

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA KOSZTÓW LECZENIA ANTIDOTUM PLUS

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 ODPOWIEDZIALNOŚCI	4
SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY	4
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	5
POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	5
ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA	5
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA	5
PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY	6
ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA, USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA	6
SKARGI I REKLAMACJE	7
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	8

POSTANOWIENIA POCZĄTKOWE

§1

- Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kosztów Leczenia ANTIDOTUM plus, zwane dalej OWU, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przez InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, zwanym dalej InterRisk lub Ubezpieczycielem z osobami fizycznymi, prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi nieposiadającymi osobowości prawnej, prowadzącymi działalność gospodarczą, zwanymi dalej Ubezpieczającymi.
- Umowę ubezpieczenia można zawrzeć także na cudzy rachunek, z tym że Ubezpieczony imiennie wskazany jest w umowie ubezpieczenia. Zarzuty mające wpływ na odpowiedzialność InterRisk, InterRisk może podnieść także przeciwko Ubezpieczonemu.
- Do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone, za zgodą stron, postanowienia dodatkowe lub odmienne, 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

§2

W rozumieniu niniejszych OWU przez poniższe określenia, użyte w OWU, wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, polisie 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,
- choroba** – zaburzenia w funkcjonowaniu narządów lub organów ciała Ubezpieczonego, niezależne od niczyjej woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę, wymagające leczenia, diagnostyki lub rehabilitacji,
- choroba przewlekła** – stan chorobowy charakteryzujący się powolnym rozwojem, leczony stale lub okresowo przed datą objęcia ochroną,
- 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 uprawniający do korzystania ze świadczeń medycznych w placówce Partnera Medycznego. Karta identyfikacyjna ważna jest tylko z zaopatrzeniem w zdjęcie dokumentem określającym tożsamość Ubezpieczonego (ważny dowód osobisty, paszport, prawo jazdy, legitymacja szkolna),
- 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,
- ocena ryzyka** – procedura ustalona i stosowana przez Ubezpieczyciela przy obejmowaniu ochroną ubezpieczeniową osoby fizycznej, mająca wpływ na wysokość składki i zakres ochrony ubezpieczeniowej, uwzględniająca wysokość sumy ubezpieczenia i wiek,
- 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,
- odpady radioaktywne** – odpady promieniotwórcze: stałe, ciekłe lub gazowe, zawierające substancje promieniotwórcze,
- 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,

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

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZOR- CA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§2, §3, §4, §10, §11, §14-18, Załącznik nr 1, 2 i 3
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§5, §6, §7, §8, §13 ust. 2
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

- 16) Partner Medyczny** – podmiot wykonujący działalność leczniczą, z którym Ubezpieczyciel zawarł umowę w sprawie realizacji świadczeń medycznych, na rzecz Ubezpieczonych,
- 17) 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,
- 18) podmiot wykonujący działalność leczniczą** – podmiot leczniczy oraz praktyka zawodowa, w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej,
- 19) pojazd** – samochód osobowy, samochód ciężarowy, autobus, pociąg, tramwaj, trolejbus,
- 20) pozostawanie pod wpływem alkoholu** – działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi:
- od 0,2 ‰ alkoholu we krwi
 - od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³ w wydychanym powietrzu,
- 21) przystąpienie do ubezpieczenia** – objęcie ochroną ubezpieczeniową osoby fizycznej w ramach umowy ubezpieczenia,
- 22) rozruchy i zamieszki** – demonstracje i starcia uliczne będące wyrazem buntu przeciwko władzy państwowej,
- 23) 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, kajakerstwo górskie, szybownictwo spadochroniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, baloniarstwo, pilotowanie samolotów lub śmigłowców, zorbing, skoki z/na bungee, nurkowanie, parkour, freerun, buggy-kitting, 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,
- 24) 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,
- 25) szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej,
- 26) środek odurzający** – substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie stanowiącym załącznik nr 1 do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii,
- 27) 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,
- 28) świadczenia medyczne** – realizowane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie ubezpieczenia, niezbędne z medycznego punktu widzenia świadczenia medyczne, określone w Załącznikach nr 1 i 2 do niniejszych OWU, udzielone Ubezpieczonemu w związku z chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, a także badania profilaktyczne oraz świadczenia udzielone w związku z ciążą lub porodem,
- 29) świadczenia szpitalne** – świadczenia w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin,
- 30) świadczenia zdrowotne** – zgodnie z ustawą o działalności leczniczej, świadczenia służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz

inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania,

- 31) 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),
- 32) Ubezpieczający** – jeden z podmiotów, o których mowa w §1 ust. 1, zawierający umowę ubezpieczenia i zobowiązany do opłacenia składki ubezpieczeniowej,
- 33) ubezpieczenie indywidualne** – umowa ubezpieczenia zawierana przez Ubezpieczyciela z Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonego, wskazanego w umowie ubezpieczenia,
- 34) 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),
- 35) 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,
- 36) wypadek komunikacyjny** – nagle 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,
- 37) 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,
- 38) zakład lecznictwa uzdrowiskowego** – podmiot leczniczy w rozumieniu ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych wykonujący działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne lub stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w rodzaju ambulatoryjne lub stacjonarne o działalności leczniczej, działający na obszarze uzdrowiska, utworzony w celu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, w ramach kierunków leczniczych i przeciwskazań ustalonych dla danego uzdrowiska, w szczególności wykorzystujący warunki naturalne uzdrowiska przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§3

Przedmiotem ubezpieczenia są koszty świadczeń medycznych, a także koszty pomocy doraźnej powstałe w okresie ubezpieczenia w wyniku leczenia chorób i następstw nieszczęśliwych wypadków, 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

- Zakres ubezpieczenia ustalany jest na wniosek Ubezpieczającego i może obejmować:
 - koszty świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU, w wariantach STANDARD, PEŁNYM, PRESTIŻ lub KOMFORT,
 - koszty pomocy doraźnej, określonej w Załączniku nr 2 do niniejszych OWU,
 - pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, określony w Załączniku nr 3 do niniejszych OWU, w wariantach PEŁNYM lub PRESTIŻ.
- Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, gdy Ubezpieczonym jest dziecko, w rozumieniu postanowienia §2 pkt 4) OWU za opłatą dodatkowej składki zakres świadczeń medycznych określonych w ust. 1 pkt 1) w wariantach STANDARD, PEŁNYM, PRESTIŻ może zostać rozszerzony o świadczenia konsultacji specjalistów dziecięcych, wymienionych w §1 pkt 5 Załącznika nr 1 do niniejszych OWU.
- Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, umowa ubezpieczenia z zakresem kosztów świadczeń medycznych może zostać zawarta w wariantach szczegółowo opisanych w poniższej tabeli:

