



DSS HÄLSA

Cancer Care

Tillägg 1:
Personanpassad medicin
och cancerbehandling

Innehållsförteckning

8	Cancerbehandling	4
8.1	Vem som omfattas av Tillägg 1	7
8.2	Vad Tillägg 1 omfattar	7
8.2.1	De tjänster som är tillgängliga enligt detta Tillägg 1	8
8.2.2	Precisionsmedicinsk tjänst	8
8.2.2.1	Försäkrade medicinska scenarier för personanpassad medicin	8
8.2.2.2	Tester som omfattas	9
8.2.2.3	Begränsningar	10
8.2.3	Cancerbehandling	10
8.3	Användning av det försäkringsskydd som erbjuds enligt detta Tillägg 1	12
8.4	Anspråksförfarande	14
8.4.1	Anmäla en skada	14
8.4.2	Skyldighet att lämna upplysningar	14
8.4.3	Den försäkrades skyldigheter	15
8.4.4	Tillhandahållande av den precisionsmedicinska tjänsten	15
	Steg 1: Intagning	15
	Steg 2: Omfattande genetiska tester	15
	Steg 3: Klinisk expertrapport	16
	Steg 4: Behandlingsindikationer och orientering i resultat	17
	Steg 5: Testning av könsceller i den försäkrades familj	17
8.4.5	Bedömning av anspråk och förslag på sjukhus för behandling	18
8.4.6	Behandling utomlands: preliminärt medicinskt intyg	18
8.4.7	Ansvarstiden	19
8.4.8	Återkomst från behandling utomlands	20
8.4.9	Bedömning av anspråk efter återkomst från behandling utomlands	20
8.4.10	Samarbete	21

8.5	Försäkringsskydd	21
8.5.1	Medicinska kostnader som omfattas av försäkringen under vård utomlands	21
8.5.2	Icke-medicinska kostnader som omfattas av försäkringen under vård utomlands	23
8.5.2.1	Resekostnader för behandling utomlands	23
8.5.2.2	Boendekostnader som omfattas av försäkringen under behandling utomlands	24
8.5.2.3	Kostnader för hemtransport	25
8.5.3	Monetära förmåner som omfattas av försäkringen under vård utomlands	25
8.5.4	Vårdkostnader som omfattas av försäkringen efter hemkomst från vård utomlands	26
8.5.4.1	Medicinska kostnader som omfattas av försäkringen efter hemkomst från vård utomlands	26
8.5.4.2	Uppföljande vård efter hemkomst från behandling utomlands	27
8.6	Vad försäkringen inte täcker	28
8.7	Särskilda bestämmelser	32
8.7.1	Skydd vid försäkringens upphörande	32
8.7.2	Fortsättningsförsäkring	32
8.7.3	Övergång från annan grupp eller annat försäkringsbolag	32

8 Cancerbehandling

Försäkringsskyddet enligt detta Tillägg 1 gäller under tilläggets försäkringsperiod.

Definition av vissa begrepp som används i försäkringen/försäkringsvillkoren:

Försäkringsperioden enligt Tillägg 1

Försäkringsperioden enligt tillägget är perioden från det att det försäkringsskydd som erbjuds enligt detta Tillägg 1 träder i kraft till dess att det upphör, oavsett orsak. Försäkringsperioden börjar gälla på det **startdatum för cancer care** som anges i ditt försäkringsbesked.

Further

Det företag som ger stöd för tjänsterna för hantering av anspråk och anordnandet av behandling.

Ansvarstid

Period på trettiosex (36) månader som börjar på datumet för den första resa som anordnas och betalas av det försäkringsskydd som erbjuds genom detta Tillägg 1 i ett giltigt anspråk. Ansvarstiden är den tid under vilken de förmåner som erbjuds enligt detta Tillägg 1 ska betala för alla anspråk som godkänts enligt detta Tillägg 1.

Försäkringsbelopp

Försäkringsbeloppet för allt skydd avseende cancerbehandling utomlands enligt avsnitt 5, Cancer – Undersökning och behandling utomlands ("cancervård") är 11 000 000 SEK per försäkrad. Denna gräns för försäkringsbeloppet omfattar alla kostnader som uppkommer för att tillhandahålla det skydd som beskrivs i avsnitten 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3 och 8.5.4.

Medicinska definitioner

Genterapiprodukter: Dessa innehåller gener som leder till en terapeutisk, profylaktisk eller diagnostisk effekt. De fungerar genom att "rekombinanta" gener förs in i kroppen, vanligtvis för att behandla en rad olika sjukdomar, inklusive genetiska sjukdomar, cancer eller långtidssjukdomar. En rekombinant gen är en sträng av DNA eller RNA som skapas i laboratoriet genom att DNA eller RNA från olika källor förs samman.

Produkter för somatisk cellterapi: Dessa innehåller celler eller vävnader som har manipulerats för att ändra deras biologiska egenskaper eller innehåller celler eller vävnader som inte är avsedda att användas för samma viktiga funktioner i kroppen. De kan användas för att bota, diagnostisera eller förebygga sjukdomar.

Vävnadsgenererade produkter: Dessa innehåller celler eller vävnader som har modifierats så att de kan användas för att reparera, regenerera eller ersätta mänsklig vävnad.

Alternativ medicin: System, metoder och produkter inom medicin och hälsovård som för närvarande inte anses ingå i konventionell medicin eller standardbehandlingar, inklusive men inte begränsat till: akupunktur, aromaterapi, kiropraktisk medicin, homeopatisk medicin, naturopatisk medicin, ayurveda, traditionell kinesisk medicin och osteopatisk medicin.

CAR T-cellsterapi (Chimeric Antigen Receptor T-Cell Therapy): Typ av behandling där en patients T-celler (en typ av immunförsvarsceller) förändras i laboratoriet så att de angriper cancerceller. T-cellerna tas från patientens blod. Sedan läggs genen för en speciell receptor som binder till ett visst protein på patientens cancerceller till i laboratoriet. Den speciella receptorn kallas för en chimär antigenreceptor (CAR). Ett stort antal CAR T-celler odlas i laboratoriet och ges till patienten genom infusion.

Godkänt protokoll för CAR T-celler: Tillhandahållande av CAR T-cellsterapi inklusive en enda infusion av läkemedlet och förbehandlings- och förmedicineringsfaserna före infusionen samt övervakningsfasen efter infusionen, i strikt överensstämmelse med de riktlinjer som anges i den läkemedelslicens som utfärdats av de relevanta medicinska myndigheterna i det land där protokollet tillhandahålls.

Kognitiva störningar: Störningar som avsevärt försämrar en individs kognitiva funktion till den grad att normal funktion i samhället är omöjlig utan behandling, enligt definitionen i den senaste versionen av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V).

Experimentell behandling: En behandling, procedur, behandlingsmetod, utrustning, medicin eller farmaceutisk produkt, avsedd för medicinskt eller kirurgiskt bruk, som inte har blivit allmänt accepterad som säker, effektiv och lämplig för behandling av sjukdomar eller skador av de olika vetenskapliga organisationer som erkänns av det internationella medicinska samfundet, eller som genomgår studier, forskning, testning eller befinner sig i något stadium av kliniskt experiment.

Uppföljande vård: Diagnostisk undersökning och/eller bevakning/övervakning (av en läkare med särskild expertis avseende den behandlade sjukdomen) efter behandling utomlands som används för att fastställa om den försäkrade lider (eller sannolikt lider) av en försämring eller komplikation av den behandlade sjukdomen, i syfte att förhindra återfall i eller återkomst av samma sjukdom. Den behandlande läkaren i utlandet ska utarbeta en plan för uppföljande vård med angivande av tidsintervaller och typ av diagnostiska åtgärder.

Sjukdom: En störning i kropps-, system- eller organstrukturen eller -funktionen med identifierbar och karakteristisk uppsättning tecken och symptom eller konsekventa anatomiska förändringar. Dessutom måste en diagnos ställas av en läkare som är legitimerad i sin yrkesutövning. En sjukdom anses vara alla skador och effekter som uppstår till följd av samma diagnos, liksom alla åkommor som har samma orsak eller relaterade orsaker. Om en åkomma har samma orsak som den som ledde till en tidigare sjukdom eller en besläktad orsak kommer sjukdomen att betraktas som en fortsättning på den tidigare och inte som en separat sjukdom.

