

Pakiet INTER Vision

1. Ogólne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION
2. Aneks nr 1 i 2 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION
3. Aneks nr 3 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION
4. Szczególne Warunki Ubezpieczenia INTER VISION Assistance
5. Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION BASIC
6. Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION SILVER
7. Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION GOLD
8. Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION DIAMOND
9. Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION

§1

Postanowienia ogólne

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych warunków ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION, 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 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity: Dz. U. z 2003r. Nr 124, poz. 1151 z późn. zm.), z osobami fizycznymi, osobami prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi nieposiadającymi osobowości prawnej na rzecz osób fizycznych.
2. Wszystkie postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU muszą być, pod rygorem ich nieważności, sporządzone na piśmie.

§2

Definicje

Przez użyte w niniejszych OWU pojęcia rozumie się:

1. **choroba** – stan zagrażający zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego, wymagający pomocy medycznej, z wyłączeniem wrodzonych wad/anomalii fizycznych lub psychicznych,
2. **data przystąpienia** – dzień oznaczony na polisie, aneksie do polisy lub świadectwie ubezpieczenia,
3. **deklaracja** – formularz INTER Polska stanowiący integralną część umowy ubezpieczenia, na którym Ubezpieczony wyraża zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia grupowego,
4. **karencja** – czasowe ograniczenie odpowiedzialności INTER Polska,
5. **karta ubezpieczenia** – karta wydana przez INTER Polska uprawniająca do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w placówkach kontraktowych, ważna tylko z zaopatrzoną w zdjęcie dokumentem potwierdzającym tożsamość Ubezpieczonego,
6. **lekarz** – lekarz medycyny lub lekarz dentysta posiadający aktualne uprawnienia do wykonywania zawodu w Polsce, wykonujący zawód w zakresie swoich kwalifikacji i uprawnień,
7. **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe 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,
8. **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 §21,
9. **placówka kontraktowa** – lekarz lub zakład opieki zdrowotnej, z którym INTER Polska zawarł umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION,
10. **początek ubezpieczenia** – dzień oznaczony na polisie,
11. **polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia,
12. **rocznica polisy** – każda rocznica daty początku ubezpieczenia,
13. **rok ubezpieczeniowy** – 12 kolejnych miesięcy trwania umowy ubezpieczenia licząc od początku ubezpieczenia lub od rocznicy polisy,
14. **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, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, 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,
15. **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.
16. **świadczenie zdrowotne** – konieczna z medycznego punktu widzenia procedura medyczna wykonana Ubezpieczonemu podczas leczenia lub działań profilaktycznych,
17. **świadczenie** – pokrycie lub zwrot kosztów świadczenia zdrowotnego udzielonego w okresie odpowiedzialności INTER Polska lub świadczenie pieniężne,
18. **świadectwo ubezpieczenia** – dokument potwierdzający objęcie ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego w ramach ubezpieczenia grupowego,
19. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka nieposiadająca osobowości prawnej zawierająca umowę ubezpieczenia,
20. **ubezpieczenie grupowe** – umowa lub umowy ubezpieczenia zawierane na rzecz grupy osób trzecich, zdefiniowanej na podstawie jednolitego kryterium w porozumieniu z INTER Polska,
21. **ubezpieczenie indywidualne** – umowa ubezpieczenia zawierana na rzecz własną, rodziny lub wskazanych osób trzecich,
22. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której zawarto umowę ubezpieczenia,
23. **umowa ubezpieczenia** – umowa zawierana pomiędzy INTER Polska a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych OWU,
24. **wiek** – różnica pomiędzy rokiem bieżącym a rokiem urodzenia,
25. **wniosek** – formularz INTER Polska stanowiący integralną część umowy ubezpieczenia, na którym Ubezpieczający wyraża wolę zawarcia umowy ubezpieczenia; dodatkowo w ubezpieczeniu indywidualnym Ubezpieczony wyraża zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową,
26. **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,
27. **wykaz świadczeń zdrowotnych** – lista świadczeń zdrowotnych objętych umową ubezpieczenia,
28. **zdarzenie ubezpieczeniowe** – proces diagnostyczno–lecniczy 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.
2. Zakres ubezpieczenia jest określony na podstawie umowy ubezpieczenia, OWU i Szczególnych Warunków Ubezpieczenia, Wykazu świadczeń zdrowotnych oraz załączników.