Wariant ubezpieczenia	Umowa ubezpieczenia z zakresem kosztów świadczeń medycznych może zostać zawarta w formie ubezpieczenia:			
	indywidualnego, w rozumieniu postanowienia §2 ust. 33),		rodzinnego, w rozumieniu postanowienia §2 ust. 34),	
	na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu przystąpienia do ubezpieczenia ukończył 14 lat w wariantach:	rozszerzonego za opłatą dodatkowej składki o świadczenia konsultacji specjalistów dziecięcych, wymienionych w §1 pkt 5 Załącznika nr 1 do niniejszych OWU, zgodnie z postanowieniem ust. 2 na rzecz Ubezpieczonego dziecka, w rozumieniu definicji §2 pkt 4) w wariantach:	w wariantach:	rozszerzonego za opłatą dodatkowej składki o świadczenia konsultacji specjalistów dziecięcych, wymienionych w §1 pkt 5 Załącznika nr 1 do niniejszych OWU, zgodnie z postanowieniem ust. 2 w wariantach:
		Standard		tak
Pełny	tak	tak	tak	tak
Prestiż	tak	tak	tak	tak
Komfort	tak	-	tak	-

- Ubezpieczyciel pokrywa koszty świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, jeżeli są one niezbędne z medycznego punktu widzenia. Wizyta u lekarza specjalisty nie wymaga skierowania. Udzielenie pozostałych świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU wymaga skierowania od lekarza Partnera Medycznego.
- Zmiana zakresu ubezpieczenia w czasie trwania umowy ubezpieczenia wymaga zgody Ubezpieczyciela i zawarcia aneksu w formie pisemnej pod rygorem nieważności do obowiązującej umowy ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§5

- Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia, powstałe w następstwie lub w związku:
 - 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,
 - popęśnieniem lub usiłowaniem popeśnienia samobójstwa, samookaleceniem, popeśnieniem lub usiłowaniem popeśnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
 - działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami,
 - aktów terroru,
 - leczeniem skutków i chorób spowodowanych spożywaniem alkoholu oraz używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych,
 - uczestnictwa Ubezpieczonego w badaniach klinicznych i eksperymentach medycznych,
 - poronieniem sztucznym,
 - leczeniem choroby Alzheimera,
 - leczeniem AIDS lub schorzeń związanych z tą chorobą,
 - uprawiania sportów wysokiego ryzyka,
 - epidemiami ogłoszonymi na podstawie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,
 - 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 do-

konania 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,

- 16) działaniem energii jądrowej, odpadów radioaktywnych, bądź materiałów wybuchowych.
- Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów leków i środków medycznych, za wyjątkiem użytych w nagłych przypadkach dla ratowania życia.
- Ubezpieczenie kosztów świadczeń medycznych nie obejmuje kosztów rehabilitacji o ile dotyczy ona chorób przewlekłych lub wad wrodzonych.

§6

W ubezpieczeniu kosztów pomocy doraźnej, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 2), z uwzględnieniem wyłączeń, o których mowa w §5 ust. 1 Ubezpieczyciel nie odpowiada dodatkowo za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z:

- 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,
- wyczynowego uprawiania sportu.

§7

W ubezpieczeniu pobytu w szpitalu, 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 powstałe w następstwie lub w związku z:

- uszkodzeniami ciała lub chorobami zdiagnozowanymi przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową,
- epilepsją, łuszczycą, gruźlicą, dializami,
- leczeniem otyłości, ubytków wagi ciała, skutków kuracji odchudzających, bulimii, anoreksji,
- leczeniem wad wzroku, zabiegów plastyczno – kosmetycznych, z wyjątkiem operacji ospeceń i okaleczeń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku,
- 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,
- rehabilitacją.

W ubezpieczeniu pobytu w szpitalu, o którym mowa w §4 ust.1 pkt 3) z uwzględnieniem wyłączeń, o których mowa w ust. 1 oraz w §5 ust. 1 Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za pobyt w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pobyt w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego.

SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY

§8

- Górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela w ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycznych, stanowią koszty świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU.
- W ubezpieczeniu kosztów pomocy doraźnej suma ubezpieczenia określona jest kwotowo.
- W ubezpieczeniu pobytu w szpitalu suma ubezpieczenia stanowi iloczyn wysokości świadczenia za dzień pobytu w szpitalu określonego w umowie ubezpieczenia oraz 60 dni pobytu w szpitalu, o których mowa w §16 ust. 1.
- Wysokość sum ubezpieczenia, o których mowa w ust. 2 i 3 ustalana jest na wniosek Ubezpieczającego.
- 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**§9**

- Umowę ubezpieczenia zawiera się w formie imiennej na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego, który powinien zawierać co najmniej następujące dane:
 - imię, nazwisko (nazwę) oraz adres (siedzibę) Ubezpieczającego,
 - zakres ubezpieczenia,
 - wariant ubezpieczenia,
 - formę ubezpieczenia: umowa indywidualna, rodzinna,
 - propozycję sumy ubezpieczenia dla ubezpieczenia pobytu w szpitalu oraz kosztów pomocy doraźnej,
 - okres ubezpieczenia,
 - propozycję postanowień dodatkowych lub odmiennych od postanowień niniejszych OWU, które chce wprowadzić do umowy Ubezpieczający.
- Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji, mających wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, o czym informuje Ubezpieczającego na piśmie.
- 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.
- Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 12 lub 24 miesięcy, chyba że strony umówiły się inaczej.
- 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. 7.
- Okres ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia.
- Ubezpieczyciel potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia polisą.
- Po zawarciu umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający otrzymuje karty identyfikacyjne przeznaczone dla każdego Ubezpieczonego.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA**§10**

- W umowie ubezpieczenia określa się datę początkową i końcową okresu ubezpieczenia.
- 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.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela ustaje:
 - z dniem upływu okresu ubezpieczenia,
 - z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia,
 - z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia w wyniku wypowiedzenia, o którym mowa w §11 ust. 2 - 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,
 - wobec Ubezpieczonego z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia wskutek wypłacenia świadczenia lub świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia - dotyczy ubezpieczenia pobytu w szpitalu, ubezpieczenia kosztów pomocy doraźnej,
 - wobec Ubezpieczonego z dniem jego zgonu,
 - wobec Ubezpieczonego w umowie ubezpieczenia rodzinnego - z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym InterRisk otrzymał oświadczenie o wystąpieniu Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia rodzinnego. Ubezpieczony może wystąpić z umowy ubezpieczenia rodzinnego w każdym czasie.
- W przypadku, gdy odpowiedzialność InterRisk ustaje wskutek wyczerpania sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust 3 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 doubezpieczenie.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA**§11**

- 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.
- Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie jej obowiązywania ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia.
- 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.
- 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 przypadała niezapłacona składka.
- Umowa ubezpieczenia wygasa z dniem bezskutecznego upływu terminu, o którym mowa w §10 ust. 3 pkt 4).

