

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego

§ 1

Postanowienia ogólne

- Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego, zwanych dalej OWU, Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, zwane dalej INTER Polska, zawiera umowy ubezpieczenia choroby (ubezpieczenie z działu II grupa 2), zgodnie z Ustawą z dnia 11 września 2015r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (tekst jednolity: Dz. U. z 2015r. poz. 1206 z późn. zm.), z osobami prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi nieposiadającymi osobowości prawnej na rzecz osób fizycznych.
- Wszystkie postanowienia dodatkowe lub odmiennie od ustalonych w niniejszych OWU muszą być, pod rygorem ich nieważności, sporządzone na piśmie.
- W przypadku zawarcia Umowy na cudzy rachunek:
 - Ubezpieczający umożliwia Ubezpieczonemu zapoznanie się z warunkami ubezpieczenia oraz wszelkimi innymi informacjami dotyczącymi praw i obowiązków Ubezpieczonego wynikających z Umowy,
 - INTER Polska za pośrednictwem Ubezpieczającego przekazuje informacje dotyczące przesłanek wypłaty odszkodowania i innych świadczeń oraz ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności INTER Polska uprawniających do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia, osobie zainteresowanej, przed przystąpieniem do takiej umowy, na piśmie, lub jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku,
 - Ubezpieczony może żądać by INTER Polska udzieliło mu informacji o postanowieniach zawartej Umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego; INTER Polska zobowiązana jest na żądanie Ubezpieczonego, zapewnić mu dostęp do ww. materiałów informacyjnych na piśmie lub jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę na innym trwałym nośniku,
 - z zastrzeżeniem pkt. 5), Ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od INTER Polska,
 - roszczenie o zapłatę składki przysługuje INTER Polska wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu,
 - INTER Polska może podnieść zarzut mający wpływ na jej odpowiedzialność również przeciwko Ubezpieczonemu.
- Jeżeli w terminach określonych w umowie INTER Polska 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 w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
- Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, INTER Polska informuje o tym na piśmie:
 - osobę występującą z roszczeniem oraz,
 - Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie
 wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
- INTER Polska udostępnia Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności INTER Polska lub wysokości świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez INTER Polska udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez INTER Polska. Informacje i dokumenty, o których mowa w tym ustępie, INTER Polska udostępnia, na żądanie, w postaci elektronicznej.
- INTER Polska przechowuje informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności INTER Polska lub wysokości odszkodowania lub świadczenia do czasu upływu terminu przedawnienia roszczeń z umowy ubezpieczenia.
- W umowie ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego, jeżeli konieczna jest zgoda Ubezpieczonego na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej lub Ubezpieczony zgadza się na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej, w przypadku niedoręczenia Ubezpieczonemu warunków umowy przed wyrażeniem takiej zgody, zakład ubezpieczeń nie może powoływać

się na postanowienia ograniczające lub wyłączające odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń, a także przewidujące skutki naruszeń powinności Ubezpieczonego lub obciążające go obowiązkami.

- INTER Polska jest zobowiązane do:
 - doręczenia Ubezpieczającemu tekstu OWU przed zawarciem umowy ubezpieczenia,
 - wydania Ubezpieczającemu polisy ubezpieczeniowej,
 - wydania Ubezpieczonemu w ramach ubezpieczenia grupowego świadectwa ubezpieczenia,
 - udzielania Ubezpieczającemu informacji o sposobie i trybie rozpatrywania reklamacji, skarg lub zażaleń oraz o organie właściwym do ich rozpatrzenia,
 - udostępniania Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia informacji i dokumentów gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności INTER Polska lub wysokości świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez INTER Polska udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez INTER Polska. Informacje i dokumenty, o których mowa powyżej, INTER Polska udostępnia, na żądanie, w postaci elektronicznej.

§ 2

Definicje

Przez użyte w niniejszych OWU pojęcia rozumie się:

- Centrum Klienta** – Centrum Klienta INTER Polska, za pośrednictwem którego w linii ekonomicznej INTER ZDROWIE Ubezpieczony umawia lub odwołuje termin wykonania świadczenia zdrowotnego oraz uzyskuje informacje na temat ubezpieczenia,
- choroba** – stan zagrażający zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego, wymagający pomocy medycznej, z wyłączeniem wrodzonych wad/anomalii fizycznych lub psychicznych,
- data przystąpienia** – dzień oznaczony na polisie, aneksie do polisy lub świadectwie ubezpieczenia,
- deklaracja** – formularz INTER Polska stanowiący integralną część umowy ubezpieczenia, na którym Ubezpieczony wyraża zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia grupowego,
- dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, jego Partnera życiowego, które w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyło 25 lat,
- lekarz** – lekarz medycyny lub lekarz dentysta posiadający aktualne uprawnienia do wykonywania zawodu w Polsce, wykonujący zawód w zakresie swoich kwalifikacji i uprawnień,
- nieszczęśliwy wypadek** – nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które nastąpiło w okresie odpowiedzialności INTER Polska, w następstwie którego Ubezpieczony, niezależnie od swojej woli, doznał trwałego uszkodzenia ciała, powodującego rozstrój zdrowia lub śmierć; za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału serca, udaru mózgu i jakichkolwiek innych chorób, w tym występujących nagle,
- ocena ryzyka** – procedura stosowana przez INTER Polska mająca na celu stwierdzenie możliwości oraz ustalenie warunków udzielenia ochrony ubezpieczeniowej w dniu zawierania umowy ubezpieczenia lub przedłużenia jej na kolejny rok ubezpieczeniowy, z zastrzeżeniem § 20,
- pakiet indywidualny** – forma ubezpieczenia w ramach której ochroną ubezpieczeniową objęty jest Ubezpieczony, a w przypadku Wariantu Senior – Rodzic.
- pakiet partnerski** – forma ubezpieczenia, w ramach której ochroną ubezpieczeniową objęty jest pracownik wraz z partnerem życiowym lub pracownik wraz z jednym dzieckiem. Wszyscy ubezpieczeni w ramach jednego pakietu partnerskiego objęci są takim samym wariantem ochrony,
- pakiet rodzinny** – forma ubezpieczenia, w ramach której ochroną ubezpieczeniową objęty jest Ubezpieczony wraz z partnerem życiowym i dziećmi. Wszyscy ubezpieczeni w ramach jednego pakietu rodzinnego objęci są takim samym wariantem ochrony,
- placówka kontraktowa** – lekarz lub zakład opieki zdrowotnej, z którym INTER Polska zawarł umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach grupowego ubezpieczenia zdrowotnego,
- początek ubezpieczenia** – dzień oznaczony na polisie,
- polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia,