§4

Terytorialny zasięg ochrony ubezpieczeniowej

Na podstawie zawartej umowy ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION INTER Polska udziela ochrony ubezpieczeniowej na terytorium Polski.

§5

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–lecniczej 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 spożywaniem 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 pogotowie ratunkowe (karetki reanimacyjne, karetki wypadkowe).
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 wydłużył lub próbował wydłużyć.

§6

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.
2. Umową ubezpieczenia indywidualnego mogą zostać objęte osoby, które nie ukończyły 60-tego roku życia.

3. Osoby, które nie ukończyły 6 roku życia mogą zostać objęte umową ubezpieczenia tylko łącznie z rodzicem lub opiekunem prawnym.

§7

Zawarcie umowy ubezpieczenia

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego, poprawnie wypełnionego wniosku.
2. W celu zawarcia umowy grupowego ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest również przedłożyć INTER Polska wypełnione i podpisane przez wszystkich Ubezpieczonych deklaracje.
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 lub zastosowania postanowień odmiennych do umowy ubezpieczenia (np. zwyczaj składki za ryzyko, dodatkowe wyłączenia odpowiedzialności).
6. INTER Polska zobowiązany jest podjąć decyzję w sprawie akceptacji, odmowy akceptacji wniosku lub dalszego negocjowania postanowień umowy ubezpieczenia, nie później niż w ciągu 30 dni od otrzymania wniosku i wszystkich wymaganych informacji. W przypadku akceptacji wniosku INTER Polska doręczy Ubezpieczającemu polisę. W przypadku woli dalszego negocjowania warunków umowy ubezpieczenia INTER Polska poinformuje Ubezpieczającego o swojej decyzji na piśmie zwracając uwagę na proponowane zmiany i wyznaczy 7-dniowy termin do zgłoszenia na piśmie akceptacji bądź sprzeciwu. Brak pisemnej akceptacji oznacza sprzeciw Ubezpieczającego. W takim przypadku umowę ubezpieczenia uważa się za niezawartą.
7. W razie wątpliwości umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą doręczenia przez INTER Polska Ubezpieczającemu polisy, chyba że w odpowiedzi na wniosek INTER Polska doręczył Ubezpieczającemu polisę zawierającą postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonego przez niego wniosku, INTER Polska obowiązany jest zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu tej polisy, wyznaczając mu co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie są skuteczne, a umowa ubezpieczenia jest zawarta zgodnie z warunkami wniosku.
8. W przypadku ubezpieczenia grupowego potwierdzeniem objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego jest świadectwo ubezpieczenia wystawione przez INTER Polska.
9. Po zawarciu umowy ubezpieczenia Ubezpieczony otrzymuje kartę ubezpieczenia.

§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 §18 ust. 3 i 4, z zastrzeżeniem §21.
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 §21.
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 §11.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do Ubezpieczonego wygasa:
 - a) z dniem wypowiedzenia lub rozwiązania umowy ubezpieczenia zgodnie z §18,
 - b) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
 - c) w ubezpieczeniu indywidualnym – w ostatnim dniu roku ubezpieczeniowego, w którym przypada 65 rocznica urodzin Ubezpieczonego,
 - d) w ubezpieczeniu grupowym – w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczający wskazał danego Ubezpieczonego jako osobę występującą z ubezpieczenia.
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 §18.

§10

Zmiana warunków umowy ubezpieczenia

1. Zmiana warunków umowy ubezpieczenia możliwa jest w rocznicę polisy, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Ubezpieczający ma prawo zmiany wariantu ubezpieczenia na niższy nie wcześniej niż w drugą rocznicę polisy i nie częściej niż raz na 2 lata.
3. INTER Polska dokonuje zmiany warunków umowy ubezpieczenia na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego, który rozpatrywany będzie zgodnie z §7 i który powinien zostać doręczony INTER Polska najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy.
4. Zmiana warunków umowy ubezpieczenia jest skuteczna od dnia określonego na aneksie do polisy lub świadectwie ubezpieczenia.

