

Ubezpieczenie MedCasco

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

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

Produkt: **MedCasco**

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

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

MedCasco to ubezpieczenie zapewniające organizację leczenia i pokrycie niezbędnych kosztów w razie wystąpienia nieszczęśliwego wypadku. Ubezpieczenie jest skierowane zarówno do klientów indywidualnych, jak i klientów grupowych. Ubezpieczonymi mogą być osoby w wieku do 70 lat wskazane imiennie w umowie ubezpieczenia. Zakres ubezpieczenia może zostać ograniczony do następstw wypadku komunikacyjnego lub następstw wypadku przy pracy, który wydarzył się w okresie ochrony ubezpieczeniowej. Zakres ubezpieczenia, w zależności od zawartej umowy, może obejmować także wyczynowe uprawianie sportu lub uprawianie sportów wysokiego ryzyka.



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ koszty świadczeń medycznych
- ✓ świadczenia assistance
- ✓ operacje
- ✓ pobyt w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Suma ubezpieczenia:

- ✓ wysokość sum ubezpieczenia określona jest kwotowo osobno dla każdego rodzaju ubezpieczenia

Zakres ubezpieczenia może obejmować:

- ✓ koszty konsultacji lekarzy specjalistów i psychologa
- ✓ koszty badań diagnostycznych i zabiegów ambulatoryjnych
- ✓ assistance medyczny
- ✓ wizyty domowe
- ✓ koszty rehabilitacji ambulatoryjnej
- ✓ operacje
- ✓ koszty leków i środków opatrunkowych
- ✓ pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- x ryzyk związanych z wyczynowym uprawianiem sportów i sportów wysokiego ryzyka, jeżeli nie została opłacona dodatkowa składka
- x kosztów świadczeń medycznych (takich jak konsultacje lekarzy specjalistów, badania diagnostyczne, wizyty domowe, rehabilitacja), które zostały poniesione w placówkach medycznych lub szpitalach nie wskazanych przez InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance lub poniesionych w placówkach medycznych lub szpitalach w sytuacji, gdy Ubezpieczony nie uzyskał wcześniejszej ich akceptacji przez InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance (chyba że uzyskanie takiej akceptacji nie było możliwe z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego, tj. z powodu zdarzenia losowego lub siły wyższej)



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

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

- ! popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
- ! popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa lub samookaleczenia się przez Ubezpieczonego,
- ! uszkodzeniami ciała zdiagnozowanymi przed datą wejścia w życie umowy ubezpieczenia.



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ na terytorium RP



Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

- w razie konieczności skorzystania ze świadczeń zawartych w ubezpieczeniu operacji, ubezpieczeniu leków i środków opatrunkowych lub w ubezpieczeniu pobytu w szpitalu Ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się z InterRisk (numer telefonu podany jest w umowie ubezpieczenia)
- w razie konieczności skorzystania z innych świadczeń zawartych w ubezpieczeniu MedCasco Ubezpieczony obowiązany jest skontaktować się z Centrum Assistance (numer telefonu podany jest w umowie ubezpieczenia)



Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka za ubezpieczenie powinna być zapłacona w dniu zawarcia umowy, chyba że strony umowy ustaliły w umowie ubezpieczenia (polisie) późniejszy termin płatności. W przypadku płatności ratalnej, pierwsza rata składki jest płatna w dniu zawierania umowy ubezpieczenia, natomiast kolejne raty składki ubezpieczeniowej płatne są w terminach płatności określonych w umowie ubezpieczenia (polisie).



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

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

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia wskazanego w umowie jako początek okresu ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty. W przypadku ubezpieczenia na cudzy rachunek, w stosunku do osób zgłaszanych do objęcia ochroną ubezpieczeniową w trakcie trwania umowy grupowej, odpowiedzialność InterRisk rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym osoba została zgłoszona do InterRisk przez Ubezpieczającego do ubezpieczenia grupowego.

Odpowiedzialność InterRisk ustaje:

- a) z dniem: upływu okresu ubezpieczenia, odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia, rozwiązania umowy ubezpieczenia w wyniku wypowiedzenia,
- b) w przypadku opłacania składki w ratach – jeżeli po upływie terminu płatności raty InterRisk wezwie Ubezpieczającego do jej zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania przez Ubezpieczającego spowoduje ustanie odpowiedzialności InterRisk, a kolejna rata składki nie zostanie opłacona w tym terminie – z dniem upływu tego terminu,
- c) wobec Ubezpieczonego z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia wskutek wypłacenia świadczenia lub świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia,
- d) wobec Ubezpieczonego z dniem jego zgonu,
- e) wobec Ubezpieczonego w grupowej umowie ubezpieczenia – z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym InterRisk otrzymał informację o wystąpieniu Ubezpieczonego z ubezpieczenia w formie listy osób ubezpieczonych. Ubezpieczony może wystąpić z ubezpieczenia w każdym czasie.



Jak rozwiązać umowę?

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

SPIS TREŚCI

Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej	rewers str. 1
Postanowienia początkowe	1
Definicje	1
Przedmiot ubezpieczenia	4
Zakres ubezpieczenia	4
Wyłączenia odpowiedzialności	4
Suma ubezpieczenia i warunki jej zmiany	4
Zawarcie umowy ubezpieczenia	5
Początek i koniec odpowiedzialności	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 mające zastosowanie do umów ubezpieczenia na odległość w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta	7
Postanowienia końcowe	7
Załącznik nr 1	7
Załącznik nr 2	8
Załącznik nr 3	9
Załącznik nr 4	10
Załącznik nr 5	10
Załącznik nr 6	11
Załącznik nr 7	12
Załącznik nr 8	13

POSTANOWIENIA POCZĄTKOWE

§1

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia MedCasco zwane dalej „OWU” mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przez InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółkę Akcyjną Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, ul. Noakowskiego 22, wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000054136, prowadzącą działalność ubezpieczeniową i reasekuracyjną w oparciu o zezwolenie Ministra Finansów Du/905/A/KP/93 z 5 listopada 1993 roku zwaną dalej „InterRisk” z osobami fizycznymi, osobami prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi nie będącymi osobami prawnymi prowadzącymi działalność gospodarczą.
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) **Centrum Assistance** – jednostka organizacyjna wskazana przez InterRisk (adres, numer telefonu podawany jest przy zawieraniu umowy ubezpieczenia), która:
 - a) w imieniu i na rzecz InterRisk wykonuje czynności likwidacyjne w ubezpieczeniu:
 - i) kosztów konsultacji lekarzy specjalistów i psychologa, o którym mowa w §4 ust. 3 pkt 1),
 - ii) kosztów badań diagnostycznych i zabiegów ambulatoryjnych, o którym mowa w §4 ust. 3 pkt 2),
 - iii) kosztów rehabilitacji ambulatoryjnej, o którym mowa w §4 ust. 3 pkt 5),
 - b) na zlecenie InterRisk organizuje i pokrywa koszty:
 - i) assistance medycznego, o którym mowa w §4 ust. 3 pkt 3),
 - ii) wizyt domowych, o których mowa w §4 ust. 3 pkt 4),

- 2) **choroba** – zaburzenia w funkcjonowaniu narządów lub organów ciała Ubezpieczonego, niezależne od niczyjej woli, co do której lekarz może postawić diagnozę, wymagające leczenia, diagnostyki lub rehabilitacji,
- 3) **choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (kod ICD: F00-F99), a także depresja i nerwica,
- 4) **działalność gospodarcza** – zarobkowa działalność wytwórcza, budowlana, handlowa, usługowa w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej,
- 5) **dzień pobytu w szpitalu** – pobyt na oddziale szpitalnym trwający co najmniej 24 godziny, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia Ubezpieczonego, spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem. Dzień przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala i dzień wypisu Ubezpieczonego ze szpitala w przypadku wypłaty świadczenia liczone są jako pełne dni pobytu Ubezpieczonego w szpitalu,
- 6) **konsultacja lekarza specjalisty** – badanie podmiotowe i przedmiotowe obejmujące wywiad i poradę lekarza specjalisty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia,
- 7) **konsultacja psychologiczna** – psychologiczne świadczenie zdrowotne, które dotyczy badania stanu psychicznego Ubezpieczonego metodami psychologii klinicznej. Konsultacja psychologiczna jest oceną stanu psychicznego,
- 8) **lek** – aktualnie zarejestrowany i dopuszczony do obrotu lek na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, konieczny do zastosowania przez Ubezpieczonego, na podstawie ważnej recepty wystawionej przez lekarza prowadzącego leczenie. Za leki nie uważa się, nawet jeśli zostały przepisane przez lekarza: witamin i mikroelementów, szczepionek (za wyjątkiem szczepionki przeciw żółtaczce WZW typu A i WZW typu B), preparatów odżywczych i wzmacniających, środków dezynfekcyjnych i kosmetycznych, wody mineralnej, dodatków do kąpieeli,
- 9) **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,
- 10) **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,
- 11) **nieszczęśliwy wypadek** – nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w okresie ubezpieczenia, na skutek której Ubezpieczony niezależnie od swojej woli doznał uszkodzenia ciała lub zmarł,
- 12) **ocena ryzyka** – procedura ustalona i stosowana przez InterRisk przy obejmowaniu ochroną ubezpieczeniową osoby fizycznej lub grupy osób, mająca wpływ na wysokość składki i zakres ochrony ubezpieczeniowej, uwzględniająca: wysokość sumy ubezpieczenia a także liczebność grupy,
- 13) **ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie InterRisk do spełnienia świadczenia objętego niniejszą umową, w razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego

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

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§2, §3, §4, §8, §9, §12 §1, §2 Załącznika nr 1, 2, 3, 4, 5 §1, §2, §3 Załącznika nr 6 §1, §2 Załącznika nr 7 §1 - §3 Załącznika nr 8
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§5, §6, §11 ust. 2, §2 ust.2 Załącznika nr 6
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

