

Ubezpieczenie **kosztów leczenia ANTIDOTUM**



Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group
z siedzibą w Polsce, ul. Noakowskiego 22, 00-668 Warszawa,
numer zezwolenia Ministra Finansów DU/905/A/KP/93 z 5 listopada 1993 roku

Produkt: **kosztów leczenia ANTIDOTUM**

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje umowne podawane są w innych dokumentach, w tym w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Antidotum zatwierdzonych uchwałą nr 02/23/01/2018 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 23 stycznia 2018 roku.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

ANTIDOTUM to grupowe ubezpieczenie zdrowotne umożliwiające bezgotówkową realizację świadczeń medycznych w prywatnych placówkach medycznych dedykowanych przez InterRisk do obsługi Ubezpieczonych, wskazanych na stronie www.interrisk.pl. Koszty udzielonych świadczeń pokrywa InterRisk bezpośrednio na konto Partnera Medycznego.



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ koszty świadczeń medycznych, koszty świadczeń medycznych medycyny pracy oraz koszty pomocy doraźnej i assistance powstałe w okresie ubezpieczenia w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby, a także pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, który wydarzył się w okresie ubezpieczenia lub chorobą która została zdiagnozowana w okresie ubezpieczenia.

Suma ubezpieczenia:

- ✓ górną granicę odpowiedzialności InterRisk w ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycznych, w tym w ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycznych medycyny pracy określonych w Załączniku nr 1 do OWU, stanowią koszty świadczeń medycznych
- ✓ w ubezpieczeniu assistance oraz kosztów pomocy doraźnej, sumy ubezpieczenia określone są kwotowo, oddzielnie dla każdego rodzaju ubezpieczenia i wynoszą odpowiednio 5000 zł i 2000 zł
- ✓ w ubezpieczeniu pobytu w szpitalu suma ubezpieczenia stanowi iloczyn wysokości świadczenia za dzień pobytu w szpitalu określonego w umowie ubezpieczenia oraz 180 dni pobytu w szpitalu i wynosi 100 zł/dzień



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- x kosztów leków i środków medycznych za wyjątkiem użytych w nagłych przypadkach dla ratowania życia oraz niezbędnych do przeprowadzenia standardowych badań profilaktycznych i specjalistycznych



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

InterRisk nie odpowiada w szczególności za zdarzenia, powstałe w następstwie lub w związku z:

- ! leczeniem niepłodności oraz zabiegów związanych ze zmianą płci,
- ! leczenia, zabiegów lub operacji z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej oraz kosmetyki,
- ! zabiegów i kuracji odwykowych oraz leczenia odwykowego,
- ! chorób psychicznych, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa, samookaleceniem, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
- ! leczeniem skutków i chorób spowodowanych spożywaniem alkoholu oraz używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych,
- ! uczestnictwa Ubezpieczonego w badaniach klinicznych i eksperymentach medycznych,
- ! rehabilitacji, o ile dotyczy chorób przewlekłych, wad wrodzonych,
- ! leczeniem AIDS lub schorzeń związanych z tą chorobą, leczeniem choroby Alzheimera,
- ! uprawiania sportów wysokiego ryzyka.



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

✓ na terytorium RP



Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

- w razie konieczności skorzystania ze świadczeń medycznych Ubezpieczony zobowiązany jest: skontaktować się z telefoniczną infolinią medyczną (numer telefonu podany jest na karcie identyfikacyjnej)
- w razie powstania zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową InterRisk w ramach ubezpieczenia świadczeń assistance, Ubezpieczony obowiązany jest skontaktować się z Centrum Asistance (numer telefonu podany jest w umowie ubezpieczenia)
- w ramach ubezpieczenia kosztów pomocy doraźnej i pobytu w szpitalu Ubezpieczony zobowiązany jest zawiadomić o zajściu zdarzenia InterRisk, nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia zajścia zdarzenia lub uzyskania o nim informacji (adres, numer telefonu podany jest w umowie ubezpieczenia) oraz przekazać do InterRisk wraz ze zgłoszeniem dokumenty szczegółowo opisane w OWU



Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składkę należy opłacić w wysokości, formie (gotówka lub przelew) i terminach określonych w umowie ubezpieczenia.



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 12 miesięcy, chyba że strony umówiły się inaczej.

Odpowiedzialność rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, wskazanego w umowie ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub pierwszej raty składki.

W stosunku do osób przystępujących do ubezpieczenia w trakcie jego trwania, odpowiedzialność InterRisk rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym osoba została zgłoszona do InterRisk przez Ubezpieczającego do ubezpieczenia grupowego, chyba że umówiono się inaczej.

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:

- a) z dniem: upływu okresu ubezpieczenia, odstąpienia Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia, rozwiązania umowy ubezpieczenia w wyniku wypowiedzenia,
- b) w przypadku opłacania składki w ratach – jeżeli po upływie terminu płatności raty InterRisk wezwie Ubezpieczającego do jej zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania przez Ubezpieczającego spowoduje ustanie odpowiedzialności InterRisk, a kolejna rata składki nie zostanie opłacona w tym terminie – z dniem upływu tego terminu,
- c) wobec Ubezpieczonego z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia wskutek wypłacenia świadczenia lub świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia (dotyczy ubezpieczenia pobytu w szpitalu, ubezpieczenia assistance, ubezpieczenia kosztów pomocy doraźnej),
- d) wobec Ubezpieczonego z dniem jego zgonu,
- e) wobec Ubezpieczonego w grupowej umowie ubezpieczenia – z ostatnim dniem miesiąca, w którym został zgłoszony przez Ubezpieczającego jako występujący z ubezpieczenia grupowego. Ubezpieczony może wystąpić z umowy ubezpieczenia grupowego w każdym czasie.



Jak rozwiązać umowę?

Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres dłuższy niż sześć miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia.

Konsument, który zawarł na odległość umowę ubezpieczenia, może od niej odstąpić bez podania przyczyn, składając oświadczenie na piśmie, w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane. W przypadku odstąpienia przez konsumenta od umowy ubezpieczenia InterRisk przysługuje wyłącznie część składki obliczonej proporcjonalnie za każdy dzień udzielania przez InterRisk ochrony ubezpieczeniowej.

SPIS TREŚCI

Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy	
o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej	rewers str. 1
POSTANOWIENIA POCZĄTKOWE	1
DEFINICJE	1
PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA	3
ZAKRES UBEZPIECZENIA	3
WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	4
SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY	4
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	4

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZycIELA	5
ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA	5
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA	5
PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY	5
ZGŁOSZENIE SZKODY, USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA	6
SKARGI I REKLAMACJE	7
POSTANOWIENIA MAJĄCE ZASTOSOWANIE DO UMÓW UBEZPIECZENIA	
NA ODLEGŁOŚĆ W ROZUMIENIU USTAWY O PRAWACH KONSUMENTA	7
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	8

POSTANOWIENIA POCZĄTKOWE

51

- Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia ANTIDOTUM zwane dalej „OWU” mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przez InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółkę Akcyjną Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, ul. Noakowskiego 22, wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000054136, prowadzącą działalność ubezpieczeniową i reasekuracyjną w oparciu o zezwolenie Ministra Finansów Du/905/A/KP/93 z 5 listopada 1993 roku zwaną dalej „Ubezpieczycielem” z osobami fizycznymi, osobami prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi nie będącymi osobami prawnymi prowadzącymi działalność gospodarczą.
- Umowę ubezpieczenia można zawrzeć także na cudzy rachunek, z tym że Ubezpieczony imiennie wskazany jest w umowie ubezpieczenia. Zarzuty mające wpływ na odpowiedzialność InterRisk może InterRisk podnieść także przeciwko Ubezpieczonemu.
- Do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone, za zgodą stron, postanowienia dodatkowe lub odmiennie, z tym że różnice między niniejszymi OWU, a treścią umowy InterRisk przedstawi Ubezpieczającemu na piśmie przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
- Do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa polskiego, w tym przepisy kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

DEFINICJE

52

W rozumieniu niniejszych OWU przez poniższe określenia, użyte w OWU lub wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, polisie lub innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia, a także innych pismach i oświadczeniach składanych w związku z umową ubezpieczenia, uważa się:

- akty terroru** – nielegalne działania i akcje organizowane z pobudek ideologicznych, religijnych, politycznych lub społecznych, indywidualne lub grupowe, prowadzone przez osoby działające samodzielnie lub na rzecz bądź z ramienia jakiegokolwiek organizacji lub rządu, skierowane przeciwko osobom, obiektom lub społeczeństwu, mające na celu wywarcie wpływu na rząd, wprowadzenie chaosu, zastraszenie ludności i dezorganizację życia publicznego przy użyciu przemocy lub groźby użycia przemocy,
- Centrum Assistance** – jednostka organizacyjna wskazana przez Ubezpieczyciela (adres, numer telefonu podawany jest w umowie ubezpieczenia), która na zlecenie Ubezpieczyciela udziela świadczeń assistance,
- choroba** – zaburzenia w funkcjonowaniu narządów lub organów ciała Ubezpieczonego, niezależne od niczyjej woli, co do której lekarz może postawić diagnozę, wymagające leczenia, diagnostyki lub rehabilitacji,
- choroba psychiczna** – zgodnie z diagnozą lekarza prowadzącego leczenie choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenie psychiczne i zaburzenia zachowania (kod ICD:F00-F99), a także depresja i nerwica,
- choroba przewlekła** – stan chorobowy charakteryzujący się powolnym rozwojem, leczony stale lub okresowo przed datą objęcia ochroną,
- deklaracja przystąpienia** – pisemne oświadczenie woli osoby fizycznej na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszych OWU, składane Ubezpieczającemu przez osobę przystępującą do grupowego ubezpieczenia,
- dziecko** – każde dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko w pełni, bądź nie w pełni przez niego przysposobione, w wieku do 18 lat, a w przypadku uczęszczania do szkoły publicznej lub niepublicznej (w tym uczelni wyższej), znajdującej się na terytorium Rzeczypospolitej Polski, w trybie dziennym, zaocznym lub wieczorowym, w rozumieniu ustawy o systemie oświaty oraz ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym, z wyłączeniem kursów oraz kształcenia korespondencyjnego – w wieku do 25 lat,