§11

Karencja

1. Okres karencji ma zastosowanie w ubezpieczeniach indywidualnych, chyba że postanowienia umowy ubezpieczenia stanowią inaczej.
2. Okresu karencji nie stosuje się w ubezpieczeniach grupowych, chyba że postanowienia umowy ubezpieczenia stanowią inaczej.
3. Okres karencji liczony jest od daty przystąpienia do ubezpieczenia.
4. Ogólny okres karencji w odniesieniu do świadczeń wynosi 3 miesiące.
5. Ogólnego okresu karencji nie stosuje się w przypadku uiszczenia przez Ubezpieczającego jednorazowej składki określonej w taryfie i płatnej wraz z pierwszą składką lub jej ratą zgodnie z §12 ust. 5.
6. Ogólnego okresu karencji nie stosuje się w przypadku konieczności udzielenia świadczenia zdrowotnego związanego z nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem, iż koszty tych świadczeń refundowane są wyłącznie na podstawie rachunku, zgodnie z §13 ust. 5 – 10.
7. Szczególny okres karencji w odniesieniu do świadczeń udzielanych w związku z ciążą i porodem, leczeniem dentystycznym, ortodontycznym lub protetycznym wynosi 8 miesięcy.
8. W przypadku wprowadzenia zmian do umowy ubezpieczenia, zgodnie z §10, okres karencji w stosunku do rozszerzonego zakresu ochrony ubezpieczeniowej stosuje się odpowiednio jak w ust. 1 – 7.

§12

Składka

1. Składka w ubezpieczeniach indywidualnych wynika z taryfy stosowanej przez INTER Polska w dniu zawierania umowy ubezpieczenia stosownie do wieku Ubezpieczonego oraz oceny ryzyka.
2. Składka w ubezpieczeniach grupowych ustalana jest w dniu zawierania umowy ubezpieczenia na podstawie cech grupy, w szczególności struktury wiekowej i liczebności oraz oceny ryzyka.
3. Zmiana wysokości składki w rocznicę polisy wynika z przejścia do nowej grupy wiekowej i/lub oceny ryzyka.
4. Składka opłacana jest w terminach i z częstotliwością wskazaną na polisie.
5. Składka jest opłacana rocznie lub w ratach miesięcznych, kwartalnych, półrocznych.
6. Składka opłacana jest przelewem na rachunek bankowy wskazany przez INTER Polska.
7. 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.
8. Jeżeli INTER Polska 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.
9. Jeżeli Ubezpieczający nie opłacił składki lub raty składki w terminie o którym mowa w ust. 5, INTER Polska wzywa Ubezpieczającego do zapłaty składki lub raty składki wyznaczając mu dodatkowy 7 dniowy termin płatności liczony od dnia otrzymania

wwezania. Niezapłacenie składki lub raty składki w dodatkowym terminie powoduje ustanie odpowiedzialności INTER Polska, co jest równoznaczne z rozwiązaniem umowy ubezpieczenia. W wezwaniu podane zostaną skutki niezapłacenia składki lub raty składki w dodatkowym terminie.

10. W przypadku zaległości w opłacaniu składek przekazywane wpłaty przeznaczone są w pierwszej kolejności na pokrycie należności najbardziej przeterminowanych.
11. W przypadku wygaśnięcia umowy ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

§13

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, rehabilitantów.
2. Zasady realizacji poszczególnych świadczeń zostały określone w Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia.
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 karty ubezpieczenia wraz z dowodem tożsamości.
5. W innym przypadku niż wskazany w ust. 3, INTER Polska zwraca poniesione koszty świadczeń zdrowotnych do wysokości określonej w wykazie świadczeń zdrowotnych, na podstawie pisemnego zgłoszenia roszczenia na 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 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 opłacaniu 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, 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 wniosku lub deklaracji.

§14

Obowiązki Ubezpieczającego / Ubezpieczonego

1. Ubezpieczający/Ubezpieczony jest zobowiązany podać do wiadomości INTER Polska wszystkie znane sobie okoliczności, o które INTER Polska pytał w wniosku 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. Ubezpieczony jest zobowiązany używać karty ubezpieczenia tylko zgodnie z jej przeznaczeniem i nie udostępniać jej osobom trzecim. Ubezpieczony jest zobowiązany do zaprzestania używania karty ubezpieczenia w przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.
6. W ubezpieczeniu grupowym 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.
4. Jeśli INTER Polska dokonuje zmian OWU lub wysokości składek ubezpieczeniowych zgodnie z postanowieniem §21, Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia względem Ubezpieczonego (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.
5. Jeżeli w przypadku umowy ubezpieczenia, obejmującej więcej niż jednego Ubezpieczonego istnieją przesłanki do zmiany wysokości składki zgodnie §15 ust. 2, to wykonanie ww. uprawnień może zostać ograniczone tylko do tych osób.
6. 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.
7. 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) Ubezpieczony nie używał karty ubezpieczenia zgodnie z jej przeznaczeniem, w szczególności jeśli udostępnił ją osobom trzecim,
 - c) Ubezpieczający/Ubezpieczony wyłudził lub próbował wyłudzić świadczenie.