- określonego w umowie ubezpieczenia, za które InterRisk ponosi odpowiedzialność ubezpieczeniową,
- 14) **OIOM** – wydzielony oddział szpitalny wyposażony w specjalistyczny sprzęt do ciągłej kontroli parametrów życiowych osób w stanie bezpośredniego zagrożenia ich życia i wymagających intensywnej opieki medycznej, trwającej nieprzerwanie co najmniej 48 godzin,
 - 15) **operacja** – inwazyjny zabieg chirurgiczny, wykonany w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, przez uprawnionego lekarza o specjalności zabiegowej, przeprowadzony w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej podczas co najmniej trzydniowego pobytu w szpitalu, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego narządu lub organu. Operacją, w rozumieniu niniejszych OWU, nie jest: zabieg przeprowadzony w celach diagnostycznych, inwazyjny zabieg chirurgiczny niewymagający pobytu w szpitalu oraz zabieg niewynikający ze wskazań medycznych,
 - 16) **operacja wtórna** – każda kolejna operacja związana przyczynowo z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 17) **osoba bliska** – małżonek, dzieci, partner, rodzeństwo, matka, ojciec, macocha, pasierb, pasierbica, teściowie, zięciowie, synowe, przysposabiający i przysposobieni Ubezpieczonego, opiekunowie ustanowieni przez sąd opiekuńczy,
 - 18) **pandemia** – epidemia danej choroby zakaźnej występująca w tym samym czasie w różnych krajach i na różnych kontynentach, w rozumieniu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO – World Health Organization),
 - 19) **podmiot wykonujący działalność leczniczą** – podmiot leczniczy, oraz lekarz lub pielęgniarka wykonujący zawód w ramach działalności leczniczej jako praktykę zawodową, w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 20) **pobyt w szpitalu** – pobyt trwający w sposób nieprzerwany co najmniej 3 dni na oddziale szpitalnym służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w okresie ubezpieczenia. 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,
 - 21) **pojazd** – w rozumieniu niniejszych OWU, na potrzeby ubezpieczenia pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku za pojazd uznaje się wyłącznie samochód osobowy, samochód ciężarowy, autobus, tramwaj, trolejbus, metro w rozumieniu przepisów ustawy Prawo o ruchu drogowym,
 - 22) **pozostawanie pod wpływem alkoholu** – działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi od 0,2 ‰ alkoholu we krwi lub od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³ w wydychanym powietrzu,
 - 23) **przystąpienie do ubezpieczenia** – objęcie ochroną ubezpieczeniową osoby fizycznej w ramach ubezpieczenia grupowego,
 - 24) **psycholog** – osoba posiadająca stosowne kwalifikacje zgodnie z wymogami prawa polskiego, potwierdzone wymaganymi dokumentami, do udzielania konsultacji psychologicznych polegających na: diagnozie psychologicznej, opiniowaniu, orzekaniu, psychoterapii oraz na udzielaniu pomocy psychologicznej,
 - 25) **rehabilitacja ambulatoryjna** – zalecone przez lekarza prowadzącego leczenie specjalistyczne świadczenie medyczne lub zbiór świadczeń medycznych udzielanych przez lekarza o specjalności rehabilitacja medyczna, balneoklimatologia i medycyna fizykalna i/lub zespół osób uprawnionych do udzielania ww. świadczeń, w skład którego wchodzi zabieg rehabilitacji realizowane metodą kinezyterapii, fizykoterapii, hydroterapii, masażu leczniczego,
 - 26) **sanatorium uzdrowiskowe** – rodzaj zakładu lecznictwa uzdrowiskowego w rozumieniu ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 27) **siła wyższa** – zdarzenie zewnętrzne, niemożliwe (lub prawie niemożliwe) do przewidzenia, którego skutkiem nie można zapobiec,
 - 28) **sporty wysokiego ryzyka** – bouldering, wspinaczka skalna, wspinaczka lodowa, taternictwo, alpinizm, himalaizm, skialpinizm, trekking, zjazdy ekstremalne na nartach, freestyle, freeride, snowboarding wysokogórski, snowboarding prędkościowy, skoki i ewolucje narciarskie i snowboardowe, rafting, canyoning, hydrospeed, kajakarstwo górskie, szybownictwo spadochroniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, baloniarstwo, pilotowanie samolotów lub śmigłowców, zorbing, skoki z/na bungee, nurkowanie, parkour, freerun, buggykiting, windsurfing, quady, kitesurfing, żegluga poza wodami terytorialnymi w odległości powyżej 12 mil morskich od brzegu, kolarstwo ekstremalne, kolarstwo górskie, jeździectwo, speleologia, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe, rajdy pojazdów lądowych, wodnych lub powietrznych, heliskiing, heliboarding, freefall, downhill, b.a.s.e. jumping, dream jumping oraz zjazdy na nartach lub snowboardzie poza wyznaczonymi trasami, jazda na nartach wodnych oraz skeleton, hokej na lodzie, jazda figurowa na lodzie, shork track, jazda szybka na lodzie, bojei, biathlon, curling, skibob sporty, w których wykorzystywane są skutery śnieżne przeznaczone do poruszania się po śniegu lub lodzie,
 - 29) **substancja psychotropowa** – każda substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie substancji psychotropowych stanowiącym załącznik nr 2 do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 30) **szpital** – podmiot wykonujący działalność leczniczą w postaci świadczeń szpitalnych, w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej. W rozumieniu niniejszych OWU za szpital nie uważa się domu opieki, hospicjum, sanatorium, zakład lecznictwa uzdrowiskowego a także placówki, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
 - 31) **środek odurzający** – substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie stanowiącym załącznik nr 1 do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 32) **środki opatrunkowe** – dopuszczone na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zalecone przez lekarza prowadzącego leczenie i konieczne do zastosowania przez Ubezpieczonego środki opatrunkowe w związku z leczeniem uszkodzeń ciała, w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 33) **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, w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 34) **świadczenia medyczne** – konieczne i uzasadnione z medycznego punktu widzenia świadczenia medyczne w związku z leczeniem następstw nieszczęśliwych wypadków, objęte umową ubezpieczenia i szczegółowo określone w Załącznikach nr 1, 2, 5, 7 do niniejszych OWU, udzielone Ubezpieczonemu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 35) **świadczenia assistance** – świadczenia objęte umową ubezpieczenia udzielane Ubezpieczonemu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za pośrednictwem Centrum Assistance w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, określone w Załączniku nr 3 i 4 do niniejszych OWU, o ile wybrany zakres ubezpieczenia obejmuje takie świadczenia,
 - 36) **Ubezpieczający** – jeden z podmiotów, o których mowa w §1 ust. 1, zawierający umowę ubezpieczenia i zobowiązany do opłacenia składki ubezpieczeniowej,
 - 37) **ubezpieczenie grupowe** – umowa ubezpieczenia zawierana przez InterRisk z Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonych, przy czym minimalna grupa osób przystępujących do ubezpieczenia wynosi co najmniej 5 osób,
 - 38) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia, pod warunkiem, iż osoba ta w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyła 70 lat,
 - 39) **wada wrodzona** – nieprawidłowość anatomiczna zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe (kod ICD: Q00-Q99), (Klasyfikacja ICD – 10 opracowana została przez Światową Organizację Zdrowia, WHO – World Health Organization i publikowana jest na jej stronie internetowej w języku angielskim: <http://www.who.int/classifications/icd/icdonlineversions/en/index.html> oraz w języku polskim na stronie internetowej Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia powołanego zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 31 lipca 2000 r. <http://www.csioz.gov.pl/klasyfikacje.php>),
 - 40) **wizyty domowe** – wizyty świadczone przez lekarza internistę, pediatrę lub lekarza rodzinnego w stanach uniemożliwiających udanie się Ubezpieczonego do placówki medycznej, udzielane za pośrednictwem Centrum Assistance w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, określone w Załączniku nr 4 do niniejszych OWU, o ile wybrany zakres ubezpieczenia obejmuje takie świadczenia,
 - 41) **wyczynowe uprawianie sportu** – podejmowana dobrowolnie forma aktywności fizycznej Ubezpieczonego polegająca na uprawianiu dyscyplin sportu poprzez 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,
 - 42) **wyroby medyczne** – wyłącznie wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17.12.2004 r.,
 - 43) **wypadek komunikacyjny** – nagłe zdarzenie wywołane ruchem pojazdu, na skutek którego Ubezpieczony, będący pasażerem pojazdu, pieszym lub osobą kierującą pojazdem, niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł,
 - 44) **wypadek przy pracy** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, na skutek której Ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała lub zmarł, które miało miejsce:
 - a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego na rzecz jego pracodawcy zwykłych czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych i charakteru wykonywanej pracy lub poleceń przełożonych,
 - b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności na rzecz jego pracodawcy, nawet bez polecenia,
 - c) w czasie pozostawania ubezpieczonego pracownika w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy,

d) w czasie odbywania podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w pkt a) – c).

Za wypadek przy pracy nie uznaje się wypadku, który został spowodowany postępowaniem Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu przez pracodawcę zadań. Wypadek przy pracy musi być potwierdzony w przedstawionej InterRisk karcie wypadku sporządzonej zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi świadczeń z tytułu wypadków przy pracy, chyba że uzyskanie karty nie było możliwe z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego, tj. z powodu zdarzenia losowego lub siły wyższej. Za wypadek przy pracy nie uważa się wypadku zaistniałego w drodze do lub z pracy,

45) **wystąpienie z ubezpieczenia** – oświadczenie Ubezpieczającego o rezygnacji z ubezpieczenia Ubezpieczonego, złożone InterRisk w formie listy osób występujących, o której mowa w §11 ust. 1 pkt 5) ppkt b),

46) **zakład lecznictwa uzdrowiskowego** – podmiot leczniczy w rozumieniu ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia wykonujący działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne lub stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, działający na obszarze uzdrowiska, utworzony w celu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, w ramach kierunków leczniczych i przeciwwskazań ustalonych dla danego uzdrowiska.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§3

1. Przedmiotem ubezpieczenia są:

- 1) koszty świadczeń medycznych,
- 2) świadczenia assistance,
- 3) operacje,
- 4) pobyt w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

2. Przedmiot ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 został szczegółowo określony w Załącznikach nr 1 - 8 do niniejszych OWU.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§4

1. Ochroną ubezpieczeniową objęte są następstwa nieszczęśliwych wypadków, które wydarzyły się w okresie ochrony ubezpieczeniowej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w formie ubezpieczenia indywidualnego lub w formie ubezpieczenia grupowego, w rozumieniu postanowień §2 pkt 37).