15. **pracownik** – osoba fizyczna pozostająca z Ubezpieczającym w stosunku pracy na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę lub osoba fizyczna pozostająca z Ubezpieczającym w stosunku prawnym na podstawie umowy cywilnoprawnej,
16. **partner życiowy** – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, albo osoba nie będąca w związku małżeńskim, pozostająca z Ubezpieczonym – również nie będącym w związku małżeńskim – we wspólnym pożyciu, partner życiowy nie może być spokrewniony z Ubezpieczonym,
17. **rocznica polisy** – każda rocznica daty początku ubezpieczenia,
18. **rok ubezpieczeniowy** – 12 kolejnych miesięcy trwania umowy ubezpieczenia licząc od początku ubezpieczenia lub od rocznicy polisy,
19. **rodzic** – rodzic lub teść Ubezpieczonego,
20. **sporty wysokiego ryzyka** – alpinizm, baloniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na linie, spadochroniarstwo, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe, rafting lub inne sporty wodne uprawiane na rzekach górskich, sporty motorowe i motorowodne, sporty powietrzne, sporty walki, boks, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, spaleologia, myślistwo, jeździectwo, hokej na lodzie, bobsleje, saneczkarstwo, skoki narciarskie, narciarstwo zjazdowe i snowboard poza oznakowanymi trasami zjazdowymi, futbol amerykański, jazda na czterokołowcach (quadach), rugby, uczestnictwo w wyprawach survivalowych lub wyprawach do miejsc wymagających użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego,
21. **szpital** – publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej będący zakładem lecznictwa zamkniętego, pod stałym medycznym kierownictwem lekarskim, dysponujący odpowiednimi możliwościami diagnostycznymi i terapeutycznymi oraz prowadzący historie chorób, świadczący usługi medyczne zgodnie z zasadami sztuki medycznej.
Za szpital nie uważa się domu opieki lub ośrodka dla osób psychicznie chorych, hospicjów, ośrodków leczenia uzależnień, rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych i wypoczynkowych,
22. **świadczenie zdrowotne** – konieczna z medycznego punktu widzenia procedura medyczna wykonana Ubezpieczonemu podczas leczenia lub działań profilaktycznych,
23. **świadczenie** – pokrycie lub zwrot kosztów świadczenia zdrowotnego udzielonego w okresie odpowiedzialności INTER Polska lub świadczenie pieniężne,
24. **świadczenie ubezpieczenia** – dokument potwierdzający objęcie ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego w ramach ubezpieczenia grupowego,
25. **Ubezpieczający** – podmiot zawierający umowę ubezpieczenia i zobowiązany do zapłaty składki ubezpieczeniowej,
26. **ubezpieczenie grupowe** – umowa lub umowy ubezpieczenia zawierane na rzecz grupy osób trzecich, zdefiniowanej na podstawie jednolitego kryterium w porozumieniu z INTER Polska,
27. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której zawarto umowę ubezpieczenia,
28. **umowa ubezpieczenia** – umowa zawierana pomiędzy INTER Polska a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych OWU,
29. **wiek** – różnica pomiędzy rokiem bieżącym a rokiem urodzenia,
30. **wniosek** – formularz INTER Polska stanowiący integralną część umowy ubezpieczenia, na którym Ubezpieczający wyraża wolę zawarcia umowy ubezpieczenia,
31. **wyczynowe lub zawodowe uprawianie sportu** – uprawianie sportów w ramach związków sportowych, kół, sekcji, klubów, ognisk, zespołów sportowych lub organizacji i stowarzyszeń kultury fizycznej i sportu, a także – z racji przynależności do ww. organizacji – uczestnictwo w zawodach i imprezach sportowych, konkursach, treningach, obozach kondycyjnych i szkoleniowych,
32. **wykaz świadczeń zdrowotnych** – lista świadczeń zdrowotnych objętych umową ubezpieczenia,
33. **zdarzenie ubezpieczeniowe** – proces diagnostyczno-leczniczy Ubezpieczonego, na który składa się jedno lub więcej świadczeń zdrowotnych. Zdarzenie ubezpieczeniowe rozpoczyna się wraz z początkiem leczenia, a kończy, gdy według orzeczenia lekarskiego nie istnieje już dalsza konieczność leczenia. Jeżeli istnieje konieczność udzielenia świadczenia zdrowotnego związanego z chorobą, która nie jest przyczynowo powiązana z dotychczasowym leczeniem, to powstaje wówczas nowe zdarzenie ubezpieczeniowe.

§ 3

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia są koszty świadczeń zdrowotnych oraz pozostałe świadczenia objęte umową ubezpieczenia udzielone Ubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności INTER Polska realizowane w ramach dwóch linii produktowych:
 - a. Linia ekonomiczna – INTER ZDROWIE,
 - b. Linia biznesowa – INTER VISION.

2. Na podstawie zawartej umowy ubezpieczenia zdrowotnego INTER Polska udziela ochrony ubezpieczeniowej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
3. Zakres ubezpieczenia jest określony w polisie na podstawie OWU, wykazu świadczeń zdrowotnych oraz załączników.

§ 4

Ograniczenia odpowiedzialności INTER Polska

1. INTER Polska nie pokrywa kosztów świadczeń zdrowotnych oraz nie wypłaca pozostałych świadczeń w przypadku chorób, których objawy wystąpiły lub były leczone przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jeśli nie zostały zgłoszone INTER Polska przed zawarciem umowy ubezpieczenia, a INTER Polska o nie wyraźnie pytał we wniosku lub innych pismach.
2. INTER Polska nie pokrywa kosztów świadczeń zdrowotnych oraz nie wypłaca pozostałych świadczeń w przypadku chorób, włącznie z ich następstwami, które powstały:
 - a) w wyniku aktów terroryzmu, wydarzeń wojennych, czynnego udziału w zamieszkach wewnętrznych, rozruchach, strajkach, lokautach oraz pełnienia służby wojskowej,
 - b) w wyniku epidemii ogłoszonej przez upoważnione organy administracji państwowej, skażeń lub katastrof naturalnych,
 - c) w wyniku działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka,
 - d) wskutek działania umyślnego lub rażącego niedbalstwa, w tym również samookaleczenia i prób samobójczych, działania o charakterze przestępczym, pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających,
 - e) w wyniku chorób psychicznych,
 - f) w wyniku wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu,
 - g) w wyniku uprawiania sportów wysokiego ryzyka,
 - h) w wyniku prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, powietrznego lub wodnego bez wymaganych uprawnień lub z naruszeniem obowiązujących przepisów, lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
3. INTER Polska nie pokrywa kosztów świadczeń zdrowotnych oraz nie wypłaca pozostałych świadczeń w przypadku:
 - a) stosowania naukowo nieuznanych metod badań, leczenia oraz leków niedopuszczonych do stosowania w Polsce,
 - b) leczenia kuracyjnego, sanatoryjnego oraz pobytów rehabilitacyjnych,
 - c) pobytu w domu opieki lub innej placówce opiekuńczo-leczniczej lub leczniczo-pielęgnacyjnej, w której Ubezpieczony przebywa z przyczyn medycznych, rodzinnych lub społecznych,
 - d) zakażenia wirusem HIV,
 - e) leczenia i następstw zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS),
 - f) choroby alkoholowej,
 - g) diagnozowania i leczenia niepłodności,
 - h) leczenia z zakresu medycyny estetycznej, kosmetyki,
 - i) leczenia z zakresu chirurgii plastycznej, chyba że jest uzasadniona z medycznego punktu widzenia,
 - j) zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków i innych substancji uznanych za nielegalne oraz środków odurzających, zażyciem środków farmakologicznych niezapisanych przez lekarza lub samowolnym przekroczeniem dawek leków powszechnie stosowanych w lecznictwie,
 - k) leczenia odwykowego (w tym także zabiegów odwykowych i odtruwających) łącznie z kuracją odwykową,
 - l) leczenia przez osoby bliskie (współmałżonka, rodziców, rodzeństwo lub dzieci),
 - m) niedołożenia przez Ubezpieczonego wszelkich starań o powrót do zdrowia, w szczególności jeśli Ubezpieczony nie podporządkuje się i nie wypełni wszystkich zaleceń lekarzy.
4. Jeśli udzielone Ubezpieczonemu świadczenie zdrowotne wykracza ponad zakres konieczny z medycznego punktu widzenia, INTER Polska może odpowiednio zredukować świadczenie.
5. INTER Polska nie ponosi odpowiedzialności za świadczenia zdrowotne w sytuacjach zagrożenia życia, wymagających działań w trybie nagłym, wchodzących w zakres medycznej pomocy doraźnej realizowanej przez podstawowe i specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego.