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA**§12**

- Wysokość składki ubezpieczeniowej należnej za okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela określona jest w umowie ubezpieczenia.
- Wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej uzależniona jest od czynników oceny ryzyka, a w szczególności:
 - zakresu ubezpieczenia,
 - wariantu ubezpieczenia,
 - formy ubezpieczenia,
 - okresu ubezpieczenia,
 - wnioskowanej przez Ubezpieczającego wysokości sum ubezpieczenia.
- Ponadto, w ustaleniu wysokości podstawowej składki ubezpieczeniowej uwzględnia się koszty związane z zawarciem umowy ubezpieczenia oraz z jej wykonywaniem.
- Składka ubezpieczeniowa określona jest kwotowo dla danego rodzaju ubezpieczenia. Składka ubezpieczeniowa określona jest w złotych polskich.
- Wysokość składki ubezpieczeniowej obliczana jest według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia (lub zmiany) umowy ubezpieczenia.
- Jeżeli taryfa składek nie uwzględnia ubezpieczonego ryzyka, wówczas wysokość składki ubezpieczeniowej ustalana jest na podstawie indywidualnej oceny ryzyka przez Ubezpieczyciela.
- Ubezpieczyciel może zastosować zniżki i/lub zwwyżki podstawowej składki ubezpieczeniowej.
- Wysokość ostatecznej składki ubezpieczeniowej oblicza się stosując zwwyżki i zniżki składki.
- Ubezpieczyciel może zastosować zwwyżki składki, w szczególności z tytułu:
 - wprowadzenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od zapisów niniejszych OWU, o które wnioskował Ubezpieczający,
 - wysokiej częstotliwości zaistniałych zdarzeń ubezpieczeniowych, z tytułu których Ubezpieczyciel wypłacił świadczenia.
- Ubezpieczyciel może zastosować zniżki składki, w szczególności z tytułu wprowadzenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od zapisów niniejszych OWU, o które wnioskował Ubezpieczający.
- Składka ubezpieczeniowa płatna jest jednorazowo, chyba że strony umówiły się inaczej.
- 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 zawierania umowy, jednak nie później niż do 25 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc kalendarzowy, w którym nastąpi początek okresu ubezpieczenia. 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 Ubezpieczającego, Ubezpieczycielowi należy się składka za okres, w którym udzielano 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

§13

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, znanych 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) 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, 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 w rozumieniu ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
4. 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, w tym informacji o adresach placówek medycznych, w których realizowane są świadczenia medyczne, 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 §17 ust. 6,
 - 10) pisemnego informowania Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z zawiadomieniem o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z §17 ust. 6,
 - 11) przekazania Ubezpieczającemu kart identyfikacyjnych, uprawniających do korzystania przez każdego Ubezpieczonego ze świadczeń medycznych udzielanych przez Partnera Medycznego.
5. 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.
 6. 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.
 7. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu ubezpieczeń regulują: ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych.

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA, USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§14

1. Świadczenia medyczne, o których mowa w §4 ust. 1 pkt 1), 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 InterRisk.
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.

§15

1. **W ramach ubezpieczenia kosztów pomocy doraźnej**, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 2) Ubezpieczyciel zapewnia zwrot kosztów świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 2 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).

§16

1. **W ubezpieczeniu pobytu w szpitalu**, o którym mowa w §4 ust.1 pkt 3) świadczenie wypłacane jest w oparciu o postanowienia niniejszych OWU. Świadczenie stanowi iloczyn wysokości świadczenia za dzień pobytu w szpitalu określonego w umowie ubezpieczenia oraz łącznej liczby dni pobytu w szpitalu, nie więcej jednak niż za 60 dni łącznego pobytu w szpitalu.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 przysługuje, począwszy od trzeciego dnia pobytu za każdy dzień pobytu w szpitalu.
3. Jeżeli pobyt w szpitalu jest następstwem wypadku komunikacyjnego, związanego z ruchem pojazdu, w rozumieniu definicji §2 pkt 36) niniejszych OWU 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 z szpitala nastąpi po zakończeniu okresu ubezpieczenia pobyt w szpitalu jest objęty odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, pod warunkiem, że przyjęcie do szpitala nastąpiło w okresie ubezpieczenia.

§17

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 3).
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) posiadane zaświadczenia szpitalne opisujące rodzaj i rozległość obrażeń oraz zawierające dokładną diagnozę, kartę informacyjną ze szpitala,
 - 7) oryginały rachunków/faktur poniesionych kosztów leczenia - rachunek/faktura powinien/a zawierać: datę, dane placówki medycznej, imię i nazwisko Ubezpieczonego, adres, datę oraz nazwę udzielonego świadczenia wraz z cenami jednostkowymi,
 - 8) raporty policyjne dotyczące zdarzenia, o ile zostały sporządzone i są w posiadaniu Ubezpieczonego,
 - 9) 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.

§18

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 umowy lub prawomocnego orzeczenia sądowego.
3. Świadczenie może być wypłacone: przelewem bankowym lub przekazem pocztowym.
4. Świadczenia wypłacane są w złotych polskich.
5. InterRisk 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 określonym 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.

SKARGI I REKLAMACJE

§19

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uposażonemu lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia nie będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo do wniesienia skargi.
2. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uposażonemu lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo do wniesienia reklamacji w rozumieniu ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.
3. Skargę lub reklamację składa się: na piśmie do oddziału lub filii InterRisk za pośrednictwem operatora pocztowego, posłańca, kuriera lub osobiście albo ustnie, tj. telefonicznie poprzez InterRisk Kontakt (nr tel.: 22 212 20 12) lub osobiście do protokołu w oddziale lub filii InterRisk. Skargi lub reklamacje dotyczące likwidacji szkód należy składać w formie pisemnej za pośrednictwem operatora pocztowego, posłańca lub kuriera na adres do korespondencji wskazany w decyzji o wypłacie lub odmowie wypłaty odszkodowania lub świadczenia lub innym dokumencie, którego dotyczy skarga lub reklamacja.
4. Na żądanie osoby składającej reklamację w sposób inny niż za pośrednictwem operatora pocztowego lub kuriera, InterRisk potwierdza fakt złożenia reklamacji w trybie uzgodnionym z tą osobą.
5. Jednostka organizacyjna InterRisk, której dotyczy skarga lub reklamacja udziela odpowiedzi na skargę lub reklamację w terminie 30 dni od dnia otrzymania skargi lub reklamacji. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie skargi lub reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, termin rozpatrzenia skargi lub reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do maksymalnie 60 dni od dnia otrzymania skargi lub reklamacji.
6. InterRisk udziela odpowiedzi na skargę lub reklamację pisemnie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Odpowiedź na skargę może być udzielana także w innej formie uzgodnionej z osobą wnoszącą skargę. Odpowiedź na reklamację na wniosek osoby wnoszącej reklamację może zostać udzielona drogą elektroniczną.
7. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo wniesienia skargi do Rzecznika Finansowego. Konsumentom przysługuje także prawo zwrócenia się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.
8. InterRisk podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§20

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 przypadku, 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. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU jest prawo polskie.