- działalność gospodarcza** – zarobkowa działalność wytwórcza, budowlana, handlowa, usługowa w rozumieniu Ustawy o swobodzie działalności gospodarczej a także działalność zawodowa wykonywana w sposób zorganizowany i ciągły,
- karta identyfikacyjna** – dokument określający wariant ubezpieczenia wskazujący na uprawnienie do korzystania ze świadczeń medycznych w placówce Partnera Medycznego. Karta identyfikacyjna ważna jest tylko z zaopatrzoną w zdjęcie dokumentem określającym tożsamość Ubezpieczonego,
- lekarz** – osoba posiadająca formalnie potwierdzone kwalifikacje zgodnie z wymogami prawa obowiązującego w kraju, w którym świadczy usługi, wykonująca zawód w zakresie swoich uprawnień i kwalifikacji, niebędąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub osobą bliską dla Ubezpieczonego,
- materiały wybuchowe** – substancje chemiczne stałe lub ciekłe albo mieszaniny substancji zdolne do reakcji chemicznej z wytwarzaniem gazu o takiej temperaturze i ciśnieniu, i z taką szybkością, że mogą powodować zniszczenia w otaczającym środowisku, a także wyroby wypełnione materiałem wybuchowym w rozumieniu ustawy o wykonywaniu działalności gospodarczej w zakresie wytwarzania i obrotu materiałami wybuchowymi, bronią, amunicją oraz wyrobami i technologią o przeznaczeniu wojskowym i policyjnym, a także ustawy o materiałach wybuchowych przeznaczonych do użytku cywilnego,
- nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, na skutek której Ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała,
- odpady radioaktywne** – odpady promieniotwórcze: stałe, ciekłe lub gazowe, zawierające substancje promieniotwórcze,
- ocena ryzyka** – procedura ustalona i stosowana przez Ubezpieczyciela przy obejmowaniu ochroną ubezpieczeniową osoby fizycznej lub grupy osób, mająca wpływ na wysokość składki i zakres ochrony ubezpieczeniowej, uwzględniająca: wysokość sumy ubezpieczenia, liczebność grupy,
- ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Ubezpieczyciela do spełnienia świadczenia objętego niniejszą umową, w razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego określonego w umowie ubezpieczenia, za które Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność ubezpieczeniową,
- osoba bliska** – małżonek, dzieci, partner, rodzeństwo, matka, ojciec, macocha, pasierb, pasierbica, teściowie, zięciowie, synowie, przysposabiający i przysposobieni Ubezpieczonego, opiekunowie ustanowieni przez sąd opiekuńczy,
- pandemia** – epidemia danej choroby zakaźnej występująca w tym samym czasie w różnych krajach i na różnych kontynentach, w rozumieniu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO),
- partner** – osoba fizyczna, pozostająca z Ubezpieczonym w związku pozamałżeńskim, niepozostająca z Ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa, ani przysposobienia,
- Partner Medyczny** – podmiot wykonujący działalność leczniczą, z którym Ubezpieczyciel zawarł umowę w sprawie realizacji świadczeń medycznych, na rzecz Ubezpieczonych,
- pobyt w szpitalu** – pobyt na oddziale szpitalnym na terytorium Rzeczypospolitej polskiej, który rozpoczął się w okresie ubezpieczenia służący przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia Ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, który wydarzył się w okresie ubezpieczenia lub chorobą która została zdiagnozowana w okresie ubezpieczenia, trwający przez okres co najmniej trzech dni. Za dzień pobytu w szpitalu uważa się również dzień przyjęcia do szpitala i dzień wypisu ze szpitala. Gdy wypis ze szpitala nastąpi po zakończeniu okresu ubezpieczenia pobyt w szpitalu jest objęty odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, pod warunkiem, że przyjęcie do szpitala nastąpiło w okresie ubezpieczenia. Świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu określa Załącznik nr 2 do niniejszych OWU,
- podmiot wykonujący działalność leczniczą** – podmiot leczniczy oraz praktyka zawodowa, w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia,
- pojazd** – samochód osobowy, samochód ciężarowy, autobus, pociąg, tramwaj, trolejbus,
- pozostawanie pod wpływem alkoholu** – działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi:

**Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy
o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej**

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§2, §3, §4, §11, §12, §15-19, §1 Załącznika nr 1, 2 i 3 do OWU, §1 i 2 Załącznika nr 4
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§5, §6, §7, §8, §9, §14 ust. 2, §16 ust. 1, 2; §1 pkt 1 lit a, pkt 2, 3, 4 Załącznika nr 3
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Brak
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

- a) od 0,2 ‰ alkoholu we krwi lub
- b) od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³ w wydychanym powietrzu,
- 24) **pracodawca** – jednostka organizacyjna, choćby nie posiadała osobowości prawnej, a także osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, o ile zatrudnia pracowników,
- 25) **pracownik** – osoba zatrudniona przez pracodawcę na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub innej umowy cywilnoprawnej, której przedmiotem jest zatrudnienie. Za pracownika uważa się również osobę, która jest członkiem zrzeszonym w ramach jednostki organizacyjnej będącej Ubezpieczającym (o ile umowa ubezpieczenia zawarta jest na rachunek tych członków) oraz osobę fizyczną będącą Ubezpieczającym, która jest przedsiębiorcą, współnikiem spółki cywilnej lub spółki osobowej (o ile umowa ubezpieczenia zawierana jest na rachunek pracowników tej osoby fizycznej lub spółki),
- 26) **przystąpienie do ubezpieczenia** – objęcie ochroną ubezpieczeniową osoby fizycznej w ramach ubezpieczenia grupowego,
- 27) **rozruchy i zamieszki** – demonstracje i starcia uliczne będące wyrazem buntu przeciwko władzy państwowej,
- 28) **sporty wysokiego ryzyka** – bouldering, wspinaczka skalna, wspinaczka lodowa, taternictwo, alpinizm, himalaizm, skialpinizm, trekking, zjazdy ekstremalne na nartach, freestyle, freeride, snowboarding wysokogórski, snowboarding prędkościowy, skoki i ewolucje narciarskie i snowboardowe, rafting, canyoning, hydrospeed, kajakarstwo górskie, szybownictwo spadochroniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, baloniarstwo, pilotowanie samolotów lub śmigłowców, zorbing, skoki z/na bungee, nurkowanie, parkour, freerun, buggykiting, windsurfing, quady, kitesurfing, żegluga poza wodami terytorialnymi w odległości powyżej 12 mil morskich od brzegu, kolarstwo ekstremalne, kolarstwo górskie, jeździectwo, speleologia, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe, rajdy pojazdów lądowych, wodnych lub powietrznych, heliskiing, heliboarding, freefall, downhill, b.a.s.e. jumping, dream jumping oraz zjazdy na nartach lub snowboardzie poza wyznaczonymi trasami, jazda na nartach wodnych oraz sporty, w których wykorzystywane są pojazdy przeznaczone do poruszania się po śniegu lub lodzie,
- 29) **substancja psychotropowa** – każda substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie substancji psychotropowych stanowiącym załącznik nr 2 do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 30) **szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w postaci świadczeń szpitalnych, w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej,
- 31) **środek odurzający** – substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie stanowiącym załącznik nr 1 do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 32) **środek zastępczy** – substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w każdym stanie fizycznym lub produkt, roślina, grzyb lub ich część, zawierające taką substancję, używane zamiast środka odurzającego lub substancji psychotropowej lub w takich samych celach jak środek odurzający lub substancja psychotropowa, których wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulowane na podstawie przepisów odrębnych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 33) **świadczenia assistance** – świadczenia, udzielane Ubezpieczonemu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za pośrednictwem Centrum Assistance w związku z chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, określone w Załączniku nr 3 do niniejszych OWU,
- 34) **świadczenia medyczne** – realizowane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie ubezpieczenia, niezbędne z medycznego punktu widzenia świadczenia medyczne, określone w Załącznikach nr 1 i 4 do niniejszych OWU, udzielone Ubezpieczonemu w związku z chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, a także badania profilaktyczne oraz świadczenia medyczne udzielone w związku z ciążą lub porodem,
- 35) **świadczenia medyczne medycyny pracy** – świadczenia medyczne medycyny pracy określone w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU, udzielone w okresie ubezpieczenia pracownikowi Ubezpieczającego oraz osobom przyjmowanym przez niego do pracy,
- 36) **świadczenia szpitalne** – świadczenia w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej, w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całonocnych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin,
- 37) **świadczenia zdrowotne** – zgodnie z ustawą o działalności leczniczej, w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, świadczenia służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania,
- 38) **telefoniczna linia medyczna** – linia telefoniczna umożliwiająca Ubezpieczonemu

uzyskanie informacji o możliwości skorzystania ze świadczeń medycznych u Partnera Medycznego (numer telefonu podany jest na karcie identyfikacyjnej),

- 39) **Ubezpieczający** – jeden z podmiotów, o których mowa w §1 ust. 1, zawierający umowę ubezpieczenia i zobowiązany do opłacenia składki ubezpieczeniowej,
- 40) **ubezpieczenie grupowe** – umowa ubezpieczenia zawierana przez Ubezpieczyciela z Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonego, przy czym minimalna grupa osób przystępujących do ubezpieczenia wynosi co najmniej 5 osób,
- 41) **ubezpieczenie rodzinne** – ubezpieczenie zawierane przez Ubezpieczyciela z Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonych: osób fizycznych i ich współmałżonków lub partnerów oraz dzieci, wskazanych imiennie w umowie ubezpieczenia (polisie),
- 42) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia, pod warunkiem, iż osoba ta w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyła 65 lat, a w przypadku umowy ubezpieczenia rodzinnego także jej małżonek lub partner i ich dzieci, pod warunkiem, iż osoby te w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyły 65 lat. W przypadku umowy ubezpieczenia obejmującej koszty świadczeń medycznych medycyny pracy, Ubezpieczonym w tym zakresie ubezpieczenia jest Pracodawca,
- 43) **wypadek komunikacyjny** – nagłe zdarzenie wywołane ruchem pojazdu, niezależne od woli Ubezpieczonego będącego pasażerem pojazdu, osobą kierującą pojazdem lub pieszym, które było bezpośrednią i wyłączną przyczyną uszkodzeń ciała Ubezpieczonego,
- 44) **wyczynowe uprawianie sportu** – podejmowana dobrowolnie forma aktywności fizycznej człowieka polegająca na uprawianiu dyscyplin sportu poprzez regularne uczestniczenie w treningach, zawodach, zgrupowaniach i obozach kondycyjnych lub szkoleniowych, w celu uzyskania, w drodze indywidualnej lub zbiorowej rywalizacji, maksymalnych wyników sportowych przez osoby będące członkami klubów, związków i organizacji sportowych. W rozumieniu niniejszych OWU za wyczynowe uprawianie sportu uważa się również uprawianie sportu w celach zarobkowych,
- 45) **wystąpienie z ubezpieczenia** – oświadczenie Ubezpieczającego o rezygnacji z ubezpieczenia Ubezpieczonego, złożone Ubezpieczycielowi w formie listy osób występujących, o której mowa w §14 ust. 1 pkt 7 lit. b,
- 46) **zakład lecznictwa uzdrowiskowego** – podmiot leczniczy w rozumieniu ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych wykonujących działalność leczniczą w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia w rodzaju ambulatoryjne lub stacjonarne i całonocne świadczenia zdrowotne, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, działający na obszarze uzdrowiska, utworzony w celu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, w ramach kierunków leczniczych i przeciwwskazań ustalonych dla danego uzdrowiska, w szczególności wykorzystujący warunki naturalne uzdrowiska przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§3