3. Zakres ubezpieczenia ustalany jest na wniosek Ubezpieczającego i może obejmować:

- 1) koszty konsultacji lekarzy specjalistów i psychologa, stanowiących Załącznik nr 1 do niniejszych OWU,
- 2) koszty badań diagnostycznych i zabiegów ambulatoryjnych, stanowiących Załącznik nr 2 do niniejszych OWU,
- 3) assistance medyczny, stanowiący Załącznik nr 3 do niniejszych OWU,
- 4) wizyty domowe, stanowiące Załącznik nr 4 do niniejszych OWU,
- 5) koszty rehabilitacji ambulatoryjnej, stanowiących Załącznik nr 5 do niniejszych OWU,
- 6) operacje, stanowiące Załącznik nr 6 do niniejszych OWU,
- 7) koszty leków i środków opatrunkowych, stanowiących Załącznik nr 7 do niniejszych OWU,
- 8) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, stanowiący Załącznik nr 8 do niniejszych OWU.

4. Na wniosek Ubezpieczającego, jak również w oparciu o postanowienia OWU MedCasco umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w zakresie określonym w ust. 3 pkt 1), 3) i 4), rozszerzonym o ubezpieczenia określone w ust. 3 pkt 2), 5), 6), 7) i 8).

5. Na wniosek Ubezpieczającego, jak również w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, za opłatą dodatkowej składki, zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:

- 1) wyczynowe uprawianie sportów,
- 2) sporty wysokiego ryzyka.

6. Na wniosek Ubezpieczającego, zakres ubezpieczenia może zostać ograniczony do:

- 1) następstw wypadku komunikacyjnego,
- 2) następstw wypadku przy pracy, który wydarzył się w okresie ochrony ubezpieczeniowej.

7. Zmiana zakresu ubezpieczenia w czasie trwania umowy ubezpieczenia wymaga uzyskania zgody InterRisk i zawarcia aneksu do obowiązującej umowy ubezpieczenia na warunkach obowiązujących w dniu jego zawarcia.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§5

1. InterRisk 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) uszkodzeniami ciała zdiagnozowanymi przed datą wejścia w życie umowy ubezpieczenia,
- 4) chorobami,
- 5) przeszczepem narządów, jeśli Ubezpieczony był dawcą narządów lub organów do przeszczepu,
- 6) prowadzeniem pojazdu przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał uprawnień do jego prowadzenia, o ile nie posiadanie uprawnień przez Ubezpieczonego do prowadzenia pojazdu miało wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
- 7) prowadzeniem pojazdu przez Ubezpieczonego będącego kierowcą pojazdu, jeżeli pojazd był niezarejestrowany lub nie posiadał ważnego badania technicznego, jeżeli w odniesieniu do danego pojazdu istnieje wymóg rejestracji lub dokonania okresowych badań technicznych, chyba że brak zarejestrowania pojazdu lub stan techniczny pojazdu nie miał wpływu na zajście wypadku,
- 8) nie przestrzeganiem przepisów dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy (BHP) przez Ubezpieczonego, do przestrzegania których jest on zobowiązany, o ile nie przestrzeganie przepisów BHP przez Ubezpieczonego miało wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
- 9) wadami wrodzonymi Ubezpieczonego i schorzeniami będących ich skutkiem,
- 10) chorobami psychicznymi Ubezpieczonego,
- 11) wyczynowym uprawianiem sportu, uprawianiem sportów wysokiego ryzyka przez Ubezpieczonego – o ile umowa ubezpieczenia za opłatą dodatkowej składki nie została rozszerzona o następstwa wyczynowego uprawiania sportu i/lub uprawiania sportów wysokiego ryzyka,
- 12) chirurgią szczękową,
- 13) operacją wtórną,
- 14) chirurgią plastyczną,
- 15) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, z wyłączeniem przypadków zajęcia 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,
- 16) materiałami wybuchowymi,
- 17) pandemią.

2. Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów:

- 1) usług assistance wykonywanych na rzecz Ubezpieczonego przez inne podmioty niż Centrum Assistance oraz nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności,
- 2) zakupu leków oraz środków opatrunkowych nie przepisanych przez lekarza prowadzącego leczenie,
- 3) zakupu leków oraz środków opatrunkowych, które nie są związane z leczeniem następstw nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową.

3. InterRisk nie odpowiada za koszty świadczeń medycznych, o których mowa w §4 ust. 3 pkt 1), 2) i 5) które zostały poniesione w placówkach medycznych lub szpitalach nie wskazanych przez InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance lub w placówkach medycznych lub szpitalach w sytuacji, gdy Ubezpieczony nie uzyskał wcześniejszej akceptacji InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, chyba że uzyskanie akceptacji InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance nie było możliwe z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego, tj. z powodu zdarzenia losowego lub siły wyższej.

SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY

§6

1. Wysokość sum ubezpieczenia określona jest kwotowo osobno dla ubezpieczenia:

- 1) kosztów konsultacji lekarzy specjalistów i psychologa, stanowiącego Załącznik nr 1 do niniejszych OWU,
- 2) kosztów badań diagnostycznych i zabiegów ambulatoryjnych, stanowiącego Załącznik nr 2 do niniejszych OWU,
- 3) assistance medycznego, stanowiącego Załącznik nr 3 do niniejszych OWU,
- 4) wizyt domowych, stanowiącego Załącznik nr 4 do niniejszych OWU,
- 5) kosztów rehabilitacji ambulatoryjnej, stanowiącego Załącznik nr 5 do niniejszych OWU,
- 6) operacji, stanowiącego Załącznik nr 6 do niniejszych OWU,
- 7) kosztów leków i środków opatrunkowych, stanowiącego Załącznik nr 7 do niniejszych OWU.

2. W ubezpieczeniu pobytu w szpitalu suma ubezpieczenia stanowi iloczyn wysokości świadczenia za dzień pobytu w szpitalu określonego w umowie ubezpieczenia oraz liczby dni pobytu w szpitalu, o których mowa w §2 ust. 6 Załącznika nr 8 do niniejszych OWU.
3. Sumy ubezpieczenia o których mowa w ust. 2 i 3 określone są w umowie ubezpieczenia i stanowią górną granicę odpowiedzialności InterRisk dla danego rodzaju ubezpieczenia.
4. Wysokość sum ubezpieczenia, o których mowa w ust. 2 i 3 ustalana jest na wniosek Ubezpieczającego.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§7

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku Ubezpieczającego, który powinien zawierać co najmniej następujące dane:
 - 1) imię, nazwisko (nazwę) oraz adres (siedzibę) Ubezpieczającego,
 - 2) przedmiot i zakres ubezpieczenia,
 - 3) liczbę osób przystępujących do umowy ubezpieczenia grupowego,
 - 4) imię i nazwisko, PESEL Ubezpieczonego w umowach indywidualnych,
 - 5) proponowane sumy ubezpieczenia w przypadku ubezpieczenia: kosztów konsultacji lekarzy specjalistów i psychologa, kosztów badań diagnostycznych i zabiegów ambulatoryjnych, assistance medycznego, wizyt domowych, kosztów operacji, kosztów rehabilitacji ambulatoryjnej, kosztów leków i środków opatrunkowych, pobytu w szpitalu.
2. InterRisk 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 InterRisk odpowiednio go uzupełnić, względnie sporządzić nowy wniosek, w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma InterRisk 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. Okres ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia.
6. InterRisk potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia (polisą).

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

§8

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu mowy ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia wskazanego w umowie jako początek okresu ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty.
2. W przypadku ubezpieczenia na cudzy rachunek, w stosunku do osób zgłaszanych do objęcia ochroną ubezpieczeniową w trakcie trwania umowy grupowej, odpowiedzialność InterRisk rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym osoba została zgłoszona do InterRisk przez Ubezpieczającego do ubezpieczenia grupowego.
3. Odpowiedzialność InterRisk 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 §9 ust. 3 i 4,
 - 4) w przypadku opłacania składki w ratach – jeżeli po upływie terminu płatności raty InterRisk wezwie Ubezpieczającego do jej zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania przez Ubezpieczającego spowoduje ustanie odpowiedzialności InterRisk, a kolejna rata składki nie zostanie opłacona w tym terminie – z dniem upływu tego terminu,
 - 5) wobec Ubezpieczonego z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia wskutek wypłacenia świadczenia lub świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia,
 - 6) wobec Ubezpieczonego z dniem zgonu Ubezpieczonego,
 - 7) wobec Ubezpieczonego w grupowej umowie ubezpieczenia – z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym InterRisk otrzymał informację o wystąpieniu Ubezpieczonego z ubezpieczenia w formie listy osób ubezpieczonych, o której mowa w §11 ust. 1 pkt 5) ppkt b). Ubezpieczony może wystąpić z ubezpieczenia w każdym czasie.
4. Wznowienie odpowiedzialności InterRisk z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia następuje w drodze aneksu do umowy ubezpieczenia, od dnia wskazanego w aneksie, jednak nie wcześniej niż po zapłacie dodatkowej składki za doubezpieczenie, w przypadku gdy odpowiedzialność InterRisk ustała wskutek wyczerpania sumy ubezpieczenia.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§9

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. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia.
3. 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.
4. Jeżeli InterRisk ponosił odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona przez Ubezpieczającego w terminie, InterRisk może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym, zawiadamiając o tym Ubezpieczającego i żądając zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia wygasa ona z końcem okresu, za który przypadła nie zapłacona składka.
5. Umowa ubezpieczenia wygasa z dniem bezskutecznego upływu terminu, o którym mowa w §8 ust. 3 pkt 4) OWU.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§10