Załącznik nr 1

do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Kosztów Leczenia ANTIDOTUM plus
zatwierdzonych uchwałą nr 01/18/04/2016 Zarządu Ubezpieczyciela z dnia 18.04.2016 roku.

5. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia kosztów leczenia **ANTIDOTUM plus** zostały zatwierdzone uchwałą nr 01/18/04/2016 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 18.04.2016 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 18.04.2016 roku.

Prezes Zarządu



Piotr Narloch

Członek Zarządu



Katarzyna Grześkowiak

6. Integralną częścią niniejszych OWU są następujące Załączniki:
 - 1) Załącznik nr 1 – Ubezpieczenie kosztów świadczeń medycznych,
 - 2) Załącznik nr 2 – Ubezpieczenie kosztów pomocy doraźnej,
 - 3) Załącznik nr 3 – Ubezpieczenie pobytu w szpitalu.

ZAKRES ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH W WARIANCIE STANDARD, PEŁNY I PRESTIŻ

§1

Nr	Świadczenie	Wariant STANDARD	Wariant PEŁNY	Wariant PRESTIŻ
1	telefoniczna linia medyczna	TAK	TAK	TAK
2	KONSULTACJE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ:			
2.1	lekarz internista	TAK	TAK	TAK
2.2	lekarz pediatra	TAK- gdy Ubezpieczonym jest dziecko	TAK - gdy Ubezpieczonym jest dziecko	TAK gdy Ubezpieczonym jest dziecko
2.3	lekarz medycyny rodzinnej	TAK	TAK	TAK
	KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE			
3	KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE – dla osób dorosłych i dzieci od 14 roku życia bez specjalizacji dziecięcych			
	Bezpośrednie (bez skierowania od internisty) i nielimitowane konsultacje lekarzy specjalistów następujących specjalizacji lekarskich. Konsultacje lekarskie nie obejmują porad specjalistów z tytułem docenta i profesora;			
3.1	alergolog	-	TAK	TAK
3.2	androlog	-	TAK	TAK
3.3	anestezjolog	-	TAK	TAK
3.4	angiolog	-	TAK	TAK
3.5	audiolog	-	TAK	TAK
3.6	chirurg ogólny	TAK	TAK	TAK
3.7	chirurg naczyniowy	-	TAK	TAK
3.8	chirurg onkolog	-	TAK	TAK
3.9	dermatolog	TAK	TAK	TAK
3.10	diabetolog	-	TAK	TAK
3.11	endokrynolog	-	TAK	TAK
3.12	foniatra	-	TAK	TAK
3.13	gastrolog (gastroenterolog)	-	TAK	TAK
3.14	ginekolog	TAK	TAK	TAK
3.15	ginekolog- endokrynolog	-	TAK	TAK
3.16	hematolog	-	TAK	TAK
3.17	hepatolog	-	TAK	TAK

3.18	immunolog	-	TAK	TAK
3.19	kardiolog	TAK	TAK	TAK
3.20	laryngolog	TAK	TAK	TAK
3.21	lekarz chorób zakaźnych	-	TAK	TAK
3.22	lekarz rehabilitant	-	-	TAK
3.23	nefrolog	-	TAK	TAK
3.24	neurochirurg	-	TAK	TAK
3.25	neurolog	-	TAK	TAK
3.26	okulista	TAK	TAK	TAK
3.27	onkolog	-	TAK	TAK
3.28	ortopeda	TAK	TAK	TAK
3.29	proktolog	-	TAK	TAK
3.30	psychiatra	-	TAK	TAK
3.31	pulmonolog	-	TAK	TAK
3.32	radiolog	-	TAK	TAK
3.33	reumatolog	-	TAK	TAK
3.34	urolog	-	TAK	TAK
4	KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE dla dzieci			
	w przypadku, gdy Ubezpieczonym jest dziecko, zgodnie z definicją dziecka określoną w §2 pkt 4) OWU - bezpośrednie (bez skierowania od pediatry) i nie-limitowane konsultacje lekarzy specjalistów udzielających konsultacji dzieciom następujących specjalizacji lekarskich, (specjalizacje, które za wyjątkiem chirurga, kardiologa, ortopedy i otolaryngologa nie posiadają specjalizacji dziecięcych w rozumieniu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i dentystów). Konsultacje lekarskie nie obejmują porad specjalistów z tytułem docenta i profesora;			
4.1	alergolog	-	TAK	TAK
4.2	chirurg dziecięcy	TAK	-	-
4.3	dermatolog	TAK	TAK	TAK
4.4	foniatra	-	TAK	TAK
4.5	ginekolog	TAK	TAK	TAK
4.6	hepatolog	-	TAK	TAK
4.7	immunolog	-	TAK	TAK
4.8	kardiolog dziecięcy	TAK	-	-
4.9	lekarz chorób zakaźnych	-	TAK	TAK
4.10	neurochirurg	-	TAK	TAK
4.11	okulista	TAK	TAK	TAK
4.12	ortopeda dziecięcy	TAK	-	-
4.13	otolaryngolog dziecięcy	TAK	-	-
4.14	radiolog	-	TAK	TAK
4.15	reumatolog	-	TAK	TAK
5	KONSULTACJE SPECJALISTÓW DZIECIĘCYCH			
	dodatkowo w przypadku rozszerzenia zakresu o specjalistów dziecięcych, gdy Ubezpieczonym jest dziecko zgodnie z definicją dziecka określoną w §2 pkt 4) OWU - bezpośrednie (bez skierowania od pediatry) i nielimitowane konsultacje lekarzy specjalistów następujących dziecięcych specjalizacji lekarskich. Konsultacje lekarskie nie obejmują porad specjalistów z tytułem docenta i profesora;			
5.1	chirurg dziecięcy	-	TAK	TAK
5.2	diabetolog dziecięcy	TAK	TAK	TAK
5.3	endokrynolog dziecięcy	-	TAK	TAK
5.4	gastroenterolog dziecięcy	-	TAK	TAK
5.5	hematolog dziecięcy	-	TAK	TAK
5.6	kardiolog dziecięcy	-	TAK	TAK
5.7	lekarz chorób płuc dziecięcy	-	TAK	TAK
5.8	nefrolog dziecięcy	-	TAK	TAK
5.9	neurolog dziecięcy	-	TAK	TAK