Medicinskt nödvändig: Sjukvårdstjänster eller -artiklar som förskrivs till den försäkrade i syfte att behandla en försäkrad sjukdom eller anordna ett försäkrat medicinskt ingrepp i syfte att förbättra den försäkrades medicinska tillstånd och som erkänns som effektiva för att förbättra hälsoresultatet enligt behandlingsplaner som överensstämmer med diagnosen i fråga om typ, frekvens och varaktighet enligt publicerad, fackgranskad medicinsk litteratur. Sjukvårdstjänsterna eller sjukvårdsartiklarna måste vara kostnads-effektiva jämfört med alternativa behandlingar som leder till liknande resultat, inklusive ingen behandling och de som krävs av andra skäl än den försäkrades eller hans/hennes läkares bekvämlighet. Det faktum att en läkare kan rekommendera, förskriva, beställa eller godkänna en tjänst eller artikel innebär inte i sig nödvändigtvis att en sådan tjänst eller artikel är medicinskt nödvändig enligt detta Tillägg 1.

Preliminärt medicinskt intyg: Skriftligt godkännande, utfärdat av Further och/eller företaget, som inkluderar bekräftelse på omfattning enligt detta Tillägg 1 innan behandlingen utomlands utförs på det angivna sjukhuset, för alla behandlingar, tjänster, artiklar eller recept som hänför sig till ett anspråk.

Redan befintliga sjukdomar: Varje sjukdom eller medicinskt tillstånd hos den försäkrade, som rapporterades, diagnostiserades, behandlades eller som visade relaterade medicinskt dokumenterade symtom eller fynd (tecken) inom fem år före försäkringsskyddets startdatum för den försäkrade enligt detta Tillägg 1.

Protes: En anordning som ersätter hela eller en del av ett organ eller ersätter hela eller en del av funktionen hos en icke fungerande eller felaktigt fungerande del av kroppen.

Exklusionsperiod: En period på 90 dagar räknat från respektive startdatum för försäkringsskyddet för varje försäkrad enligt detta Tillägg 1.

Rekonstruktiv kirurgi: Förfaranden som syftar till att återuppbygga en struktur för att korrigera dess funktionsförlust.

8.1 Vem som omfattas av Tillägg 1

Skyddet enligt detta Tillägg 1 är tillgängligt för alla försäkrade (inklusive alla med-försäkrade: den försäkrades make/maka/registrerade partner/sambo/biologiska barn och/eller adoptivbarn) enligt den "BAS"-, "PLUS"- eller "PREMIUM"-försäkring till vilken cancervård läggs till.

För varje försäkrad som läggs till i detta försäkringsavtals skydd på obligatorisk/automatisk basis efter **startdatumet för Cancer Care**, träder skyddet enligt detta Tillägg 1 i kraft den dag då de inkluderas i avtalet.

För försäkrade som läggs till i detta försäkringsavtals skydd på frivillig basis efter **startdatumet för Cancer Care**, träder skyddet enligt detta Tillägg 1 i kraft den dag de inkluderas i avtalet, men vissa undantag från skyddet gäller, enligt vad som anges i avsnitt 8.6:

- redan befintliga sjukdomar kommer att uteslutas från skyddet
- tillämpningen av exklusionsperiod.

Karensbestämmelser för detta Tillägg 1

Det finns ingen karenstid enligt detta Tillägg 1.

8.2 Vad Tillägg 1 omfattar

Detta Tillägg 1 är utformat för tillhandahållande av cancerbehandling utanför Sverige och bosättningslandet om den försäkrade har en permanent registrerad adress i Norge (utom Svalbard och Jan Mayen), Finland och Danmark utom Grönland och Färöarna och har rätt att få tjänster som motsvarar offentliga hälso- och sjukvården i bosättningslandet, i syfte att förbättra den försäkrades medicinska tillstånd när den optimala behandlingen kanske inte är tillgänglig i Sverige, vilket identifieras genom tillhandahållandet av den precisions medicinska tjänsten.

Vi ger den försäkrade tillgång till den precisionsmedicinska tjänsten för ersättningsberättigade medicinska scenarier och förser den försäkrade med försäkringsskydd för medicinsk behandling som identifierats som en ersättningsberättigad behandlingslinje till följd av ett täckt medicinskt utfall.

8.2.1 De tjänster som är tillgängliga enligt detta Tillägg 1:

- **Medicinsk conciergetjänst:** Med avseende på ett godkänt anspråk kommer den medicinska conciergetjänsten att samordna allt som rör den medicinska behandlingen av en enskild person. Detta inkluderar ärendeövervakning och hjälp med rese- och boendearrangemang för den enskilde och eventuell berättigad följeslagare.
- **Precisionsmedicinsk tjänst:** Denna tjänst innebär, när det gäller vissa cancerdiagnoser som erkänns som försäkrade medicinska scenarier, att en analys av molekyllär profil anordnas för att tillhandahålla rapporter som anger korrekta diagnoser, individualiserade behandlingsplaner, bedömning av behandlingsresistens och exakta prognoser. Tjänsten kan leda till identifiering av ett försäkrat medicinskt utfall.

8.2.2 Precisionsmedicinsk tjänst

Den precisionsmedicinska tjänsten ger personligt stöd och vägledning till de försäkrade under hela deras cancerprocess. Detta inkluderar särskilt definierad tillgång till omfattande genomiska tester med hjälp av tekniker som NGS (Next Generation Sequencing), världsledande experttolkning av laboratorieresultat och en exakt klinisk expertrapport, som omfattar en personlig cancerbehandlingsplan som är specifik för varje försäkrads molekyllära profil.

Tillhandahållandet av tjänsten kommer att övervakas av klinisk personal med expertkunskaper inom detta medicinska område.

8.2.2.1 Försäkrade medicinska scenarier för personanpassad medicin

Den precisionsmedicinska tjänsten kan aktiveras när följande villkor är uppfyllda:

- 1) Den försäkrade genomgår aktivt cancerbehandling eller har fått en skriftlig rekommendation om omedelbar cancerbehandling, och
- 2) Cancerdiagnosen klassificeras som stadium I, II, III eller IV, och
- 3) För **somatisk testning** (se avsnitt 8.2.2.2 "Försäkrade tester" härnäst) finns lämpligt testmaterial tillgängligt i form av ett biopsiprov med ett tillräckligt antal tumörceller. Om provet inte innehåller tillräckligt många tumörceller kan en vätskebiopsi (blodprov) anordnas om detta är kliniskt lämpligt.

8.2.2.2 Tester som omfattas

Den precisionsmedicinska tjänsten anordnar omfattande genetiska tester baserat på den cancerdiagnos som begäran gäller: **Somatisk testning** och **testning av könsceller**.

- 1) För diagnoser av cancer i tidigt stadium (klassificerade som stadium I eller II) kommer den precisionsmedicinska tjänsten att anordna genetisk testning av ärftlig cancerrisk om det anses vara kliniskt lämpligt av en expert inom detta medicinska område som anges av Further – **testning av könsceller**.
- 2) För cancerdiagnoser som klassificeras enligt ett av följande kriterier:
 - cancer som inte svarar på första linjens behandling (vilket bekräftas av den behandlande onkologen), eller
 - cancer i långt framskridet stadium (stadium III eller IV), eller
 - cancer av okänt primärt ursprung (avsaknad av en klart påvisbar primär tumör), eller
 - sällsynta former eller cancerformer (*).

Den precisionsmedicinska tjänsten anordnar ett omfattande genomiskt test – **somatisk testning**.

(*) Cancerformer med en incidens på $< 6/100\,000$ som ingår i Surveillance of Rare Cancers in Europe (RARECAR), se www.esmo.org.

Testning av könsceller

- **Testning av könsceller** är en typ av genetisk testning med vilken man letar efter ärftliga mutationer som finns i varje cell i kroppen och som har funnits där sedan födseln.
- Syftet med **testning av könsceller** är att identifiera ärftliga anlag för vissa typer av cancer hos patienten. Resultat från **genetisk testning av könsceller** kan ge information för cancervården genom att identifiera patienter med ärftliga bidrag som påverkar cancerbehandlingen och den framtida cancerrisken för sekundära primärtumörer. Denna analys kan vara relevant för patientens familjemedlemmar som kan ha ärvt samma mutationer.
- Testet utförs genom analys av ett prov i form av en kindpinne, ett salivprov eller ett blodprov.

Somatisk testning

- **Somatisk testning** är en form av genetisk testning där man letar efter förvärvade mutationer i en begränsad uppsättning celler eller vävnader.
- Syftet med **somatisk testning** är att hitta prediktorer som kan påverka behandlingsbeslut.
- Testet utförs genom att ett prov av tumören analyseras i form av ett biopsiprov eller en vätskebiopsi.

8.2.2.3 Begränsningar

- Efter granskning av begäran kommer lämpligt **köncellstest** eller **somatiskt test** att utföras baserat på de kvalificeringskriterier som angavs tidigare i avsnitt 8.2.2.2 "Försäkrade tester". Ett (1) test kommer att utföras för varje unik cancerdiagnos.