Przedmiotem ubezpieczenia są koszty świadczeń medycznych, koszty świadczeń medycznych medycyny pracy oraz koszty pomocy doraźnej i assistance powstałe w okresie ubezpieczenia w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby, a także pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, który wydarzył się w okresie ubezpieczenia lub chorobą która została zdiagnozowana w okresie ubezpieczenia.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§4

- 1. Zakres ubezpieczenia ustalany jest na wniosek Ubezpieczającego i może obejmować:
 - 1) koszty świadczeń medycznych, określonych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU, w wariantach **podstawowym, standardowym, pełnym i prestiż**,
 - 2) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, określony w Załączniku nr 2 do niniejszych OWU, w wariantach I, II, III,
 - 3) świadczenia assistance, określone w Załączniku nr 3 do niniejszych OWU,
 - 4) koszty pomocy doraźnej, określonej w Załączniku nr 4 do niniejszych OWU.
- 2. Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w formie ubezpieczenia grupowego w rozumieniu postanowień §2 pkt 40).
- 3. Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, umowa ubezpieczenia rodzinnego może zostać zawarta w ramach umowy ubezpieczenia grupowego w rozumieniu postanowienia §2 pkt 41).
- 4. Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, jak również w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, umowa ubezpieczenia grupowego może zostać zawarta w zakresie określonym w ust. 1 pkt 1), rozszerzonym o dowolnie wybrane ubezpieczenie określone w ust. 1 pkt 2) lub 3) lub 4).
- 5. Zmiana zakresu ubezpieczenia w czasie trwania umowy ubezpieczenia wymaga zgody Ubezpieczyciela i zawarcia aneksu do obowiązującej umowy ubezpieczenia, w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

6. Wizyta u lekarza internisty, lekarza rodzinnego, pediatry oraz lekarza specjalisty nie wymaga skierowania. Udzielenie pozostałych świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU, wymaga skierowania od lekarza Partnera Medycznego.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§5

1. Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z:
- 1) leczeniem niepłodności oraz zabiegów związanych ze zmianą płci,
 - 2) leczenia, zabiegów lub operacji z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej oraz kosmetyki,
 - 3) zabiegów i kuracji odwykowych oraz leczenia odwykowego,
 - 4) chorób psychicznych,
 - 5) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa, samookaleceniem, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
 - 6) działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami,
 - 7) aktów terroru,
 - 8) leczeniem skutków i chorób spowodowanych spożywaniem alkoholu oraz używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych,
 - 9) uczestnictwa Ubezpieczonego w badaniach klinicznych i eksperymentach medycznych,
 - 10) rehabilitacji, o ile dotyczy chorób przewlekłych, wad wrodzonych,
 - 11) poronieniem sztucznym,
 - 12) leczeniem choroby Alzheimera,
 - 13) leczeniem AIDS lub schorzeń związanych z tą chorobą,
 - 14) uprawiania sportów wysokiego ryzyka,
 - 15) epidemiami ogłoszonymi na podstawie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,
 - 16) prowadzeniem pojazdu przez Ubezpieczonego będącego kierowcą pojazdu, nieposiadającego wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub jeżeli pojazd nie był zarejestrowany lub nie posiadał ważnego badania technicznego, jeżeli w odniesieniu do danego pojazdu istnieje wymóg rejestracji lub dokonania okresowych badań technicznych, chyba że brak wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, brak zarejestrowania pojazdu lub stan techniczny pojazdu nie miał wpływu na zajście wypadku,
 - 17) pandemii,
 - 18) działaniem energii jądrowej, odpadów radioaktywnych, bądź materiałów wybuchowych.
2. Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów leków i środków medycznych za wyjątkiem użytych w nagłych przypadkach dla ratowania życia oraz uznanych przez lekarza za niezbędne do przeprowadzenia standardowych badań profilaktycznych i specjalistycznych.

§6

1. **W ubezpieczeniu pobytu w szpitalu**, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 2) z uwzględnieniem wyłączeń, o których mowa w §5 ust. 1 Ubezpieczyciel dodatkowo nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z:
- 1) uszkodzeniami ciała lub chorobami zdiagnozowanymi przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową,
 - 2) epilepsją, łuszczycą, gruźlicą, dializami,
 - 3) leczeniem otyłości, ubytków wagi ciała, skutków kuracji odchudzających, bulimii, anoreksji,
 - 4) leczeniem wad wzroku, zabiegów plastyczno – kosmetycznych, z wyjątkiem operacji oszczędzających i okaleczeń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) rehabilitacją.
2. **W ubezpieczeniu pobytu w szpitalu**, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 2) z uwzględnieniem wyłączeń, o których mowa w §5 ust. 1 oraz §6 ust. 1 Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za pobyt w zakładach opiekuńczo-leczniczych.

§7

W ubezpieczeniu assistance o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 3) z uwzględnieniem wyłączeń, o których mowa w §5 ust. 1 Ubezpieczyciel dodatkowo nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz nie obejmuje:

- 1) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum Assistance, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, chyba że brak powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum Assistance nastąpił z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego,
- 2) kosztów transportu leków niezależnych przez lekarza prowadzącego leczenie,

- 3) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, z wyłączeniem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza, o ile pozostawianie Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych miało wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku lub choroby.

§8

W ubezpieczeniu kosztów pomocy doraźnej, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 4), z uwzględnieniem wyłączeń, o których mowa w §5 ust. 1 Ubezpieczyciel nie odpowiada dodatkowo za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z:

- 1) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, z wyłączeniem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza, o ile pozostawianie Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych miało wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku lub choroby,
- 2) wyczynowego uprawiania sportu.

SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY

§9

1. Górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela w ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycznych, w tym w ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycznych medycyny pracy stanowią koszty świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU.
2. W ubezpieczeniu assistance oraz kosztów pomocy doraźnej, sumy ubezpieczenia określone są kwotowo, oddzielnie dla każdego rodzaju ubezpieczenia.
3. W ubezpieczeniu pobytu w szpitalu suma ubezpieczenia stanowi iloczyn wysokości świadczenia za dzień pobytu w szpitalu określonego w umowie ubezpieczenia oraz 180 dni pobytu w szpitalu, o których mowa w §16 ust. 1.
4. Wysokość sum ubezpieczenia, o których mowa w ust. 2 i 3 ustalana jest na wniosek Ubezpieczającego.
5. Sumy ubezpieczenia o których mowa w ust. 2 i 3 określone są w umowie ubezpieczenia i stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela dla danego rodzaju ubezpieczenia.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§10

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego, który powinien zawierać co najmniej następujące dane:
 - 1) imię, nazwisko (nazwę) oraz adres (siedzibę) Ubezpieczającego,
 - 2) zakres ubezpieczenia,
 - 3) wariant ubezpieczenia,
 - 4) liczbę osób przystępujących do umowy ubezpieczenia grupowego,
 - 5) propozycję sumy ubezpieczenia dla ubezpieczenia pobytu w szpitalu, assistance oraz kosztów pomocy doraźnej,
 - 6) okres ubezpieczenia,
 - 7) propozycję postanowień dodatkowych lub odmiennych od postanowień niniejszych OWU, które chce wprowadzić do umowy Ubezpieczający.
2. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji, mających wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, o czym informuje Ubezpieczającego na piśmie.
3. Jeżeli wniosek nie zawiera wszystkich danych określonych w ust. 1 lub 2, albo został sporządzony wadliwie lub niezgodnie z warunkami ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest na wezwanie Ubezpieczyciela odpowiednio go uzupełnić, względnie sporządzić nowy wniosek, w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma Ubezpieczyciela w tej sprawie. Niedotrzymanie powyższego terminu powoduje, że umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta.
4. Warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego jest przekazanie przez Ubezpieczającego Ubezpieczycielowi przed zawarciem umowy ubezpieczenia listy osób przystępujących do ubezpieczenia wraz z ich deklaracjami przystąpienia.
5. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres dwunastu miesięcy, chyba że strony umówiły się inaczej.
6. Umowa ubezpieczenia może być kontynuowana za zgodą Ubezpieczyciela na następny 12-miesięczny okres ubezpieczenia na warunkach obowiązujących w dniu jej przedłużenia i zostaje potwierdzona w sposób, o którym mowa w ust. 8.
7. Okres ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia.
8. Ubezpieczyciel potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia (polisą).
9. Po zawarciu umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający otrzymuje karty identyfikacyjne przeznaczone dla każdego Ubezpieczonego.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZycIELA

§11

1. W umowie ubezpieczenia określa się datę początkową i końcową okresu ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, wskazanego w umowie jako początek ochrony ubezpieczeniowej (okresu ubezpieczenia), jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub pierwszej raty składki, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.
3. W przypadku ubezpieczenia na cudzy rachunek, w stosunku do nowo przystępujących osób do ubezpieczenia grupowego w trakcie ubezpieczenia, odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym osoba została zgłoszona do Ubezpieczyciela przez Ubezpieczającego do ubezpieczenia grupowego, chyba że umówiono się inaczej.
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela ustaje:
 - 1) z dniem upływu okresu ubezpieczenia,
 - 2) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia,
 - 3) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia w wyniku wypowiedzenia, o którym mowa w §12 ust. 2, 3 i 5,
 - 4) w przypadku opłacania składki w ratach – jeżeli po upływie terminu płatności raty InterRisk wezwie Ubezpieczającego do jej zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania przez Ubezpieczającego spowoduje ustanie odpowiedzialności InterRisk, a kolejna rata składki nie zostanie opłacona w tym terminie – z dniem upływu tego terminu,
 - 5) wobec Ubezpieczonego z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia wskutek wypłacenia świadczenia lub świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia – dotyczy ubezpieczenia pobytu w szpitalu, ubezpieczenia assistance, ubezpieczenia kosztów pomocy doraźnej,
 - 6) wobec Ubezpieczonego z dniem jego zgonu,
 - 7) wobec Ubezpieczonego w grupowej umowie ubezpieczenia z ostatnim dniem miesiąca, w którym został zgłoszony przez Ubezpieczającego jako występujący z ubezpieczenia grupowego. Ubezpieczony może wystąpić z umowy ubezpieczenia grupowego w każdym czasie.
5. W przypadku, gdy odpowiedzialność InterRisk ustaje wskutek wyczerpania sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 4 pkt 5) wznowienie odpowiedzialności InterRisk z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia następuje w drodze aneksu do umowy ubezpieczenia, od dnia wskazanego w tym aneksie jednak nie wcześniej niż po zapłacie dodatkowej składki za double ubezpieczenie.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§12

1. Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres dłuższy niż sześć miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.
3. Jeżeli Ubezpieczyciel ponosił odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona przez Ubezpieczającego w terminie, Ubezpieczyciel może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia wygasa ona z końcem okresu, za który przypadła niezapłacona składka.
4. Umowa ubezpieczenia wygasa z dniem bezskutecznego upływu terminu, o którym mowa w §11 ust. 4 pkt 4).
5. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§13

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej należnej za okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela określona jest w umowie ubezpieczenia.
2. Wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej uzależniona jest od czynników oceny ryzyka, a w szczególności:
 - 1) zakresu ubezpieczenia,
 - 2) wariantu ubezpieczenia,
 - 3) formy ubezpieczenia,

- 4) liczby osób przystępujących,
- 5) okresu ubezpieczenia,
- 6) wnioskowanej przez Ubezpieczającego wysokości sum ubezpieczenia.
3. Składka ubezpieczeniowa określona jest kwotowo dla danego rodzaju ubezpieczenia. Składka ubezpieczeniowa określona jest w złotych polskich.
4. Wysokość składki ubezpieczeniowej obliczana jest według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia (lub zmiany) umowy ubezpieczenia.
5. Jeżeli taryfa skladek nie uwzględnia ubezpieczonego ryzyka, wówczas wysokość składki ubezpieczeniowej ustalana jest na podstawie indywidualnej oceny ryzyka przez Ubezpieczyciela, z uwzględnieniem postanowień ust. 7.
6. W przypadku wnioskowania przez Ubezpieczającego o ubezpieczenie kosztów świadczeń medycznych medycyny pracy dla grup składających się z pracowników wykonujących pracę biurową oraz pracowników wykonujących pracę inną niż biurowa składka ubezpieczeniowa ustalana jest na podstawie indywidualnej oceny ryzyka przez Ubezpieczyciela na podstawie Ankiety medycyny pracy.
7. Ubezpieczyciel może zastosować zniżki i/lub zwwyżki podstawowej składki ubezpieczeniowej.
8. Wysokość ostatecznej składki ubezpieczeniowej oblicza się stosując zwwyżki i zniżki składki.
9. Ubezpieczyciel może zastosować zwwyżki składki w umowach ubezpieczeń grupowych, w szczególności z tytułu wprowadzenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od zapisów niniejszych OWU, o które wnioskował Ubezpieczający.
10. Ubezpieczyciel może zastosować zniżki składki, w szczególności z tytułu liczby osób przystępujących do ubezpieczenia oraz wprowadzenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od postanowień niniejszych OWU, o które wnioskował Ubezpieczający.
11. Składka ubezpieczeniowa płatna jest jednorazowo, chyba że strony umówiły się inaczej.
12. Składka ubezpieczeniowa, na wniosek Ubezpieczającego, może zostać rozłożona na raty. Terminy płatności i wysokość kolejnych rat określa się w umowie ubezpieczenia.
13. Składka lub pierwsza rata składki za ubezpieczenie powinna być zapłacona w dniu zawarcia umowy, jednak nie później niż do 25 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc kalendarzowy, w którym nastąpi początek okresu ubezpieczenia, chyba że strony ustaliły w umowie ubezpieczenia (polisie) inne terminy płatności. Kolejne raty składki ubezpieczeniowej płatne są w terminach płatności określonych w umowie ubezpieczenia (polisie).
14. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenia umowy przez którąkolwiek ze stron, Ubezpieczycielowi należy się składka za okres, w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
15. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na który została zawarta Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

§14

1. Ubezpieczający obowiązany jest do:
 - 1) doręczenia Ubezpieczonemu OWU i udzielenia niezbędnych informacji dotyczących ochrony Ubezpieczeniowej,
 - 2) poinformowania Ubezpieczonego na jego żądanie o sposobie obliczania i opłacania składki ubezpieczeniowej oraz dostarczenia Ubezpieczonemu postanowień umownych w zakresie stanowiącym o jego prawach i obowiązkach, przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na finansowanie składki ubezpieczeniowej (o ile Ubezpieczony finansuje składkę). Informacje powinny zawierać także opis obowiązków Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego,
 - 3) podania Ubezpieczycielowi, przed zawarciem umowy ubezpieczenia, znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał w formularzu wniosku lub w pismach skierowanych do niego. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane,
 - 4) zgłaszania Ubezpieczycielowi zmian okoliczności, o których Ubezpieczający informował Ubezpieczyciela przed zawarciem umowy ubezpieczenia, niezwłocznie po powzięciu o nich wiadomości,
 - 5) opłacenia składki ubezpieczeniowej lub jej rat w ustalonym terminie,
 - 6) umożliwienia Ubezpieczycielowi zasięgnięcia informacji odnoszących się do okoliczności wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 7) przekazywania w uzgodnionych i określonych w umowie ubezpieczenia terminach do Ubezpieczyciela wszystkich danych, wskazanych przez Ubezpieczyciela, niezbędnych do należytego wykonywania postanowień umowy ubezpieczenia grupowego, a w szczególności:
 - a) listy osób przystępujących wraz z deklaracjami przystąpienia,
 - b) listy osób występujących,
 - 8) przestrzegania obowiązków określonych w niniejszych OWU.

2. Jeżeli Ubezpieczający nie podał do wiadomości Ubezpieczyciela znanych sobie okoliczności, o których mowa w ust. 1 pkt 3 lub nie dopełnił obowiązku, o którym mowa w ust. 1 pkt 4, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, za skutki tych okoliczności.
3. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek:
 - 1) Ubezpieczający jest zobowiązany do doręczenia Ubezpieczonemu OWU i udzielenia niezbędnych informacji dotyczących ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać osobie zainteresowanej przystąpieniem do umowy ubezpieczenia informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przed przystąpieniem przez tę osobę do umowy ubezpieczenia, na piśmie, lub jeżeli osoba zainteresowana przystąpieniem do umowy ubezpieczenia wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku;
 - 3) Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Ubezpieczonego na jego żądanie o sposobie obliczenia i opłacenia składki ubezpieczeniowej oraz doręczyć Ubezpieczonemu warunki umowy, w szczególności postanowień umowy w zakresie stanowiącym o prawach i obowiązkach Ubezpieczonego, przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na finansowanie składki ubezpieczeniowej (o ile Ubezpieczony finansuje składkę). Informacje powinny zawierać także opis obowiązków Ubezpieczającego i InterRisk względem Ubezpieczonego;
 - 4) niezależnie od innych postanowień OWU, w sytuacji zaniechania lub zaprzestania dochodzenia świadczenia od InterRisk przez Ubezpieczającego, Ubezpieczony albo jego spadkobiercy są uprawnieni do bezpośredniego dochodzenia świadczenia.
4. Jeśli umowa ubezpieczenia grupowego zawarta została na rachunek pracowników Ubezpieczającego lub osób wykonujących pracę na podstawie umów cywilnoprawnych oraz członków ich rodzin lub na rachunek członków stowarzyszeń, samorządów zawodowych lub związków zawodowych i Ubezpieczający otrzymuje od InterRisk wynagrodzenie lub inne korzyści w związku z oferowaniem możliwości skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej lub czynnościami związanymi z wykonywaniem umowy ubezpieczenia grupowego, przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego Ubezpieczający przekazuje osobie zainteresowanej przystąpieniem do takiej umowy informacje o:
 - 1) firmie InterRisk i adresie siedziby InterRisk;
 - 2) charakterze wynagrodzenia lub innych korzyści otrzymywanych w związku z proponowanym przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego;
 - 3) możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.
5. Niezależnie od innych postanowień OWU, w sytuacji zaniechania lub zaprzestania dochodzenia świadczenia od zakładu ubezpieczeń przez ubezpieczającego Ubezpieczony albo jego spadkobiercy są uprawnieni do bezpośredniego dochodzenia świadczenia.
6. Ubezpieczyciel obowiązany jest do:
 - 1) zachowania należytej staranności przy zawieraniu i wykonywaniu umowy ubezpieczenia,
 - 2) przekazywania Ubezpieczającemu informacji niezbędnych do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, a w przypadku zgłoszenia roszczenia zobowiązany jest do terminowej likwidacji,
 - 3) dostarczenia Ubezpieczającemu przed zawarciem umowy ubezpieczenia tekstu niniejszych OWU, a także innych dokumentów i formularzy niezbędnych z punktu widzenia wykonywania umowy ubezpieczenia,
 - 4) na żądanie Ubezpieczonego, udzielenia informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz OWU w zakresie praw i obowiązków Ubezpieczonego,
 - 5) udostępnienia Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu informacji i dokumentów, gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia. W/w osoby mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Ubezpieczyciela udostępnionych informacji, a także sporządzać na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem przez Ubezpieczyciela,
 - 6) objęcia ochroną ubezpieczeniową osób, które zostały zgłoszone przez Ubezpieczającego i za które została zapłacona składka ubezpieczeniowa,
 - 7) wypłaty świadczenia na warunkach i zasadach określonych w niniejszych OWU i umowie ubezpieczenia,
 - 8) zabezpieczenia danych osobowych, otrzymanych w wyniku realizacji umowy ubezpieczenia zgodnie z wymogami ustawy o ochronie danych osobowych,
 - 9) informowania osoby występującej z roszczeniem pisemnie jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania, zgodnie z §19 ust. 6,
 - 10) pisemnego informowania Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z zawiadomieniem o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z §19 ust. 6,
 - 11) przekazania Ubezpieczającemu kart identyfikacyjnych, uprawniających do korzystania przez każdego Ubezpieczonego ze świadczeń medycznych udzielanych przez Partnera Medycznego.
7. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub uprawniony mają prawo wglądu do informacji

i dokumentów, gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości świadczenia, żądania pisemnego potwierdzenia przez InterRisk udostępnionych informacji i sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich za zgodność z oryginałem przez InterRisk.

