszenia chęci skorzystania ze świadczenia, Nationale-Nederlanden zwróci Ubezpieczonemu koszty wykonania tych usług, do limitów wskazanych w niniejszym Aneksie, o ile Partner medyczny wyrazi zgodę na wykonanie tych usług przez Ubezpieczonego na koszt Nationale-Nederlanden. Zwrot kosztów dokonywany jest na terytorium Polski, przelewem bankowym na rachunek wskazany przez Ubezpieczonego, w walucie polskiej, do limitów określonych w poniżej:
- Transport medyczny do placówki medycznej i Transport medyczny z placówki medycznej łącznie – maksymalnie 2.000 PLN na oba świadczenia łącznie,
 - Organizacja i pokrycie kosztów zakwaterowania w hotelu, w sytuacji gdy Ubezpieczony korzysta z wizyty u Lekarza konsultanta z Ośrodka referencyjnego, który wystawiał Drugą Opinię Medyczną krajową – maksymalnie 1.000 PLN na jedno świadczenie,
 - Dowóz leków – maksymalnie 250 PLN na jedno świadczenie.
15. W przypadku, o którym mowa w powyższym punkcie zgłoszenie o refundację kosztów usługi powinno zawierać:
- numer rachunku bankowego, na który winna być zwrócona kwota poniesiona przez Ubezpieczonego,
 - oryginały lub skany wszystkich faktur, rachunków, dowodów wpłaty, które umożliwią określenie łącznych kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego.

16. Nationale-Nederlanden za pośrednictwem Partnera medycznego refunduje koszt usługi niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia i jego wysokość.

Art. 6 Jakie są limity w ramach Usług towarzyszących?

1. Poszczególne rodzaje usług są realizowane w ramach limitów wskazanych w poniższej tabeli:

Opcja	Liczba świadczeń w ciągu 12 miesięcy od dnia przyznania prawa do Drugiej Opinii Medycznej /Limit na zdarzenie			
	Druga opinia medyczna – krajowa (kod: A-SMO1)	Druga opinia medyczna – krajowa i zagraniczna (kod: A-SMO2)	Druga opinia medyczna – krajowa, zagraniczna i organizacja procesu leczenia (kod: A-SMO3)	
Świadczenia zamienne	Tele-, widekonsultacja lub wizyta u specjalisty z Ośrodka referencyjnego w przypadku Drugiej Opinii Medycznej krajowej	1 raz	1 raz	1 raz
	Tele-, widekonsultacja u specjalisty z Ośrodka referencyjnego w przypadku Drugiej Opinii Medycznej zagranicznej	brak	1 raz	1 raz
Telekonsultacje medyczne ogólne	5 razy	5 razy	5 razy	
Telekonsultacja medyczna ogólna przygotowawcza	brak	1 raz	1 raz	
Świadczenia łączne	Transport medyczny do placówki medycznej	1 raz	1 raz	1 raz
	Transport medyczny z placówki medycznej			
Organizacja hotelu w sytuacji gdy Ubezpieczony korzysta z wizyty u Lekarza konsultanta z Ośrodka referencyjnego, który wystawiał Drugą Opinię Medyczną krajową	1 raz / nie więcej niż 2 noclegi	1 raz / nie więcej niż 2 noclegi	1 raz / nie więcej niż 2 noclegi	
Dowóz leków	2 razy	2 razy	2 razy	
Pomoc tłumacza	brak	1 raz	1 raz	
Organizacja procesu leczenia w RP i za granicą	brak	brak	1 raz / organizacja	

2. Wskazane w powyższej tabeli limity to górna granica odpowiedzialności Nationale-Nederlanden z tytułu ochrony udzielanej na podstawie niniejszego Aneksu.

Art. 7 W jakich sytuacjach świadczenia nie zostaną zrealizowane?

Świadczenia opisane niniejszym Aneksem nie zostaną realizowane jeżeli:

- pomimo wystąpienia zachorowania objętego Umową dodatkową Nationale-Nederlanden nie przyznało prawa do wypłaty Pieniądzy,
- w przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia Ubezpieczonego, tj. w sytuacjach wymagających wezwania pogotowia ratunkowego.

Art. 8 Gdzie możesz uzyskać informacje dotyczące świadczeń opisanych w niniejszym Aneksie?

Jeżeli masz pytania lub wątpliwości dotyczące Drugiej Opinii Medycznej, Usług towarzyszących lub Organizacji procesu leczenia w RP i za granicą możesz je kierować bezpośrednio do Partnera medycznego na dedykowany numer telefonu: **+48 (22) 203 79 69** czynny całodobowo, przez siedem dni w tygodniu.

Art. 9 Wejście w życie Aneksu do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej – Druga Opinia Medyczna

Aneks zatwierdzony przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 37/2022 z dnia 21 czerwca 2022 r., wchodzi w życie z dniem 22 czerwca 2022 r.

Skontaktuj się z nami:

 www.nn.pl

 info@nn.pl

 **801 20 30 40**

 **22 522 71 24**

OWU_ANEKS_21.06.2022.r.