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej określona jest w umowie ubezpieczenia.
2. Wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej uzależniona jest od czynników oceny ryzyka, a w szczególności:
 - 1) zakresu ubezpieczenia,
 - 2) okresu ubezpieczenia,
 - 3) formy zawarcia umowy ubezpieczenia: ubezpieczenie indywidualne, ubezpieczenie grupowe,
 - 4) liczby osób przystępujących do umowy ubezpieczenia grupowego,
 - 5) wnioskowanej przez Ubezpieczającego wysokości sum ubezpieczenia,
 - 6) szkodowości.
3. Składka ubezpieczeniowa określona jest kwotowo dla danego rodzaju ubezpieczenia. Składka ubezpieczeniowa określona jest w złotych.
4. Wysokość składki ubezpieczeniowej obliczana jest według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia (lub zmiany) umowy ubezpieczenia.
5. InterRisk może zastosować zniżki i/lub zwwyżki podstawowej składki ubezpieczeniowej.
6. Wysokość ostatecznej składki ubezpieczeniowej oblicza się stosując zwwyżki i zniżki składki.
7. InterRisk może zastosować zwwyżki składki, w szczególności z tytułu:
 - 1) uprawiania sportów wysokiego ryzyka,
 - 2) wyczynowego uprawiania sportów,
 - 3) miesięcznej, kwartalnej lub półrocznej płatności składki,
 - 4) wprowadzenia postanowień dodatkowych lub odmiennych do OWU,
 - 5) wysokiej częstotliwości zaistniałych zdarzeń ubezpieczeniowych, z tytułu których InterRisk wypłacił świadczenia.
8. InterRisk może zastosować zniżki składki, w szczególności z tytułu:
 - 1) ograniczenia zakresu ubezpieczenia do następstw wypadku komunikacyjnego,
 - 2) ograniczenia zakresu ubezpieczenia do następstw wypadku przy pracy,
 - 3) wprowadzenia postanowień dodatkowych lub odmiennych do OWU.
9. Składka ubezpieczeniowa płatna jest jednorazowo, chyba że strony umówiły się inaczej.
10. Składka ubezpieczeniowa, na wniosek Ubezpieczającego, może zostać rozłożona na raty. Terminy płatności i wysokość kolejnych rat określa się w umowie ubezpieczenia.
11. Składka za ubezpieczenie powinna być zapłacona w dniu zawarcia umowy, chyba że strony umowy ustaliły w umowie ubezpieczenia (polisie) późniejszy termin płatności. W przypadku płatności ratalnej, pierwsza rata składki jest płatna w dniu zawierania umowy ubezpieczenia, natomiast kolejne raty składki ubezpieczeniowej płatne są w terminach płatności określonych w umowie ubezpieczenia (polisie).
12. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenia umowy przez którąkolwiek ze stron, InterRisk należy się składka za okres, w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
13. 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

§11

1. Ubezpieczający obowiązany jest do:

- 1) podania InterRisk, przed zawarciem umowy ubezpieczenia, znane sobie okoliczności, o które InterRisk 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,
- 2) zgłaszania InterRisk zmian okoliczności, o których Ubezpieczający informował InterRisk przed zawarciem umowy ubezpieczenia, niezwłocznie po powzięciu o nich wiadomości,
- 3) opłacenia składki ubezpieczeniowej lub jej rat w ustalonym terminie,
- 4) umożliwienia InterRisk zasięgnięcia informacji odnoszących się do okoliczności wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 5) przekazywania w uzgodnionych i określonych w umowie ubezpieczenia terminach do InterRisk wszystkich danych, wskazanych przez InterRisk, niezbędnych do należytego wykonywania postanowień umowy ubezpieczenia grupowego, a w szczególności:
 - a) listy osób przystępujących,
 - b) listy osób występujących,
- 6) przestrzegania obowiązków określonych w niniejszych OWU.

2. Jeżeli Ubezpieczający nie podał do wiadomości InterRisk znanych sobie okoliczności, o których mowa w ust. 1 pkt 1) lub nie dopełnił obowiązku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2) InterRisk nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności.

3. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek:

- 1) Ubezpieczający jest zobowiązany do doręczenia Ubezpieczonemu OWU i udzielenia niezbędnych informacji dotyczących ochrony ubezpieczeniowej,
- 2) Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać osobie zainteresowanej przystąpieniem do umowy ubezpieczenia informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przed przystąpieniem przez tę osobę do umowy ubezpieczenia, na piśmie, lub jeżeli osoba zainteresowana przystąpieniem do umowy ubezpieczenia wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku,
- 3) Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Ubezpieczonego na jego żądanie o sposobie obliczenia i opłacenia składki ubezpieczeniowej oraz doręczyć Ubezpieczonemu warunki umowy, w szczególności postanowień umowy w zakresie stanowiącym o prawach i obowiązkach Ubezpieczonego, przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na finansowanie składki ubezpieczeniowej (o ile Ubezpieczony finansuje składkę). Informacje powinny zawierać także opis obowiązków Ubezpieczającego i InterRisk względem Ubezpieczonego,
- 4) niezależnie od innych postanowień OWU, w sytuacji zaniechania lub zaprzestania dochodzenia świadczenia od InterRisk przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego albo jego spadkobiercy są uprawnieni do bezpośredniego dochodzenia świadczenia.

4. Jeśli umowa ubezpieczenia grupowego zawarta została na rachunek pracowników Ubezpieczającego lub osób wykonujących pracę na podstawie umów cywilnoprawnych oraz członków ich rodzin lub na rachunek członków stowarzyszeń, samorządów zawodowych lub związków zawodowych i Ubezpieczający otrzymuje od InterRisk wynagrodzenie lub inne korzyści w związku z oferowaniem możliwości skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej lub czynnościami związanymi z wykonywaniem umowy ubezpieczenia grupowego, przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego Ubezpieczający przekazuje osobie zainteresowanej przystąpieniem do takiej umowy informacje o:

- 1) firmie InterRisk i adresie siedziby InterRisk,
- 2) charakterze wynagrodzenia lub innych korzyści otrzymywanych w związku z proponowanym przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego,
- 3) możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.

5. InterRisk obowiązany jest do:

- 1) zachowania należytej staranności przy zawieraniu i wykonywaniu umowy ubezpieczenia,
- 2) przekazywania Ubezpieczającemu wszelkich informacji niezbędnych do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, a w przypadku zgłoszenia roszczenia zobowiązany jest do terminowej likwidacji,
- 3) dostarczenia Ubezpieczającemu przed zawarciem umowy ubezpieczenia tekstu niniejszych OWU, a także innych dokumentów i formularzy niezbędnych z punktu widzenia wykonywania umowy ubezpieczenia,
- 4) na żądanie Ubezpieczonego, udzielenia informacji o postanowieniach zawartej umowie oraz OWU w zakresie praw i obowiązków Ubezpieczonego,
- 5) udostępnienia Ubezpieczającemu, Uprawnionemu lub Ubezpieczonemu

informacji i dokumentów gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości świadczenia. W/w osoby mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez InterRisk udostępnionych informacji, a także sporządzać na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez InterRisk,

- 6) objęcia ochroną ubezpieczeniową osób, które zostały zgłoszone przez Ubezpieczającego i za które została zapłacona składka ubezpieczeniowa,
 - 7) wypłaty świadczenia i organizacji realizacji świadczeń na warunkach i zasadach określonych w niniejszych OWU i umowie ubezpieczenia,
 - 8) zabezpieczenia danych osobowych otrzymanych w wyniku realizacji umowy ubezpieczenia zgodnie z wymogami przepisów ustawy o ochronie danych osobowych i wydanymi na jej podstawie rozporządzeniami,
 - 9) informowania osoby występującej z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania,
 - 10) pisemnego informowania Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z zawiadomieniem o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
6. 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.
7. Niezależnie od innych postanowień OWU, w sytuacji zaniechania lub zaprzestania dochodzenia świadczenia od zakładu ubezpieczeń przez Ubezpieczającego Ubezpieczonego albo jego spadkobiercy są uprawnieni do bezpośredniego dochodzenia świadczenia.
8. 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

§12

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, InterRisk 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 InterRisk lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
2. W przypadku powzięcia przez InterRisk nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności zgłaszanych roszczeń lub wysokości świadczenia, InterRisk w terminie 7 dni od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczającego, Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.
3. InterRisk 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 lub Uprawnionym umowy lub prawomocnego orzeczenia sądowego.
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 określonych w ust. 5 lub 6, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz poucza o możliwości złożenia skargi lub reklamacji do InterRisk lub dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
9. Szczegółowe zasady zgłoszenia roszczenia, ustalania prawa do świadczeń i wypłaty świadczeń określają poszczególne Załączniki 1 – 8.
10. 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. Wystąpienie InterRisk o informację, o której mowa w ust. 10, wymaga pisemnej zgody Ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, albo jego przedstawiciela ustawowego.

SKARGI I REKLAMACJE

§13

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uposażonemu lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do składania skarg i zastrzeżeń dotyczących usług świadczonych przez InterRisk zwanych dalej łącznie reklamacjami.
2. Reklamację można złożyć w każdej jednostce organizacyjnej InterRisk obsługującej klientów. Reklamacja może być złożona:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście lub za pośrednictwem operatora pocztowego lub kuriera;
 - 2) ustnie – telefonicznie poprzez InterRisk Kontakt (nr tel.: 22 575 25 25) lub osobiście do protokołu w jednostce InterRisk obsługującej klientów.
3. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrywania reklamacji reklamacje dotyczące likwidacji szkód powinno składać się w formie pisemnej za pośrednictwem operatora pocztowego lub kuriera na adres do korespondencji wskazany w decyzji o wypłacie lub odmowie wypłaty odszkodowania lub świadczenia lub innym dokumencie, którego dotyczy reklamacja.
4. InterRisk udziela odpowiedzi na reklamację w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
5. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do maksymalnie 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. InterRisk informując o przedłużeniu terminu odpowiedzi na reklamację wskazuje przyczynę opóźnienia, okoliczności, które muszą zostać ustalone oraz określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji.
6. InterRisk udziela odpowiedzi na reklamację w formie papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Odpowiedź na reklamację osoby fizycznej może zostać dostarczona pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek tej osoby.
7. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo skierowania wniosku do Rzecznika Finansowego o podjęcie czynności. Konsumentom przysługuje także prawo zwrócenia się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.
8. InterRisk podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