Observera följande:

- a. En unik cancerdiagnos fastställs genom den specifika ICD-kod (International Classification of Diseases) som tilldelas till cancer. Därför kan tjänsten begäras (igen) för en separat och orelaterad cancer, diagnostiserad enligt en annan ICD-kod.
 - b. Om en specifik cancerdiagnos i tidigt stadium som endast granskats med hjälp av **testning av könceller** i denna tjänst utvecklas till stadium III eller IV har den försäkrade rätt att återaktivera tjänsten och begära ett **somatiskt test**.
- Den precisionsmedicinska tjänsten kan inte erbjudas för en **redan befintlig sjukdom** eller en sjukdom som förekommer under exklusionsperiod (se avsnitt 8.6).
 - Aktivering (och återaktivering enligt punkt b) av den precisionsmedicinska tjänsten måste ske medan försäkringsavtalet är aktivt och till fullo betalt.

8.2.3 Cancerbehandling

Behandlingslinjer

Behandlingen av cancer organiseras och administreras genom successiva behandlingslinjer. När en cancerdiagnos har ställts kommer den behandlande läkaren att samordna "första linjens behandling" (även kallad initial behandling). Denna första behandlingslinje förväntas ge störst nytta samtidigt som risker och potentiella biverkningar minimeras för majoriteten av patienterna med den specifika cancerdiagnosen.

I de fall där den initiala behandlingen inte ger resultat eller utlöser svåra biverkningar kommer den behandlande läkaren att inleda en andra behandlingslinje. Dessutom kan det, allteftersom sjukdomen fortskrider, bli nödvändigt att gå vidare till tredje eller efterföljande behandlingslinjer.

Varje behandlingslinje utformas utifrån en omfattande plan som anger exakta riktlinjer för hur olika behandlingar ska ges, t.ex. läkemedelscykler, medicinska ingrepp eller operation för att avlägsna tumören. Dessa behandlingar genomförs antingen i kombination eller i följd inom en viss tidsram.

Medicinska resultat inklusive nyckelläkemedel

Försäkringen kommer att betrakta ett försäkrat medicinskt utfall som varje rekommendation som ges i den kliniska expertrapporten eller expertgranskningen om en behandlingslinje som inkluderar ett nyckelläkemedel.

I samband med denna försäkring anses nyckelläkemedel vara ett läkemedel som:

1. är godkänt av och har fått marknadsföringstillstånd från FDA (US Food and Drug Administration) eller EMA (Europeiska läkemedelsmyndigheten), och
2. INTE är listat som ett godkänt läkemedel med försäljningsstatusen Säljs/Finns till försäljning i Sverige av **Läkemedelsverket** för behandling av den cancerform som är föremål för anspråket.

Försäkringsskyddet enligt detta Tillägg 1 omfattar anordnande av och betalning för den specifika behandlingslinjen – som inkluderar ett nyckelläkemedel – utanför Sverige (samt Norge, Finland och Danmark) för försäkrade som är bosatta i dessa länder). Behandlingen kommer att ges enligt en "on-label"- eller "off-label"-metod.

- **On-label-metod:** Anordnandet av behandlingslinjen där användningen av nyckelläkemedel sker i enlighet med omfattningen, doseringen och administreringsmetoden som godkänts i läkemedelslicensen som utfärdats av de relevanta medicinska myndigheterna i det land där behandlingen anordnas.
- **Off-label-metod:** Anordnandet av behandlingslinjen där användningen av nyckelläkemedel sker utanför de indikationer som godkänts av de relevanta medicinska myndigheterna i det land där behandlingen anordnas.

Det kan handla om en användning för en annan typ av cancerdiagnos eller en användning med en annan dos eller administreringsmetod än de som beskrivs och godkänns i läkemedelslicensen i destinationslandet.

För både "on-label"- och "off-label"-metoden kommer ett preliminärt medicinskt intyg att utfärdas som återspeglar behandlingslinjen enligt "on-label"- eller "off-label"-metoden som kommer att försäkras och utföras på det utvalda internationella sjukhuset.

8.3 Användning av det försäkringsskydd som erbjuds enligt detta Tillägg 1

Villkoren nedan gäller för tillhandahållande av allt skydd som erbjuds enligt detta Tillägg 1, men med de detaljerade regler och undantag som beskrivs i det enskilda försäkringsavtalet. Vi rekommenderar därför att du läser igenom villkoren innan du använder försäkringen.

Försäkringsavtalet ger den försäkrade skydd enligt detta Tillägg 1 när alla följande villkor är uppfyllda:

- Ett anspråk förklaras giltigt när det har bedömts av den precisionsmedicinska tjänsten enligt "anspråksförfarandet" som beskrivs i avsnitt 8.4.
- Den medicinska behandlingen anordnas och betalas genom detta Tillägg 1 för en behandlingsplan som anses vara en ersättningsberättigad behandlingslinje till följd av ett försäkrat medicinskt utfall enligt definitionen i avsnitt 8.2.
- De medicinska tjänster och behandlingar som erbjuds som förmåner enligt försäkringsavtalet enligt detta Tillägg 1 utförs under ansvarsperioden. Ansvarstiden är 36 månader och börjar löpa från och med dagen för den första resa för vård utomlands som anordnats och bekostats med denna försäkring.
- Behandlingen ska vara medicinskt nödvändig och förväntas bota sjukdomen eller väsentligt och varaktigt förbättra hälsotillståndet. Behandlingar av förebyggande karaktär omfattas inte av försäkringen. Vi anser att medicinskt nödvändig behandling omfattar alla sjukvårdstjänster eller -artiklar som:
 - förskrivits till den försäkrade i syfte att behandla den cancerdiagnos som är föremål för anspråket i syfte att förbättra den försäkrades medicinska tillstånd, och
 - är erkända som effektiva när det gäller att förbättra hälsoreultat genom behandlingsplaner som överensstämmer med diagnosen i fråga om typ, frekvens och varaktighet enligt publicerad fackgranskad medicinsk litteratur (t.ex. PubMed) eller vetenskapligt baserade amerikanska, brittiska och/eller europeiska riktlinjer (särskilt NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology), och
 - är kostnadseffektiva jämfört med alternativa behandlingar som leder till liknande resultat, inklusive ingen behandling, och
 - krävs av andra skäl än för att underlätta för den försäkrade eller hans/hennes läkare.

Det faktum att en läkare kan rekommendera, förskriva, beställa eller godkänna en tjänst eller artikel innebär inte i sig nödvändigtvis att en sådan tjänst eller artikel är medicinskt nödvändig enligt denna försäkring. Behandlingsmetoden omfattas av försäkringen endast om den är godkänd av oss.

- Kostnaderna och de ekonomiska förmånerna måste ligga inom det försäkringsbelopp och de gränser som anges i detta Tillägg 1. Alla kostnader måste vara rimliga och nödvändiga enligt vår uppfattning i förhållande till det förväntade resultatet. Vi remitterar dig till en klinik eller ett privatsjukhus för behandling utomlands och betalningen sker direkt mellan behandlingscentret i utlandet och oss.
- Behandlingen anordnas av Further i enlighet med "anspråksförfarandet" som beskrivs i avsnitt 8.4.
- De medicinska kostnaderna uppkommer utanför Sverige (och Norge, Finland och Danmark) för försäkrade bosatta i dessa länder) med undantag för
 - de läkemedelskostnader som omfattas av avsnitt 8.5.4.1
 - de kostnader för uppföljande vård som omfattas av avsnitt 8.5.4.2.
- Kostnaderna för medicinsk diagnostik, behandling, tjänster, artiklar eller recept omfattas av detta Tillägg 1 enligt vad som anges i avsnitt 8.5.
- Vi måste alltid godkänna alla undersökningar och behandlingar innan de påbörjas. Det är därför viktigt att du inte påbörjar behandling utomlands utan föregående skriftligt godkännande via det preliminära medicinska intyget, eftersom vi annars kan komma att neka ersättning. Detta gäller även om det sker förändringar i den behandling som du har kommit överens med oss om.
- Försäkringen omfattar inte kostnader för undersökning och behandling av sjukdom/skada som uppkommer under resa eller utlandsvistelse och som inte har samband med den behandling av cancer som är föremål för anspråket. Se avsnitt 8.5.1 för förtydligande om komplikationer eller biverkningar.
- Försäkringen ersätter inte undersökning/behandling som du uteblir från eller avgifter för sen avbokning.
- Behandlingar som har inletts eller planerats innan omfattningen enligt detta Tillägg 1 börjar kanske inte omfattas. Se avsnitt 8.6 för förtydligande om försäkringsomfattningen för **redan befintliga sjukdomar**.
- Behandlingar för sjukdomar som förekommer under exklusionsperiod kanske inte omfattas. Se avsnitt 8.6 för förtydligande om den försäkringsomfattning som gäller under karenstidsregeln.