§15

Skutki naruszenia obowiązków

1. W przypadku, gdy Ubezpieczający/Ubezpieczony nie dopełni obowiązków określonych w §14 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, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.
3. W przypadku, gdy Ubezpieczający nie dopełni obowiązku określonego w §14 ust. 6 zmiany zgłoszone przez Ubezpieczającego będą skuteczne z początkiem następnego miesięcznego okresu ubezpieczenia.

§16

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.

§17

Postępowanie w sprawie skarg i zażaleń

Ubezpieczającemu oraz Ubezpieczonemu przysługuje prawo składania skarg i zażaleń na piśmie do Zarządu INTER Polska. Skargi i zażalenia są rozpatrywane w terminie 30 dni od dnia ich wpływu do Zarządu INTER Polska.

§18

Wypowiedzenie i rozwiązanie umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni (osoba fizyczna) lub 7 dni (przedsiębiorca) od daty jej zawarcia.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłaty składki za okres, w jakim INTER Polska udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
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 §21.

§19

Oświadczenia woli

1. Zawiadomienia i oświadczenia Ubezpieczającego/ Ubezpieczonego 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.

§20

Właściwość terytorialna sądu

Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

§21

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.

§22

Postanowienia końcowe

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

§23

Zatwierdzenie i wejście w życie ogólnych warunków ubezpieczenia

1. Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone Uchwałą nr 40/2009 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 24.09.2009 r., zmienione Uchwałą nr 61/2012 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 29.11.2012 r. i zmienione Uchwałą nr 35/2013 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 23.07.2013 r.
2. Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 01.09.2013 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01.09.2013 r.



Janusz Szulik
Prezes Zarządu



Roberto Svenda
Członek Zarządu

ANEKS nr 1

do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION zatwierdzonych Uchwałą nr 40/2009

Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 24.09.2009 r., zmienionych Uchwałą nr 61/2012

Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 29.11.2012 r. i zmienionych Uchwałą nr 35/2013

Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 23.07.2013 r.

wprowadzony Uchwałą Zarządu TU INTER Polska S.A. nr 70/2015 z dnia 22.12.2015 r., wchodzi w życie z dniem zatwierdzenia i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01.01.2016 r.

INFORMACJA O UBEZPIECZENIU INTER VISION

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty świadczenia	<p>Ogólne warunki ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION: § 2 ust. 1, 7, 16, 28; § 3; § 13 ust. 5, 6, 8</p> <p>Szczególne warunki ubezpieczenia INTER VISION Assistance: § 1 ust. 3, 6; § 2</p> <p>Szczególne warunki ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION Basic: § 1 ust. 1, 2, 3</p> <p>Szczególne warunki ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION Silver: § 1 ust. 1, 2, 3</p> <p>Szczególne warunki ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION Gold: § 1 ust. 1, 2, 3</p> <p>Szczególne warunki ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION Diamond: § 1 ust. 1, 2, 3</p> <p>Wykaz świadczeń zdrowotnych TU INTER Polska S.A. realizowanych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION: Wykazy nr 1-8</p>
2. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności INTER Polska uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	<p>Ogólne warunki ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION: § 2 ust. 4, 14, 26; § 5; § 9 ust. 4, 5; § 11; § 13 ust. 7, 12; § 15 ust. 1</p> <p>Szczególne warunki ubezpieczenia INTER VISION Assistance: § 2 ust. 2; § 3 ust. 4 i 5; § 4</p> <p>Szczególne warunki ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION Silver: § 1 ust. 2 pkt. 5-7</p> <p>Szczególne warunki ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION Gold: § 1 ust. 2 pkt. 6-10</p> <p>Szczególne warunki ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION Diamond: § 1 ust. 2 pkt. 6-10, 12</p> <p>Wykaz świadczeń zdrowotnych TU INTER Polska S.A. realizowanych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION: Wykazy nr 1-8</p>