6. INTER Polska nie odpowiada za zdarzenia ubezpieczeniowe wynikłe z:
 - a) błędów medycznych,
 - b) błędów z nienależycie prowadzonej dokumentacji medycznej,
 - c) uczestnictwa personelu medycznego w strajkach i akcjach protestacyjnych, w szczególności polegających na nieudzielaniu świadczeń zdrowotnych.
7. INTER Polska nie pokrywa kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych w ramach leczenia stacjonarnego, jeżeli pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 24 godziny.
8. INTER Polska nie pokrywa kosztów świadczeń zdrowotnych, które Ubezpieczający/ Ubezpieczony wyludził lub próbował wyludzić.

§ 5

Zdolność ubezpieczeniowa

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na rzecz osób fizycznych zamieszkujących na stałe w Polsce, posiadających obywatelstwo polskie oraz obywateli innych państw posiadających kartę stałego lub czasowego pobytu.

§ 6

Zawarcie umowy ubezpieczenia

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego, poprawnie wypełnionego przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie grupowego ubezpieczenia zdrowotnego. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia, INTER Polska dostarcza Ubezpieczającemu warunki umowy w tym OWU wraz z załącznikami.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany dołączyć do wniosku o zawarcie grupowego ubezpieczenia zdrowotnego i przekazać INTER Polska najpóźniej do 20. dnia miesiąca kalendarzowego poprzedzającego rozpoczęcie okresu ochrony ubezpieczeniowej:
 - 1) listę osób przystępujących do ubezpieczenia;
 - 2) deklarację każdej z osób zgłaszanych do ubezpieczenia; dokument ten powinien być wypełniony i podpisany przez osobę przystępującą do ubezpieczenia; w razie zawarcia umowy w formie pakietu rodzinnego lub pakietu partnerskiego deklarację za niepełnoletnie dziecko podpisuje jego przedstawiciel ustawowy.
3. Ubezpieczający/Ubezpieczony jest zobowiązany na prośbę INTER Polska przedłożyć dodatkowe informacje bądź dokumenty konieczne do oceny ryzyka.
4. INTER Polska może uzyskać od podmiotów, które prowadziły leczenie osoby, na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, dokumentację medyczną o jej stanie zdrowia oraz informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez tę osobę danych z wyłączeniem wyników badań genetycznych. O udzielenie informacji, o których mowa w zdaniu poprzednim występuje lekarz upoważniony przez INTER Polska. Wystąpienie takie wymaga pisemnej zgody Ubezpieczonego udzielonej na wniosku lub deklaracji.
5. INTER Polska zastrzega sobie prawo odrzucenia wniosku/deklaracji lub zastosowania postanowień odmiennych do umowy ubezpieczenia.
6. Umowa ubezpieczenia może być zawarta, jeżeli do umowy ubezpieczenia przystąpi liczba osób określona przez INTER Polska na etapie przedstawienia oferty.
7. Jeżeli liczba osób zgłaszanych do ubezpieczenia nie będzie spełniała wymogów, o których mowa w ust. 6, to umowa ubezpieczenia może być zawarta za zgodą INTER Polska i na warunkach zaproponowanych przez INTER Polska.
8. Zawarcie umowy ubezpieczenia INTER Polska potwierdza Polią.
9. Potwierdzeniem objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego jest świadectwo ubezpieczenia wystawione przez INTER Polska.

§ 7

Przystąpienie do umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczający umożliwi każdemu pracownikowi przystąpienie do umowy ubezpieczenia zgodnie z kryterium ustalonym na etapie przedstawienia oferty. Jako datę przystąpienia do ubezpieczenia rozumie się datę początku ochrony ubezpieczonego.
2. Pracownik objęty zostanie ochroną ubezpieczeniową, która trwać będzie minimum 12 miesięcy, ale nie dłużej niż jego zatrudnienie u Ubezpieczającego.
3. Pracownik nabywa prawo do ubezpieczenia od dnia spełnienia kryterium grupy określonego przez Ubezpieczającego i zaakceptowanego przez INTER Polska.
4. W przypadku przystąpienia do ubezpieczenia w pierwszych trzech miesiącach następujących po dacie nabycia uprawnień do ubezpieczenia pracownika ubezpieczenie zawierane będzie na podstawie deklaracji grupowego ubezpieczenia zdrowotnego.
5. Jeżeli pracownik nie przystąpi do ubezpieczenia zgodnie z ust.4 niniejszego paragrafu jego ubezpieczenie możliwe będzie na podstawie deklaracji grupowego ubezpieczenia zdrowotnego z kwestionariuszem medycznym, który rozpatrywany będzie zgodnie z § 6 ust. 5 OWU.