8.4 Anspråksförfarande

Innan mottagande av behandling, tjänster, artiklar eller medicinska ordinationer i samband med ett giltigt anspråk måste den försäkrade eller en person som agerar lagligt för hans/hennes räkning följa detta förfarande:

8.4.1 Anmäla en skada

Anspråk måste alltid ställas under försäkringsperioden enligt Tillägg 1. Om du är försäkrad genom en frivillig eller obligatorisk gruppförsäkring måste du alltid informera oss vid anmälan om en skada om du inte längre omfattas av försäkringen via försäkrings-tagaren.

Anspråk kan ställas genom kontakt med DSS Hälsa på telefon +46 8 4000 6121.

Den försäkrade kommer då att få information om de steg som krävs för att registrera det potentiella anspråket via den särskilda onlineportalen och processen för den precisions-medicinska tjänsten kommer att slutföras enligt beskrivningen i avsnitt 8.4.4 "Tillhandahållande av den precisionsmedicinska tjänsten".

Om du har frågor om din försäkring kan du kontakta Hälsteamet på telefon +46 8 4000 6121 eller digitalt via [Mitt DSS](#) på DSS Hälsas webbplats.

8.4.2 Skyldighet att lämna upplysningar

Utöver slutförandet av den precisionsmedicinska tjänsten behöver du lämna de uppgifter som vi anser nödvändiga för att kunna handlägga ärendet så att vi kan bedöma i vilken utsträckning försäkringen ger täckning. Vi har rätt att fråga om din hälsa och du är skyldig att förse oss med all relevant information, inklusive tillstånd att inhämta nödvändig information från läkare, sjukhus och andra behandlare med relevant kunskap om din hälsa. Vi får inhämta den information vi anser nödvändig, inklusive att inhämta journaler eller annat skriftligt material om din hälsa. Vi samlar endast in information med ditt samtycke.

Informationen avser både tiden före och efter det att försäkringen träder i kraft.

Den försäkrade kommer att informeras om de åtgärder som krävs för att tillhandahålla alla relevanta diagnostiska tester och medicinska dokument som är nödvändiga för att bedöma anspråkets giltighet.

8.4.3 Den försäkrades skyldigheter

Den försäkrade är skyldig att samarbeta genom att, efter vederbörligt medgivande, ge tillgång till medicinska handlingar som innehas av den försäkrade eller av läkare, sjukhus eller andra vårdinrättningar som ansvarat för behandlingen fram till den dag då det potentiella anspråket meddelades.

Ett anspråk kommer endast att bedömas avseende försäkringsskydd enligt försäkringen när all nödvändig information har mottagits från den försäkrade och respektive läkare, sjukhus eller andra vårdinrättningar.

8.4.4 Tillhandahållande av den precisionsmedicinska tjänsten

Steg 1: Intagning

En begäran om den precisionsmedicinska tjänsten kan göras via den onlineportal som kommer att vara tillgänglig för den försäkrade där en första medicinsk information kan laddas upp.

Den försäkrade som begär den precisionsmedicinska tjänsten måste tillhandahålla relevant medicinsk information som kommer att granskas för bedömning av dokumentationens giltighet och fullständighet (diagnos, tillgång till bioprover, hittills erhållen vård o.s.v.) och genomförande av en gap-analys och en åtgärdsplan. Den försäkrade kommer att få stöd genom hela processen av ett särskilt conciergeteam.

Steg 2: Omfattande genetiska tester

När den medicinska undersökningen har slutförts med tillhörande gap-analys och åtgärdsplan kommer den försäkrade att få en bekräftelse på det test som omfattas.

- **Testning av könsceller**

För cancerdiagnoser i tidiga stadier (klassificerade som stadium I eller II) kommer en av Further utsedd expert inom detta medicinska område att konsulteras. Experten kommer att bekräfta den kliniska lämpligheten av **testning av könsceller**, i enlighet med de vedertagna riktlinjerna för ärftlig cancerrisk som är specifika för den aktuella typen av cancer.

- a) Om **testning av könsceller** inte anses vara kliniskt lämplig för den försäkrade kommer en expertgranskning som utarbetats av en utsedd expert att skickas till den försäkrade. Expertgranskningen kommer att ge en detaljerad utvärdering av diagnosen och potentiella behandlingsalternativ.
- b) Om det anses kliniskt lämpligt för den försäkrade att genomgå **testning av köns-celler** kommer testning av könsceller att anordnas och betalas enligt detta Tillägg 1.

- Om resultaten av **testning av könsceller** visar att den försäkrade har ett positivt resultat för en ärftlig gen kommer resultaten att analyseras av den medicinska expertkommittén och förklaras i den kliniska expertrapporten (se steg 3).
- Om **testning av könsceller** inte identifierar en ärftlig gen (ett negativt resultat) kommer resultaten att bifogas till expertgranskningen.

Syftet med **testning av könsceller** är att undersöka förekomsten av den relevanta genmutationen och kräver den testade personens samtycke.

Vid ett positivt resultat från **testning av könsceller** kommer varje fall att bedömas av en genetisk rådgivare som kommer att ge en rapport om bästa praxis. Ett orienteringssamtal med den person som berörs av det positiva resultatet kommer också att anordnas för att säkerställa en tydlig förståelse av informationen.

- **Somatisk testning**

För cancerdiagnoser som är berättigade till **somatisk testning** kommer testet att anordnas och betalas enligt detta Tillägg 1. Resultaten kommer att analyseras av den medicinska expertkommittén och förklaras i den kliniska expertrapporten (se steg 3).

Den mest lämpliga specialiserade laborariepartnern kommer att väljas och insamlingen av den försäkrades prov kommer att anordnas och betalas enligt detta Tillägg 1.

Laboratoriet kommer att utföra det omfattande genetiska testet inklusive en teknisk granskning och rapport om den genetiska profilen för individen och/eller dennes cancer, och kostnaden täcks helt enligt detta Tillägg 1. Det rekommenderas att den försäkrade inte avbryter behandlingen i väntan på resultatet av eventuella profilerings-tester.

Steg 3: Klinisk expertrapport

För att granska resultaten av **somatisk testning** eller ett positivt resultat från **testning av könsceller** kommer en medicinsk expertkommitté, bestående av en panel av specialister inom onkologi, genetik och patologi, som valts ut av Further, att anlitas för att avge en klinisk expertrapport – en medicinsk rapport som omvandlar resultaten av det genetiska testet till kliniskt användbara resultat.

Steg 4: Behandlingsindikationer och orientering i resultat

Den kliniska expertrapporten kommer att ge omfattande information och vägledning om resultaten av gentestningen, inklusive följande:

- den kliniska sammanfattningen av den försäkrades tillstånd,
- slutsatser från det genetiska testet
- de bästa tillgängliga behandlingsindikationerna, inklusive traditionella behandlingar och nya behandlingar såsom målinriktade behandlingar, immunbehandlingar eller hormonbehandlingar med den största potentiella kliniska nyttan
- indikationer på resistens eller toxicitet mot vissa behandlingar (om tillämpligt).
- Vid granskning av resultaten av **somatisk testning** kommer rapporten också att innehålla överväganden om potentiella könscellsmutationer och ärftliga cancerformer (om tillämpligt) och huruvida **testning av könsceller** är kliniskt lämplig i enlighet med de vedertagna riktlinjerna för ärftlig cancerrisk. I händelse av att **testning av könsceller** anses vara kliniskt lämplig kommer detta Tillägg 1 att anordna och betala för **testning av könsceller** för den försäkrade.
- Ett orienteringssamtal anordnas mellan den försäkrade och ett Further-ombud för att fullständigt förklara och gå igenom resultaten av rapporten.

I fall där **somatiska tester** har granskats och där vi har den försäkrades samtycke bjuds den behandlande onkologen in för att delta i en falldiskussion mellan kollegor via ett virtuellt möte med en medlem av den medicinska expertkommittén för att diskutera resultaten av den kliniska expertrapporten och säkerställa att resultaten omsätts i klinisk praxis.

Steg 5: Testning av könsceller i den försäkrades familj

Om **testning av könsceller** ger ett positivt resultat för en relevant ärftlig gen hos den försäkrade kommer det i detta Tillägg 1 att erbjudas anordnande av och betalning för **testning av könsceller** hos den försäkrades berättigade familjemedlemmar.

Observera att *berättigade familjemedlemmar* är den försäkrades biologiska syskon och biologiska barn som kan ha potential att utveckla denna cancer, enbart baserat på klinisk lämplighet.