I. Na mocy niniejszego Aneksu wprowadza się następujące zmiany do OWU:

1. W § 1 OWU „**Postanowienia ogólne**” dodaje się ust. 3-9 o następującym brzmieniu:
 3. W przypadku zawarcia Umowy na cudzy rachunek:
 - 1) Ubezpieczający umożliwia Ubezpieczonemu zapoznanie się z warunkami ubezpieczenia oraz wszelkimi innymi informacjami dotyczącymi praw i obowiązków Ubezpieczonego wynikających z Umowy,
 - 2) 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,
 - 3) Ubezpieczony może żądać by INTER Polska udzieliła 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,
 - 4) z zastrzeżeniem pkt. 5), Ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od INTER Polska,
 - 5) roszczenie o zapłatę składki przysługuje INTER Polska wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu,
 - 6) INTER Polska może podnieść zarzut mający wpływ na jej odpowiedzialność również przeciwko Ubezpieczonemu.
 4. Jeżeli w terminach określonych w umowie INTER Polska nie wypłaci świadczenia, zawiadamia na piśmie:
 - 1) osobę zgłaszającą roszczenie oraz
 - 2) 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.
 5. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, INTER Polska informuje o tym na piśmie:
 - 1) osobę występującą z roszczeniem oraz
 - 2) 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.
 6. 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.
 7. 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.
 8. 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.
 9. INTER Polska jest zobowiązane do:
 - 1) doręczenia Ubezpieczającemu tekstu OWU przed zawarciem umowy ubezpieczenia,
 - 2) wydania Ubezpieczającemu polisy ubezpieczeniowej,
 - 3) wydania Ubezpieczonemu w ramach ubezpieczenia grupowego świadectwa ubezpieczenia,
 - 4) wydania ubezpieczonemu karty ubezpieczenia,
 - 5) udzielania Ubezpieczającemu informacji o sposobie i trybie rozpatrywania reklamacji, skarg lub zażaleń oraz o organie właściwym do ich rozpatrzenia,
 - 6) 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. W § 13 OWU „**Realizacja świadczeń**” ust. 5 otrzymuje następujące brzmienie:
 5. W innym przypadku niż wskazany w ust. 3, INTER Polska zwraca poniesione koszty świadczeń zdrowotnych do wysokości określonej w wykazie świadczeń zdrowotnych, na podstawie pisemnego zgłoszenia roszczenia, zawierającego wszystkie informacje wskazane na formularzu INTER Polska wraz z załącznikami. Załącznikami są oryginały rachunków/faktur i inne dokumenty niezbędne do realizacji świadczenia. W takiej sytuacji po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, INTER Polska informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności INTER Polska lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego, zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy ubezpieczenia.
 3. W § 13 OWU „**Realizacja świadczeń**” dodaje się ust. 14 o następującym brzmieniu:
 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.
 4. § 17 OWU „**Postępowanie w sprawie skarg i zażaleń**” otrzymuje tytuł „**Postępowanie w sprawie reklamacji, skarg i zażaleń**” i otrzymuje następujące brzmienie:
 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 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 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.
5. W § 18 OWU „**Wypowiedzenie i rozwiązanie umowy ubezpieczenia**” ust. 1 i 2 otrzymują następujące brzmienie:
 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 wystąpić 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. 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.
 2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub wystąpienie Ubezpieczonego z ubezpieczenia grupowego nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłaty składki za okres, w jakim INTER Polska udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
6. § 20 OWU „**Właściwość terytorialna sądu**” otrzymuje następujące brzmienie:
 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.

II. Postanowienia końcowe:

1. Pozostałe postanowienia OWU nie ulegają zmianie.
2. Niniejszy Aneks został zatwierdzony Uchwałą nr 70/2015 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 22.12.2015 r.
3. Niniejszy Aneks wchodzi w życie z dniem zatwierdzenia i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01.01.2016 r.



Janusz Szulik
Prezes Zarządu



Roberto Svenda
Członek Zarządu

ANEKS nr 2 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION zatwierdzonych Uchwałą nr 40/2009 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 24.09.2009 r., zmienione Uchwałą nr 61/2012 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 29.11.2012 r. i zmienione Uchwałą nr 35/2013 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 23.07.2013 r.

1. 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.
2. Aneks został zatwierdzony Uchwałą Zarządu TU INTER Polska S.A. nr 94/2016 z dnia 30.12.2016 r.
3. Niniejszy Aneks wchodzi w życie z dniem zatwierdzenia i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 10.01.2017 r.