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA, USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§15

1. **Świadczenia medyczne**, określone w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU, udzielane są Ubezpieczonemu w placówkach Partnera Medycznego współpracującego z Ubezpieczycielem. Informacja o adresach placówek medycznych, w których realizowane są świadczenia medyczne dostępna jest pod numerem telefonu wskazanym na karcie identyfikacyjnej oraz na stronie internetowej <http://www.interrisk.pl/>.
2. W ramach ubezpieczenia kosztów świadczeń medycznych, o których mowa w ust.1 Ubezpieczający/Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) skontaktować się z telefoniczną infolinią medyczną,
 - 2) zastosować się do zaleceń i wskazówek personelu medycznego Partnera Medycznego w zakresie uzasadnionym realizowanym świadczeniem zdrowotnym.
3. Koszty świadczeń medycznych, o których mowa w ust.1 pokrywane są przez Ubezpieczyciela bezpośrednio na konto Partnera Medycznego, udzielającego świadczenie.

§16

1. **W ubezpieczeniu pobytu w szpitalu**, o którym mowa w §4 ust.1 pkt 2 świadczenie wypłacane jest w oparciu o postanowienia niniejszych OWU. Świadczenie stanowi iloczyn wysokości świadczenia za dzień pobytu w szpitalu określonego w umowie ubezpieczenia (polisie) – oraz łącznej liczby dni pobytu w szpitalu, nie więcej jednak niż za 180 dni łącznego pobytu w szpitalu.
2. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za pobyt w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego w wariantcie III, określonym w Załączniku nr 2 do niniejszych OWU. W warianttach: I – II, określonych w Załączniku nr 2 do niniejszych OWU Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za pobyt w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wyłącznie, gdy leczenie jest bezpośrednią kontynuacją leczenia szpitalnego i przyjęcie do tych placówek nastąpiło w dniu wypisu ze szpitala. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie za każdy dzień pobytu w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, począwszy od trzeciego dnia pobytu w wysokości 50% wysokości świadczenia za dzień pobytu w szpitalu określonego w polisie.
3. Jeżeli pobyt w szpitalu jest następstwem wypadku komunikacyjnego Ubezpieczonemu przysługuje dodatkowe świadczenie w wysokości 50 % świadczenia dziennego, o którym mowa w ust. 1. Dodatkowe świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu za okres nie dłuższy niż 14 dni pobytu w szpitalu.
4. W przypadku, gdy wypis ze szpitala nastąpi po zakończeniu okresu ubezpieczenia pobyt w szpitalu jest objęty odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, pod warunkiem że przyjęcie do szpitala nastąpiło w okresie ubezpieczenia. Świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu określa Załącznik nr 2 do niniejszych OWU.

§17

1. **W ubezpieczeniu assistance** o którym mowa w §4 ust.1 pkt 3 **Centrum Assistance na zlecenie Ubezpieczyciela realizuje świadczenia** zgodnie z Załącznikiem nr 3 do niniejszych OWU.
2. W razie powstania zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczyciela w ramach świadczeń assistance, o których mowa w ust. 1 Ubezpieczający/ Ubezpieczony obowiązany jest skontaktować się z Centrum Assistance (adres, numer telefonu podany jest w umowie ubezpieczenia lub dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia) i przekazać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - 2) adres zamieszkania Ubezpieczonego,
 - 3) numer polisy,
 - 4) okres odpowiedzialności,
 - 5) krótki opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
 - 6) numer telefonu kontaktowego Ubezpieczonego.
3. W razie powstania zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczyciela w ramach świadczeń assistance, Ubezpieczony – na wniosek Centrum Assistance – zobowiązany jest przedstawić lekarzom Centrum Assistance posiadane: zaświadczenia medyczne, skierowania, zwolnienia lekarskie, dokumenty medyczne, recepty a także okazać oryginały rachunków lub faktur i dowody zapłaty – w zakresie, w jakim te dokumenty i informacje są niezbędne do ustalenia zakresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

§18

1. **W ramach ubezpieczenia kosztów pomocy doraźnej**, o którym mowa w §4 ust.1 pkt 4 Ubezpieczyciel zapewni zwrot kosztów świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 4 do niniejszych OWU, udzielanych Ubezpieczonemu w placówkach innych niż wskazane przez Partnera Medycznego współpracującego z Ubezpieczycielem.
2. **W ubezpieczeniu kosztów pomocy doraźnej** Ubezpieczony ma dowolny wybór

podmiotu wykonującego działalność leczniczą, z zastrzeżeniem ust. 1.

3. W ramach ubezpieczenia kosztów pomocy doraźnej, Ubezpieczający/Ubezpieczony zobowiązany jest:

- 1) skontaktować lub zgłosić się do podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w celu uzyskania świadczenia medycznego,
- 2) pokryć koszty udzielonych świadczeń medycznych,
- 3) uzyskać w miarę możliwości dokumentację lekarską stwierdzającą rozpoznanie (diagnozę), uzasadniającą udzielenie pomocy medycznej oraz prowadzenie danego sposobu leczenia,
- 4) zawiadomić o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową do jednostki organizacyjnej Ubezpieczyciela, nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia zajścia zdarzenia lub uzyskania o nim informacji.

4. Umowa ubezpieczenia zapewnia zwrot poniesionych kosztów świadczeń medycznych, w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia (polisie).

§19

1. Postanowienia sformułowane w niniejszym paragrafie dotyczą ubezpieczenia kosztów pomocy doraźnej oraz ubezpieczenia pobytu w szpitalu, o których mowa w §4 ust.1 pkt 2 i 4.

2. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia, powinno zawierać poniższe podstawowe informacje i dokumenty:

- 1) numer polisy,
- 2) dane Ubezpieczonego: imię i nazwisko, adres zamieszkania, datę urodzenia,
- 3) datę rozpoznania choroby, o ile jest znana Ubezpieczonemu,
- 4) w przypadku nieszczęśliwego wypadku – datę oraz szczegółowy opis okoliczności jego zaistnienia,
- 5) posiadane zaświadczenia lekarskie opisujące proces leczenia oraz zawierające dokładną diagnozę,
- 6) skierowanie na operację, o ile jest w posiadaniu Ubezpieczonego,
- 7) posiadane zaświadczenia szpitalne opisujące rodzaj i rozległość obrażeń oraz zawierające dokładną diagnozę, kartę informacyjną ze szpitala,
- 8) rachunki/faktury poniesionych kosztów leczenia – rachunek/faktura powinien/a zawierać: datę, dane placówki, imię i nazwisko Ubezpieczonego, adres, datę oraz nazwę udzielonego świadczenia wraz z cenami jednostkowymi,
- 9) raporty policyjne dotyczące zdarzenia, o ile zostały sporządzone i są w posiadaniu Ubezpieczonego,
- 10) inne dokumenty określone w postanowieniach dodatkowych lub odmiennych wprowadzonych do umowy ubezpieczenia lub w piśmie skierowanym do Ubezpieczonego w trybie określonym w ust. 6.

3. Ubezpieczyciel może na swój koszt, kierować Ubezpieczonego na badania lekarskie z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi.

4. InterRisk może uzyskać odpłatnie od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu, za pośrednictwem lekarza upoważnionego przez InterRisk, informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją danych o jego stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, w zakresie określonym w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

5. Wystąpienie InterRisk o informację, o której mowa w ust. 4, wymaga pisemnej zgody Ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, albo jego przedstawiciela ustawowego.

6. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z zawiadomieniem o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

7. W przypadku powzięcia przez Ubezpieczyciela nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności zgłaszanych roszczeń lub wysokości świadczenia, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.

§20

1. Ustalenie zasadności świadczeń następuje na podstawie przedłożonych dokumentów, jednakże Ubezpieczyciel ma prawo do ich weryfikacji i zasięgnięcia opinii specjalistów.

2. Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie na podstawie uznania roszczenia, po uprzednim przeprowadzeniu własnego postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zasadności zgłoszonego roszczenia i wysokości świadczenia, zawartej ugody lub prawomocnego orzeczenia sądowego.

3. Świadczenie może być wypłacone: przelewem bankowym lub przekazem pocztowym.

4. Świadczenia wypłacane są w złotych polskich.

5. Ubezpieczyciel spełnia świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.

6. Jeżeli w terminie określonym w ust. 5 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności InterRisk albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia InterRisk wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.

7. Jeżeli w terminie określonym w ust. 5 InterRisk nie wypłaci świadczenia, zawiadamia na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub części w powyższym terminie.

8. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, InterRisk informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, w terminach określonych w ust. 5 lub 6, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz poucza o możliwości złożenia skargi lub reklamacji do InterRisk lub dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

9. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu ubezpieczeń regulują ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych.

SKARGI I REKLAMACJE

§21

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uposażonemu lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do składania skarg i zastrzeżeń dotyczących usług świadczonych przez InterRisk zwanych dalej łącznie reklamacjami.