8.4.5 Bedömning av anspråk och förslag på sjukhus för behandling

Vid mottagande av

- alla relevanta diagnostiska tester och sjukdomshistoria enligt begäran och
- resultaten av den medicinska expertrapporten eller expertgranskningen som följer av den precisionsmedicinska tjänsten

kommer Further att bekräfta för den försäkrade om anspråket är giltigt och om en försäkrad behandlingslinje som är resultatet av ett försäkrat medicinskt utfall identifieras i den medicinska expertrapporten eller expertgranskningen.

Om den försäkrade vill överväga behandling utomlands för denna försäkrade behandlingslinje kommer den försäkrade att få en lista över rekommenderade sjukhus.

Om den försäkrade vill överväga behandling utomlands kommer Further att bedöma om den tillämpliga ansvarsperioden är tillgänglig, vilket leder till något av följande scenarier:

- **Scenario 1: Fullständig tillgänglighet**

Det har inte förekommit något tidigare anspråk under detta Tillägg 1 som resulterat i att behandling anordnats och betalats av försäkringen. Further kommer därför att bekräfta att 36 månader är fullt tillgängliga för ansvarsperioden.

- **Scenario 2: Delvis tillgänglighet**

Det har förekommit ett eller flera tidigare anspråk under detta Tillägg 1 som resulterat i att behandling anordnats och betalats av försäkringen. Further kommer därför att bekräfta att de återstående månaderna är tillgängliga för ansvarsperioden.

- **Scenario 3: Den tillämpliga ansvarsperioden har löpt ut**

Det har förekommit ett eller flera tidigare anspråk under detta Tillägg 1 som resulterat i att behandling anordnats och betalats av försäkringen, så att ansvarsperioden har löpt ut. Därför kommer Further att bekräfta att anspråket inte är berättigat enligt försäkringen.

I scenarierna 1 och 2 kommer den försäkrade att få en lista med rekommenderade sjukhus.

8.4.6 Behandling utomlands: preliminärt medicinskt intyg

Efter att ha mottagit den försäkrades bekräftelse på sitt beslut att få behandling utomlands på ett sjukhus som valts ut från listan över rekommenderade sjukhus för behandling, och förutsatt att behandlingen är planerad att påbörjas innan ansvarsperioden löper ut, kommer Further genom den medicinska conciergetjänsten att vidta nödvändiga logistiska och medicinska åtgärder för korrekt inskrivning av den försäkrade och ett preliminärt medicinskt intyg som endast gäller för det sjukhuset kommer att utfärdas.

Den medicinska conciergetjänsten är en tjänst som innebär att Further, med avseende på ett godkänt anspråk, vidtar alla åtgärder som rör den medicinska behandlingen av en person. Detta inkluderar övervakning av ärendet och hjälp med rese- och boende-arrangemang för den enskilde och eventuell berättigad följeslagare.

Listan över rekommenderade sjukhus och det preliminära medicinska intyget utfärdas på grundval av den försäkrades medicinska tillstånd vid tidpunkten för utfärdandet. Eftersom den försäkrades hälsotillstånd kan förändras över tid kommer båda dokumenten att ha en giltighetstid på tre månader.

Om den försäkrade inte väljer ett sjukhus från listan över rekommenderade sjukhus eller inte påbörjar behandling på det godkända sjukhus som anges i det preliminära medicinska intyget inom tre månader efter utfärdandet kan nya versioner av dessa dokument utfärdas på nytt baserat på den försäkrades hälsotillstånd vid den tidpunkten.

Så länge villkoren i det preliminära medicinska intyget är uppfyllda kommer företaget, enligt förmåner i försäkringen, att direkt ta på sig de medicinska kostnader som omfattas av försäkringen och de nödvändiga rese- och logiarrangemangen med förbehåll för de begränsningar, undantag och villkor som anges i försäkringen.

Om den eller de internationella läkare som ansvarar för behandlingen utomlands beslutar att avbryta den försäkrade behandlingslinjen inklusive nyckelläkemedlet till förmån för en alternativ behandlingslinje kommer försäkringsavtalet enligt detta tillägg att fortsätta att täcka kostnaderna för den alternativa behandlingslinjen under förutsättning att:

- en sådan ändring är medicinskt nödvändig (enligt bedömning i samband med detta Tillägg 1) och
- den nya behandlingslinjen kan stödjas enligt de riktlinjer som anges i avsnitt 8.5.1 "Medicinska kostnader som omfattas av försäkringen under vård utomlands" och avsnitt 8.6 "Vad försäkringen inte täcker".

8.4.7 Ansvarstiden

Ansvarsperioden är 36 månader och börjar löpa från och med dagen för den första resan för att få vård utomlands.

Försäkringsavtalet enligt detta Tillägg 1 kommer att täcka tjänster, kostnader och monetära förmåner som uppstår i samband med detta giltiga anspråk under försäkringen under hela ansvarsperioden.

Om den försäkrade är inlagd på sjukhus eller vårdas på sjukhus enligt det preliminära medicinska intyget vid utgången av ansvarsperioden fortsätter försäkringen att ge täckning för de medicinska kostnader som anges i avsnitt 8.5.1 "Medicinska kostnader som omfattas av försäkringen under vård utomlands" fram till nästa planerade återkomst till bosättningslandet enligt den fastställda behandlingsplanen.

8.4.8 Återkomst från behandling utomlands

Om den slutliga återkomsten till bosättningslandet sker före utgången av ansvarsperioden kommer Further att ge den försäkrade riktlinjerna för att dra nytta av de medicinska kostnader som omfattas av försäkringen efter återkomsten från behandling utomlands som beskrivs i avsnitt 8.5.4. Dessa riktlinjer kommer att baseras på rekommendationer från den eller de internationella läkarna.

Enligt detta scenario kommer den försäkrade att ha rätt att:

- omfattas av de medicinkostnader som beskrivs i avsnitt 8.5.4.1 och
- omfattas av förmånen för uppföljande vård enligt avsnitt 8.5.4.2 fram till slutet av ansvarsperioden.

8.4.9 Bedömning av anspråk efter återkomst från behandling utomlands

När den försäkrade sista gången återvänder till bosättningslandet, efter att behandlingsplanen har slutförts, kan utvecklingen av den försäkrades hälsotillstånd avgöra att en ny bedömning för ytterligare medicinskt nödvändig behandling kan krävas. Förutsatt att försäkringen fortfarande är aktiv och inom den tillämpliga ansvarsperioden har den försäkrade rätt att kontakta Further för att slutföra denna bedömning.

Further kommer sedan att på nytt informera den försäkrade om de steg som krävs för att förse Further med alla relevanta diagnostiska tester och medicinska dokument som krävs för att slutföra denna bedömning.

Om Furthers bedömning bekräftar att ytterligare medicinskt nödvändig behandling krävs kommer detta att bekräftas för den försäkrade genom att ett nytt preliminärt medicinskt intyg utfärdas, med den resulterande listan över rekommenderade sjukhus och eventuell behandling utomlands (enligt vad som anges i avsnitt 8.4.5 och 8.4.6).

Försäkringen fortsätter att ge täckning för alla tjänster och medicinska kostnader (enligt avsnitt 8.5) fram till slutet av ansvarsperioden enligt villkoren i det senaste preliminära medicinska intyget.

8.4.10 Samarbete

Den försäkrade och hans/hennes släktingar är skyldiga att tillåta besök av läkare som arbetar för Further och/eller företaget samt de undersökningar som företaget anser nödvändiga, varvid de läkare som besökt och arbetat med den försäkrade kommer att bli befriade från tystnadsplikt.

Underlåtenhet att tillåta dessa besök kommer av företaget att betraktas som ett uttryckligt avstående från rätten att tillhandahålla förmånerna för det relevanta anspråk som omfattas av försäkringen.

8.5 Försäkringsskydd

Försäkringen täcker följande tjänster, kostnader och monetära förmåner som uppstår i samband med ett giltigt anspråk enligt försäkringen.

Tjänsterna måste anordnas och kostnaderna måste uppkomma inom ansvarsperioden.

Detta avsnitt innehåller de olika delarna av försäkringsskyddet:

8.5.1 Medicinska kostnader som omfattas av försäkringen under vård utomlands

Det preliminära medicinska intyget är ett skriftligt godkännande utfärdat av Further, som innehåller en bekräftelse på täckning enligt försäkringsavtalet innan behandlingen utomlands utförs på det angivna sjukhuset, för behandling, tjänster, artiklar eller recept rörande ett anspråk.