Janusz Szulik
Prezes Zarządu



Roberto Svenda
Członek Zarządu

ANEKS nr 3

do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION
zatwierdzonych Uchwałą nr 40/2009 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 24.09.2009 r.,
zmienionych Uchwałą nr 61/2012 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 29.11.2012 r.
i zmienionych Uchwałą nr 35/2013 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 23.07.2013 r.
wprowadzony Uchwałą Zarządu TU INTER Polska S.A. nr 5/2021 z dnia 26.01.2021 r.,
wchodzi w życie z dniem zatwierdzenia i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych
od dnia 01.03.2021 r.

INFORMACJA O UBEZPIECZENIU INTER VISION

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty świadczenia	<p>Ogólne warunki ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION: § 2 ust. 1, 7, 16, 28; § 3; § 13 ust. 5, 6, 8</p> <p>Szczególne warunki ubezpieczenia INTER VISION Assistance: § 1 ust. 3, 6; § 2</p> <p>Szczególne warunki ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION Basic: § 1 ust. 1, 2, 3</p> <p>Szczególne warunki ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION Silver: § 1 ust. 1, 2, 3</p> <p>Szczególne warunki ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION Gold: § 1 ust. 1, 2, 3</p> <p>Szczególne warunki ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION Diamond: § 1 ust. 1, 2, 3</p> <p>Wykaz świadczeń zdrowotnych TU INTER Polska S.A. realizowanych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION: Wykazy nr 1-8</p>
2. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności INTER Polska uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	<p>Ogólne warunki ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION: § 2 ust. 4, 14, 26; § 5; § 9 ust. 4, 5, 6; § 11; § 13 ust. 7, 12; § 15 ust. 1</p> <p>Szczególne warunki ubezpieczenia INTER VISION Assistance: § 2 ust. 2; § 3 ust. 4 i 5; § 4</p> <p>Szczególne warunki ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION Silver: § 1 ust. 2 pkt. 5-7</p> <p>Szczególne warunki ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION Gold: § 1 ust. 2 pkt. 6-10</p> <p>Szczególne warunki ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION Diamond: § 1 ust. 2 pkt. 6-10, 12</p> <p>Wykaz świadczeń zdrowotnych TU INTER Polska S.A. realizowanych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION: Wykazy nr 1-8</p>

I. Na mocy niniejszego Aneksu wprowadza się następujące zmiany do OWU:

1. W § 2 dodaje się ust. 29 o następującym brzmieniu:

ust. 29 dzienny zasiłek szpitalny – świadczenie wypłacane w razie choroby Ubezpieczonego, jego wypadku lub leczenia związanego z ciążą i porodem za każdą dobę koniecznego z punktu widzenia medycznego leczenia szpitalnego, jeśli pobyt w szpitalu był dłuższy niż 24 godziny. INTER Polska wypłaca dzienny zasiłek szpitalny za maksymalnie 90 dób pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w roku ubezpieczeniowym. W przypadku leczenia Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobami psychicznymi i psychiatrycznymi prawo do dziennego zasiłku szpitalnego nie przysługuje.

2. § 9 ust.5 otrzymuje następujące brzmienie:

Ochrona ubezpieczeniowa kończy się w przypadku zdarzeń ubezpieczeniowych, które nie zakończyły się w czasie okresu ubezpieczenia, wraz z rozwiązaniem umowy ubezpieczenia zgodnie z § 18, z zastrzeżeniem § 9 ust. 6.

3. W § 9 dodaje się ust. 6 o następującym brzmieniu:

INTER Polska wypłaca dzienny zasiłek szpitalny bez względu na zakończenie ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu Ubezpieczonego rozpoczął się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

II. Postanowienia końcowe

1. Pozostałe postanowienia OWU nie ulegają zmianie.
2. Niniejszy Aneks został zatwierdzony Uchwałą nr 5/2021 Zarządu TU INTER Polska z dnia 26.01.2021 r.
3. Niniejszy Aneks wchodzi w życie z dniem zatwierdzenia i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 01.03.2021 r.



Janusz Szulik
Prezes Zarządu



Wioletta Rogosz
Członek Zarządu

Szczególne Warunki Ubezpieczenia INTER VISION Assistance

Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia INTER VISION Assistance, zwane dalej SWU, mają zastosowanie wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A.