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

§14

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

- 1) konsument, który zawarł na odległość umowę ubezpieczenia, może od niej odstąpić bez podania przyczyn, składając oświadczenie na piśmie, w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane. W przypadku odstąpienia przez konsumenta od umowy ubezpieczenia InterRisk przysługuje wyłącznie część składki obliczonej proporcjonalnie za każdy dzień udzielania przez InterRisk ochrony ubezpieczeniowej,
- 2) umowa ubezpieczenia nie wiąże się z ryzykiem finansowym wynikającym z jej szczególnych cech lub charakteru czynności, które mają być wykonane, a składka ubezpieczeniowa nie zależy od ruchu cen na rynku finansowym,
- 3) konsument ponosi koszty wynikające ze środków porozumiewania się na odległość według taryfy operatora konsumenta,
- 4) spory wynikające z umów zawartych pomiędzy konsumentami a InterRisk za pośrednictwem strony internetowej lub innych środków elektronicznych mogą być rozwiązywane przez właściwe organy za pomocą europejskiej platformy pozasądowego rozwiązywania sporów dostępnej pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>,
- 5) umowa ubezpieczenia nie jest objęta funduszem gwarancyjnym lub innym systemem gwarancyjnym,
- 6) językiem stosowanym w relacjach pomiędzy InterRisk a konsumentem jest język polski,
- 7) prawem właściwym dla stosunków InterRisk z konsumentem przed zawarciem umowy jak również prawem właściwym dla zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§15

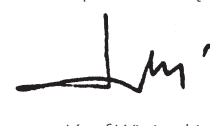
1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia złożone przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub InterRisk w związku z umową ubezpieczenia (dotyczące zarówno wykonania jak i rozwiązania lub wystąpienia z umowy ubezpieczenia) powinny być złożone na piśmie pod rygorem nieważności, za wyjątkiem przypadku, gdy 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. Ubezpieczyciel zobowiązany jest na podstawie ustawy o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich do pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy konsumentami a Ubezpieczycielem jest Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
5. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU jest prawo polskie.
6. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr 02/23/01/2018 Zarządu InterRisk Towarzystwa Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 23 stycznia 2018 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 23 lutego 2018 roku.

Członek Zarządu



Katarzyna Grzeskowiak

Wiceprezes Zarządu



Józef Winiarski

- 1) Załącznik nr 1 – konsultacje lekarzy specjalistów i psychologa
- 2) Załącznik nr 2 – badania diagnostyczne i zabiegi ambulatoryjne
- 3) Załącznik nr 3 – assistance medyczny
- 4) Załącznik nr 4 – wizyty domowe
- 5) Załącznik nr 5 – rehabilitacja ambulatoryjna
- 6) Załącznik nr 6 – operacje
- 7) Załącznik nr 7 – leki i środki opatrunkowe
- 8) Załącznik nr 8 – pobyt Ubezpieczonego w szpitalu.

ZAŁĄCZNIK NR 1

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

KONSULTACJE LEKARZY SPECJALISTÓW I PSYCHOLOGA

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§1

1. Przedmiotem ubezpieczenia są koszty konsultacji lekarzy specjalistów oraz konsultacji psychologa zaleconych pisemnie przez lekarza prowadzącego leczenie, w zakresie określonym w ust. 2, które powstały w okresie ochrony ubezpieczeniowej w związku z leczeniem następstw nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w tym okresie, pod warunkiem iż zostały poniesione w placówce medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wskazanej przez InterRisk, za pośrednictwem Centrum Assistance, bądź w placówce medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazanej przez Ubezpieczonego, po uzyskaniu wcześniejszej akceptacji InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, chyba że uzyskanie akceptacji InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance nie było możliwe z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego, tj. z powodu zdarzenia losowego lub siły wyższej.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pokrycie kosztów:
 - 1) konsultacji psychologa – pierwsza porada konieczna do postawienia wstępnego rozpoznania i rozpoczęcia leczenia,
 - 2) konsultacji lekarzy następujących specjalizacji:

- a) ortopeda,
 - b) chirurg,
 - c) neurochirurg,
 - d) okulista,
 - e) neurolog,
 - f) laryngolog,
 - g) kardiolog,
 - h) pulmonolog,
- 3) przeprowadzenia badania lekarskiego zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną, zakończonego postawieniem diagnozy lub rozpoczęciem dalszego leczenia diagnostycznego,
 - 4) zlecenia wykonania niezbędnych podstawowych badań diagnostycznych, zgodnie z aktualnie obowiązującą wiedzą medyczną i profilem danej specjalności medycznej,
 - 5) zlecenia wykonania niezbędnych zabiegów leczniczych, zgodnie z aktualnie obowiązującą wiedzą medyczną,
 - 6) edukacji zdrowotnej i zaleceń medycznych,
 - 7) wystawiania zaświadczeń, recept na leki lub środki opatrunkowe.

WYSOKOŚĆ I WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§2

1. W razie powstania zdarzenia, mogącego powodować odpowiedzialność InterRisk, Ubezpieczający/Ubezpieczony obowiązany jest:
 - 1) skontaktować się z Centrum Assistance (adres, numer telefonu podany jest w umowie ubezpieczenia) i przekazać następujące informacje:
 - a) nr polisy,
 - b) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - c) PESEL Ubezpieczonego,
 - d) adres zamieszkania Ubezpieczonego,
 - e) krótki opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
 - f) numer telefonu kontaktowego Ubezpieczonego,
 - 2) przekazać dokumentację lekarską stwierdzającą rozpoznanie (diagnozę), uzasadniającą prowadzenie danego sposobu leczenia, o ile jest w posiadaniu Ubezpieczonego,
 - 3) na wniosek Centrum Assistance, przedstawić posiadaną dokumentację medyczną opisującą rodzaj doznanych obrażeń oraz zawierającą dokładną diagnozę, zaświadczenia szpitalne opisujące rodzaj i rozległość obrażeń, kartę informacyjną ze szpitala, skierowanie od lekarza prowadzącego leczenie oraz pisemnie zalecenie lekarza prowadzącego leczenie.
2. Z zastrzeżeniem §12 OWU, w przypadku uznania odpowiedzialności InterRisk, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance w terminie 2 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, o którym mowa w ust. 1 informuje Ubezpieczonego o szczegółowej procedurze uzyskania świadczenia: terminie i miejscu udzielenia świadczenia medycznego przez wskazaną placówkę medyczną.
3. Koszty świadczeń medycznych pokrywane są przez InterRisk, za pośrednictwem Centrum Assistance, bezpośrednio na konto placówki medycznej, która udzieliła świadczenia medycznego.
4. Termin, o którym mowa w ust. 2, może ulec przedłużeniu, jeżeli będzie to uzasadnione względami medycznymi lub decyzją Ubezpieczonego.

ZAŁĄCZNIK NR 2

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

BADANIA DIAGNOSTYCZNE I ZABIEGI AMBULATORYJNE

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§1

1. Przedmiotem ubezpieczenia są koszty badań diagnostycznych i zabiegów ambulatoryjnych zaleconych przez lekarza prowadzącego leczenie, w zakresie określonym w ust. 3, które powstały w okresie ochrony ubezpieczeniowej w związku z leczeniem następstw nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w tym okresie.
2. InterRisk pokrywa koszty badań diagnostycznych i zabiegów ambulatoryjnych pod warunkiem, iż zostały poniesione we wskazanej przez InterRisk, za pośrednictwem Centrum Assistance, placówce medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, bądź w placówce medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazanej przez Ubezpieczonego, chyba że uzyskanie akceptacji InterRisk za pośrednictwem

Centrum Assistance nie było możliwe z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego, tj. z powodu zdarzenia losowego lub siły wyższej.

3. Zakres ubezpieczenia obejmuje pokrycie kosztów następujących badań diagnostycznych i zabiegów ambulatoryjnych:
 - 1) tomografia komputerowa,
 - 2) rezonans magnetyczny,
 - 3) badania rentgenowskie:
 - a) czaszki,
 - b) klatki piersiowej,
 - c) kończyn,
 - d) kręgosłupa,
 - e) miednicy,
 - f) przeglądowe jamy brzusznej,
 - g) zatok obocznych nosa,
 - 4) badania ultrasonograficzne:
 - a) jamy brzusznej,
 - b) jądra i najądrza,
 - c) narządów klatki piersiowej,
 - d) kończyn, bez USG Dopler,
 - e) miednicy mniejszej,
 - f) stawów (w tym: barkowego, biodrowego, kolanowego, łokciowego, skokowego),
 - g) tkanek miękkich,
 - 5) badania laboratoryjne:
 - a) OB,
 - b) morfologia krwi,
 - c) badanie ogólne moczu,
 - d) glukoza,
 - e) kreatynina w surowicy,
 - f) transaminaza asparaginowa GOT/AspAT,
 - g) transaminaza alaninowa GPT/AlAT,
 - h) cholesterol całkowity – TC,
 - 6) inne:
 - a) scyntygrafia kości,
 - 7) zabiegi ambulatoryjne:

Zabiegi ambulatoryjne chirurgiczne:

 - a) założenie i zmiana prostego opatrunku – nie wymagającego opracowania chirurgicznego,
 - b) nacięcie i drenaż ropnia, krwiaka, założenie sączka,
 - c) założenie szwów,
 - d) usunięcie szwów po zabiegach.

Zabiegi ambulatoryjne laryngologiczne:

 - a) założenie i usunięcie przedniej tamponady nosa,
 - b) koagulacja naczyń przegrody nosa,
 - c) usunięcie ciała obcego z nosa, ucha.

Zabiegi ambulatoryjne okulistyczne:

 - a) badanie dna oka,
 - b) pomiar ciśnienia w oku,
 - c) usunięcie ciała obcego z oka,
 - d) badanie ostrości widzenia,
 - e) iniekcja podspojówkowa.

Zabiegi ambulatoryjne ortopedyczne:

 - a) iniekcja dostawowa i okołostawowa (lek Ubezpieczonego),
 - b) unieruchomienie żeber opatrunkiem plastrowym,
 - c) założenie gipsu/gipsu syntetycznego – kończyna dolna i górna,
 - d) usunięcie gipsu/gipsu syntetycznego – kończyna dolna i górna,
 - e) założenie opaski elastycznej,
 - f) założenie temblaka,
 - g) założenie szyny Kramera (transportowej),
 - h) założenie szyny Zimmera,

- i) zmiana opatrunku,
- j) punkcja (zmiany urazowe),
- k) unieruchomienie typu Dessault mały/duży,
- l) dobór i założenie ortez: stawu kolanowego, stawu łokciowego, stawu skokowego, łędźwiowo-krzyżowej, nadgarstka,
- m) dobór i założenie kołnierza ortopedycznego,
- n) założenie gipsu typu gorset,
- o) założenie longety,
- p) założenie prosto trzymacza – opatrunek ósemkowy,
- r) założenie szyny Stocka,
- s) założenie szyny na palec.