5.10	onkolog dziecięcy	-	TAK	TAK
5.11	ortopeda dziecięcy	-	TAK	TAK
5.12	otolaryngolog dziecięcy	-	TAK	TAK
5.13	psychiatra dziecięcy	-	TAK	TAK
5.14	stomatolog dziecięcy – przegląd stomatologiczny	-	TAK	TAK
5.15	traumatolog dziecięcy	-	TAK	TAK
5.16	urolog dziecięcy	-	TAK	TAK
6	BADANIA DIAGNOSTYCZNE			
6.1	badania laboratoryjne (analizy):			
	OB	TAK	TAK	TAK
	morfologia z rozmazem	TAK	TAK	TAK
	liczba płytek	TAK	TAK	TAK
	retikulocyty	TAK	TAK	TAK
	APTT (czas kefalinowo- kaolinowy)	TAK	TAK	TAK
	wskaźnik protrombinowy	TAK	TAK	TAK
	fibrinogen	TAK	TAK	TAK
	badania moczu i kału:			
	badanie ogólne moczu	TAK	TAK	TAK
	badanie kału ogólne	TAK	TAK	TAK
	badanie kału w kierunku pasożytów i ich jaj	TAK	TAK	TAK
	kał na krew utajoną	TAK	TAK	TAK
	badania biochemiczne:			
	białko całkowite	TAK	TAK	TAK
	białko C reaktywne	TAK	TAK	TAK
	elektroforeza	TAK	TAK	TAK
	cholesterol całkowity	TAK	TAK	TAK
	cholesterol HDL	TAK	TAK	TAK
	cholesterol LDL	TAK	TAK	TAK
	glukoza	TAK	TAK	TAK
	glukoza test obciążeniowy 50 g po 1 godzinie	TAK	TAK	TAK
	glukoza test obciążeniowy 75 g po 1 godzinie	TAK	TAK	TAK
	elektrolity Na, K	TAK	TAK	TAK
	wapń	TAK	TAK	TAK
	magnez	TAK	TAK	TAK
	chlorki	TAK	TAK	TAK
	mocznik	TAK	TAK	TAK
	kreatynina	TAK	TAK	TAK
	trójglicerydy	TAK	TAK	TAK
	aminotransferaza asparaginianowa	TAK	TAK	TAK
	aminotransferaza alaninowa	TAK	TAK	TAK
	glutamylotranspeptydaza (GGTP)	TAK	TAK	TAK
	amylaza	TAK	TAK	TAK
	kinaza kreatynowa całkowita	TAK	TAK	TAK
	dehydrogenaza mleczanowa	TAK	TAK	TAK
	fosfatazy (kwaśna, zasadowa i sterczowa)	TAK	TAK	TAK
	kwaz moczowy	TAK	TAK	TAK
	bilirubina całkowita	TAK	TAK	TAK
	bilirubina bezpośrednia	TAK	TAK	TAK
	czynnik reumatoidalny	TAK	TAK	TAK
	odczyn VDRL	TAK	TAK	TAK
	RF –odczyn lateksowy	TAK	TAK	TAK
	odczyn Waalera – Rosego	TAK	TAK	TAK
	ASO	TAK	TAK	TAK

	poziom żelaza w surowicy	TAK	TAK	TAK
	zdolność wiązania żelaza	TAK	TAK	TAK
	ferrtyna	TAK	TAK	TAK
	transferyna	TAK	TAK	TAK
	albuminy	TAK	TAK	TAK
	posiewy i wymazy z:			
	moczu	TAK	TAK	TAK
	kału	TAK	TAK	TAK
	rany	TAK	TAK	TAK
	gardła (w zależności od zalecenia lekarza Partnera Medycznego dodatkowo antybiogram)	TAK	TAK	TAK
	badania immunologiczne:			
	WZW typu B – Antygen Hbs	TAK	TAK	TAK
	WZW typu B – Antygen Hbe	TAK	TAK	TAK
	WZW typu C – przeciwciała anti-HCV	TAK	TAK	TAK
	różyczka –przeciwciała IgM	TAK	TAK	TAK
	różyczka – przeciwciała IgG	TAK	TAK	TAK
	toxoplasma gondi – przeciwciała IgM	TAK	TAK	TAK
	toxoplasma gondi - przeciwciała IgG,	TAK	TAK	TAK
	mononukleozą zakaźną IgG, IgM	TAK	TAK	TAK
	IgE całkowite	TAK	TAK	TAK
	WR	TAK	TAK	TAK
	HIV	TAK	TAK	TAK
	hormony płciowe i metaboliczne:			
	estradiol	-	TAK	TAK
	FSH	-	TAK	TAK
	LH	-	TAK	TAK
	prolaktyna	-	TAK	TAK
	progesteron	-	TAK	TAK
	testosteron	-	TAK	TAK
	kortyzol	-	TAK	TAK
	DHEA-S	-	TAK	TAK
	osteokalcyna	-	TAK	TAK
	parathormon	-	TAK	TAK
	ACTH	-	TAK	TAK
	aldosteron	-	TAK	TAK
	diagnostyka chorób tarczycy: hormony tarczycy – TSH, T3, T4, FT3, FT4	-	TAK	TAK
	markery nowotworowe:			
	PSA - całkowite	-	TAK	TAK
6.2	badania RTG:			
	zdjęcia czaszki i zatok	TAK	TAK	TAK
	zdjęcia klatki piersiowej	TAK	TAK	TAK
	zdjęcia kręgosłupa	TAK	TAK	TAK
	zdjęcia kończyn, stawów, miednicy	TAK	TAK	TAK
	zdjęcia przeglądowe jamy brzusznej	TAK	TAK	TAK
	zdjęcia górnego odcinka przewodu pokarmowego	TAK	TAK	TAK
6.3	wlew doodbytniczy	TAK	TAK	TAK
6.4	mammografia	-	TAK	TAK
6.6	CT , NMR - w przypadku konieczności użycia kontrastu, jego koszt pokrywa Ubezpieczony; odpłatność za kontrast zgodnie z cennikiem Partnera Medycznego	-	TAK	TAK
6.7	badania USG			
	badanie wszystkich narządów jamy brzusznej	TAK	TAK	TAK

