

## Ogólne Warunki Ubezpieczenia



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

<b>RODZAJ INFORMACJI</b>	<b>NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO</b>
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§2, §3, §4, §10, §11, §14, §15, §16, §17, Załącznik nr 1- Katalog Świadczeń Medycznych, Załącznik nr 2 - Ubezpieczenie Świadczeń Assistance §1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§5, §6, §7, §10 ust. 5 i 6, §13 ust. 2, §20 ust. 3 i 4, Załącznik nr 2 - Ubezpieczenie Świadczeń Assistance §1 pkt a - e
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

# OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA KOSZTÓW LECZENIA MEDI-CARE

	SPIS TREŚCI	str.
POSTANOWIENIA POCZĄTKOWE		5
DEFINICJE		5
PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA		9
ZAKRES UBEZPIECZENIA		9
WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI		10
SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY		11
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA		11
POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA		12
ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA		13
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA		14
PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY		15
ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA. USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA		16
SKARGI I REKLAMACJE		19
POSTANOWIENIA KOŃCOWE		20

## POSTANOWIENIA POCZĄTKOWE

### §1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kosztów Leczenia Medi-Care, zwane dalej OWU, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy osobami fizycznymi, prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi nieposiadającymi osobowości prawnej, którym ustawa przyznaje zdolność prawną prowadzącymi działalność gospodarczą oraz z osobami fizycznymi nie prowadzącymi działalności gospodarczej zwanymi dalej Ubezpieczającymi, a InterRisk Towarzystwem Ubezpieczeń Spółką Akcyjną Vienna Insurance Group, zwanym dalej InterRisk lub Ubezpieczycielem.
2. 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.
3. 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.
4. 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 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:

- 1) **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,
- 2) **badanie profilaktyczne** – kompleksowa usługa medyczna udzielana Ubezpieczonemu w placówce Partnera Medycznego, obejmująca profilaktyczne badania laboratoryjne i diagnostyczne. Szczegółowy zakres badań określony jest w Katalogu Świadczeń Medycznych stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszych OWU,
- 3) **Centrum Assistance** – jednostka organizacyjna wskazana przez Ubezpieczyciela (adres, numer telefonu podawany jest przy zawieraniu umowy ubezpieczenia), która na zlecenie Ubezpieczyciela udziela świadczeń assistance,
- 4) **choroba** – zaburzenia w funkcjonowaniu narządów lub organów ciała Ubezpieczonego, niezależne od niczyjej woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę wymagającą leczenia, diagnostyki lub rehabilitacji,
- 5) **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,
- 6) **działalność gospodarcza** – zarobkowa działalność wytwórcza, budowlana, handlowa, usługowa, a także działalność zawodowa, wykonywana w sposób ciągły i zorganizowany w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej,
- 7) **dziecko Ubezpieczonego** – 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,

- 8) **karencja** – ustalony w OWU okres, w czasie którego zajście zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia nie powoduje odpowiedzialności Ubezpieczyciela,
- 9) **karta identyfikacyjna** – dokument wydany przez Ubezpieczyciela uprawniający Ubezpieczonego do korzystania ze świadczeń medycznych, o których mowa w Załączniku nr 1 w placówkach Partnera Medycznego. Karta identyfikacyjna ważna jest jednocześnie z zaopatrzonym w zdjęcie ważnym dokumentem określającym tożsamość Ubezpieczonego (dowód osobisty, paszport, prawo jazdy, legitymacja szkolna),
- 10) **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,
- 11) **lekarz Centrum Assistance** – lekarz zatrudniony lub współpracujący z Centrum Assistance,
- 12) **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,
- 13) **narkotyki** – substancje psychotropowe oraz środki zastępcze, o których mowa pkt 32) i 36),
- 14) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, na skutek którego Ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała,
- 15) **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, wiek i stan zdrowia,
- 16) **ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Ubezpieczyciela do spełnienia świadczenia, w razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego określonego w umowie ubezpieczenia, za które Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność ubezpieczeniową,
- 17) **odpady radioaktywne** – odpady promieniotwórcze: stałe, ciekłe lub gazowe, zawierające substancje promieniotwórcze,
- 18) **okresowy przegląd stomatologiczny** – konsultacja lekarza stomatologa w zakresie stomatologii zachowawczej i chirurgii stomatologicznej obejmująca badanie lekarskie, zalecenia co do leczenia i profilaktyki,
- 19) **operacja chirurgii „Jednego dnia”** – inwazyjny zabieg chirurgiczny, wymieniony wyłącznie w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU, wykonany w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, przez uprawnionego lekarza Partnera Medycznego, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego narządu lub układu, wykonany podczas pobytu na oddziale szpitalnym, trwającym maksymalnie do 72 godzin liczonych od godziny przyjęcia Ubezpieczonego na oddział szpitalny Partnera Medycznego,
- 20) **osoba bliska** – małżonek, dziecko, partner, rodzeństwo, matka, ojciec, ojczym, macocha, pasierb, pasierbica, teść, teściowa, zięć, synowa, przysposabiający i przysposobiony Ubezpieczonego, opiekun ustanowiony przez sąd opiekuńczy,
- 21) **osoba trwale niezdolna do pracy** – osoba, która zgodnie z orzeczeniem lekarzy orzeczników i komisji lekarskich Zakładu Ubezpieczeń Społecznych utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu,