Försäkringsavtalet ersätter följande medicinska kostnader för vård utomlands som uppkommer i samband med medicinskt nödvändig behandling i en försäkrad behandlingslinje enligt villkoren i det preliminära medicinska intyget:

1. Av ett sjukhus, med avseende på:

- Boende, måltider och allmänna omvårdnadstjänster som tillhandahålls under den försäkrades vistelse i ett rum på, en avdelning på eller en del av sjukhuset eller på en intensivvårds- eller observationsavdelning.
- Andra sjukhustjänster, inklusive sådana som tillhandahålls av en öppenvårdsavdelning på ett sjukhus (inklusive medicinsk tolk), samt kostnader för en extra säng eller en säng för en följeslagare om sjukhuset tillhandahåller denna tjänst.
- Användning av en operationssal och alla tjänster som ingår i den.

2. Av en dagklinik eller en fristående vårdcentral, men endast om behandlingen, operationen eller ordinationen skulle ha omfattats av detta försäkringsavtal om den hade tillhandahållits på ett sjukhus.
3. Av en läkare, med avseende på undersökning, behandling, medicinsk vård eller operation.
4. För läkarbesök under sjukhusvistelse.
5. För följande medicinska tjänster, behandlingar eller ordinationer:
 - För anestesi och administrering av anestesimedel, förutsatt att de utförs av en behörig narkosläkare.
 - Laboratorieanalys, patologi och röntgen för förberedelse av behandling, strålbehandling, radioaktiva isotoper, kemoterapi, elektrokardiogram, ekokardiografi, myelogram, elektroencefalogram, angiogram, datortomografi och andra liknande tester och behandlingar som krävs för behandling av en försäkrad sjukdom eller medicinsk procedur, när de utförs av en läkare eller under medicinsk övervakning.
 - Blodtransfusioner, administrering av plasma och serum.
 - Kostnader för användning av syrgas, intravenösa lösningar och injektioner.
 - Strålbehandling: högenergistrålning för att krympa tumörer och döda cancerceller genom röntgenstrålar, gammastrålar och laddade partiklar är typer av strålning som används för cancerbehandling, antingen genom en apparat utanför kroppen (extern strålbehandling) eller genom radioaktivt material som placeras i kroppen nära cancercellerna (intern strålbehandling, brachyterapi).
 - Rekonstruktiv kirurgi för att reparera eller återuppbygga en struktur som skadats eller avlägsnats genom de medicinska förfaranden som anordnas och betalas genom detta försäkringsavtal.
 - Behandling av komplikationer eller biverkningar som är direkt förknippade med de medicinska ingrepp som anordnats och betalats genom detta försäkringsavtal och som:
 1. kräver omedelbar läkarvård på sjukhus eller i klinisk miljö och
 2. måste åtgärdas innan den försäkrade förklaras medicinskt lämplig att resa för att återvända till bosättningslandet efter avslutad behandling utomlands.

6. För läkemedel som ges efter läkarordination när den försäkrade är inlagd på sjukhus för behandling av en försäkrad sjukdom eller ett försäkrat medicinskt förfarande. Läkemedel som förskrivits för postoperativ behandling omfattas av försäkringen i 30 dagar från det datum då den försäkrade har avslutat behandlingsfasen utomlands och endast om de köps innan den försäkrade återvänder till bosättningslandet.
7. För förflyttningar och transporter med ambulansbil eller ambulansflyg när användningen av dessa är indikerad och ordinerad av läkare och i förväg godkänd av Further.
8. För tjänster och material som tillhandahålls för benmärgsodling i samband med en vävnadstransplantation som ska göras på den försäkrade ges ersättning endast för kostnader som uppkommit från och med den dag då det preliminära medicinska intyget utfärdades.

8.5.2 Icke-medicinska kostnader som omfattas av försäkringen under vård utomlands

Försäkringsavtalet täcker följande icke-medicinska kostnader som uppstår i samband med de rese- och boendeåtgärder som Further vidtar för att ge den försäkrade tillgång till den medicinska behandlingen i enlighet med villkoren i det preliminära medicinska intyget.

Rese- och logiarrangemang omfattas av försäkringen för den försäkrade medresenären (eller två medresenärer om den försäkrade som får behandling är minderårig) och varje resa omfattar resan från bosättningslandet till behandlingsorten och tillbaka samt nödvändiga logiarrangemang under varje resa.

Datum och längd för resorna kommer att fastställas av Further på grundval av den behandlingsplan som anges av den eller de behandlande internationella läkarna.

Rese- och logiarrangemang för varje försäkrad resa omfattas av försäkringen enligt villkoren nedan:

8.5.2.1 Resekostnader för behandling utomlands

För resa utanför bosättningslandet för den försäkrade medresenären (eller två medresenärer, om den försäkrade som får behandling är minderårig) och i förekommande fall den levande donatorn vid transplantation med det enda syftet att få behandling utomlands enligt vad som godkänts av Further/företaget i det preliminära medicinska intyget.

Alla researrangemang måste göras av Further och företaget kommer inte att betala för researrangemang som görs av den försäkrade eller någon tredje part för den försäkrades räkning.

Further ansvarar för att bestämma resedatum för varje försäkrad resa baserat på det godkända behandlingsschemat. Dessa datum kommer att meddelas den försäkrade så att den försäkrade har tillräckligt med tid för att vidta alla nödvändiga personliga åtgärder.

Om den försäkrade ändrar resedatum från de datum som meddelats av Further/företaget måste den försäkrade ersätta företaget och/eller Further för alla kostnader som är förknippade med att organisera och tillhandahålla nya researrangemang, såvida inte ändringarna har bekräftats av Further som nödvändiga ur medicinsk synvinkel.

De försäkrade resekostnaderna kommer att omfatta:

- Transport från den försäkrades fasta adress i Sverige, Norge, Finland eller Danmark till anvisad flygplats eller internationell järnvägsstation.
- Tåg- eller flygbiljett i ekonomiklass till behandlingsorten och transport till det anvisade hotellet.
- Transport från det anvisade hotellet eller sjukhuset till anvisad flygplats eller internationell järnvägsstation
- Tåg- eller flygbiljett i ekonomiklass och efterföljande transport till den stad där den försäkrade har sin permanenta adress i Sverige, Norge, Finland eller Danmark.

De försäkrade resekostnaderna omfattar inte regelbundna transporter från hotellet till sjukhuset eller den behandlande läkaren under den tid som behandlingen utomlands pågår.

8.5.2.2 Boendekostnader som omfattas av försäkringen under behandling utomlands

Kostnader omfattas av försäkringen för logi utanför bosättningslandet för den försäkrade, medresenären (eller två medresenärer, om den försäkrade som får behandling är minderårig) och den levande donatorn vid transplantation, när det enda syftet är att få behandling utomlands enligt vad som godkänts av Further/företaget i det preliminära medicinska intyget. Alla logiarrangemang för varje försäkrad resa måste göras av Further och Further/företaget kommer inte att betala för logiarrangemang som görs av den försäkrade eller någon tredje part för den försäkrades räkning.

Further ansvarar för att bestämma logibokningsdatum för varje försäkrad resa baserat på det godkända behandlingsschemat. Dessa datum kommer att meddelas den försäkrade så att den försäkrade har tillräckligt med tid för att vidta alla nödvändiga personliga åtgärder.

Further kommer att tillhandahålla ett returdatum för varje försäkrad resa baserat på överenskommelsen med den behandlande läkaren om att den försäkrade är i skick för att resa.

Om den försäkrade ändrar resedatumen från de datum som bokats och meddelats av Further måste den försäkrade ersätta företaget och/eller Further för alla kostnader som är förknippade med att organisera och tillhandahålla nya logiarrangemang, såvida inte ändringarna har bekräftats av Further som nödvändiga ur medicinsk synvinkel.

Boendearrangemangen kommer att omfatta:

- Bokning av ett dubbelrum eller tvåbäddsrums på ett tre- eller fyrstjärnigt hotell, inklusive frukost.

(Valet av hotell sker i mån av tillgång och baseras på närheten till sjukhuset eller behandlande läkare inom en radie av tio kilometer).

8.5.2.3 Kostnader för hemtransport

Om den försäkrade (och/eller levande donator vid transplantation) avlider utanför bosättningslandet under behandling utomlands, betalar företaget för hemtransport av den avlidnes kvarlevor till bosättningslandet.

Denna täckning är begränsad till endast de tjänster och artiklar som krävs för att förbereda den avlidnes kropp och transport till bosättningslandet, inklusive:

- De tjänster som tillhandahålls av den begravningsbyrå som sköter den internationella hemtransporten, inklusive balsamering och alla administrativa formaliteter.
- Den kista som är obligatorisk enligt minimispecifikationerna.
- Transport av den avlidnes kvarlevor från flygplatsen till anvisad begravningsplats i bosättningslandet.