	badanie piersi	TAK	TAK	TAK
	badanie tarczycy (biopsja cienkoigłowa) – w przypadku zalecenia lekarza Partnera Medycznego pobranie wycinka - ocena histopatologiczna za dodatkową opłatą	TAK	TAK	TAK
	ślinianek	-	TAK	TAK
	badanie nerek, pęcherza, prostaty	TAK	TAK	TAK
	badanie transrektalne prostaty	-	TAK	TAK
	badanie macicy, jajników	TAK	TAK	TAK
	badanie ginekologiczne transwaginalne	-	TAK	TAK
	badanie grupy węzłów chłonnych	TAK	TAK	TAK
	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
	stawu barkowego	-	TAK	TAK
	stawu biodrowego	-	TAK	TAK
	stawu kolanowego	-	TAK	TAK
	stawu łokciowego	-	TAK	TAK
	stawu skokowego	-	TAK	TAK
	stawu nadgarstka	-	TAK	TAK
	ścięgna	-	TAK	TAK
	ciąży (zakres świadczeń nie obejmuje badań ultrasonograficznych wykonywanych w technologii 3D/4D)	TAK	TAK	TAK
6.8	badania czynnościowe i endoskopowe			
	gastroskopia – ocena histopatologiczna za dodatkową opłatą.	-	TAK	TAK
	rektoskopia, sigmoidoskopia - ocena histopatologiczna za dodatkową opłatą.	-	TAK	TAK
	kolonoskopia - ocena histopatologiczna za dodatkową opłatą.	-	TAK	TAK
	24-godzinne monitorowanie czynności serca i ciśnienia tętniczego	-	TAK	TAK
	EKG spoczynkowe	TAK	TAK	TAK
	EKG wysiłkowe	-	TAK	TAK
	badanie serca (echo serca)	-	TAK	TAK
	badanie elektroencefalograficzne (EEG)	-	TAK	TAK
	badanie elektromiograficzne (EMG)	-	TAK	TAK
7	DROBNE ZABIEGI:			
7.1	drobne zabiegi chirurgiczne:			
	założenie prostego opatrunku - nie wymagającego opracowania chirurgicznego	TAK	TAK	TAK
	zmiana prostego opatrunku – nie wymagającego opracowania chirurgicznego	TAK	TAK	TAK
	nacięcie i drenaż ropnia powłok skórnych do 3 cm	TAK	TAK	TAK
	założenie małego szwu do 3cm	TAK	TAK	TAK
	usunięcie szwu do 3 cm	TAK	TAK	TAK
	usunięcie kleszcza	TAK	TAK	TAK
7.2	zabiegi dermatologiczne			
	usuwanie drobnych zmian w zakresie skóry i tkanki podskórnej do 3 cm	TAK	TAK	TAK
7.3	drobne zabiegi ginekologiczne:			
	elektrokoagulacja	-	TAK	TAK
7.4	drobne zabiegi laryngologiczne:	TAK	TAK	TAK
	ptukanie uszu	TAK	TAK	TAK
	usunięcie ciała obcego z nosa, ucha, gardła	TAK	TAK	TAK
	przedmuchiwanie trąbki słuchowej	TAK	TAK	TAK
7.5	drobne zabiegi urologiczne			
	założenie cewnika	-	TAK	TAK
7.6	drobne zabiegi okulistyczne			

	usuwanie ciała obcego, zaopatrzenie urazu gałki ocznej i oczodołu	TAK	TAK	TAK
8	USŁUGI PIELĘGNIARSKIE			
	iniekcja domięśniowa (bez leku)	TAK	TAK	TAK
	iniekcja dożylna (bez leku)	TAK	TAK	TAK
	iniekcja dostawowa (bez leku)	TAK	TAK	TAK
	wlew dożylny (kroplówka)	TAK	TAK	TAK
9	INNE			
	szczepienie przeciw grypie	TAK	TAK	TAK
	wykonywanie skórnych testów uczuleniowych metodą nakłuć	-	TAK	TAK
	leczenie schorzeń pourazowych,	TAK	TAK	TAK
	założenie „lekkiego” gipsu (ubezpieczenie nie obejmuje materiałów ortopedycznych takich jak: stabilizatora, temblaku, kołnierzy, „lekkiego” gipsu. Ubezpieczony pokrywa koszt użytych materiałów ortopedycznych)	TAK	TAK	TAK
	założenie gipsu tradycyjnego	TAK	TAK	TAK
	unieruchomienie kończyn i stawów	TAK	TAK	TAK
	wykonywanie iniekcji dostawowych	TAK	TAK	TAK
	leczenie grzybic	TAK	TAK	TAK
	leczenie chorób gruczołu krokowego,	-	TAK	TAK
	przewodzenie ciąży	TAK	TAK	TAK
	badania cytologiczne	TAK	TAK	TAK
	badanie dna oka, badanie ostrości widzenia	TAK	TAK	TAK
10	WIZYTY DOMOWE *			
	internista, a w przypadku ubezpieczenia rodzinnego lekarz pediatra lub lekarz rodzinny	-	-	TAK, 10 wizyt na Ubezpieczonego, wizyty w godzinach pracy przychodni Partnera Medycznego
11	REHABILITACJA			
	zabiegi zlecone przez lekarza Partnera Medycznego, w oparciu o zakres usług rehabilitacyjnych świadczonych przez Partnera Medycznego	-	-	TAK, 10 zabiegów na osobę w ramach leczenia danej jednostki chorobowej
12	Przegląd stomatologiczny (bez leczenia) – raz w roku	TAK	TAK	TAK
13	Zniżka 10 % na wskazane usługi medyczne świadczone przez Partnera Medycznego tylko w placówkach własnych (za pośrednictwem telefonicznej linii medycznej Ubezpieczony uzyska informacje o usługach medycznych świadczonych przez Partnera Medycznego objętych zniżką)	TAK	TAK	TAK

* wizyty domowe realizowane są przez lekarza zespołów wyjazdowych (lekarza rodzinnego/internistę) realizowana w miejscu zamieszkania chorego, konieczna z uwagi na stan zdrowia Ubezpieczonego, który uniemożliwia mu przybycie do placówki medycznej. Wizyty domowe obejmują tylko przypadki nagłych zachorowań lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, w tym zaostrzenia dolegliwości przewlekłych, z wyłączeniem stanów bezpośredniego zagrożenia życia. Wizyta domowa w domu chorego ma na celu postawienie rozpoznania i rozpoczęcie leczenia, natomiast kontynuacja leczenia, a także wizyty kontrolne odbywają się w placówkach medycznych Partnera Medycznego. Niedogodny dojazd do placówki medycznej, wypisanie recepty lub zwolnienia nie są okolicznościami uzasadniającymi wizytę w domu Ubezpieczonego. Wizyta domowa jest świadczeniem pomocy doraźnej, które jest udzielane wyłącznie w dniu jego zgłoszenia. W przypadku wizyty domowej nie ma możliwości swobodnego wyboru lekarza. O przyjęciu lub odmowie wizyty domowej decyduje Dyspozytor, na podstawie przeprowadzonego wywiadu.