- 22) **osoba wymagająca stałej opieki** – osoba z naruszeniem sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej opieki lub pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych (samodzielne przemieszczanie się, jedzenie, ubieranie, mycie, robienie zakupów artykułów niezbędnych do życia, sprząatanie miejsca zamieszkania, ogrzewanie miejsca zamieszkania),
- 23) **pandemia** – epidemia danej choroby zakaźnej występująca w tym samym czasie w różnych krajach i na różnych kontynentach, w rozumieniu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO),
- 24) **partner** – osoba fizyczna pozostająca z Ubezpieczonym w związku pozamałżeńskim, niepozostająca z Ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa ani przysposobienia pod warunkiem, iż Ubezpieczony oraz partner nie pozostają w związku małżeńskim z innymi osobami, wskazana imiennie w umowie ubezpieczenia,
- 25) **Partner Medyczny** – Centrum Medyczne ENEL-MED S.A., z którym Ubezpieczyciel zawarł umowę, w której zlecił realizację świadczeń medycznych na rzecz osób ubezpieczonych,
- 26) **Pierwsza linia medyczna** – usługa, świadczona całodobowo przez Partnera Medycznego, umożliwiająca Ubezpieczonemu uzyskanie informacji medycznych, w tym o możliwości skorzystania z usług Partnera Medycznego (numer telefonu podany jest na karcie identyfikacyjnej),
- 27) **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, trwający przez okres co najmniej dwa 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,
- 28) **pojazd** – samochód osobowy, samochód ciężarowy, autobus, pociąg, tramwaj, trolejbus,
- 29) **pozostawanie pod wpływem alkoholu** – działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi:
  - a) od 0,2 ‰ alkoholu we krwi
  - lub
  - b) od 0,1 mg alkoholu w 1 dm<sup>3</sup> w wydychanym powietrzu,
- 30) **rozruchy i zamieszki** – demonstracje i starcia uliczne, będące wyrazem buntu przeciwko władzy państwowej,
- 31) **sanacja jamy ustnej** – wyrażenie określające doprowadzenie do stanu całkowitego wyleczenia jamy ustnej,
- 32) **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,
- 33) **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, buggykitting, 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,

- 34) **szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczeń szpitalnych, w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej,
- 35) **środek odurzający** – substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie stanowiącym załącznik nr 1 do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii,
- 36) **środek zastępczy** – substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w każdym stanie fizycznym lub produkt, roślina, grzyb lub jego 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,
- 37) **świadczenie** – kwota pieniężna wypłacana Ubezpieczonemu przez Ubezpieczyciela w przypadku uznania roszczenia powstałego w wyniku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego określonego w §4 ust. 1 pkt 2), które jest objęte odpowiedzialnością ubezpieczeniową Ubezpieczyciela,
- 38) **świadczenia medyczne** – wykonane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, niezbędne z medycznego punktu widzenia świadczenia objęte umową ubezpieczenia, określone w Katalogu Świadczeń Medycznych stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszych OWU, udzielane Ubezpieczonemu w związku z chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem oraz świadczenia związane z prowadzeniem ciąży określone szczegółowo w Katalogu Świadczeń Medycznych stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszych OWU,
- 39) **Ubezpieczający** – jeden z podmiotów, o których mowa w §1 ust. 1, zawierający umowę ubezpieczenia i zobowiązany do opłacenia składki ubezpieczeniowej,
- 40) **ubezpieczenie indywidualne** – umowa ubezpieczenia zawierana przez Ubezpieczyciela z Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonego wskazanego imiennie w umowie ubezpieczenia (polisie) który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej ukończył 4 rok życia,
- 41) **ubezpieczenie rodzinne** – ubezpieczenie zawierane przez Ubezpieczyciela z Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonych:
- a) osoby fizycznej i jej współmałżonka lub partnera,
  - b) osoby fizycznej i jej dziecka,
  - c) osoby fizycznej i jej współmałżonka lub partnera oraz ich dzieci,
- 42) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia, pod warunkiem iż osoba ta w dniu złożenia Ubezpieczycielowi wniosku ubezpieczeniowego, o którym mowa w §8 ust. 1 nie ukończyła 80 roku życia, a w przypadku umowy ubezpieczenia rodzinnego także jej małżonek lub partner i dzieci,
- 43) **udział własny** – część wartości kosztów świadczeń medycznych nieobjętych odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, wyrażona kwotowo i określona w Załączniku nr 1 do OWU, której wartość pomniejsza przysługujące Ubezpieczonemu świadczenie,
- 44) **wizyty domowe** – wizyty świadczone przez lekarza internistę lub lekarza medycyny rodzinnej, a w przypadku ubezpieczenia rodzinnego pediatrę lub lekarza medycyny rodzinnej. Szczegółowe zasady dotyczące świadczenia wizyt domowych – zasięg terytorialny w obrębie którego Partner Medyczny świadczy wizyty domowe określone są w Załączniku nr 1 do OWU. Konsultant Infolinii Medycznej uzgadnia z Ubezpieczonym godziny wizyty domowej/wizyt domowych,
- 45) **wypadek komunikacyjny** – nagle zdarzenie wywołane ruchem pojazdu, niezależne od woli Ubezpieczonego będącego pasażerem pojazdu, osobą kierującą pojazdem lub pieszym, które było wyłączną przyczyną uszkodzeń ciała Ubezpieczonego,
- 46) **zaświadczenie o sanacji jamy ustnej** – zaświadczenie wystawione przez lekarza stomatologa Partnera Medycznego o całkowitym wyleczeniu jamy ustnej oraz określające zalecenia lekarza do systematycznej kontroli jamy ustnej.