Zabiegi ambulatoryjne pielęgniarstwa (wykonywane wyłącznie na podstawie zlecenia lekarskiego):

- a) iniekcja domięśniowa,
- b) iniekcja dożylna,
- c) iniekcja dostawowa,
- d) iniekcja podskórna,
- e) podłączenie kroplówki (wlew dożylny).

Pozostałe zabiegi ambulatoryjne:

- a) znieczulenie miejscowe,
- b) pobranie krwi.

WYSOKOŚĆ I WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§2

1. W razie powstania zdarzenia, mogącego powodować odpowiedzialność InterRisk, Ubezpieczający/Ubezpieczony obowiązany jest:

- 1) skontaktować się z Centrum Assistance (adres, numer telefonu podany jest w umowie ubezpieczenia) i przekazać następujące informacje:
 - a) nr polisy,
 - b) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - c) PESEL Ubezpieczonego,
 - d) adres zamieszkania Ubezpieczonego,
 - e) krótki opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
 - f) numer telefonu kontaktowego Ubezpieczonego,
- 2) przekazać dokumentację lekarską stwierdzającą rozpoznanie (diagnozę), uzasadniającą prowadzenie danego sposobu leczenia, o ile jest w posiadaniu Ubezpieczonego,
- 3) na wniosek Centrum Assistance, przedstawić posiadaną dokumentację medyczną opisującą rodzaj doznanych obrażeń oraz zawierającą dokładną diagnozę, dokumentację szpitalną opisującą rodzaj i rozległość obrażeń, kartę informacyjną ze szpitala, skierowanie od lekarza prowadzącego leczenie.

2. Z zastrzeżeniem §12 OWU, w przypadku uznania odpowiedzialności InterRisk, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance w terminie 2 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, o którym mowa w ust. 1 informuje Ubezpieczonego o szczegółowej procedurze uzyskania świadczenia: terminie i miejscu udzielenia świadczenia medycznego przez wskazaną placówkę medyczną.

3. Koszty świadczeń medycznych pokrywane są przez InterRisk, za pośrednictwem Centrum Assistance, bezpośrednio na konto placówki medycznej, która udzieliła świadczenia medycznego.

4. Termin, o którym mowa w ust. 2, może ulec przedłużeniu, jeżeli będzie to uzasadnione względami medycznymi lub decyzją Ubezpieczonego.

ZAŁĄCZNIK NR 3

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

ASSISTANCE MEDYCZNY

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§1

1. Przedmiotem ubezpieczenia są świadczenia assistance udzielane Ubezpieczonemu, objęte odpowiedzialnością InterRisk, w zakresie określonym w ust. 2, w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, który wydarzył się w okresie ochrony ubezpieczeniowej.
2. InterRisk zapewnia następujące świadczenia assistance:

- 1) medyczne usługi informacyjne – za pośrednictwem Centrum Assistance, Ubezpieczony uzyska:
 - a) informacje medyczne o danej chorobie, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
 - b) informacje o działaniu leków (stosowanie, odpowiedniki, skutki uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży i laktacji),
 - c) informacje o sposobie przygotowania do badania lekarskiego,
 - d) informacje o aptekach na terytorium całego kraju, w tym adresy, godziny pracy i numery telefonów,
 - e) informacje o rekomendowanych placówkach medycznych na terytorium kraju,
 - f) informacje o rekomendowanych placówkach diagnostycznych,
 - g) informacje o rekomendowanych placówkach odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych,
- 2) wizyty pielęgniarki – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie, zorganizuje i pokryje koszt dojazdu pielęgniarki oraz jej honorarium za wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego. Zakres świadczeń obejmuje:
 - a) czynności związane z utrzymaniem higieny,
 - b) zabiegi lecznicze: okłady, opatrunki, rehabilitacja oddechowa, podawanie leków – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego,
 - c) czynności diagnostyczne: pomiar ciśnienia i tętna, ważenie – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego,
 - d) czynności pomagające w odżywianiu.

Świadczenie realizowane jest w terminie 4 godzin od telefonicznego zgłoszenia do Centrum Assistance w dni robocze oraz w terminie 6 godzin w dni ustawowo wolne od pracy i święta,

- 3) transport medyczny do placówki medycznej lub szpitala – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt transportu z miejsca pobytu Ubezpieczonego do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego leczenie lub szpitala, o ile z uwagi na stan zdrowia Ubezpieczonego i rodzaj wymaganej pomocy medycznej nie może on samodzielnie dotrzeć do placówki medycznej,
- 4) transport pomiędzy placówkami medycznymi i szpitalami – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi i przebywa w placówce medycznej lub szpitalu, który nie zapewnia opieki medycznej dostosowanej do jego stanu zdrowia lub Ubezpieczony jest skierowany na procedurę szpitalną, badania lekarskie lub rehabilitację do innej placówki medycznej lub szpitala, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszty transportu na pisemne zalecenie lekarza prowadzącego leczenie, po konsultacji z lekarzem Centrum Assistance w porozumieniu z Ubezpieczonym. Świadczenie realizowane jest w terminie 3 godzin od telefonicznego zgłoszenia do Centrum Assistance,
- 5) transport z placówki medycznej lub szpitala do miejsca zamieszkania lub miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego zlokalizowanego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego przebywał w placówce medycznej lub szpitalu i zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego wymaga transportu z placówki medycznej lub szpitala do miejsca zamieszkania lub miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego zlokalizowanego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance zorganizuje i pokryje koszt transportu, jeśli stan zdrowia Ubezpieczonego utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu. O zasadności świadczenia oraz wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Assistance w porozumieniu z Ubezpieczonym. Świadczenie realizowane jest w terminie 3 godzin od telefonicznego zgłoszenia do Centrum Assistance,
- 6) zakwaterowanie osoby bliskiej w przypadku pobytu w szpitalu Ubezpieczonego poza miejscem zamieszkania – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego przebywał w szpitalu zlokalizowanym w odległości 50 km od miejsca jego zamieszkania, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, na wniosek Ubezpieczonego, zorganizuje i pokryje koszt zakwaterowania osoby bliskiej wyznaczonej przez Ubezpieczonego w hotelu w okresie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu maksymalnie przez okres 7 dni. Świadczenie realizowane jest w ciągu 24 godzin od telefonicznego zgłoszenia do Centrum Assistance,
- 7) transport osoby bliskiej w przypadku pobytu w szpitalu Ubezpieczonego poza miejscem zamieszkania – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego przebywał w szpitalu zlokalizowanym w odległości 50 km od miejsca jego zamieszkania, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, na wniosek Ubezpieczonego, zorganizuje i pokryje koszt transportu osoby bliskiej wyznaczonej przez Ubezpieczonego z miejsca jej pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej do szpitala, w którym Ubezpieczony jest hospitalizowany oraz koszt podróży powrotnej (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy według wyboru osoby bliskiej). Świadczenie realizowane jest w ciągu 24 godzin od telefonicznego zgłoszenia do Centrum Assistance,
- 8) opieka pielęgniarki w trakcie pobytu w szpitalu – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego przebywa w szpitalu, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance zorganizuje i pokryje koszty

dotatkowej opieki pielęgniarskiej w miejscu pobytu w szpitalu Ubezpieczonego. O zasadności dodatkowej opieki pielęgniarskiej decyduje lekarz Centrum Assistance, po konsultacji z lekarzem prowadzącym leczenie Ubezpieczonego. Ubezpieczonemu przysługują maksymalnie 7 dyżurów pielęgniarskich po 8 godzin w okresie pobytu w szpitalu. Świadczenie realizowane jest w terminie 1 doby od telefonicznego zgłoszenia do Centrum Assistance.

WYSOKOŚĆ I WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§2

1. W razie powstania zdarzenia, mogącego powodować odpowiedzialność InterRisk, Ubezpieczający/Ubezpieczony obowiązany jest skontaktować się z Centrum Assistance (adres, numer telefonu podany jest w umowie ubezpieczenia) i przekazać następujące informacje:
 - 1) nr polisy,
 - 2) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - 3) PESEL Ubezpieczonego,
 - 4) adres zamieszkania Ubezpieczonego,
 - 5) krótki opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
 - 6) numer telefonu kontaktowego Ubezpieczonego.
2. W razie powstania zdarzenia, o którym mowa w ust. 1, Ubezpieczony, na wniosek Centrum Assistance, zobowiązany jest przedstawić lekarzom Centrum Assistance posiadaną dokumentację medyczną opisującą rodzaj doznanych obrażeń oraz zawierającą dokładną diagnozę.
3. InterRisk, za pośrednictwem Centrum Assistance, realizuje świadczenia, na podstawie uznania roszczenia, po uprzednim przeprowadzeniu własnego postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zasadności zgłoszonego roszczenia w terminie określonym w §1 ust. 2 niniejszego Załącznika.

ZAŁĄCZNIK NR 4

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

WIZYTY DOMOWE

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§1

1. Przedmiotem ubezpieczenia są świadczenia assistance: wizyty domowe lekarza internisty, pediatry lub lekarza rodzinnego, udzielane Ubezpieczonemu za pośrednictwem Centrum Assistance, objęte odpowiedzialnością InterRisk, w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, który wydarzył się w okresie ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem, iż koszty zostały poniesione przez InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, w miejscu pobytu Ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje koszty:
 - 1) organizacji dojazdu lekarza Centrum Assistance oraz jego honorarium za wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego lub organizacji i pokrycia kosztu wizyty lekarskiej w placówce medycznej,
 - 2) przeprowadzenia badania lekarskiego zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną, zakończonego postawieniem diagnozy lub rozpoczęciem dalszego leczenia diagnostycznego,
 - 3) zlecenia przez lekarza Centrum Assistance wykonania niezbędnych podstawowych badań diagnostycznych, zgodnie z aktualnie obowiązującą wiedzą medyczną i profilem danej specjalności medycznej,
 - 4) zlecenia przez lekarza Centrum Assistance wykonania niezbędnych zabiegów leczniczych, zgodnie z aktualnie obowiązującą wiedzą medyczną,
 - 5) edukacji zdrowotnej i zaleceń medycznych,
 - 6) wystawiania zaświadczeń, recept na leki lub środki opatrunkowe.