2. Reklamację można złożyć w każdej jednostce organizacyjnej InterRisk obsługującej klientów. Reklamacja może być złożona:

- 1) w formie pisemnej – osobiście lub za pośrednictwem operatora pocztowego lub kuriera;
- 2) ustnie – telefonicznie poprzez InterRisk Kontakt (nr tel.: 22 575 25 25) lub osobiście do protokołu w jednostce InterRisk obsługującej klientów.

3. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrywania reklamacji, reklamacje dotyczące likwidacji szkód powinno składać się w formie pisemnej za pośrednictwem operatora pocztowego lub kuriera na adres do korespondencji wskazany w decyzji o wypłacie lub odmowie wypłaty odszkodowania lub świadczenia lub innym dokumencie, którego dotyczy reklamacja.

4. InterRisk udziela odpowiedzi na reklamację w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.

5. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do maksymalnie 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. InterRisk informując o przedłużeniu terminu odpowiedzi na reklamację wskazuje przyczynę opóźnienia, okoliczności, które muszą zostać ustalone oraz określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji.

6. InterRisk udziela odpowiedzi na reklamację w formie papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Odpowiedź na reklamację osoby fizycznej może zostać dostarczona pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek tej osoby.

7. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo skierowania wniosku do Rzecznika Finansowego o podjęcie czynności. Konsumentom przysługuje także prawo zwrócenia się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.

8. InterRisk podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

POSTANOWIENIA MAJĄCE ZASTOSOWANIE DO UMÓW UBEZPIECZENIA NA ODLEGŁOŚĆ W ROZUMIENIU USTAWY O PRAWACH KONSUMENTA

§22

W przypadku gdy umowa ubezpieczenia zostaje zawarta na odległość w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta, do umowy mają zastosowanie następujące postanowienia:

- 1) konsument, który zawarł na odległość umowę ubezpieczenia, może od niej odstąpić bez podania przyczyn, składając oświadczenie na piśmie, w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane. W przypadku odstąpienia przez konsumenta od umowy ubezpieczenia InterRisk przysługuje wyłącznie część składki obliczonej proporcjonalnie za każdy dzień udzielania przez InterRisk ochrony ubezpieczeniowej,
- 2) umowa ubezpieczenia nie wiąże się z ryzykiem finansowym wynikającym z jej szczególnych cech lub charakteru czynności, które mają być wykonane, a składka ubezpieczeniowa nie zależy od ruchu cen na rynku finansowym,

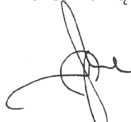
- 3) konsument ponosi koszty wynikające ze środków porozumiewania się na odległość według taryfy operatora konsumenta,
- 4) spory wynikające z umów zawartych pomiędzy konsumentami a InterRisk za pośrednictwem strony internetowej lub innych środków elektronicznych mogą być rozwiązywane przez właściwe organy za pomocą europejskiej platformy pozasądowego rozwiązywania sporów dostępnej pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>,
- 5) umowa ubezpieczenia nie jest objęta funduszem gwarancyjnym lub innym systemem gwarancyjnym,
- 6) językiem stosowanym w relacjach pomiędzy InterRisk a konsumentem jest język polski,
- 7) prawem właściwym dla stosunków InterRisk z konsumentem przed zawarciem umowy jak również prawem właściwym dla zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§23

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia złożone przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub InterRisk w związku z umową ubezpieczenia (dotyczące zarówno wykonania jak i rozwiązania lub wystąpienia z umowy ubezpieczenia) powinny być złożone na piśmie pod rygorem nieważności, za wyjątkiem list, o których mowa w §14 ust. 1 pkt 7 lit a i b, które mogą być przekazywane w formie elektronicznej oraz innych przypadków, gdy podmioty te wyrażą zgodę na przekazywanie zawiadomień i oświadczeń w formie elektronicznej.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
3. Wszelkie spory wynikające z umowy ubezpieczenia lub powstające w związku z nią mogą być przedmiotem rozstrzygnięcia przez Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego. Powyższe postanowienie nie stanowi zapisu na sąd polubowny.
4. InterRisk zobowiązany jest na podstawie ustawy o pozasądowym rozwiązaniu sporów konsumenckich do pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy konsumentami a InterRisk jest Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
5. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU jest prawo polskie.
6. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia kosztów leczenia Kosztów Leczenia ANTIDOTUM zostały zatwierdzone uchwałą nr 02/23/01/2018 Zarządu InterRisk Towarzystwa Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 23 stycznia 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 23 lutego 2018 roku.

Prezes Zarządu



Piotr Narloch

Członek Zarządu



Katarzyna Grześkowiak

7. Integralną częścią niniejszych OWU są następujące Załączniki:

- 1) Załącznik nr 1 – Ubezpieczenie kosztów świadczeń medycznych,
- 2) Załącznik nr 2 – Ubezpieczenie pobytu w szpitalu,
- 3) Załącznik nr 3 – Ubezpieczenie assistance,
- 4) Załącznik nr 4 – Ubezpieczenie kosztów pomocy doraźnej.

Załącznik nr 1

do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Kosztów Leczenia ANTIDOTUM
zatwierdzonych uchwałą nr 02/23/01/2018
Zarządu InterRisk Towarzystwa Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group
z dnia 23 stycznia 2018 roku

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§1

1. Zakresem ubezpieczenia objęte są koszty świadczeń medycznych poniesione w okresie ubezpieczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, określone w Tabeli nr 1.
2. Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, w oparciu o postanowienia niniejszych OWU umowa ubezpieczenia kosztów świadczeń medycznych może zostać zawarta w wariantach wskazanych w Tabeli nr 1.

Tabela Nr1

Nr	Świadczenia medyczne	Wariant			
		PODSTAWOWY	STANDARD	PEŁNY	PRESTIŻ
1	telefoniczna linia medyczna	TAK	TAK	TAK	TAK
2	lekarz internista	TAK	TAK	TAK	TAK
3	lekarz pediatra	TAK	TAK	TAK	TAK
4	chirurg dziecięcy	NIE	NIE	TAK	TAK
5	neurolog dziecięcy	NIE	NIE	TAK	TAK
6	lekarz medycyny pracy	TAK	TAK	TAK	TAK
7	świadczenia medyczne medycyny pracy dla pracowników biurowych:	TAK	TAK	TAK	TAK
7.1	badania wstępne, okresowe i kontrolne przewidziane w Kodeksie Pracy	TAK	TAK	TAK	TAK
7.2	orzecznictwo lekarskie do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy i w przepisach wydanych na jego podstawie	TAK	TAK	TAK	TAK
7.3	udział w komisjach zakładowych BHP	TAK	TAK	TAK	TAK
8	przegląd stanu zdrowia - raz w roku na podstawie skierowania od lekarza Partnera Medycznego	TAK	TAK	TAK	TAK
9	szczepienie przeciw grypie	TAK	TAK	TAK	TAK
10	zakres opieki specjalistycznej:	TAK	TAK	TAK	TAK
10.1	alergolog	NIE	NIE	TAK	TAK
10.1.1	konsultacje lekarskie	NIE	NIE	TAK	TAK
10.1.2	wykonywanie skórnych testów uczuleniowych metodą nakłuć	NIE	NIE	TAK	TAK
10.2	chirurg ogólny	NIE	TAK	TAK	TAK
10.2.1	konsultacje lekarskie	NIE	TAK	TAK	TAK
10.2.2	drobne zabiegi: - założenie i zmiana prostego opatrunku - nie wymagającego opracowania chirurgicznego - nacięcie i drenaż ropnia, krwaka, założenie sączka w przypadkach wymagających niezwłocznej pomocy - założenie szwów w nagłych przypadkach wymagających niezwłocznej pomocy - usunięcie szwów po zabiegach wykonanych w placówkach Partnera Medycznego wskazanych do obsługi ubezpieczenia - usunięcie szwów po zabiegach wykonywanych poza placówkami Partnera Medycznego wskazanych do obsługi ubezpieczenia, kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza (zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdejmowania szwów po porodzie)	NIE	TAK	TAK	TAK
10.3	ortopeda	NIE	TAK	TAK	TAK

10.3.1	konsultacje lekarskie	NIE	TAK	TAK	TAK
10.3.2	leczenie schorzeń pourazowych	NIE	TAK	TAK	TAK
10.3.3	założenie gipsu tradycyjnego	NIE	TAK	TAK	TAK
10.3.4	unieruchomienie kończyn i stawów	NIE	TAK	TAK	TAK
10.3.5	wykonywanie iniekcji dostawowych	NIE	TAK	TAK	TAK
10.4	dermatolog	NIE	NIE	TAK	TAK
10.4.1	konsultacje lekarskie	NIE	NIE	TAK	TAK
10.4.2	leczenie grzybic	NIE	NIE	TAK	TAK
10.4.3	zabiegi dermatologiczne: usuwanie drobnych zmian w zakresie skóry i tkanki podskórnej do 3 cm	NIE	NIE	TAK	TAK
10.5	gastrolog	NIE	NIE	TAK	TAK
10.5.1	konsultacje lekarskie	NIE	NIE	TAK	TAK
10.5.2	gastroskopia	NIE	NIE	TAK	TAK
10.5.3	rektoskopia	NIE	NIE	TAK	TAK
10.6	ginekolog	TAK	TAK	TAK	TAK
10.6.1	konsultacje lekarskie	TAK	TAK	TAK	TAK
10.6.2	badania cytologiczne	TAK	TAK	TAK	TAK
10.6.3	prowadzenie ciąży - opieka w okresie ciąży obejmuje wszelkie badania, testy, analizy, konsultacje specjalistyczne mające na celu zapewnienie pełnej opieki nad kobietą i jej nienarodzonym dzieckiem.	TAK	TAK	TAK	TAK
10.6.4	endokrynologia ginekologiczna: opieka w okresie menopauzalnym	TAK	TAK	TAK	TAK
10.6.5	zaburzenia miesięczkowe	TAK	TAK	TAK	TAK
10.6.7	leczenie chorób sutka	TAK	TAK	TAK	TAK
10.6.8	poradnia dla chorych z mastopatią	TAK	TAK	TAK	TAK
10.7	kardiolog	NIE	TAK	TAK	TAK
10.7.1	konsultacje lekarskie	NIE	TAK	TAK	TAK
10.7.2	24-godzinne monitorowanie czynności serca i ciśnienia tętniczego	NIE	TAK	TAK	TAK
10.7.3	EKG spoczynkowe	NIE	TAK	TAK	TAK
10.7.4	EKG wysiłkowe	NIE	TAK	TAK	TAK
10.7.5	badanie serca (echo serca)	NIE	TAK	TAK	TAK
10.8	laryngolog	NIE	TAK	TAK	TAK
10.8.1	konsultacje lekarskie	NIE	TAK	TAK	TAK
10.8.2	drobne zabiegi laryngologiczne: -założenie i usunięcie przedniej tamponady nosa -koagulacja naczyń przegrody nosa -przedmuchiwanie (katetyzacja) trąbki słuchowej -usunięcie ciała obcego z nosa, ucha	NIE	TAK	TAK	TAK
10.9	neurolog	NIE	NIE	TAK	TAK
10.9.1	konsultacje lekarskie	NIE	NIE	TAK	TAK
10.10	okulista	NIE	TAK	TAK	TAK
10.10.1	konsultacje lekarskie	NIE	TAK	TAK	TAK
10.10.2	usuwanie ciała obcego	NIE	TAK	TAK	TAK