## **PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA**

### **S3**

Przedmiotem ubezpieczenia są koszty świadczeń medycznych, a także świadczenia assistance, powstałe w okresie ubezpieczenia w związku z leczeniem chorób i następstw nieszczęśliwych wypadków oraz pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, który wydarzył się w okresie ubezpieczenia.

## **ZAKRES UBEZPIECZENIA**

### **S4**

1. Zakres ubezpieczenia może obejmować:
  - 1) koszty świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU,
  - 2) świadczenie w przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem określone w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU,
  - 3) świadczenia assistance określone w Załączniku nr 2 do niniejszych OWU.
2. Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, umowa ubezpieczenia może być zawarta w wariantach:
  - 1) SILVER BASIC obejmującym koszty świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU dla wariantu SILVER BASIC,
  - 2) SILVER obejmującym koszty świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU dla wariantu SILVER,
  - 3) GOLD obejmującym koszty świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU dla wariantu GOLD oraz świadczenie w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem,
  - 4) GOLD PLUS obejmującym koszty świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU dla wariantu GOLD PLUS oraz świadczenie w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem,
  - 5) GOLD PRESTIGE obejmującym koszty świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU dla wariantu GOLD PRESTIGE oraz świadczenie w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem,
  - 6) BASIC PLUS – obejmującym koszty świadczeń medycznych pomniejszone o udział własny Ubezpieczonego określone w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU dla wariantu BASIC PLUS,
  - 7) OPTIMAL – obejmującym koszty świadczeń medycznych pomniejszone o udział własny Ubezpieczonego określone w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU dla wariantu OPTIMAL.
3. Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, umowa ubezpieczenia w wariantach określonych w ust. 2 pkt 1)-7) może zostać rozszerzona o świadczenia assistance określone w Załączniku nr 2 do niniejszych OWU.
4. Ubezpieczyciel pokrywa koszty świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 1) do 3), jeżeli są one niezbędne z medycznego punktu widzenia. Wizyta u lekarza specjalisty nie wymaga skierowania.
5. Świadczenia medyczne z zakresu badań diagnostycznych wymagają skierowania od lekarza Partnera Medycznego.
6. Zmiana zakresu ubezpieczenia w czasie trwania umowy ubezpieczenia może nastąpić na pisemny wniosek Ubezpieczającego i wymaga zgody Ubezpieczyciela oraz zawarcia aneksu do obowiązującej umowy ubezpieczenia.
7. Umowa ubezpieczenia w wariantach BASIC PLUS i OPTIMAL może być zawarta z zastosowaniem udziału własnego za odpowiednio zmniejszoną składkę.

## WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

### §5

1. Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z:
  - 1) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
  - 2) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa lub samookaleczenia się przez Ubezpieczonego,
  - 3) działaniem energii jądrowej, odpadów radioaktywnych, bądź materiałów wybuchowych,
  - 4) działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami, sabotażem, a także aktami terroru,
  - 5) strajkami,
  - 6) 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,
  - 7) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem, uszkodzeniami okołoporodowymi (efektów deformacji fizycznych) lub mającymi charakter dziedziczny,
  - 8) zmianą płci,
  - 9) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyłączeniem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza, o ile pozostawanie Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych miało wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku lub choroby,
  - 10) epidemiami ogłoszonymi na podstawie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,
  - 11) leczeniem następstw uczestnictwa Ubezpieczonego w badaniach i eksperymentach medycznych,
  - 12) leczeniem i diagnostyką niepłodności,
  - 13) zatruciem alkoholem, substancjami odurzającymi i lekami stosowanymi niezgodnie z zaleceniami lekarskimi,
  - 14) pandemią.
2. Zakres świadczeń assistance nie obejmuje:
  - 1) zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
  - 2) świadczeń udzielonych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
  - 3) 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,
  - 4) kosztów transportu leków niezaleconych przez lekarza prowadzącego leczenie.
3. Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów leków i środków medycznych za wyjątkiem użytych w nagłych przypadkach dla ratowania życia oraz niezbędnych do przeprowadzenia standardowych badań profilaktycznych i specjalistycznych.
4. Ubezpieczyciel nie odpowiada za koszty świadczeń medycznych leczenia stomatologicznego określonego w pkt 13.8 Katalogu Świadczeń Medycznych jeżeli Ubezpieczony po uzyskaniu od lekarza Partnera Medycznego zaświadczenia o sanacji jamy ustnej nie stosował się do zaleceń lekarza stomatologa określonych w tym zaświadczeniu oraz okresowego przeglądu jamy ustnej raz w ciągu 6 miesięcy, chyba że nie miało to wpływu na zaistnienie wypadku ubezpieczeniowego.

## **§6**

Umowa ubezpieczenia nie może zostać zawarta na rzecz osób:

- 1) u których zdiagnozowano następujące zachorowania podane przez Ubezpieczonego we wniosku ubezpieczeniowym:
  - a) choroby psychiczne,
  - b) uzależnienia od alkoholu i narkotyków oraz środków odurzających,
  - c) wady wrodzone i schorzenia będące ich skutkiem, wymagające systematycznej kontroli i opieki lekarskiej, co najmniej 5-6 razy w roku,
  - d) nabyty zespół braku odporności lub wirus HIV,
  - e) nowotwór złośliwy, gdy okres od zakończenia leczenia jest krótszy niż 5 lat,
- 2) trwale niezdolnych do pracy i/lub wymagających stałej opieki osób trzecich.

## **SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY**

### **§7**

1. Z zastrzeżeniem ust. 2 górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela, w ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycznych, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 1) stanowią koszty świadczeń medycznych, określonych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU.
2. W przypadku w wariantu BASIC PLUS i OPTIMAL górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela, w ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycznych, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 1) stanowią koszty świadczeń medycznych, określonych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU w wysokości określonej w cenniku usług Partnera Medycznego dostępnego w placówkach medycznych i na stronie [www.enel.pl](http://www.enel.pl) pomniejszone o udział własny Ubezpieczonego, o którym mowa w §2 pkt 43).
3. W ubezpieczeniu pobytu w szpitalu, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 2) niniejszych OWU suma ubezpieczenia określona jest kwotowo i stanowi iloczyn wysokości świadczenia za dzień pobytu w szpitalu określonego w umowie ubezpieczenia oraz 60 dni pobytu w szpitalu, o których mowa w §15 ust. 1.
4. W ubezpieczeniu świadczeń assistance, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 3) niniejszych OWU suma ubezpieczenia określona jest kwotowo.
5. Wysokość sum ubezpieczenia, o których mowa w ust. 3 i 4 ustalana jest na wniosek Ubezpieczającego.
6. Sumy ubezpieczenia o których mowa w ust. 3 i 4 określone są w umowie ubezpieczenia i stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela dla danego rodzaju ubezpieczenia.

## **ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA**

### **§8**

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) imię, nazwisko, adres, wiek, PESEL Ubezpieczonego lub datę urodzenia (w przypadku obcokrajowców), jeżeli umowa zawierana jest w formie imiennej na cudzy rachunek,
  - 3) przedmiot i zakres ubezpieczenia,
  - 4) wariant ubezpieczenia,
  - 5) formę ubezpieczenia – ubezpieczenie indywidualne lub rodzinne,
  - 6) propozycję sumy ubezpieczenia w przypadku ubezpieczenia pobytu w szpitalu, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 2) OWU oraz w ubezpieczeniu świadczeń assistance, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 3) OWU,
  - 7) okres ubezpieczenia,