WYSOKOŚĆ I WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§2

1. W razie powstania zdarzenia, mogącego powodować odpowiedzialność InterRisk, Ubezpieczający/Ubezpieczony obowiązany jest skontaktować się z Centrum Assistance (adres, numer telefonu podany jest w umowie ubezpieczenia) i przekazać następujące informacje:
 - 1) nr polisy,
 - 2) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - 3) PESEL Ubezpieczonego,
 - 4) adres zamieszkania Ubezpieczonego,
 - 5) krótki opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,

6) numer telefonu kontaktowego Ubezpieczonego.

2. W razie powstania zdarzenia, o którym mowa w ust. 1, Ubezpieczony, na wniosek Centrum Assistance, zobowiązany jest przedstawić lekarzom Centrum Assistance posiadaną dokumentację medyczną opisującą rodzaj doznanych obrażeń oraz zawierającą dokładną diagnozę.
3. InterRisk, za pośrednictwem Centrum Assistance, realizuje świadczenia, na podstawie uznania roszczenia, po uprzednim przeprowadzeniu własnego postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zasadności zgłoszonego roszczenia, w terminie 6 godzin od telefonicznego zgłoszenia zdarzenia.
4. 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 5

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

REHABILITACJA AMBULATORYJNA

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§1

1. Przedmiotem ubezpieczenia są koszty rehabilitacji ambulatoryjnej, w zakresie określonym w ust. 2, które powstały w okresie ochrony ubezpieczeniowej w związku z leczeniem następstw nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w tym okresie pod warunkiem iż:
 - 1) Ubezpieczony uzyskał skierowanie na rehabilitację ambulatoryjną od lekarza prowadzącego leczenie,
 - 2) koszty zostały poniesione we wskazanej przez InterRisk, za pośrednictwem Centrum Assistance, placówce medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, bądź w placówce medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazanej przez Ubezpieczonego, po uzyskaniu wcześniejszej akceptacji InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance chyba że uzyskanie akceptacji InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance nie było możliwe z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego, tj. z powodu zdarzenia losowego lub siły wyższej.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pokrycie kosztów:
 - 1) konsultacji lekarza rehabilitacji lub konsultacji fizjoterapeuty,
 - 2) 20-dniowy cykl zabiegów fizjoterapeutycznych w zakresie:
 - a) kinezyterapii,
 - b) fizykoterapii,
 - c) hydroterapii,
 - d) masażu leczniczego.
3. Konsultacja, o której mowa w ust. 2 pkt 1), obejmuje:
 - 1) przeprowadzenie wywiadu w zakresie zgłaszanych dolegliwości, stanu zdrowia, a także przebytych chorób i schorzeń,
 - 2) ustalenie sposobu dalszego postępowania rehabilitacyjnego – indywidualny plan fizjoterapeutyczny oraz odpowiedniej formy terapii.

WYSOKOŚĆ I WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§2

1. W razie powstania zdarzenia, mogącego powodować odpowiedzialność InterRisk, Ubezpieczający/Ubezpieczony obowiązany jest:
 - 1) skontaktować się z Centrum Assistance (adres, numer telefonu podany jest w umowie ubezpieczenia) i przekazać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - b) PESEL Ubezpieczonego,
 - c) adres zamieszkania Ubezpieczonego,
 - d) krótki opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
 - e) numer telefonu kontaktowego Ubezpieczonego,
 - 2) przekazać dokumentację lekarską stwierdzającą rozpoznanie (diagnozę), uzasadniającą prowadzenie danego sposobu leczenia, o ile jest w posiadaniu Ubezpieczonego,
 - 3) złożyć pisemny wniosek do Centrum Assistance, który powinien zawierać poniższe podstawowe informacje i dokumenty:

- dane Ubezpieczającego,
 - dane Ubezpieczonego,
 - datę oraz szczegółowy opis okoliczności zaistnienia wypadku,
 - dane świadków zdarzenia – o ile byli świadkowie zdarzenia i dane świadków są w posiadaniu Ubezpieczonego,
 - raporty policyjne dotyczące zdarzenia – o ile zostały sporządzone i są w posiadaniu Ubezpieczonego,
 - posiadaną dokumentację medyczną opisującą rodzaj doznanych obrażeń oraz zawierającą dokładną diagnozę,
 - posiadane zaświadczenia szpitalne opisujące rodzaj i rozległość obrażeń oraz zawierające dokładną diagnozę, kartę informacyjną ze szpitala,
 - skierowanie od lekarza prowadzącego leczenie,
 - inne dokumenty określone w postanowieniach dodatkowych lub odmiennych wprowadzonych do umowy ubezpieczenia lub w piśmie skierowanym do Ubezpieczonego w trybie określonym w §12 ust. 1.
2. Koszty świadczeń medycznych pokrywane są przez InterRisk, za pośrednictwem Centrum Assistance, bezpośrednio na konto placówki medycznej, która udzieliła świadczenia medycznego.

ZAŁĄCZNIK NR 6

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

OPERACJE

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§1

- Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, w wyniku którego Ubezpieczony przeszedł operację w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej podczas co najmniej trzydniowego pobytu w szpitalu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
- Zakresem ubezpieczenia objęte są wyłącznie operacje wyszczególnione w TABELI NR 1, o której mowa w §2 niniejszego Załącznika.

WYSOKOŚĆ I WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§2

- W ramach ubezpieczenia operacji, Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie z tytułu operacji w wyniku nieszczęśliwego wypadku, którą przeszedł Ubezpieczony podczas co najmniej trzydniowego pobytu w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i która została wyszczególniona w TABELI NR 1, w wysokości odpowiedniego procentu sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia.
- Jeżeli w następstwie tego samego nieszczęśliwego wypadku została wykonana więcej niż jedna operacja, przysługuje wyłącznie jedno, najwyższe świadczenie przewidziane w TABELI NR 1 za jedną z kilku wykonanych operacji.

TABELA NR 1

Rodzaj operacji	Wysokość świadczenia - % sumy ubezpieczenia
Operacje przewodu pokarmowego i jamy brzusznej:	
operacje przełyku	90%
resekcja żołądka	60%
resekcja jelita	40%
operacje wątroby	90%
operacje trzustki	90%
operacje śledziony	40%
Operacje związane z otwarciem klatki piersiowej:	
operacje płuca	80%
usunięcie całego płuca	100%
operacje serca	80%
Amputacje:	
amputacja palców rąk i nóg - każdy palec	10%
amputacja ręki (dłoni)	30%
amputacja stopy	30%
amputacja na poziomie przedramienia	40%
amputacja na poziomie podudzia	50%

amputacja na poziomie ramienia	50%
amputacja na poziomie uda	70%
całkowita amputacja kończyny na wysokości biodra	100%
Operacje narządów zmysłu:	
operacje oka:	
szycie gałki ocznej	90%
usunięcie gałki ocznej	40%
odwarstwienie siatkówki	20%
operacje ucha:	
zabiegi w obrębie ucha środkowego	30%
zabiegi w obrębie ucha wewnętrznego	50%
operacje nosa:	
operacja zatok	20%
operacje przegrody nosowej i małżowin nosa	10%
Operacyjne leczenie złamań:	
kości czaszki	80%
operacje twarzoczaszki	20%
operacje nosa	10%
operacje kręgosłupa	50%
operacje obręczy barkowej	20%
operacje kości ramienia	25%
operacje kości przedramienia	15%
operacja nadgarstka, śródreżcza	10%
operacje miednicy	35%
operacje kości uda	30%
operacje kości podudzia	25%
operacje rzepek	20%
operacje złamań w obrębie stopy (kości stępu, śródstopia)	10%
operacje żeber	10%
operacje mostka	10%
Operacyjne leczenie tkanek miękkich:	
mięśnie, ścięgna, więzadła, naczynia krwionośne	10%
Operacyjne leczenie zwichnięć/skręceń stawu:	
stawu barkowego	50%
stawu biodrowego	50%
stawu łokciowego	20%
stawu kolanowego	20%
łąkotki	10%
stawu skokowego lub nadgarstka	20%
kręgosłupa	25%
Operacje układu moczowo - pęcherzowego:	
operacje nerki, dróg moczowych	60%
operacje żeńskich narządów płciowych	45%
operacje męskich narządów płciowych	20%
Operacje neurochirurgiczne:	
operacje centralnego układu nerwowego – mózg i rdzeń kręgowy	100%
operacje nerwów obwodowych	20%
Przeszczepy:	
przeszczep serca	100%
przeszczep wątroby	100%
przeszczep nerki	100%
przeszczep innych narządów	65%

WYSOKOŚĆ I WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§3

1. W razie powstania zdarzenia mogącego powodować odpowiedzialność InterRisk z tytułu kosztów operacji, Ubezpieczający/Ubezpieczony obowiązany jest do:
 - 1) niezwłocznego zgłoszenia się do lekarza i zastosowania się do jego zaleceń,
 - 2) zawiadomienia o zajściu tego zdarzenia InterRisk nie później niż w terminie 14 dni od dnia zajścia zdarzenia lub uzyskania o nim informacji, o ile stan zdrowia mu na to pozwala.
2. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia, powinno zawierać poniższe podstawowe informacje i dokumenty:
 - 1) numer polisy,
 - 2) dane Ubezpieczającego: imię i nazwisko, adres zamieszkania, nr PESEL,
 - 3) w przypadku nieszczęśliwego wypadku – datę oraz szczegółowy opis okoliczności jego zaistnienia,
 - 4) posiadane zaświadczenia lekarskie opisujące proces leczenia oraz zawierające dokładną diagnozę,
 - 5) skierowanie na operację, o ile jest w posiadaniu Ubezpieczonego,
 - 6) posiadane zaświadczenia szpitalne opisujące rodzaj i rozległość obrażeń oraz zawierające dokładną diagnozę, kartę informacyjną ze szpitala,
 - 7) raporty policyjne dotyczące zdarzenia, o ile zostały sporządzone i są w posiadaniu Ubezpieczonego,
 - 8) inne dokumenty określone w postanowieniach dodatkowych lub odmiennych wprowadzonych do umowy ubezpieczenia lub w piśmie skierowanym do Ubezpieczonego w trybie określonym w §12 ust. 1.
3. InterRisk może na swój koszt, kierować Ubezpieczonego na badania lekarskie.