10.10.3	zaopatrzenie urazu oczodołu	NIE	TAK	TAK	TAK
10.10.4	zaopatrzenie urazu gałki ocznej	NIE	TAK	TAK	TAK
10.11	reumatolog	NIE	NIE	TAK	TAK
10.11.1	konsultacje lekarskie	NIE	NIE	TAK	TAK
10.12	urolog	NIE	TAK	TAK	TAK
10.12.1	konsultacje lekarskie	NIE	TAK	TAK	TAK
10.12.2	założenie cewnika	NIE	TAK	TAK	TAK
10.13	leczenie chorób gruczołu krokowego	NIE	TAK	TAK	TAK
10.14	inni specjaliści współpracujący z Partnerem Medycznym	NIE	NIE	TAK	TAK
11	badania	TAK	TAK	TAK	TAK
11.1	badania laboratoryjne (analizy):	TAK	TAK	TAK	TAK
11.1.1	badania hematologiczne i układu krzepnięcia:	TAK	TAK	TAK	TAK
11.1.2	OB	TAK	TAK	TAK	TAK
11.1.3	morfologia z rozmazem	TAK	TAK	TAK	TAK
11.1.4	APTT (czas kefalinowo - kaolinowy)	TAK	TAK	TAK	TAK
11.1.5	wskaźnik protrombinowy	TAK	TAK	TAK	TAK
11.1.6	fibrynogen	TAK	TAK	TAK	TAK
11.1.7	badania moczu i kału:	TAK	TAK	TAK	TAK
11.1.7.1	badanie ogólne moczu	TAK	TAK	TAK	TAK
11.1.7.2	badanie kału ogólne	TAK	TAK	TAK	TAK
11.1.7.3	badanie kału w kierunku pasożytów i ich jaj	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2	badania biochemiczne:	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.1	białko całkowite	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.2	białko C reaktywne	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.3	elektroforeza	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.4	cholesterol całkowity	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.5	cholesterol HDL	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.6	glukoza	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.7	hemoglobina glikowana	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.8	elektrolity Na, K	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.9	wapń	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.10	magnez	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.11	chlorki	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.12	mocznik	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.13	kreatynina	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.14	trójglicerydy	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.15	aminotransferaza asparaginianowa	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.16	aminotransferaza alaninowa	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.17	glutamylotranspeptydaza (GGTP)	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.18	amylaza	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.19	kinaza kreatynowa całkowita	TAK	TAK	TAK	TAK

11.2.20	dehydrogenaza mleczanowa	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.21	fosfatazy (kwaśna, zasadowa i sterczowa)	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.22	kwask moczowy	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.23	bilirubina całkowita	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.24	bilirubina bezpośrednia	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.25	czynnik reumatoidalny	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.26	odczyn Waalera - Rosego	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.27	ASO	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.28	poziom żelaza w surowicy	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.29	zdolność wiązania żelaza	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.30	ferrytyna	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.31	transferyna	TAK	TAK	TAK	TAK
11.2.32	albuminy	TAK	TAK	TAK	TAK
11.3	Posiewy:	TAK	TAK	TAK	TAK
11.3.1	moczu	TAK	TAK	TAK	TAK
11.3.2	kału	TAK	TAK	TAK	TAK
11.3.3	z rany	TAK	TAK	TAK	TAK
11.4	badania immunologiczne:	TAK	TAK	TAK	TAK
11.4.1	WZW typu B - Antygen Hbs	TAK	TAK	TAK	TAK
11.4.2	WZW typu B - Antygen Hbe	TAK	TAK	TAK	TAK
11.4.3	WZW typu C - przeciwciała anty-HCV	TAK	TAK	TAK	TAK
11.4.4	różyczka - przeciwciała IgM	TAK	TAK	TAK	TAK
11.4.5	różyczka - przeciwciała IgG	TAK	TAK	TAK	TAK
11.4.6	toxoplasma gondi - przeciwciała IgM	TAK	TAK	TAK	TAK
11.4.7	toxoplasma gondi - przeciwciała IgG	TAK	TAK	TAK	TAK
11.4.8	mononukleozakazaka IgG, IgM	TAK	TAK	TAK	TAK
11.4.9	IgE całkowite	TAK	TAK	TAK	TAK
11.4.10	WR	TAK	TAK	TAK	TAK
11.4.11	HIV	TAK	TAK	TAK	TAK
11.5	hormony płciowe i metaboliczne:	TAK	TAK	TAK	TAK
11.5.1	estradiol	TAK	TAK	TAK	TAK
11.5.2	FSH	TAK	TAK	TAK	TAK
11.5.3	LH	TAK	TAK	TAK	TAK
11.5.4	prolaktyna	TAK	TAK	TAK	TAK
11.5.5	progesteron	TAK	TAK	TAK	TAK
11.5.6	testosteron	TAK	TAK	TAK	TAK
11.6	diagnostyka chorób tarczycy:	TAK	TAK	TAK	TAK
11.6.1	hormon tarczycy - TSH	TAK	TAK	TAK	TAK
11.6.2	hormon tarczycy - fT3	TAK	TAK	TAK	TAK
11.6.3	hormon tarczycy - fT4	TAK	TAK	TAK	TAK

11.7	markery nowotworowe:	TAK	TAK	TAK	TAK
11.7.1	PSA	TAK	TAK	TAK	TAK
12.1	badania RTG:	TAK	TAK	TAK	TAK
12.1.1	zdjęcia czaszki i zatok	TAK	TAK	TAK	TAK
12.1.2	zdjęcia klatki piersiowej	TAK	TAK	TAK	TAK
12.1.3	zdjęcia kręgosłupa	TAK	TAK	TAK	TAK
12.1.4	zdjęcia kończyn, stawów, miednicy	TAK	TAK	TAK	TAK
12.1.5	zdjęcia przeglądowe jamy brzusznej	TAK	TAK	TAK	TAK
12.1.6	zdjęcia górnego odcinka przewodu pokarmowego	TAK	TAK	TAK	TAK
12.2	wlew doodbytniczy	NIE	NIE	TAK	TAK
12.3	mammografia	NIE	TAK	TAK	TAK
12.4	tomografia komputerowa (CT) koszt kontrastu pokrywa Ubezpieczony	NIE	NIE	TAK	TAK
12.5	rezonans magnetyczny (NMR) koszt kontrastu pokrywa Ubezpieczony	NIE	NIE	TAK	TAK
12.6	badania USG:				
12.6.1	badanie jamy brzusznej	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.2	badanie piersi	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.3	badanie tarczycy	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.4	badanie nerek, pęcherza, prostaty	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.5	badanie transrektalne	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.6	badanie macicy, jajników	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.7	badanie ginekologiczne transwaginalne	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.8	badanie ciąży transwaginalne	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.9	badanie przepływu krwi metodą Dopplera: Doppler USG tętnic szyi, Doppler USG żył szyi, Doppler USG tętnic kończyny, Doppler USG żył kończyny, USG Doppler jamy brzusznej/ układu wrotnego, USG Doppler tętnic nerkowych	TAK	TAK	TAK	TAK
12.6.10	cięży przez powłoki brzuszne (Zakres świadczeń nie obejmuje badań ultrasonograficznych wykonywanych w technologii 3D/4D)	TAK	TAK	TAK	TAK
13	wizyty domowe (internista, pediatra)* - maksymalnie 10 wizyt	NIE	NIE	NIE	TAK
14	Rehabilitacja - maksymalnie 10 zabiegów na jedno schorzenie	NIE	NIE	NIE	TAK
15	Stomatologia:	TAK	TAK	TAK	TAK
15.1	przegląd stomatologiczny	TAK	TAK	TAK	TAK
16	zniżka na inne usługi oferowane przez Partnera Medycznego (zniżka obowiązuje tylko w placówkach własnych Partnera Medycznego.) (informacja o dostępnych usługach za pośrednictwem telefonicznej linii medycznej)	10%	10%	10%	10%

* wizyty realizowane przez lekarza zespołów wyjazdowych (lekarza rodzinnego/internistę) w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego, konieczne z uwagi na stan jego zdrowia, który uniemożliwia mu przybycie do placówki medycznej. Wizyty domowe obejmują tylko przypadki nagłych zachorowań lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, w tym zaostrzenia dolegliwości przewlekłych.

Wizyta domowa w domu Ubezpieczonego ma na celu postawienie rozpoznania i rozpoczęcie leczenia, natomiast kontynuacja leczenia, a także wizyty kontrolne odbywają się w placówkach medycznych Partnera Medycznego. Wizyta domowa jest świadczeniem pomocy doraźnej, które jest udzielane wyłącznie w dniu jego zgłoszenia. W przypadku wizyty domowej nie ma możliwości swobodnego wyboru lekarza. Niedogodny dojazd do placówki medycznej, wypisanie recepty lub zwolnienia nie są okolicznościami uzasadniającymi wizytę w domu Ubezpieczonego.

Wizyty domowe nie zastępują Pogotowia Ratunkowego w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, czyli w stanach w rozumieniu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym polegających na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagających podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. W takich stanach Ubezpieczony powinien bezwzględnie skontaktować się z Pogotowiem Ratunkowym.

do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Kosztów Leczenia ANTIDOTUM
zatwierdzonych uchwałą nr 02/23/01/2018
Zarządu InterRisk Towarzystwa Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group
z dnia 23 stycznia 2018 roku

UBEZPIECZENIE POBYTU W SZPITALU

§1

Zgodnie z postanowieniem §16 umowa ubezpieczenia zapewnia wypłatę świadczenia w związku z pobytem Ubezpieczonego w szpitalu, w rozumieniu definicji pobytu w szpitalu określonej w §2 pkt 20 zgodnie z zakresem określonym w poniższej tabeli.