- 8) informacje na temat stanu zdrowia Ubezpieczonego, o które Ubezpieczyciel zapytał we wniosku,
  - 9) propozycję postanowień dodatkowych lub odmiennych od postanowień niniejszych OWU, o ile Ubezpieczający chce je wprowadzić do umowy ubezpieczenia.
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 ust. 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 od Ubezpieczyciela w tej sprawie. Niedotrzymanie powyższego terminu powoduje, że umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta.
  4. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres dwunastu miesięcy, chyba że strony umówiły się inaczej.
  5. Umowa ubezpieczenia za zgodą Ubezpieczyciela może zostać kontynuowana na następny 12-miesięczny okres ubezpieczenia na warunkach obowiązujących w dniu jej przedłużenia na podstawie złożonego przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie ubezpieczenia, pod warunkiem, że wnioskowana data początku okresu ubezpieczenia rozpoczyna się nie później niż 30 dnia, liczonego od daty zakończenia się poprzedniego okresu ubezpieczenia. Umowa kontynuowana potwierdzona jest w sposób, o którym mowa w ust. 7 niniejszego paragrafu.
  6. Okres ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia (polisie).
  7. Ubezpieczyciel potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia (polisą).

#### **§9**

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta w formie ubezpieczenia indywidualnego lub ubezpieczenia rodzinnego w rozumieniu §2 pkt 40) i 41).
2. Osoby które nie ukończyły 4 roku życia mogą być objęte ochroną ubezpieczeniową, wyłącznie w formie ubezpieczenia rodzinnego, w rozumieniu §2 pkt 41).
3. Osoby, które ukończyły 4 rok życia mogą być objęte ochroną ubezpieczeniową w formie ubezpieczenia indywidualnego, w rozumieniu §2 pkt 40) z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Osoby które nie ukończyły 18 roku życia, nie mogą być objęte ochroną ubezpieczeniową w formie ubezpieczenia indywidualnego, w rozumieniu §2 pkt 40) w wariantcie SILVER BASIC.

### **POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA**

#### **§10**

1. W umowie ubezpieczenia określa się datę początkową i końcową okresu ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w od dnia 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. 5 i 6.
3. 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 § 11 ust. 2 i 3,
  - 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 zgonu Ubezpieczonego,
  - 6) wobec Ubezpieczonego z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia wskutek wypłacenia świadczenia lub świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia – dotyczy ubezpieczenia pobytu w szpitalu oraz świadczenia assistance,
  - 7) 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.
4. W przypadku, gdy odpowiedzialność InterRisk ustała wskutek wyczerpania sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 3 pkt 6) 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.
  5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w przypadku kosztów operacji chirurgii „Jednego dnia”, wymienionych w Katalogu Świadczeń Medycznych stanowiących Załącznik nr 1 do niniejszych OWU, rozpoczyna się od dnia następnego po upływie karencji, która wynosi 120 dni liczonych od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia określonego na polisie.
  6. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w przypadku kosztów rehabilitacji ambulatoryjnej określonych w Katalogu Świadczeń Medycznych stanowiących Załącznik nr 1 do niniejszych OWU, rozpoczyna się od dnia następnego po upływie karencji, która wynosi 60 dni liczonych od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia określonego na polisie.
  7. Karencji, o której mowa w ust. 5 i 6 nie stosuje się w przypadku kontynuacji umowy ubezpieczenia zgodnie z §8 ust. 5 w zakresie ryzyk objętych ochroną ubezpieczeniową w poprzednim okresie ubezpieczenia.

## **ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA**

### **§11**

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 przypadająca niezapłacona składka.
4. Umowa ubezpieczenia wygasa z dniem bezskutecznego upływu terminu, o którym mowa w § 10 ust. 3 pkt 4) OWU.
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