6. Partner życiowy, dziecko lub rodzic może zostać objęty ubezpieczeniem pod warunkiem ubezpieczenia pracownika w tym samym wariantcie co pracownik, chyba że na etapie ofertowania postanowiono inaczej.
7. Partner życiowy, dziecko lub rodzic objęci zostaną ochroną ubezpieczeniową, która trwać będzie minimum 12 miesięcy od daty przystąpienia do grupowego ubezpieczenia zdrowotnego, ale nie dłużej niż umowa ubezpieczenia pracownika.
8. Partner życiowy, dziecko lub rodzic, mają możliwość przystąpienia do ubezpieczenia w tym samym miesiącu co pracownik (nowonarodzone dzieci - 1 miesiąc od dnia narodzin) na warunkach określonych na etapie przedstawiania oferty.
9. Jeżeli partner życiowy, dziecko lub rodzic nie przystąpią do ubezpieczenia zgodnie z ust.8 ich ubezpieczenie możliwe będzie w kolejną rocznicę polisy na podstawie deklaracji grupowego ubezpieczenia zdrowotnego z kwestionariuszem medycznym, która rozpatrywana będzie zgodnie z § 6 ust. 5 OWU.
10. Zmiana przez Ubezpieczonego pakietu ubezpieczenia z rodzinnego/partnerskiego na indywidualny lub z rodzinnego na partnerski może nastąpić wyłącznie w rocznicę polisy, chyba, że INTER Polska postanowi inaczej.
11. Zmiana przez Ubezpieczonego zakresu ubezpieczenia z niższego na wyższy w związku ze zmianą stanowiska może nastąpić wyłącznie w rocznicę polisy, chyba, że INTER Polska postanowi inaczej.
12. Zmiana przez Ubezpieczonego zakresu ubezpieczenia z wyższego na niższy nie jest możliwa, chyba, że INTER Polska postanowi inaczej.
13. Jeżeli Ubezpieczający dokonuje zmiany liczebności grupy po zawarciu umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać INTER Polska najpóźniej do 20 dnia każdego miesiąca kalendarzowego obowiązywania umowy ubezpieczenia:
 - 1) oryginały wymaganych, poprawnie i kompletnie wypełnionych dokumentów tj. deklaracji grupowego ubezpieczenia zdrowotnego,
 - 2) listę osób występujących z ubezpieczenia od początku kolejnego miesiąca. Informacja o osobach występujących z ubezpieczenia przekazywana będzie przez Ubezpieczającego drogą e-mailową na adres: zdrowotne@interpolska.pl.
14. Jeżeli 20 dzień miesiąca jest dniem wolnym od pracy to dokumenty wynikające z umowy przyjmowane są do ostatniego dnia roboczego poprzedzającego 20 dzień miesiąca.
15. W przypadku niezachowania terminu, o którym mowa w ust 13-14 Ubezpieczyciel ma prawo przesunąć termin wprowadzenia zmian na liście osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń zdrowotnych na początek kolejnego miesiąca.

§ 8

Czas trwania umowy ubezpieczenia

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres jednego roku ubezpieczeniowego.
2. Umowę ubezpieczenia uważa się za przedłużoną na kolejny rok ubezpieczeniowy, jeśli nie zostanie wypowiedziana zgodnie z §17 ust. 2, z zastrzeżeniem §20.
3. Jeżeli żadna ze stron nie złożyła oświadczenia, o którym mowa w ust. 2, umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczeniowy, na zasadach określonych w §20.
4. Umowa ubezpieczenia wygasa wraz ze śmiercią Ubezpieczającego lub ogłoszeniem przez niego upadłości. Osoby Ubezpieczone mają prawo do kontynuacji umowy ubezpieczenia po wskazaniu przyszłego Ubezpieczającego. Oświadczenie należy złożyć na piśmie w ciągu dwóch miesięcy od śmierci Ubezpieczającego lub ogłoszenia przez niego upadłości.

§ 9

Czas trwania ochrony ubezpieczeniowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się od daty przystąpienia, z zastrzeżeniem § 7.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do Ubezpieczonego wygasa:
 - a) z dniem wypowiedzenia lub rozwiązania umowy ubezpieczenia zgodnie z §17,
 - b) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
 - c) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczający wskazał danego Ubezpieczonego jako osobę występującą z ubezpieczenia,
 - d) po bezskutecznym upływie terminu, o którym mowa w § 11 ust. 12, nie wcześniej jednak niż z końcem miesiąca następującego po miesiącu, za który została przekazana ostatnia składka,
 - e) jeżeli Ubezpieczonym jest Dziecko, w ostatnim dniu Roku ubezpieczeniowego po ukończeniu przez Dziecko 25 roku życia.
3. W przypadku wystąpienia z ubezpieczenia Ubezpieczonego, jego ponowne przystąpienie do ubezpieczenia w ramach tej samej umowy ubezpieczenia, będzie możliwe po upływie minimum 6 miesięcy licząc od ostatniego dnia ochrony ubezpieczeniowej, chyba że INTER Polska postanowi inaczej.

4. Zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpiły po zawarciu umowy ubezpieczenia są wyłączone z odpowiedzialności INTER Polska tylko w tej części, która przypada na okres przed początkiem ubezpieczenia i przed upływem okresu karencji.
5. Ochrona ubezpieczeniowa kończy się w przypadku zdarzeń ubezpieczeniowych, które nie zakończyły się w czasie okresu ubezpieczenia, wraz z rozwiązaniem umowy ubezpieczenia zgodnie z § 17.

§ 10

Zmiana warunków umowy ubezpieczenia

1. Zmiany w umowie są dokonywane w drodze negocjacji, w trybie ofertowym bądź w inny przewidziany ogólnie obowiązującymi przepisami prawa sposób i potwierdzane w formie pisemnej.
2. Zmiana warunków umowy ubezpieczenia jest skuteczna od dnia określonego na aneksie do polisy lub świadectwie ubezpieczenia.