8.5.3 Monetära förmåner som omfattas av försäkringen under vård utomlands

Under behandling utomlands som godkänts av Further/företaget i det preliminära medicinska intyget och för varje övernattning på ett sjukhus eller en klinik kommer försäkringsavtalet enligt detta Tillägg 1 att betala den försäkrade den dagliga sjukhusvistelseersättningen, upp till följande gräns:

Den dagliga sjukhusvistelseersättningen ger den försäkrade 1 100 SEK för varje övernattning på sjukhus eller klinik, begränsat till 60 dagar per anspråk.

Vistelsen måste godkännas av Further/företaget i det preliminära medicinska intyget.

8.5.4 Vårdkostnader som omfattas av försäkringen efter hemkomst från vård utomlands

8.5.4.1 Medicinska kostnader som omfattas av försäkringen efter hemkomst från vård utomlands

Efter återkomst till bosättningslandet från behandling utomlands täcker försäkringsavtalet kostnader för läkemedel som förskrivits och köpts i bosättningslandet, med förbehåll för följande villkor och begränsningar:

1. Läkemedlet har licensierats och godkänts av motsvarande medicinska myndighet eller organ i bosättningslandet, och dess förskrivning och administrering är reglerad, och
2. Läkemedlet finns tillgängligt för inköp i bosättningslandet under en tid och på ett sätt som är nödvändigt för att fortsätta behandlingen, och
3. Läkemedlet kräver förskrivning av en läkare i bosättningslandet, och
4. Läkemedlet rekommenderas av Further enligt rekommendationer från den eller de internationella läkare som behandlade den försäkrade, enligt vad som är nödvändigt för pågående behandling, och
5. Medicineringen sker efter en sjukhusvistelse utanför bosättningslandet med minst tre övernattningar som godkänts av Further/företaget i det preliminära medicinska intyget, och
6. Varje recept överstiger inte en dos för konsumtion längre än två månader, och
7. Alla recept skrivs ut innan ansvarsperioden löper ut.

Inköp av läkemedlet för detta avsnitt 8.5.4.1, när det utförs i bosättningslandet, måste anordnas och betalas direkt av den försäkrade. Företaget kommer att ersätta den försäkrade efter mottagande av relevant recept, originalfaktura och betalningsbevis, förutsatt att dessa fakturor skickas till företaget senast 180 dagar efter det datum då kostnaden uppstod.

Om kostnaden för läkemedel helt eller delvis har finansierats av den offentliga hälso- och sjukvården i bosättningslandet eller en försäkring som är etablerad hos DSS Hälsa kommer företaget endast att ersätta de kostnader som inte finansieras och därmed måste betalas direkt av den försäkrade. Ersättningsansökan ska tydligt skilja mellan de kostnader som betalas direkt av den försäkrade och den del som finansieras.

Om det rekommenderade läkemedlet (eller alternativt likvärdigt läkemedel med liknande effekt), som bekräftats av Further:

- inte är licensierat eller godkänt i bosättningslandet enligt ovanstående villkor (1), eller
- inte finns att köpa eller är tillgängligt för den försäkrade i bosättningslandet, enligt vad som anges i villkor (2) ovan, och
- alla andra villkor (4) till (7) ovan fortfarande är uppfyllda, betalar försäkringsavtalet också för läkemedelskostnader utanför bosättningslandet.

I detta fall kommer Further att göra nödvändiga rese- och boendearrangemang enligt de villkor som beskrivs i avsnitt 8.5.2 för den försäkrade och utsedd(a) medresenär(er).

Läkemedelskostnader omfattas av försäkringen i detta avsnitt 8.5.4.1 upp till en gräns på 550 000 SEK per försäkrad under giltighetstiden för detta Tillägg 1.

8.5.4.2 Uppföljande vård efter hemkomst från behandling utomlands

I samband med denna försäkring avses med uppföljande vård uteslutande diagnostisk undersökning och/eller bevakning/övervakning (av en läkare med särskild expertis avseende den behandlade sjukdomen) efter behandling utomlands som används för att fastställa om den försäkrade lider (eller sannolikt lider) av en försämring eller komplikation av den behandlade sjukdomen, i syfte att förhindra återfall i eller återkomst av samma sjukdom.

Efter återkomsten till bosättningslandet efter avslutad behandling utomlands ersätter försäkringsavtalet kostnader för uppföljande vård som uppkommit i bosättningslandet, med förbehåll för följande villkor och begränsningar:

1. Den uppföljande vården har utförts på ett av de sjukhus som valts ut av Further och
2. Den uppföljande vården är tillgänglig i bosättningslandet under en tid och på ett sätt som krävs för den pågående screeningen, och
3. Den uppföljande vården utförs enligt rekommendationer från den eller de internationella läkare som behandlade den försäkrade, enligt vad som är nödvändigt för fortlöpande screening och övervakning, och
4. Fakturorna för uppföljande vård utfärdas före utgången av den tillämpliga ansvarsperioden.

Uppföljande vård enligt avsnitt 8.5.4.2 som utförs i bosättningslandet måste anordnas och betalas direkt av den försäkrade i bosättningslandet.

Företaget kommer att ersätta den försäkrade efter mottagande av originalfakturan och betalningsbevis, förutsatt att dessa fakturor skickas till företaget senast 180 dagar efter det datum då kostnaden uppstod.

Om de läkare som ansvarar för att anordna uppföljande vård i bosättningslandet påvisar, till följd av utvecklingen av den försäkrades hälsotillstånd, att det finns behov av att arbeta utifrån andra riktlinjer för uppföljande vård än de som ursprungligen fastställdes av den internationella läkaren, kommer Further att meddela dessa till den internationella läkaren för godkännande och om tillämpligt bekräfta ersättningen för sådana kostnader enligt de nya, accepterade riktlinjerna.

Om kostnaden för uppföljande vård helt eller delvis har finansierats av den offentliga hälso- och sjukvården i bosättningslandet eller en försäkring som är etablerad hos DSS Hälsa kommer företaget endast att ersätta de kostnader som inte finansieras och därmed måste betalas direkt av den försäkrade. Ersättningsansökan ska tydligt skilja mellan de kostnader som betalas direkt av den försäkrade och den del som finansieras.

På begäran av den försäkrade och förutsatt att tidigare villkor (3) och (4) fortfarande är uppfyllda kan Further också godkänna och anordna uppföljande vård utanför bosättningslandet. I detta fall gäller följande:

- Uppföljande vård kommer att utföras av den eller de internationella läkare som behandlade den försäkrade eller av deras medicinska team.
- Företaget kommer direkt att ta på sig de medicinska kostnaderna för dessa konsultationer och diagnostiska tester.
- Further kommer att göra nödvändiga rese- och boendearrangemang enligt de villkor som beskrivs i avsnitt 8.5.2 för den försäkrade och utsedd(a) medresenär(er).

8.6 Vad försäkringen inte täcker

Försäkringen enligt detta Tillägg 1 omfattar inte undersökning, behandling och andra kostnader för:

- Akutvård och akuta situationer som kräver snabb hjälp och som inte kan invänta planerad vård utomlands.
- Förebyggande undersökningar, hälsokontroller före misstanke om sjukdom och alla andra former av förebyggande kontroller inklusive operationer i profylaktiskt syfte.
- Kosmetiska behandlingar och ingrepp och följderna av dessa, med undantag för bröstrekonstruktionsoperationer som utförs efter mastektomioperationer som anordnas och betalas av detta försäkringsavtal enligt Tillägg 1.