### §12

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) wysokości sumy ubezpieczenia – w przypadku ubezpieczenia pobytu w szpitalu i ubezpieczenia świadczeń assistance,
  - 4) stanu zdrowia Ubezpieczonego,
  - 5) wieku osoby Ubezpieczonej,
  - 6) informacji o szkodowości, w przypadku kontynuacji umowy ubezpieczenia na kolejny okres,
  - 7) formy ubezpieczenia – indywidualnej lub rodzinnej, w rozumieniu §2 pkt 40) i 41),
  - 8) okresu ubezpieczenia z uwzględnieniem okresu karencji o której mowa w § 10 ust. 5 i 6,
  - 9) zastosowanego udziału własnego Ubezpieczonego, o którym mowa w §2 pkt 43).
3. Ponadto w ustaleniu wysokości podstawowej składki ubezpieczeniowej uwzględnia się koszty związane z zawarciem umowy ubezpieczenia, z jej wykonywaniem.
4. Składka ubezpieczeniowa określona jest kwotowo dla danego rodzaju ubezpieczenia. Składka ubezpieczeniowa określona jest w złotych polskich [PLN].
5. Wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej obliczana jest według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia (lub zmiany) umowy ubezpieczenia.
6. Jeżeli taryfa składek nie uwzględnia ubezpieczonego ryzyka, wówczas wysokość składki ubezpieczeniowej ustalana jest na podstawie indywidualnej oceny ryzyka przez Ubezpieczyciela.
7. Ubezpieczyciel może zastosować zniżki i/lub wyższe podstawowej składki ubezpieczeniowej.
8. Wysokość ostatecznej składki ubezpieczeniowej oblicza się stosując wyższe i zniżki składki.
9. Ubezpieczyciel może zastosować wyższe składki, w szczególności w przypadku:
  - 1) osób, które chorowały lub u których zdiagnozowano choroby takie jak:
    - a) cukrzyca,
    - b) nadciśnienie tętnicze (stadium 3 – wartości ciśnienia tętniczego powyżej 180/110 mmHg i/lub leczony więcej niż 4 lekami obniżającymi ciśnienie),
    - c) niewydolność serca,
    - d) przewlekłe choroby układu kostno stawowego,
  - 2) wprowadzenia postanowień dodatkowych i/lub odmiennych od postanowień niniejszych OWU, o które wnioskował Ubezpieczający,
  - 3) wysokiej częstotliwości zaistniałych zdarzeń ubezpieczeniowych, objętych odpowiedzialnością Ubezpieczyciela.
10. Ubezpieczyciel może zastosować zniżki składki, w szczególności z tytułu:
  - 1) płatności składki jednorazowo, w dwóch lub czterech ratach,
  - 2) 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 (polisie).
13. Składka za ubezpieczenie powinna być zapłacona najpóźniej w dniu zawierania umowy, chyba że strony umowy ustaliły w umowie ubezpieczenia (polisie) późniejszy termin płatności. W przypadku płatności ratalnej, pierwsza rata składki jest płatna w chwili zawierania umowy ubezpieczenia, natomiast 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 udziałem 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 Ubezpieczonym 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) pisemnego powiadomienia Ubezpieczyciela o każdym przypadku utraty karty identyfikacyjnej,
  - 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, 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) przekazania Ubezpieczającemu dla każdego Ubezpieczonego kart identyfikacyjnych, uprawniających do korzystania ze świadczeń medycznych u Partnera Medycznego,
  - 3) przekazywania Ubezpieczającemu wszelkich informacji niezbędnych do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, w tym danych adresowych Partnera Medycznego oraz zasad organizacji świadczonych usług medycznych, a w przypadku zgłoszenia roszczenia zobowiązany jest do terminowej likwidacji,
  - 4) dostarczenia Ubezpieczającemu przed zawarciem umowy ubezpieczenia tekstu niniejszych OWU,

- a także innych dokumentów i formularzy niezbędnych z punktu widzenia wykonywania umowy ubezpieczenia,
- 5) na żądanie Ubezpieczonego, udzielenia informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz OWU w zakresie praw i obowiązków Ubezpieczonego,
  - 6) 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,
  - 7) objęcia ochroną ubezpieczeniową osób, które zostały zgłoszone przez Ubezpieczającego i za które została zapłacona składka ubezpieczeniowa,
  - 8) wypłaty świadczenia na warunkach i zasadach określonych w niniejszych OWU i umowie ubezpieczenia – dotyczy świadczenia w przypadku pobytu w szpitalu,
  - 9) zabezpieczenia danych osobowych, otrzymanych w wyniku realizacji umowy ubezpieczenia zgodnie z wymogami ustawy o ochronie danych osobowych,
  - 10) informowania osoby występującej z roszczeniem pisemnie, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia w przypadku ubezpieczenia pobytu w szpitalu, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania, zgodnie z §17 ust. 6,
  - 11) pisemnego informowania Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z zawiadomieniem o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z §17 ust. 6.
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 zakładu ubezpieczeń 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. W razie powstania zdarzenia mogącego powodować odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 do OWU, Ubezpieczający lub Ubezpieczony obowiązany jest:
  - 1) skontaktować się lub zgłosić się do placówki Partnera Medycznego w celu uzyskania świadczeń medycznych,
  - 2) przedstawić ważny dowód tożsamości, a na żądanie pracownika placówki Partnera Medycznego również kartę identyfikacyjną,
  - 3) zastosować się do zaleceń i wskazówek personelu medycznego Partnera Medycznego w zakresie uzasadnionym realizowanym świadczeniem zdrowotnym,
  - 4) jeżeli Ubezpieczony nie może zrealizować usługi w umówionym terminie, powinien poinformować o tym Partnera Medycznego, który wyznaczy nowy dogodny dla Ubezpieczonego termin realizacji usługi medycznej.
2. W razie powstania zdarzenia, mogącego powodować odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ubezpie-



czeniu pobytu w szpitalu, Ubezpieczający, Ubezpieczony obowiązany jest do:

- 1) niezwłocznego zgłoszenia się do lekarza i zastosowania się do jego zaleceń,
  - 2) niezwłocznego zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową jednostki organizacyjnej Ubezpieczyciela, o ile stan zdrowia na to pozwala nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia zajścia zdarzenia lub uzyskania o nim informacji.
3. W razie powstania zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczyciela w ramach świadczeń assistance, o których mowa w §4 ust. 1 pkt 3), Ubezpieczający, Ubezpieczony obowiązany jest skontaktować się z Centrum Assistance (adres, numer telefonu podany jest w umowie ubezpieczenia) i przekazać następujące informacje:
- 1) dane Ubezpieczającego: nazwisko (nazwę) oraz adres (siedzibę),
  - 2) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
  - 3) adres zamieszkania Ubezpieczonego,
  - 4) numer polisy,
  - 5) okres odpowiedzialności,
  - 6) krótki opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
  - 7) numer telefonu kontaktowego Ubezpieczonego.
4. 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.

#### §15

1. W ubezpieczeniu pobytu Ubezpieczonego 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 polisie oraz łącznej liczby dni pobytu w szpitalu i przysługuje za drugi dzień pobytu oraz za każdy kolejny dzień pobytu w szpitalu, nie więcej jednak niż za 60 dni łącznego pobytu w szpitalu.
2. Świadczenie, z zastrzeżeniem ust. 3 przysługuje pod warunkiem, że:
  - 1) Ubezpieczony przebywał w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
  - 2) pobyt w szpitalu był następstwem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej,
  - 3) przyjęcie do szpitala nastąpiło w okresie ubezpieczenia.
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.

#### §16

Świadczenia assistance, o których mowa w §4 ust. 1 pkt 3), udzielane są Ubezpieczonemu zgodnie z Załącznikiem nr 2 do niniejszych OWU.

#### §17

1. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia w przypadku ubezpieczenia pobytu w szpitalu powinno zawierać

poniższe podstawowe informacje:

- 1) dane Ubezpieczającego: nazwisko (nazwę) oraz adres (siedzibę),
  - 2) dane Ubezpieczonego: imię i nazwisko, adres zamieszkania, nr PESEL,
  - 3) numer polisy,
  - 4) datę zdarzenia oraz szczegółowy opis okoliczności zaistnienia zdarzenia.
2. Do zawiadomienia o którym mowa w ust. 1 należy dołączyć poniższe podstawowe dokumenty:
    - 1) raporty policyjne dotyczące zdarzenia, o ile zostały sporządzone i są w posiadaniu Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego,
    - 2) posiadane zaświadczenia lekarskie opisujące rodzaj i rozległość obrażeń oraz zawierające dokładną diagnozę,
    - 3) wszystkie posiadane zaświadczenia szpitalne związane z nieszczęśliwym wypadkiem, kartę informacyjną ze szpitala,
    - 4) inne dokumenty określone w postanowieniach dodatkowych lub odmiennych wprowadzonych do umowy ubezpieczenia lub w piśmie, o którym mowa w ust. 6.
  3. Ubezpieczyciel może na swój koszt, kierować Ubezpieczonego na badania lekarskie.
  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 z umowy ubezpieczenia, 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 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 z Ubezpieczonym ugody lub prawomocnego orzeczenia sądowego.
3. Świadczenie może być wypłacone: przelewem lub przekazem pocztowym.
4. Ubezpieczyciel spełnia świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
5. Jeżeli w terminie określonym w ust. 4 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.

- Jeżeli w terminie określonym w ust. 4 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.
- 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. 4 lub 5, 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**

- Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uposażonemu lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia nie będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo do wniesienia skargi.
- Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uposażonemu lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo do wniesienia reklamacji w rozumieniu ustawy o rozpatrzeniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.
- Skargę lub reklamację składa się: na piśmie do oddziału lub filii InterRisk za pośrednictwem operatora pocztowego, pośłańca, 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, pośłańca 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- InterRisk podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

### **§20**

- Świadczenia medyczne, o których mowa w §4 ust. 1 pkt 1), udzielane są wyłącznie Ubezpieczonemu za pośrednictwem Partnera Medycznego zgodnie z Załącznikiem nr 1 do niniejszych OWU.