§ 11

Składka

1. INTER Polska określa wysokość składki w zależności od: zakresu świadczeń zdrowotnych, pakietu ubezpieczenia, stosunku liczby pracowników zatrudnionych do liczby pracowników przystępujących do ubezpieczenia oraz struktury wiekowej, płciowej i zawodowej osób przystępujących do ubezpieczenia a także lokalizacji poszczególnych firm.
2. Zmiana wysokości składki w roczną polisy wynika z oceny ryzyka.
3. Składka opłacana jest w terminach i z częstotliwością wskazaną na polisie.
4. Składka jest opłacana rocznie lub w ratach miesięcznych, kwartalnych, półrocznych.
5. Składka opłacana jest przelewem przez Ubezpieczającego na rachunek bankowy wskazany przez INTER Polska.
6. Składkę lub jej ratę uważa się za opłaconą w dniu, w którym została zarejestrowana na właściwym rachunku bankowym INTER Polska w pełnej wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia.
7. Jeżeli Ubezpieczający ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem pierwszej składki lub pierwszej raty, a składka lub pierwsza rata nie została opłacona w terminie, INTER Polska może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty za okres, w którym ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia wygasa ona z końcem okresu, za który przypadała niezapłacona składka lub jej rata.
8. Jeżeli Ubezpieczający nie opłacił składki lub raty składki w terminie o którym mowa w ust. 3, INTER Polska wzywa Ubezpieczającego do zapłaty składki lub raty składki wyznaczając mu dodatkowy 7 dniowy termin płatności liczony od dnia otrzymania wezwania oraz informuje o skutku nieprzekazania składki, określonym w ust. 9. W przypadku zaległości w opłaceniu składek przekazywane wpłaty przeznaczone są w pierwszej kolejności na pokrycie należności najbardziej przeterminowanych.
9. Odpowiedzialność INTER Polska w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych ulega zawieszeniu, po bezskutecznym upływie terminu wskazanego w wezwaniu, o którym mowa w ust. 8 nie wcześniej jednak niż z pierwszym dniem miesiąca następującego po miesiącu, za który nie została wpłacona składka lub rata składki.
10. W przypadku uregulowania zaległej składki lub jej raty/rat w okresie zawieszenia odpowiedzialności INTER Polska, odpowiedzialność INTER Polska ulega wznowieniu z dniem jej zawieszenia, z zachowaniem ciągłości odpowiedzialności INTER Polska, z zastrzeżeniem ust. 14.
11. W przypadku braku uregulowania składek w terminie określonym w ust. 8, INTER Polska w pierwszym miesiącu zawieszenia odpowiedzialności wzywa ponownie Ubezpieczającego do uregulowania zaległości, wskazując 7-dniowy dodatkowy termin i informując o skutkach nieopłacenia składki, o których mowa w § 9 ust. 2d i § 17 ust. 6.
12. Nieuregulowanie zaległości w opłacie składek w określonym w ust. 11 terminie skutkuje zakończeniem odpowiedzialności INTER Polska.
13. W przypadku wznowienia odpowiedzialności INTER Polska, o którym mowa w ust. 10, przysługujące świadczenia zdrowotne dokonane w okresie zawieszenia odpowiedzialności INTER Polska realizowane są przez INTER Polska na zasadach określonych w § 12 ust. 5.
14. W przypadku wygaśnięcia umowy ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

§ 12

Realizacja świadczeń

1. Ubezpieczony może skorzystać ze świadczeń zdrowotnych w placówkach kontraktowych lub innych niż placówki kontraktowe zakładach opieki zdrowotnej,

lub u osób posiadających aktualne prawo wykonywania zawodów medycznych w Polsce, w tym: lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów.

2. W linii ekonomicznej INTER ZDROWIE Ubezpieczony może skorzystać ze świadczeń zdrowotnych w placówkach kontraktowych po wcześniejszej rejestracji w Centrum Klienta. Rejestracja odbywa się za pośrednictwem Centrum Klienta pod numerem telefonu 0801 803 000 całodobowo przez 7 dni w tygodniu. Termin i miejsce realizacji świadczenia zdrowotnego ustalane są przez Centrum Klienta z uwzględnieniem preferencji Ubezpieczonego oraz grafiku placówki kontraktowej.
3. Placówki kontraktowe realizują wybrane świadczenia zdrowotne bezgotówkowo. W tym przypadku koszty świadczeń rozliczane są bezpośrednio między INTER Polska a placówką kontraktową. INTER Polska zastrzega sobie prawo do zmiany w trakcie trwania umowy ubezpieczenia wykazu placówek kontraktowych. Aktualny wykaz placówek kontraktowych dostępny jest na stronie internetowej www.interpolska.pl.
4. Ubezpieczony, przy korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych w placówkach kontraktowych, jest zobowiązany każdorazowo do okazywania dokumentu tożsamości ze zdjęciem (w szczególności dowodu osobistego, paszportu, prawa jazdy, legitymacji szkolnej).
5. W innym przypadku niż wskazany w ust. 3 oraz w okresie zawieszenia odpowiedzialności, pod warunkiem jej wznowienia, INTER Polska zwraca poniesione koszty świadczeń zdrowotnych do wysokości określonej w wykazie świadczeń zdrowotnych, na podstawie zgłoszenia roszczenia umieszczonego na stronie www.interpolska.pl lub na pisemnym formularzu INTER Polska wraz z załącznikami. Załącznikami są oryginały rachunków/faktur i inne dokumenty niezbędne do realizacji świadczenia.
6. Rachunki muszą zawierać: imię, nazwisko oraz aktualny adres Ubezpieczonego, któremu zostało udzielone świadczenie zdrowotne, datę oraz pełną nazwę udzielonego świadczenia zdrowotnego (w tym także numery zębów – jeśli świadczenie obejmowało leczenie dentystyczne/protetyczne) wraz z ceną jednostkową, pieczęć firmową placówki oraz podpis osoby upoważnionej do wystawienia rachunku. Nazwa świadczenia, o której mowa powyżej powinna jednoznacznie identyfikować udzielone świadczenie zdrowotne zgodnie z wykazem świadczeń zdrowotnych.
7. W przypadku istniejącej zaległości w opłaceniu składek z tytułu ochrony udzielanej na rzecz Ubezpieczonego, INTER Polska może pomniejszyć świadczenie należne Ubezpieczonemu o kwotę zaległości, o ile jest on Ubezpieczającym.
8. Ubezpieczający/Ubezpieczony jest zobowiązany udzielić INTER Polska dodatkowych informacji koniecznych do ustalenia okoliczności związanych ze zdarzeniem ubezpieczeniowym.
9. INTER Polska wypłaca przelewem świadczenie w złotych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w terminie 30 dni kalendarzowych, licząc od dnia otrzymania zgłoszenia roszczenia.
10. Jeżeli w ciągu określonego powyżej terminu wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności INTER Polska lub wysokości świadczenia okaże się niemożliwe, to świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni po wyjaśnieniu tych okoliczności. INTER Polska jest zobowiązany do spełnienia bezspornej części świadczenia w terminie 30 dni od dnia otrzymania zgłoszenia roszczenia.
11. Roszczenia z tytułu świadczeń nie mogą być ani cedowane, ani zastawiane, za wyjątkiem roszczeń pieniężnych.
12. Jeżeli Ubezpieczonemu zostało udzielone świadczenie nienależne lub wykraczające poza zakres ochrony ubezpieczeniowej, INTER Polska może żądać od Ubezpieczonego zwrotu wartości tych świadczeń.
13. INTER Polska może uzyskać od podmiotów, które prowadziły leczenie Ubezpieczonego, dokumentację medyczną o jego stanie zdrowia oraz informacje o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. O udzielenie informacji, o których mowa w zdaniu poprzednim występuje lekarz upoważniony przez INTER Polska. Wystąpienie takie wymaga pisemnej zgody Ubezpieczonego udzielonej na wniosek lub deklaracji.
14. INTER Polska wypłaca odszkodowanie lub świadczenie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku ustaleń dokonanych w przeprowadzonym przez siebie postępowaniu, o którym mowa we wcześniejszych ustępach, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.