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.

ZAKRES ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH W WARIANCIE KOMFORT

§2

Tabela nr 2

Nr	Świadczenie	Wariant KOMFORT
1	telefoniczna linia medyczna	TAK
	konsultacje lekarzy specjalistów: konsultacje lekarskie nie obejmują porad specjalistów z tytułem docenta i profesora; w przypadku gdy Ubezpieczonym jest dziecko, w zakresie nie wchodzi specjalista dziecięcy pomijając pediatrę	
2	lekarz internista	TAK

3	lekarz pediatria	TAK - gdy Ubezpieczonym jest dziecko w wariantach rodzinnych
4	szczepienie przeciw grypie	10% zniżki
5	zakres opieki specjalistycznej:	
5.1	alergolog	
	konsultacje lekarskie	TAK
	wykonywanie skórnych testów uczuleniowych	TAK
5.2	chirurg ogólny	
	konsultacje lekarskie	TAK
	drobne zabiegi chirurgiczne:	
	założenie prostego opatrunku - nie wymagającego opracowania chirurgicznego	TAK
	zmiana prostego opatrunku – nie wymagającego opracowania chirurgicznego	TAK
	nacięcie i drenaż ropnia powłok skórnych do 3 cm	TAK
	założenie małego szwu do 3cm	TAK
	usunięcie szwu do 3 cm	TAK
5.3	ortopeda	
	konsultacje lekarskie	TAK
	leczenie schorzeń pourazowych,	TAK
	założenie gipsu tradycyjnego	TAK
	unieruchomienie kończyn i stawów	TAK
	wykonywanie iniekcji dostawowych	TAK
5.4	dermatolog	
	konsultacje lekarskie	TAK
	leczenie grzybic	TAK
	zabiegi dermatologiczne: usuwanie drobnych zmian w zakresie skóry i tkanki podskórnej do 3 cm	TAK
5.5	gastrolog	
	konsultacje lekarskie	TAK
	gastroskopia – ocena histopatologiczna za dodatkową opłatą.	TAK
	rektoskopia, sigmoidoskopia - ocena histopatologiczna za dodatkową opłatą.	TAK
5.6	ginekolog	
	konsultacje lekarskie	TAK
	prowadzenie ciąży	TAK
	badania cytologiczne	TAK
5.7	kardiolog	
	konsultacje lekarskie	TAK
	24-godzinne monitorowanie czynności serca i ciśnienia tętniczego	TAK
	EKG spoczynkowe	TAK
	EKG wysiłkowe	TAK
	badanie serca (echo serca)	TAK
5.8	laryngolog	
	konsultacje lekarskie	TAK
	drobne zabiegi laryngologiczne:	TAK
	• płukanie uszu	TAK
	• usunięcie ciała obcego z nosa, ucha, gardła	TAK
	• przedmuchiwanie trąbki słuchowej	TAK
	• punkcja zatok	TAK
	• audiometria	TAK
	• opatrunek uszny z lekiem	TAK
5.9	neurolog	
	konsultacje lekarskie	TAK
	badanie elektroencefalograficzne (EEG)	TAK

	badanie elektromiograficzne (EMG)	TAK
5.10	okulista	
	konsultacje lekarskie	TAK
	badanie dna oka, badanie ostrości widzenia	TAK
	usuwanie ciała obcego, zaopatrzenie urazu gałki ocznej i oczodołu	TAK
	pomiar ciśnienia śródgałkowego	TAK
5.11	reumatolog	
	konsultacje lekarskie	TAK
5.12	urolog	
	konsultacje lekarskie	TAK
	założenie cewnika	TAK
	leczenie chorób gruczołu krokowego,	TAK
5.13	inni specjaliści współpracujący z Partnerem Medycznym (za pośrednictwem telefonicznej linii medycznej Ubezpieczony uzyska informacje o innych lekarzach specjalistach współpracujący z placówką Partnera Medycznego)	TAK, tylko diabetolog, chirurg naczyniowy, endokrynolog, chirurg onkolog
6	badania diagnostyczne	
6.1	badania laboratoryjne (analizy):	
	OB	TAK
	morfologia z rozmazem	TAK
	liczba płytek	TAK
	APTT (czas kefalinowo- kaolinowy)	TAK
	wskaźnik protrombinowy	TAK
	fibrinogen	TAK
	badania moczu i kału:	
	badanie ogólne moczu	TAK
	badanie kału ogólne	TAK
	badanie kału w kierunku pasożytów i ich jaj	TAK
	badania biochemiczne:	
	białko całkowite	TAK
	białko C reaktywne	TAK
	elektroforeza	TAK
	cholesterol całkowity	TAK
	cholesterol HDL	TAK
	cholesterol LDL	TAK
	glukoza	TAK
	hemoglobina glikowana	TAK
	elektrolity Na, K	TAK
	wapń	TAK
	magnez	TAK
	chlorki	TAK
	fosfor	TAK
	mocznik	TAK
	kreatynina	TAK
	trójglicerydy	TAK
	aminotransferaza asparaginianowa	TAK
	aminotransferaza alaninowa	TAK
	glutamylotranspeptydaza (GGTP)	TAK
	amylaza	TAK
	kinaza kreatynowa całkowita	TAK
	dehydrogenaza mleczanowa	TAK
	fosfatazy (kwaśna, zasadowa i sterczowa)	TAK
	kwasy moczowe	TAK
	bilirubina całkowita	TAK
	bilirubina bezpośrednia	TAK