Tabela Nr1

Nr	Ubezpieczenie pobytu w szpitalu	Wariant I	Wariant II	Wariant III
1	w wyniku nieszczęśliwego wypadku	100% świadczenia dziennego	100% świadczenia dziennego	100% świadczenia dziennego
1.2	w wyniku wypadku komunikacyjnego	dodatkowo 50% świadczenia do poz. 1	dodatkowo 50% świadczenia do poz. 1	dodatkowo 50% świadczenia do poz. 1
2	w wyniku choroby	NIE	100% świadczenia dziennego	100% świadczenia dziennego
2.1	pobyt w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego	50 % świadczenia dziennego *	50 % świadczenia dziennego *	50 % świadczenia dziennego

* W wariantach: I - II Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za pobyt Ubezpieczonego w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wyłącznie, gdy leczenie jest bezpośrednią kontynuacją leczenia szpitalnego i przyjęcie do tych placówek nastąpiło w dniu wypisu ze szpitala. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości 50% świadczenia dziennego określonego w umowie ubezpieczenia począwszy od trzeciego dnia pobytu w szpitalu.

Załącznik nr 3

do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Kosztów Leczenia ANTIDOTUM
zatwierdzonych uchwałą nr 02/23/01/2018
Zarządu InterRisk Towarzystwa Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group
z dnia 23 stycznia 2018 roku

UBEZPIECZENIE ASSISTANCE

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§1

Zakres ubezpieczenia assistance obejmuje

1) pomoc medyczną:

- a) wizyty lekarza Centrum Assistance – w przypadku choroby, bądź nieszczęśliwego wypadku, które są objęte ochroną ubezpieczeniową oraz w przypadku gdy w świetle aktualnej wiedzy medycznej stan zdrowia Ubezpieczonego i wynikający z niego rodzaj wymaganej pomocy medycznej uniemożliwia mu przybycie do placówki medycznej, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Assistance zorganizuje i pokryje koszty dojazdu lekarza Centrum Assistance oraz jego honorarium za wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego lub zorganizuje i pokryje koszty wizyty lekarskiej w placówce medycznej. Ubezpieczyciel pokrywa łączne koszty do wysokości 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia;
- b) wizyty pielęgniarki – w przypadku choroby, bądź nieszczęśliwego wypadku, które są objęte ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Assistance, na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie, zorganizuje i pokryje koszt dojazdu pielęgniarki oraz jej honorarium za wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego. Ubezpieczyciel pokrywa koszty 7 wizyt, które łącznie nie mogą przekroczyć 48 godzin pobytu pielęgniarki u Ubezpieczonego w odniesieniu do jednego zdarzenia;
- c) dostawa leków przepisanych przez lekarza – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową i w następstwie którego zgodnie z zaświadczeniem lekarskim chory powinien leżeć, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt transportu leków przepisanych przez lekarza prowadzącego leczenie do miejsca pobytu Ubezpieczonego;
- d) transport medyczny do placówki medycznej – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt transportu z miejsca pobytu Ubezpieczonego do placówki medycznej, o ile z uwagi na stan zdrowia Ubezpieczonego i rodzaj wymaganej pomocy medycznej nie może on samodzielnie dotrzeć do placówki medycznej;
- e) transport medyczny z placówki medycznej do miejsca pobytu Ubezpieczonego – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego przebywał w placówce medycznej, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt odpowiedniego środka transportu zalecanego przez lekarza prowadzącego leczenie, o ile z uwagi na stan zdrowia Ubezpieczonego i rodzaj wymaganej pomocy medycznej nie może on samodzielnie dotrzeć do miejsca pobytu, do którego zamierza się udać;
- f) pomoc psychologiczną – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel na zlecenie lekarza zorganizuje i pokryje koszt wizyty u psychologa. Ubezpieczyciel pokrywa koszt maksymalnie 3 wizyt w odniesieniu do jednego zdarzenia;
- g) przekazywanie wiadomości rodzinie Ubezpieczonego lub pracodawcy – w przypadku choroby, bądź nieszczęśliwego wypadku, które są objęte ochroną ubezpieczeniową, w następstwie których Ubezpieczony przebywa w szpitalu, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Assistance, na życzenie Ubezpieczonego, przekazuje wiadomości pomiędzy Ubezpieczonym, a jego rodziną lub pracodawcą;

2) pomoc rehabilitacyjną:

- a) wizyty fizykoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Assistance, na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie zorganizuje i pokryje koszt wizyt fizykoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia;
- b) wizyty Ubezpieczonego u fizykoterapeuty w poradni rehabilitacyjnej – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Assistance, na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie zorganizuje i pokryje koszt wizyt Ubezpieczonego u fizykoterapeuty w poradni rehabilitacyjnej do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia;
- c) organizację oraz pokrycie kosztów transportu sprzętu rehabilitacyjnego – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w miejscu zamieszkania, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego do łącznej kwoty 200 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia;

- d) zakup lub wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w miejscu zamieszkania, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Assistance, pokryje koszt zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego do łącznej kwoty 200 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia;
- e) pomoc domową – w przypadku choroby, bądź nieszczęśliwego wypadku, które są objęte ochroną ubezpieczeniową i w następstwie których Ubezpieczony przebywał w szpitalu przez okres co najmniej 5 dni, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt pomocy domowej po zakończeniu hospitalizacji, do łącznej kwoty 300 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia; Usługa pomocy domowej obejmuje:
 - i. robienie drobnych zakupów spożywczo-przemysłowych pierwszej potrzeby – koszty zakupów realizowanych na zlecenie Ubezpieczonego pokrywa Ubezpieczony;
 - ii. przygotowywanie posiłków – przy użyciu produktów, środków i sprzętów udostępnionych przez Ubezpieczonego;
 - iii. pomoc w utrzymaniu czystości w domu: sprzątanie podłóg, dywanów i wykładzin dywanowych, ścieraniu kurzy, wyrzucaniu śmieci, zmywaniu naczyń, czyszczeniu powierzchni roboczych w kuchni (blatów, płyty kuchennej oraz zlewu), sprzątaniu łazienki; podlewaniu roślin w domu i ogrodzie – przy użyciu środków i sprzętów udostępnionych przez Ubezpieczonego;
- 3) **opieka nad dziećmi** – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego nastąpił pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt opieki nad dziećmi w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego do kwoty 200 zł za dzień, maksymalnie do 3 dni w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku. Świadczenie realizowane jest na wniosek Ubezpieczonego i na podstawie pisemnej zgody Ubezpieczonego oraz w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego nie ma żadnej osoby, która mogłaby zapewnić opiekę nad dziećmi; Usługa obejmuje opiekę sprawowaną przez opiekunkę, która w ramach prowadzonej działalności gospodarczej świadczy usługi opieki nad dziećmi. Usługa świadczona w miejscu zamieszkania dzieci przez 24 godziny na dobę;
- 4) **opieka nad kotami i psami** – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego nastąpił pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt opieki nad kotami i psami w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego, maksymalnie do 3 dni i kwoty 300 zł w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku. Usługa obejmuje realizację przewozu psów i kotów Ubezpieczonego do wyznaczonej przez Ubezpieczonego osoby lub do placówki zapewniającej całodobową opiekę nad zwierzętami oraz pokrycie kosztów tego przewozu i pobytu.

Załącznik nr 4

do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Kosztów Leczenia ANTIDOTUM
zatwierdzonych uchwałą nr 02/23/01/2018
Zarządu InterRisk Towarzystwa Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group
z dnia 23 stycznia 2018 roku

UBEZPIECZENIE KOSZTÓW POMOCY DORAŻNEJ

§1

Ubezpieczenie kosztów pomocy dorażnej obejmuje zwrot kosztów świadczeń medycznych poniesionych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, określonych w §2 wykonanych Ubezpieczonemu w placówce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej nie występującej na liście placówek Partnera Medycznego współpracującego z Ubezpieczycielem, będących następstwem nieszczęśliwych wypadków, które wydarzyły się Ubezpieczonemu w okresie objętym odpowiedzialnością Ubezpieczyciela lub powstałe w następstwie chorób, których następujące objawy wystąpiły w okresie objętym odpowiedzialnością Ubezpieczyciela:

- 1) ostre choroby infekcyjne przebiegające z gorączką (rozpoczęcie objawów w ciągu 72 godzin poprzedzających zgłoszenie się do lekarza),
- 2) wymioty i objawy ostrej biegunki,
- 3) ostre bóle brzucha,
- 4) zawroty głowy,
- 5) bóle w klatce piersiowej,
- 6) zespół korzeniowy.

§2

W ramach ubezpieczenia kosztów pomocy dorażnej Ubezpieczyciel pokrywa koszty:

- 1) porady lekarza rodzinnego, internisty, pediatry,
- 2) porady lekarza chirurga, ortopedy w wyniku doznania przez Ubezpieczonego nieszczęśliwego wypadku,
- 3) zabiegów pielęgnarskich (pomiar ciśnienia tętniczego, EKG spoczynkowe, iniekcje domięśniowe lub dożylnie, inhalacje),
- 4) podstawowych badań diagnostycznych:
 - a) morfologia + rozmaz,
 - b) glukoza,
 - c) mocznik, kreatynina, bilirubina, diastazy w surowicy,
 - d) badanie ogólne moczu,
 - e) USG jamy brzusznej.

Jeśli czynności dystrybucyjne w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia wykonuje pracownik InterRisk, pracownik otrzymuje z tego tytułu wynagrodzenie zasadnicze lub zasadnicze oraz zmienne uwzględnione w kwocie składki ubezpieczeniowej.

W przypadku gdy czynności dystrybucyjne w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia wykonuje agent ubezpieczeniowy, agent jest zobowiązany poinformować klienta o charakterze otrzymywanego wynagrodzenia, a w przypadku gdy honorarium jest płacone bezpośrednio przez klienta – o jego kwocie.