§ 13

Obowiązki Ubezpieczającego / Ubezpieczonego

1. Ubezpieczający/Ubezpieczony jest zobowiązany podać do wiadomości INTER Polska wszystkie znane sobie okoliczności, o które INTER Polska zapytywał we wniosku/deklaracji albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia w innych pismach.
2. Ubezpieczający/Ubezpieczony jest zobowiązany do zgłaszania zmian okoliczności, o których informował we wniosku lub innych pismach.
3. Na żądanie INTER Polska Ubezpieczony zobowiązuje się do poddania badaniom (z wyłączeniem badań genetycznych) u wyznaczonego przez INTER Polska lekarza

na koszt INTER Polska w celu oceny ryzyka, ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia.

4. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacenia składki w określonym w umowie ubezpieczenia terminie.
5. Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać INTER Polska imienny wykaz osób przystępujących do ubezpieczenia i występujących z ubezpieczenia oraz deklarację i inne dokumenty wskazane przez INTER Polska, najpóźniej do 20. dnia miesiąca poprzedzającego kolejny miesięczny okres ubezpieczenia.

§ 14

Skutki naruszenia obowiązków

1. W przypadku, gdy Ubezpieczający/Ubezpieczony nie dopełni obowiązków określonych w §13 ust. 1 i 2:
 - a) INTER Polska nie odpowiada za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości z naruszeniem powołanego zapisu,
 - b) INTER Polska może żądać zwrotu kosztów świadczeń spełnionych w wykonaniu umowy ubezpieczenia.
2. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, począwszy od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.
3. W przypadku, gdy Ubezpieczający nie dopełni obowiązku określonego w §13 ust. 5 zmiany zgłoszone przez Ubezpieczającego będą skuteczne z początkiem następnego miesięcznego okresu ubezpieczenia.

§ 15

Przedawnienie roszczeń

Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia przedawniają się z upływem 3 lat od dnia realizacji świadczenia zdrowotnego. Bieg przedawnienia roszczenia wobec INTER Polska o świadczenie z umowy ubezpieczenia przerywa się także przez zgłoszenie INTER Polska tego roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem. Bieg przedawnienia rozpoczyna się na nowo od dnia, w którym zgłaszający roszczenie lub zdarzenie otrzymał na piśmie oświadczenie INTER Polska o przyznaniu lub odmowie świadczenia.

§ 16

Postępowanie w sprawie reklamacji, skarg i zażaleń

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uposażonemu lub Uprawnionemu z umowy ubezpieczenia będącemu osobą fizyczną (Klient) przysługuje możliwość złożenia reklamacji zawierającej zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez INTER Polska.
2. Reklamacja może zostać złożona:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście lub przesyłką pocztową we wszystkich jednostkach INTER Polska obsługujących Klientów, w tym u agentów uprawnionych do działania w imieniu lub na rzecz INTER Polska,
 - 2) ustnie – telefonicznie lub osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w jednostce INTER Polska obsługującej Klientów,
 - 3) w formie elektronicznej za pośrednictwem strony internetowej www.interpolska.pl.
3. Wykaz jednostek INTER Polska obsługujących Klientów, w których możliwe jest złożenie reklamacji, zamieszczony jest na stronie internetowej www.interpolska.pl.
4. Odpowiedź na reklamację zostaje udzielona niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni kalendarzowych od dnia jej otrzymania.
5. W przypadkach szczególnie skomplikowanych, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 4, INTER Polska w informacji przekazywanej Klientowi, który wystąpił z reklamacją:
 - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi – nie dłuższy niż 60 dni kalendarzowych od dnia otrzymania reklamacji.
6. Po rozpatrzeniu reklamacji INTER Polska udziela Klientowi odpowiedzi w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika, a na wniosek Klienta odpowiedź może zostać dostarczona również pocztą elektroniczną na wskazany adres.
7. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uposażonemu lub Uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo składania skarg i zażaleń na piśmie do INTER Polska. Organem właściwym do rozpatrzenia skarg i zażaleń jest Zarząd INTER Polska. Skargi i zażalenia są rozpatrywane w terminie 30 dni od dnia otrzymania.

8. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony z umowy ubezpieczenia, będący osobą fizyczną, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego (02-001 Warszawa, Aleje Jerozolimskie 87; www.rf.gov.pl) lub wystąpić z wnioskiem o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientami podmiotów rynku finansowego a tymi podmiotami.

§ 17

Wypowiedzenie i rozwiązanie umowy ubezpieczenia

1. Jeśli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni (osoba fizyczna) lub 7 dni (przedsiębiorca) od daty jej zawarcia. Ubezpieczony w ubezpieczeniu grupowym może odstąpić z ubezpieczenia grupowego w terminie 30 dni od daty przystąpienia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczyciel nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej. Odstąpienie od umowy i wystąpienie z ubezpieczenia wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.
3. Każda ze stron może nie wyrazić woli kontynuacji umowy ubezpieczenia na następny rok ubezpieczeniowy. Oświadczenie woli w przedmiotowym zakresie powinno być przedłożone drugiej stronie na piśmie najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy. Ubezpieczający może dodatkowo wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w przypadku i terminie określonym w §20.
4. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub jej rozwiązania, składka ubezpieczeniowa za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej podlega zwrotowi.
5. Umowa ubezpieczenia może zostać wypowiedziana przez INTER Polska w razie spadku liczby Ubezpieczonych poniżej liczby, o której mowa w § 6 ust. 6 – w przypadku realizacji powyższego uprawnienia umowa rozwiązuje się z upływem okresu, za jaki przekazano ostatnią składkę przed spadkiem liczby ubezpieczonych poniżej liczby uprzednio uzgodnionej, z tym że nie później niż z końcem okresu na jaki umowa została zawarta.
6. Umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego w przypadku zaległości w przekazywaniu składek za wszystkich Ubezpieczonych – umowa rozwiązuje się wraz z bezskutecznym upływem terminu do uregulowania zaległości, o którym mowa w § 11 ust. 12, nie wcześniej jednak niż z ostatnim dniem miesiąca następującego po miesiącu, za który nie została opłacona należna składka.
7. Jeśli INTER Polska dokonuje zmian OWU lub wysokości składek ubezpieczeniowych zgodnie z postanowieniem §20, Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia względem Ubezpiezonego (Ubezpieczonych), którego zmiany dotyczą, w ciągu 30 dni od daty otrzymania informacji o zmianach ze skutkiem od dnia początku obowiązywania zmian. W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego na zaproponowane warunki, umowę uważa się za przedłużoną na nowych warunkach na następny rok ubezpieczeniowy.
8. Jeżeli w przypadku umowy ubezpieczenia, obejmującej więcej niż jednego Ubezpiezonego istnieją przesłanki do zmiany wysokości składki zgodnie §14 ust. 2, to wykonanie ww. uprawnień może zostać ograniczone tylko do tych osób.
9. W przypadku wypowiedzenia lub odstąpienia od umowy ubezpieczenia, ponowne jej zawarcie będzie możliwe po upływie minimum 6 miesięcy licząc od ostatniego dnia ochrony ubezpieczeniowej, chyba że INTER Polska postanowi inaczej.
10. Umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana przez INTER Polska ze skutkiem na koniec miesiąca z ważnych powodów, gdy:
 - a) Ubezpieczający/Ubezpieczony nie podał do wiadomości INTER Polska wszystkich znanych sobie okoliczności, o które INTER Polska zapytywał we wniosku albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia w innych pismach,
 - b) Ubezpieczający/Ubezpieczony wyludził lub próbował wyludzić świadczenie.