	czynnik reumatoidalny	TAK
	odczyn Waalera – Rosego	TAK
	ASO	TAK
	poziom żelaza w surowicy	TAK
	zdolność wiązania żelaza	TAK
	ferrtyna	TAK
	transferyna	TAK
	albuminy	TAK
posiewy i wymazy z:		
	moczu	TAK
	kału	TAK
	rany	TAK
	krwi	TAK
	plwociny	TAK
	ropy	TAK
	gardła (w zależności od zalecenia lekarza Partnera Medycznego dodatkowo antybiogram)	TAK
	cewki moczowej (w zależności od zalecenia lekarza Partnera Medycznego dodatkowo antybiogram)	TAK
	kanału szyjki macicy, pochwy (w zależności od zalecenia lekarza Partnera Medycznego dodatkowo antybiogram)	TAK
	nosa, oka, ucha (w zależności od zalecenia lekarza Partnera Medycznego dodatkowo antybiogram)	TAK
badania immunologiczne:		
	WZW typu B – Antygen Hbs	TAK
	WZW typu B – Antygen Hbe	TAK
	WZW typu C – przeciwciała anti-HCV	TAK
	różyczka –przeciwciała IgM	TAK
	różyczka – przeciwciała IgG	TAK
	toxoplasma gondi – przeciwciała IgM	TAK
	toxoplasma gondi - przeciwciała IgG,	TAK
	mononukleozę zakaźną IgG, IgM	TAK
	przeciwciała p. Helicobacter pylori	TAK
	Immunoglobuliny (IgA)	TAK
	Immunoglobuliny (IgG)	TAK
	Immunoglobuliny (IgM)	TAK
	IgE całkowite	TAK
	WR	TAK
	HIV	TAK
hormony płciowe i metaboliczne:		
	estradiol	TAK
	FSH	TAK
	LH	TAK
	prolaktyna	TAK
	progesteron	TAK
	testosteron	TAK
	kortyzol	TAK
	DHEA-S	TAK
	osteokalcyna	TAK
	parathormon	TAK
	ACTH	TAK
	aldosteron	TAK
	diagnostyka chorób tarczycy: hormony tarczycy – TSH, T3, T4, ft3, ft4	TAK
markery nowotworowe:		
	PSA - całkowite	TAK
	Alfafetoproteina – AFP	TAK

	antygen karcynoembrionalny – CEA	TAK
	antygen CA 125 (CA 125)	TAK
	antygen CA 15-3 (CA 15-3)	TAK
	antygen CA 19-9 (CA 19-9)	TAK
6.2	badania RTG:	
	zdjęcia czaszki i zatok	TAK
	zdjęcia klatki piersiowej	TAK
	zdjęcia kręgosłupa	TAK
	zdjęcia kończyn, stawów, miednicy	TAK
	zdjęcia przeglądowe jamy brzusznej	TAK
	zdjęcia górnego odcinka przewodu pokarmowego	TAK
6.3	wlew doodbytniczy	TAK
6.4	mammografia	TAK
6.5	badanie densytometryczne	TAK
6.6	CT , NMR - w przypadku konieczności użycia kontrastu, jego koszt pokrywa Ubezpieczony; odpłatność za kontrast zgodnie z cennikiem Partnera Medycznego	TAK
6.7	badania USG	
	badanie wszystkich narządów jamy brzusznej	TAK
	badanie piersi	TAK
	badanie tarczycy (biopsja cienkoigłowa) – w przypadku zalecenia lekarza Partnera Medycznego pobranie wycinka - ocena histopatologiczna za dodatkową opłatą	TAK
	ślinianek	TAK
	badanie nerek, pęcherza, prostaty	TAK
	badanie transrektalne prostaty	TAK
	badanie macicy, jajników	TAK
	badanie ginekologiczne transwaginalne	TAK
	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
	stawu biodrowego	TAK
	stawu kolanowego	TAK
	ciąży (zakres świadczeń nie obejmuje badań ultrasonograficznych wykonywanych w technologii 3D/4D)	TAK
7	usługi pielęgniarskie	
	iniekcja domięśniowa (bez leku)	TAK
	iniekcja dożylna (bez leku)	TAK
	iniekcja dostawowa (bez leku)	TAK
	wlew dożylny (kroplówka)	TAK
8	wizyty domowe * (internista, a w przypadku ubezpieczenia rodzinnego lekarz pediatra lub lekarz rodzinny)	TAK, wizyty dla osób dorosłych - realizowane są w dni powszednie w godzinach 20:00 – 08:00, a w dni ustawowo wolne od pracy – całodobowo, wizyty dla dzieci - realizowane są całodobowo
9	rehabilitacja zabiegi zlecone przez lekarza Partnera Medycznego, w oparciu o zakres usług rehabilitacyjnych świadczonych przez Partnera Medycznego	TAK, 15 zabiegów na osobę w ramach leczenia danej jednostki chorobowej
10	przeгляд stomatologiczny (bez leczenia) – raz w roku	TAK
11	stomatologiczne leczenie zachowawcze – 10% zniżki (w placówkach własnych Partnera Medycznego)	TAK
12	chirurgia stomatologiczna – 10% zniżki (w placówkach własnych Partnera Medycznego)	TAK

* wizyty realizowane przez lekarza zespołów wyjazdowych 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. Niedogodny dojazd do placówki medycznej, wypisanie recepty lub zwolnienia nie są okolicznościami uzasadniającymi wizytę w domu Ubezpieczonego. Wizyta domowa jest świadczeniem pomocy doraźnej, które jest udzielane wyłącznie w dniu jego zgłoszenia. W przypadku wizyty domowej nie ma możliwości swobodnego wyboru lekarza. Usługa realizowana jest w obrębie granic administracyjnych miast, w których Partner Medyczny – POLMED S.A. posiada własne placówki medyczne i w ich okolicach (30 km od centrum). Informacja o miastach, w których Partner Medyczny – POLMED S.A. posiada własne placówki medyczne dostępna jest pod numerem telefonu wskazanym na karcie identyfikacyjnej oraz na stronie internetowej InterRisk.

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.

Załącznik nr 2
do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Kosztów Leczenia ANTIDOTUM plus
zatwierdzonych uchwałą 01/18/04/2016 Zarządu Ubezpieczyciela z dnia 18.04.2016 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) bóle w klatce piersiowej,
- 5) 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 pielęgniarstwa (pomiar ciśnienia tętniczego, EKG spoczynkowe, iniekcje domięśniowe lub dożylna, 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.

Załącznik nr 3
do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Kosztów Leczenia ANTIDOTUM plus
zatwierdzonych uchwałą nr 01/18/04/2016 Zarządu Ubezpieczyciela z dnia 18.04.2016 roku.

UBEZPIECZENIE POBYTU W SZPITALU

§1

Zgodnie z postanowieniem §16 ust. 2 niniejszych OWU Ubezpieczonemu przysługują świadczenia uzależnione od wybranego wariantu ubezpieczenia w związku z pobytem Ubezpieczonego w szpitalu. Szczegółowy zakres ochrony określa poniższa tabela:

Nr	Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu	Wariant PEŁNY	Wariant PRESTIŻ
1	w wyniku nieszczęśliwego wypadku	100% świadczenia dziennego	100% świadczenia dziennego
1.2	w wyniku wypadku komunikacyjnego	dodatkowo 50% świadczenia do poz. nr 1	dodatkowo 50% świadczenia do poz. nr 1
2	w wyniku choroby	NIE	100% świadczenia dziennego