2. Koszty świadczeń medycznych, o których mowa w §4 ust. 1 pkt 1), pokrywane są bezpośrednio na konto Partnera Medycznego z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W ubezpieczeniu świadczeń medycznych w wariantach BASIC PLUS i OPTIMAL koszty świadczeń medycznych pokrywane na konto Partnera Medycznego uwzględniają udział własny Ubezpieczonego w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia. Ustalenie wysokości świadczenia następuje na podstawie warunków umowy o współpracy i ustalonych zasad wynagradzania Partnera Medycznego jednak wysokość pokrywanych kosztów udzielonego świadczenia nie przekracza kosztów określonych w cenniku usług, o którym mowa w §7 ust. 2.
4. W ubezpieczeniu świadczeń medycznych w wariantach BASIC PLUS i OPTIMAL kwotę odpowiadającą udziałowi własnemu Ubezpieczony zobowiązany jest pokryć na konto Partnera Medycznego przed skorzystaniem ze świadczenia medycznego objętego zakresem ubezpieczenia w sposób wskazany przez placówkę medyczną udzielającą danego świadczenia medycznego.
5. Świadczenie w przypadku pobytu w szpitalu, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 2) wypłacane jest Ubezpieczonemu.
6. Świadczenia assistance, o których mowa w §4 ust. 1 pkt 3), udzielane są wyłącznie Ubezpieczonemu za pośrednictwem Centrum Assistance zgodnie z Załącznikiem nr 2 do niniejszych OWU.

## POSTANOWIENIA KOŃCOWE

### §21

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.
5. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia kosztów leczenia Kosztów Leczenia Medi-Care zostały zatwierdzone uchwałą nr 01/29/03/2016 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 29.03.2016 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 15.05.2016 roku.
6. Integralną częścią niniejszych OWU są:
  - 1) Załącznik nr 1 – Katalog Świadczeń Medycznych,
  - 2) Załącznik nr 2 – Świadczenia assistance.

Członek Zarządu



Katarzyna Grześkowiak

Wiceprezes Zarządu



Józef Winiarski

## **Załącznik nr 2**

do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Kosztów Leczenia MEDI-CARE

zatwierdzonych uchwałą nr 01/29/03/2016 Zarządu Ubezpieczyciela z dnia 29.03.2016 roku.

### **UBEZPIECZENIE ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE**

#### **ZAKRES UBEZPIECZENIA**

##### **§1**

#### **1. Pomoc medyczna**

- 1) wizyty lekarza Centrum Assistance – w przypadku nagłego zachorowania, 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 internisty, pediatry lub lekarza medycyny rodzinnej oraz jego honorarium za wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego. Ubezpieczenie obejmuje świadczenia których wykonanie jest konieczne z uwagi na stan zdrowia Ubezpieczonego, który uniemożliwia mu przybycie do placówki medycznej. Ubezpieczyciel pokrywa koszt maksymalnie 3 wizyt w odniesieniu do 12 miesięcznego okresu ubezpieczenia;
- 2) wizyta pielęgniarki – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty 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. Ubezpieczenie obejmuje świadczenia których wykonanie jest konieczne z uwagi na stan zdrowia Ubezpieczonego, który uniemożliwia mu przybycie do placówki medycznej. Ubezpieczyciel pokrywa koszty 7 wizyt, które łącznie nie mogą przekroczyć 48 godzin pobytu pielęgniarki u Ubezpieczonego w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku;
- 3) 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;
- 4) 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;
- 5) 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;
- 6) pomoc psychologiczną – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Assistance, na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie zorganizuje i pokryje koszt wizyty u psychologa. Ubezpieczyciel pokrywa koszt maksymalnie 3 wizyt w odniesieniu do jednego zdarzenia;
- 7) 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 rehabilitacyjna

1) Jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który wydarzył się w okresie ochrony ubezpieczeniowej oraz który jest objęty ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczyciel pokryje koszty w zakresie określonym w ust. 2, pod warunkiem że:

- a) Ubezpieczony przebywał w szpitalu w związku z leczeniem następstw nieszczęśliwego wypadku i uzyskał skierowanie na rehabilitację od lekarza prowadzącego leczenie;
- b) koszty zostały poniesione we wskazanej przez Ubezpieczyciela, za pośrednictwem Centrum Assistance, placówce medycznej lub szpitalu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, bądź w placówce medycznej lub szpitalu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej wskazanej przez Ubezpieczonego, po uzyskaniu wcześniejszej akceptacji Centrum Assistance, chyba że brak uzyskania zezwolenia Centrum Assistance nastąpił z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego.

### 2) Zakres rehabilitacji

- a) wizyty fizyoterapeuty 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 fizyoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia;
- b) wizyty Ubezpieczonego u fizyoterapeuty 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 fizyoterapeuty 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.

3. **Pomoc domowa** – 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:

- 1) robienie drobnych zakupów spożywczo-przemysłowych pierwszej potrzeby - koszty zakupów realizowanych na zlecenie Ubezpieczonego pokrywa Ubezpieczony;
- 2) przygotowywanie posiłków – przy użyciu produktów, środków i sprzętów udostępnionych przez Ubezpieczonego;
- 3) 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.

4. **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.
5. **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.