§ 18

Oświadczenia woli

1. Zawiadomienia i oświadczenia Ubezpieczającego/ Ubezpiezonego mające związek z umową ubezpieczenia powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem ich przyjęcia lub przesłane listem poleconym.
2. Strony oraz Ubezpieczony mają obowiązek informowania się nawzajem o każdej zmianie adresu.

§ 19

Właściwość terytorialna sądu

1. 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.
2. 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.

§ 20

Zmiany Ogólnych Warunków Ubezpieczenia i składek

OWU i wysokości składek mogą zostać zmienione przez INTER Polska ze skutkiem od kolejnej rocznicy polisy pod warunkiem, że:

1. co najmniej 30 dni przed rocznicą polisy INTER Polska poinformował Ubezpieczającego o zmianie i przedstawił na piśmie, na czym zmiany polegały,
2. Ubezpieczający nie wypowiedział umowy ubezpieczenia w terminie do kolejnej rocznicy polisy, od której zmiany mają obowiązywać.

§ 21

Postanowienia końcowe

Do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy prawa polskiego, w szczególności Kodeks Cywilny i ustawy regulujące działalność ubezpieczeniową.

§ 22

Zatwierdzenie i wejście w życie ogólnych warunków ubezpieczenia

1. Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone Uchwałą nr 42/2019 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 26.06.2019 r.
2. Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 01.07.2019 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01.08.2019 r.



Janusz Szulik
Prezes Zarządu



Wioletta Rogosz
Członek Zarządu

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Administratorem danych osobowych (danych osób fizycznych) przetwarzanych w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia, dalej jako „**Dane Osobowe**”, jest Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. (adres siedziby: Warszawa (02-305), Al. Jerozolimskie 142B), dalej jako „**Administrator**”. Dane Osobowe będą przetwarzane zgodnie z Rozporządzeniem UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r., zwanym dalej „**RODO**”. Szczegółowe zasady przetwarzania Danych Osobowych zostały przedstawione poniżej.

1. Cele i podstawy prawne przetwarzania Danych Osobowych

Dane Osobowe będą przetwarzane przez Administratora w celach związanych z:

- oceną ryzyka ubezpieczeniowego** w ramach wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. c RODO),
- zawarciem umowy ubezpieczenia i jej wykonaniem** (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. b RODO),
- ustaleniem przyczyn i okoliczności zdarzenia losowego, odpowiedzialności Administratora, zasadności zgłoszonych roszczeń, rozmiaru szkody i wysokości należnego świadczenia** w ramach wykonania obowiązku nałożonego na Administratora przepisami prawa lub za zgodą osoby, której dane dotyczą, jeżeli jest wymagana (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz art. 6 ust. 1 lit. a RODO, a w przypadku danych wrażliwych art. 9 ust. 2 lit. a RODO),
- spełnieniem/wypłatą świadczenia lub odszkodowania** należnego w wyniku wystąpienia zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową wobec ubezpieczającego lub osoby uprawnionej do świadczenia (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. b oraz art. 6 ust. 1 lit. c RODO),
- reasekuracją ryzyk** – co stanowi prawnie usprawiedliwiony interes Administratora (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. f RODO),
- prowadzeniem ewentualnych sporów związanych z odpowiedzialnością Administratora lub wysokością przyznanego świadczenia lub odszkodowania** – co stanowi prawnie usprawiedliwiony interes Administratora (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. f RODO),
- prowadzeniem dokumentacji księgowo-rachunkowej** w ramach wypełnienia obowiązku prawnego (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. c RODO),
- dochodzeniem roszczeń** z tytułu umowy ubezpieczenia – co stanowi prawnie usprawiedliwiony interes Administratora (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. f RODO),
- celami statystycznymi oraz procesami aktuarialnymi i sprawozdawczymi związanymi z prowadzeniem działalności ubezpieczeniowej** w ramach wypełnienia obowiązku prawnego, w szczególności na potrzeby zarządzania ryzykiem, ustalania wysokości składek ubezpieczeniowych, składek reasekuracyjnych oceny skuteczności programu reasekuracji oraz dla ustalania rezerw techniczno – ubezpieczeniowych (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. c RODO),
- prowadzeniem działań marketingowych w zakresie własnych produktów i usług** wobec osoby, której dane dotyczą:
 - w ramach prawnie uzasadnionego interesu Administratora jakim jest marketing własnych produktów i usług - w okresie obowiązywania umowy/ochrony ubezpieczeniowej (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. f RODO), lub
 - na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, jeżeli wcześniej zarejestrowała się w Bazie kontaktowej Administratora – przez cały okres rejestracji w tej bazie, niezależnie od tego, czy w tym czasie będzie obowiązywała umowa/ochrona ubezpieczeniowa (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. a RODO).

Na potrzeby działań marketingowych nie są wykorzystywane dane wrażliwe takie jak np. informacje o stanie zdrowia i nalogach.

2. Profilowanie

Dane Osobowe mogą być wykorzystywane przez Administratora w celu profilowania osoby, której dotyczą na potrzeby własnych działań marketingowych. Profilowanie odbywa się na podstawie Danych Osobowych, które mogą być łączone z informacjami zebranymi automatycznie podczas korzystania przez nią z usług świadczonych on-line przez Administratora np. w ramach własnych portali i stron internetowych (więcej informacji na temat automatycznego zbierania danych znajduje się w Polityce cookies), a także z informacjami o produktach ubezpieczeniowych Administratora, z których i korzystała lub korzysta. Profilowanie polega na pewnej formie

zautomatyzowanego przetwarzania danych, które w oparciu o dane statystyczne lub zastosowane algorytmy pozwala Administratorowi na prognozę potrzeb i zainteresowań podmiotu danych w celu zaproponowania oferty ubezpieczeniowej dostosowanej do indywidualnych oczekiwań.

Osoba, której dane dotyczą może w dowolnym momencie wyrazić sprzeciw wobec jej profilowania przez Administratora w celach marketingowych.