- Medicinska konsekvenser av missbruk av läkemedel, alkohol, narkotika eller andra berusningsmedel.
- En sjukdom/skada som är direkt eller indirekt självförvållad på grund av berusning, påverkan av narkotika, läkemedel eller andra berusningsmedel.
- Självförvållad skada som orsakats uppsåtligt eller genom grov oaktsamhet, t.ex. slagsmål, självmordsförsök eller deltagande i brottsliga handlingar. Skador som orsakats av att vårdens rekommendationer inte följts.
- Skada/sjukdom orsakad av krig, krigsliknande handlingar och förhållanden, inklusive inbördeskrig, inbördes oroligheter, uppror, revolution, terrorism, bakteriologiska och kemiska angrepp, kärnreaktioner, kärnenergi, radioaktiva krafter, strålning från radioaktivt bränsle och avfall, epidemier, pandemier, virusinfektioner och relaterade vacciner.
- Ett anspråk där den försäkrade före, under eller efter den anspråksbedömningsprocess som fastställs av Further:
 - inte har följt den behandlande läkarens råd, ordinationer eller fastställda behandlingsplan eller
 - vägrar att ta emot någon medicinsk behandling eller genomgå ytterligare diagnostisk analys eller tester som är nödvändiga för att fastställa en definitiv diagnos eller behandlingsplan.
- Medicinsk behandling som innefattar genterapi, somatisk cellterapi, vävnads-regenererad terapi med undantag för CAR T-cellsterapi som ges enligt det godkända CAR T-cellsprotokollet.
- Experimentell behandling samt sådana diagnostiska, terapeutiska och/eller kirurgiska förfaranden vars säkerhet och tillförlitlighet inte har erkänts allmänt av det internationella vetenskapssamfundet som säkra, effektiva och lämpliga för behandling av sjukdomen i fråga eller som befinner sig i något skede av kliniska experiment, med undantag för en giltig anspråksbegäran om en off-label-metod enligt rekommendationen i den kliniska expertrapporten eller i expertgranskningen.
- Medicinska ingrepp som behövs till följd av aids (förvärvat immunbristsyndrom), HIV (humant immunbristvirus) eller något tillstånd som uppkommit till följd av dessa (inklusive Kaposi sarkom), eller någon behandling för aids eller HIV.
- Alla hälso- och sjukvårdstjänster eller -artiklar som inte är medicinskt nödvändiga.
- Varje sjukdom eller medicinskt tillstånd som har orsakats av de medicinska förfaranden som anordnats och betalats enligt detta Tillägg 1, utom i de fall då sjukdomen eller det medicinska tillståndet i fråga är en försäkrad sjukdom.

- Behandling av långvariga biverkningar, lindring av kroniska symtom eller rehabilitering (inklusive men inte begränsat till sjukgymnastik, rörlighetsrehabilitering samt språk- och talterapi).
- För läkemedelskostnader (avsnitt 8.5.4.1) gäller följande undantag:
 - Kostnader finansierade av den offentliga hälso- och sjukvården i bosättningslandet eller omfattade av någon annan försäkring som är etablerad hos DSS.
 - Kostnaden för administrering av läkemedlet i bosättningslandet.
 - Inköp av läkemedel som skett utanför bosättningslandet om inte Further/företaget uttryckligen godkänt detta.
 - Fakturor som lämnas in för ersättning till företaget mer än 180 dagar efter det datum då utgiften uppstod.
- När det gäller de kostnader för uppföljande vård som omfattas enligt avsnitt 8.5.4.2 gäller följande undantag:
 - Kostnader finansierade av den offentliga hälso- och sjukvården i bosättningslandet eller omfattade av någon annan försäkring som är etablerad hos DSS.
 - Alla uppkomna kostnader som inte följer de riktlinjer som fastställts av Further.
 - Alla kostnader som uppkommit på ett annat sjukhus eller en annan vårdinrättning än den som godkänts av Further.
 - Fakturor som lämnas in för ersättning till företaget mer än 180 dagar efter det datum då utgiften uppstod.
- Medicinsk behandling för en behandlingslinje som innefattar transplantation med undantag för benmärgstransplantation (BMT) eller transplantation av stamceller från perifert blod (PBSCT) av benmärgsceller till den försäkrade som härrör från:
 - den försäkrade (autolog benmärgstransplantation) eller
 - från en levande kompatibel donator (allogen benmärgstransplantation).

Observera att transplantation av hematopoetiska stamceller (HCT) med navelsträngsblod inte kommer att ingå.
- Alla kostnader som uppkommit i samband med eller som härrör från diagnostiska förfaranden, behandlingar, tjänster, artiklar eller medicinska ordinationer av något slag som uppkommit i bosättningslandet, med undantag för:
 - de läkemedelskostnader som omfattas i bosättningslandet, avsnitt 8.5.4.1
 - de kostnader för uppföljande vård som omfattas i bosättningslandet, avsnitt 8.5.4.2.

- Alla kostnader som uppkommit i samband med eller som härrör från diagnostiska förfaranden, behandlingar, tjänster, artiklar eller medicinska ordinationer av något slag som uppkommit över hela världen när den försäkrade vid tidpunkten för det relevanta anmälningsdatumet för anspråket inte kan anses vara permanent/lagligen bosatt i något av de accepterade territorierna: Sverige, Norge, Finland eller Danmark.
- Kostnader som uppkommit utanför ansvarsperioden med undantag för de kostnader som anges i avsnitt 8.4.7.
- Alla kostnader som uppkommit före utfärdandet av det preliminära medicinska intyget.
- Alla kostnader som uppkommit på ett annat sjukhus än det som är godkänt och som anges i det preliminära medicinska intyget.
- Alla kostnader som uppkommit utan efterlevnad av avsnitt 8.4.
- Alla kostnader som uppkommit i samband med eftervårdstjänster, kurorter, naturläkemedelskliniker, hemsjukvård eller tjänster som tillhandahålls på ett konvalescentcenter eller en institution, hospis eller ålderdomshem, även om sådana tjänster krävs eller är nödvändiga till följd av en försäkrad sjukdom eller ett försäkrat medicinskt förfarande.
- Alla kostnader för inköp (eller hyra) av alla typer av proteser eller ortopediska hjälpmedel, korsetter, bandage, kryckor, konstgjorda lemmar eller organ, peruker (även om deras användning anses nödvändig under kemoterapibehandling), ortopediska skor, lösgommar, bråckband och andra liknande utrustningsdetaljer eller föremål, med undantag för bröstproteser efter mastektomioperation som behövs till följd av operation som anordnas och betalas genom detta Tillägg 1.
- Alla kostnader för inköp eller hyra av rullstolar, specialsängar, luftkonditioneringsapparater, luftrenare och andra liknande föremål eller utrustningsdetaljer.
- Alla läkemedel som inte expedieras av en legitimerad farmaceut eller som kan erhållas utan recept.
- Eventuella kostnader för användning av alternativa läkemedel, även när de uttryckligen ordinerats av en läkare.
- Alla kostnader för vård eller inläggning vid kognitiva störningar, senilitet eller cerebral funktionsnedsättning, oavsett hur långt de har kommit i sin utveckling.
- Tolkavgifter, telefonavgifter och andra avgifter för artiklar som är avsedda för personligt bruk eller som inte är av medicinsk natur, eller för andra tjänster som tillhandahålls till släktingar, följeslagare eller ledsagare.
- Alla kostnader som uppkommer för den försäkrade eller dennes släktingar, följeslagare eller ledsagare, förutom de som uttryckligen omfattas.
- Alla medicinska kostnader som inte är sedvanliga och rimliga kostnader.

- Alla kostnader för logi eller transport som anordnats av den försäkrade medresenären eller en levande donator.
- För försäkrade som läggs till i försäkringsskyddet i detta försäkringsavtal på frivillig basis efter **startdatumet för Cancer Care** träder skyddet enligt detta Tillägg 1 i kraft den dag de inkluderas i avtalet, men vissa undantag från skyddet gäller:
 - a) redan befintliga sjukdomar omfattas inte och
 - b) försäkringen gäller inte heller för sjukdomar eller medicinska tillstånd som rapporterades, diagnostiserades eller behandlades eller som visade sina första relaterade medicinskt dokumenterade symtom eller fynd (tecken) under exklusionsperioden.

8.7 Särskilda bestämmelser

För försäkringsskydd enligt detta Tillägg 1 gäller allmänna villkor om inte ett särskilt villkor anges nedan:

8.7.1 Skydd vid försäkringens upphörande

När försäkringen upphör förlorar du rätten till försäkringsersättning och inga nya anspråk kan ställas.

Om den försäkrade är inlagd på sjukhus eller vårdas på sjukhus enligt villkoren i det preliminära medicinska intyget vid försäkringens upphörande fortsätter försäkringsskyddet enligt villkoren i detta sista preliminära medicinska intyg under en period av tre månader efter försäkringens upphörande eller nästa planerade återkomst till bosättningslandet, beroende på vilket som inträffar först.

Detta avsnitt 8.7.1 upphäver allt som anges i avsnitt 1.10 Skydd efter avslutad anställning.

8.7.2 Fortsättningsförsäkring

Ingen fortsättningsförsäkring ges för Cancer Care försäkringen.

Detta avsnitt 8.7.2 upphäver allt som anges i avsnitt 1.11 Fortsättningsförsäkring.

8.7.3 Övergång från annan grupp eller annat försäkringsbolag

Cancer Care försäkring ingår i det överföringsscenario som beskrivs i avsnitt 1.5.3 Gruppöverföring inom företaget.

Överföring av Cancer Care försäkring garanteras inte för överföringsscenarierna Frivillig gruppöverföring och Obligatorisk gruppöverföring som anges i avsnitt 1.5.1 respektive 1.5.2.