ZAŁĄCZNIK NR 7

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

LEKI I ŚRODKI OPATRUNKOWE

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§1

1. Przedmiotem ubezpieczenia są koszty leków i środków opatrunkowych powstałych w związku z leczeniem następstw nieszczęśliwych wypadków.
2. W ramach ubezpieczenia leków i środków opatrunkowych InterRisk zapewnia zwrot kosztów leków i środków opatrunkowych do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia (polisie) pod warunkiem, iż:
 - 1) leki i środki opatrunkowe zostały przepisane na podstawie recept przez lekarza prowadzącego leczenie,
 - 2) koszty zostały poniesione na leczenie następstw nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
 - 3) koszty zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie ubezpieczenia.

WYSOKOŚĆ I WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§2

1. W razie powstania zdarzenia, mogącego powodować odpowiedzialność InterRisk, Ubezpieczający/Ubezpieczony obowiązany jest do:
 - 1) niezwłocznego zgłoszenia się do lekarza i zastosowania się do jego zaleceń,
 - 2) zawiadomienia o zajściu tego zdarzenia InterRisk nie później niż w terminie 14 dni od dnia zajścia zdarzenia lub uzyskania o nim informacji, o ile stan zdrowia mu na to pozwala.
2. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia powinno zawierać poniższe podstawowe informacje:
 - 1) dane Ubezpieczającego,
 - 2) numer polisy,
 - 3) dane Ubezpieczonego,
 - 4) datę oraz szczegółowy opis okoliczności zaistnienia wypadku,
 - 5) dane świadków zdarzenia – o ile byli świadkowie zdarzenia i dane świadków są w posiadaniu Ubezpieczonego.
3. W celu ustalenia odpowiedzialności InterRisk, Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć poniższe podstawowe dokumenty, o ile są w posiadaniu zgłaszającego roszczenie:
 - 1) kopię zgłoszenia zdarzenia Policji, o ile zostało dokonane,
 - 2) w przypadku wypadku przy pracy – protokół ustalenia okoliczności i przyczyn

wypadku sporządzony przez inspektora BHP,

- 3) dokumentację medyczną opisującą rodzaj doznanych obrażeń oraz zawierającą dokładną diagnozę,
 - 4) zaświadczenia lekarskie z przebiegu procesu leczenia oraz zawierające dokładną diagnozę,
 - 5) kartę informacyjną ze szpitala,
 - 6) w przypadku wypadku komunikacyjnego, o ile Ubezpieczony był kierowcą pojazdu:
 - a) kopię prawa jazdy i uprawnień wymaganych zgodnie z przepisami do prowadzenia pojazdu,
 - b) kopię dowodu rejestracyjnego pojazdu,
 - 7) celem refundacji poniesionych kosztów leczenia: kopię recepty i oryginał faktury, rachunku lub paragonu,
 - 8) inne dokumenty określone w postanowieniach dodatkowych lub odmiennych od OWU wprowadzonych do umowy ubezpieczenia lub w piśmie skierowanym do Ubezpieczonego w trybie określonym w §12 OWU ust. 1.
4. InterRisk może na swój koszt, kierować Ubezpieczonego na badania lekarskie.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§1

1. Przedmiotem ubezpieczenia są koszty leków i środków opatrunkowych powstałych w związku z leczeniem następstw nieszczęśliwych wypadków.
2. W ramach ubezpieczenia leków i środków opatrunkowych InterRisk zapewnia zwrot kosztów leków i środków opatrunkowych do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia (polisie) pod warunkiem, iż:
 - 1) leki i środki opatrunkowe zostały przepisane na podstawie recept przez lekarza prowadzącego leczenie,
 - 2) koszty zostały poniesione na leczenie następstw nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
 - 3) koszty zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie ubezpieczenia.

WYSOKOŚĆ I WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§2

1. W razie powstania zdarzenia, mogącego powodować odpowiedzialność InterRisk, Ubezpieczający/Ubezpieczony obowiązany jest do:
 - 1) niezwłocznego zgłoszenia się do lekarza i zastosowania się do jego zaleceń,
 - 2) zawiadomienia o zajściu tego zdarzenia InterRisk nie później niż w terminie 14 dni od dnia zajścia zdarzenia lub uzyskania o nim informacji, o ile stan zdrowia mu na to pozwala.
2. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia powinno zawierać poniższe podstawowe informacje:
 - 1) dane Ubezpieczającego,
 - 2) numer polisy,
 - 3) dane Ubezpieczonego,
 - 4) datę oraz szczegółowy opis okoliczności zaistnienia wypadku,
 - 5) dane świadków zdarzenia – o ile byli świadkowie zdarzenia i dane świadków są w posiadaniu Ubezpieczonego.
3. W celu ustalenia odpowiedzialności InterRisk, Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć poniższe podstawowe dokumenty, o ile są w posiadaniu zgłaszającego roszczenie:
 - 1) kopię zgłoszenia zdarzenia Policji, o ile zostało dokonane,
 - 2) w przypadku wypadku przy pracy – protokół ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku sporządzony przez inspektora BHP,
 - 3) dokumentację medyczną opisującą rodzaj doznanych obrażeń oraz zawierającą dokładną diagnozę,
 - 4) zaświadczenia lekarskie z przebiegu procesu leczenia oraz zawierające dokładną diagnozę,
 - 5) kartę informacyjną ze szpitala,
 - 6) w przypadku wypadku komunikacyjnego, o ile Ubezpieczony był kierowcą pojazdu:
 - a) kopię prawa jazdy i uprawnień wymaganych zgodnie z przepisami do prowadzenia pojazdu,
 - b) kopię dowodu rejestracyjnego pojazdu,
 - 7) celem refundacji poniesionych kosztów leczenia: kopię recepty i oryginał faktury, rachunku lub paragonu,
 - 8) inne dokumenty określone w postanowieniach dodatkowych lub odmiennych od OWU wprowadzonych do umowy ubezpieczenia lub w piśmie skierowanym do Ubezpieczonego w trybie określonym w §12 OWU ust. 1.

4. InterRisk może na swój koszt, kierować Ubezpieczonego na badania lekarskie.

6. Świadczenie wypłacane jest maksymalnie za 100 dni pobytu w szpitalu i szpitalu uzdrowiskowym.

ZAŁĄCZNIK NR 8

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

§3

POBYT UBEZPIECZONEGO W SZPITALU

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, który wydarzył się w okresie ochrony ubezpieczeniowej.
2. InterRisk odpowiada za pobyt w szpitalu trwający w sposób nieprzerwany co najmniej 3 dni.
3. 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.

WYSOKOŚĆ I WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§2

1. W ramach ubezpieczenia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie za każdy dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu począwszy od pierwszego dnia pobytu w szpitalu. Wysokość świadczenia za dzień pobytu w szpitalu określa się w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie).
2. Jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu jest następstwem wypadku komunikacyjnego, związanego z ruchem pojazdu w rozumieniu postanowienia §2 pkt 21) przysługuje dodatkowe świadczenie w wysokości 50% świadczenia, o którym mowa w ust. 1. Podwyższone świadczenie wypłacane jest przez okres nie dłużej niż 14 dni.
3. Jeżeli Ubezpieczony przebywał w oddziale OIOM, przysługuje dodatkowe świadczenie w wysokości 50% świadczenia, o którym mowa w ust. 1. Podwyższone świadczenie wypłacane jest przez okres nie dłużej niż 14 dni.
4. Jeżeli Ubezpieczony przebywał w szpitalu uzdrowiskowym, bezpośrednio po leczeniu szpitalnym tj. pobyt w szpitalu uzdrowiskowym rozpoczął się w okresie 30 dni od dnia wypisu ze szpitala i pobyt w szpitalu uzdrowiskowym jest kontynuacją leczenia szpitalnego, przysługuje świadczenie w wysokości 50% świadczenia, o którym mowa w ust. 1.
5. W przypadku kolejnych, następujących po sobie pobytów w szpitalu w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, świadczenie wypłacane jest od pierwszego dnia pobytu w szpitalu.

1. W razie powstania zdarzenia mogącego powodować odpowiedzialność InterRisk, Ubezpieczający/Ubezpieczony obowiązany jest do:

- 1) niezwłocznego zgłoszenia się do lekarza i zastosowania się do jego zaleceń,
 - 2) zawiadomienia o zajściu tego zdarzenia InterRisk nie później niż w terminie 14 dni od dnia zajścia zdarzenia lub uzyskania o nim informacji, o ile stan zdrowia mu na to pozwala.
2. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia, o którym mowa w ust. 1 pkt 2), powinno zawierać poniższe podstawowe informacje i dokumenty:
- 1) dane Ubezpieczającego,
 - 2) numer polisy,
 - 3) dane Ubezpieczonego,
 - 4) datę oraz szczegółowy opis okoliczności zaistnienia wypadku,
 - 5) dane świadków zdarzenia – o ile byli świadkowie zdarzenia i dane świadków są w posiadaniu Ubezpieczonego,
 - 6) raporty policyjne dotyczące zdarzenia – o ile zostały sporządzone i są w posiadaniu Ubezpieczonego,
 - 7) posiadaną dokumentację medyczną opisującą rodzaj doznanych obrażeń oraz zawierającą dokładną diagnozę,
 - 8) posiadane zaświadczenia szpitalne opisujące rodzaj i rozległość obrażeń oraz zawierające dokładną diagnozę, kartę informacyjną ze szpitala,
 - 9) inne dokumenty określone w postanowieniach dodatkowych lub odmiennych wprowadzonych do umowy ubezpieczenia lub w piśmie skierowanym do Ubezpieczonego w trybie określonym w §12 OWU ust. 1.
3. Do zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową należy dołączyć poniższe podstawowe dokumenty, o ile są w posiadaniu zgłaszającego roszczenie:
- 1) w przypadku wypadku przy pracy – protokół ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku sporządzony przez inspektora BHP,
 - 2) przypadku wypadku komunikacyjnego, o ile Ubezpieczony był kierowcą pojazdu:
 - a) kopię prawa jazdy i uprawnień wymaganych zgodnie z przepisami do prowadzenia pojazdu,
 - b) kopię dowodu rejestracyjnego pojazdu.
4. InterRisk może na swój koszt, kierować Ubezpieczonego na badania lekarskie.

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

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