3. Odbiorcy danych

Dostęp do Danych Osobowych mogą mieć następujący odbiorcy danych:

- upoważnieni pracownicy Administratora** – dbamy o to aby nasi pracownicy przechodzili odpowiednie szkolenia z zakresu ochrony danych osobowych poprzez zapoznawanie ich z wewnętrznymi politykami i procedurami ochrony danych lub dedykowane programy szkoleniowe. Wszystkie osoby upoważnione do przetwarzania Danych Osobowych są zobowiązane do zachowania poufności danych i ich zabezpieczenia przed ujawnieniem osobom nieuprawnionym,
- agenci ubezpieczeniowi, orzecznicy medyczni oraz usługodawcy**, którym w drodze umowy powierzono przetwarzanie Danych Osobowych na potrzeby realizacji czynności świadczonych dla Administratora, w szczególności dostawcy usług i narzędzi IT oraz dostawcy infolinii zewnętrznej i ich upoważnieni pracownicy, jednak tylko w zakresie niezbędnym do prawidłowego ich wykonania, dostęp do Danych Osobowych mają tylko osoby, które zostały zobowiązane do zachowania poufności danych i ich zabezpieczenia przed ujawnieniem osobom nieuprawnionym,
- podmioty lecznicze**, które przekazują nam informacje i dokumentację dotyczącą udzielonych Panu/Pani świadczeniach zdrowotnych lub przeprowadzonych badań w celu ustalenia Pana/Pani prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia (w zakresie niezbędnym do identyfikacji Pan/Pani jako świadczeniobiorcy lub weryfikacji złożonych oświadczeń i dokumentów) oraz podmioty lecznicze udzielające Panu/Pani świadczeń zdrowotnych na podstawie zawartych z TU INTER Polska S.A. umów o współpracy,
- reasekurator/zy**, z którymi Administrator podpisał umowę reasekuracji, w tym w państwach trzecich,
- Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-305), Al. Jerozolimskie 142B** – w przypadku udzielenia dobrowolnej zgody na udostępnienie do tego Towarzystwa Danych Osobowych w celach marketingowych.

4. Okres przechowywania danych

Dane Osobowe co do zasady będą przechowywane do czasu upływu terminu przedawnienia roszczeń. W związku z powyższym dane osobowe będą przechowywane przez okres 3 lat.

W przypadku danych przetwarzanych w związku z celami statystycznymi oraz procesami aktuarialnymi i sprawozdawczymi związanymi z prowadzeniem działalności ubezpieczeniowej, dane w zakresie ograniczonym do minimum niezbędnego do realizacji tych celów mogą być przetwarzane przez Administratora do 10 lat, a w niektórych przypadkach również bezterminowo.

5. Zasady gromadzenia danych

Podanie Danych Osobowych jest wymagane w zakresie danych niezbędnych do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia. Administrator wskazuje wyraźnie dane, których podanie jest wymagane, poprzez ich odpowiednie oznaczenie.

Ponadto Administrator danych, za zgodą osoby, której dane dotyczą może pozyskiwać informacje o okolicznościach związanych z weryfikacją podanych przez tę osobę danych o jej stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, w tym dane o stanie zdrowia, od podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub innych zakładów ubezpieczeniowych.

6. Prawa związane z przetwarzaniem Danych Osobowych

Osoba, której dane dotyczą może skorzystać wobec Administratora, w szczególności z następujących praw:

- prawa do żądania dostępu do swoich Danych Osobowych i uzyskania informacji na temat ich przetwarzania, a w przypadku gdyby były nieprawidłowe ma prawo do żądania ich sprostowania (zgodnie z art. 15 i 16 RODO),

- b) prawa do żądania ograniczenia przetwarzania jej danych w sytuacjach i na zasadach wskazanych w art. 18 RODO (Podmiot danych może żądać ograniczenia przetwarzania jego danych osobowych na okres weryfikacji ich prawidłowości lub do czasu rozpatrzenia jego sprzeciwu wobec przetwarzania danych. Prawo to przysługuje także w sytuacji gdy zdaniem podmiotu danych przetwarzanie jego danych jest niezgodne z prawem, lecz nie chce on aby dane te zostały od razu usunięte lub w przypadku gdy dane są mu potrzebne dłużej niż zakładał przyjęty okres przetwarzania, z uwagi na kwestie ustalenia lub obrony roszczeń),
- c) prawa do wycofania udzielonej wcześniej zgody na przetwarzanie, w tym udostępnienie, Danych Osobowych, co jednak nie będzie miało wpływu na legalność przetwarzania danych takiej osoby, które odbywało się w oparciu o tę przesłankę i miało miejsce przed skorzystaniem przez nią z prawa do wycofania zgody,
- d) prawa do żądania usunięcia danych zgodnie z art. 17 RODO („prawo do bycia zapomnianym“),
- e) prawa do przeniesienia Danych Osobowych zgodnie z art. 20 RODO, tj. do otrzymania od Administratora swoich danych osobowych w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego (przez komputer), a także do żądania ich przekazania do innego administratora danych; Prawo to dotyczy tylko danych dostarczonych Administratorowi przez osobę, której dane dotyczą i przetwarzanych na podstawie jej zgody lub zawartej z nią umowy i mających postać elektroniczną,
- f) prawa do wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania jej Danych Osobowych z przyczyn związanych z jej szczególną sytuacją, w przypadku, gdy dane są przetwarzane przez Administratora w ramach realizacji swoich prawnie usprawiedliwionych interesów (zgodnie z art. 21 ust. 1 RODO),
- g) prawa do wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania jej Danych Osobowych w celach związanych z marketingiem bezpośrednim, w tym wobec jej profilowania w celach marketingowych, w zakresie, w jakim przetwarzanie danych tej osoby jest związane z takim marketingiem bezpośrednim (zgodnie z art. 21 ust. 2 RODO).

W sprawach związanych z przetwarzaniem danych oraz realizacją praw przysługujących osobom, których te dane dotyczą można kontaktować się z Administratorem kierując korespondencję na adres Warszawa (02-305), Al. Jerozolimskie 142B) bądź na adres poczty elektronicznej: iodo@interpolska.pl, jak również z wyznaczonym przez Administratora inspektorem ochrony danych (IOD). Kontakt do IOD: Al. Jerozolimskie 142B, 02-305 Warszawa. Osoba, która złożyła wniosek lub żądanie dotyczące przetwarzania jej Danych Osobowych, w ramach korzystania z przysługujących jej praw, może zostać poproszona przez Administratora o odpowiedź na kilka pytań związanych z jej Danymi Osobowymi, które umożliwią weryfikację jej tożsamości.

Ponadto osoba, której dane dotyczą ma prawo wnieść w skargę na przetwarzanie jej danych osobowych przez Administratora do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).