§1 Definicje

Użyty w niniejszym SWU określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe określenia oznaczają zaś:

1. **Centrum Operacyjne** – przedstawiciel INTER Polska udzielający pomocy 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu w zakresie i na zasadach określonych w niniejszych SWU,
2. **lekarz uprawniony** – lekarz konsultant zatrudniony w Centrum Operacyjnym,
3. **nagle zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu Ubezpieczonego, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej,
4. **osoba wyznaczona do opieki nad dzieckiem (dziećmi) lub osobami niesamodzielnymi** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego w czasie rozmowy telefonicznej z konsultantem Centrum Operacyjnego do opieki nad jego dzieckiem (dziećmi) lub osobami niesamodzielnymi na czas pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, zamieszkała na terenie kraju zamieszkania Ubezpieczonego,
5. **usługi assistance** – usługi polegające na zorganizowaniu i pokryciu kosztów pomocy udzielonej Ubezpieczonemu oraz zapewnieniu usług informacyjnych w zakresie i na zasadach określonych w niniejszych SWU,
6. **zdarzenie ubezpieczeniowe** – nieszczęśliwy wypadek lub nagle zachorowanie Ubezpieczonego powodujące uszkodzenie ciała lub rozstrój jego zdrowia, zaistniałe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wymagające pomocy medycznej, z wyłączeniem sytuacji zagrożenia życia, wymagających działań w trybie nagłym, wchodzących w zakres medycznej pomocy doraźnej realizowanej przez pogotowie ratunkowe (karetki reanimacyjne, karetki wypadkowe).

§2 Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia są udzielone Ubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności INTER Polska usługi assistance polegające na:
 - 1) zorganizowaniu i pokryciu kosztów pomocy medycznej dla Ubezpieczonego w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 2) udzielaniu usług informacyjnych zgodnie z ust. 3 niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie odpowiedzialności INTER Polska Centrum Operacyjne zapewni Ubezpieczonemu:
 - 1) **wizytę domową** lekarza w miejscu pobytu Ubezpieczonego – Centrum Operacyjne zorganizuje, pokryje koszty dojazdu do miejsca pobytu Ubezpieczonego oraz koszty honorariów.
W ramach jednego zdarzenia ubezpieczeniowego przysługuje Ubezpieczonemu 1 wizyta domowa,
 - 2) **transport medyczny** do i z placówki medycznej oraz pomiędzy placówkami medycznymi – Centrum Operacyjne zorganizuje i pokryje koszty transportu medycznego Ubezpieczonego,
 - 3) **wizytę pielęgniarki** w miejscu pobytu Ubezpieczonego – Centrum Operacyjne zorganizuje, pokryje koszty dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego oraz pokryje koszty honorariów,
 - 4) **pomoc psychologa** – jeżeli na skutek nieszczęśliwego wypadku lub trudnych sytuacji losowych takich jak: zgon dziecka lub urodzenie martwego dziecka, zgon współmałżonka, zgon konkubiny/konkubenta, zgon rodziców/teściów, będzie wskazana konsultacja z psychologiem, Centrum Operacyjne zorganizuje i pokryje koszty wizyt u psychologa.

Centrum Operacyjne, na prośbę Ubezpieczonego, udzieli informacji w zakresie możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego.

Limit dla usług assistance wymienionych w § 2 ust. 2 pkt 1 – 4 wynosi 1 000 PLN na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe.

- 5) **organizację procesu rehabilitacyjnego** w domu lub w poradni rehabilitacyjnej – Centrum Operacyjne:
 - a) zorganizuje i pokryje koszty wizyt fizykoterapeuty w domu Ubezpieczonego lub
 - b) zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej
 do łącznej kwoty 800 PLN w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 6) **organizację wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego** – Centrum Operacyjne zorganizuje i pokryje koszty zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego do łącznej kwoty 600 PLN w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 7) **dostawę leków** – jeśli Ubezpieczony w następstwie choroby wymaga leżenia zgodnie ze wskazaniem lekarza określonym w zwolnieniu lekarskim, Centrum Operacyjne zorganizuje dostawę leków dla Ubezpieczonego i pokryje jej koszty do łącznej kwoty 250 PLN w okresie danej choroby.
Leki muszą zostać przepisane przez lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego. Centrum Operacyjne nie pokrywa kosztów zakupu leków, środków opatrunkowych i innych medykamentów,
- 8) **organizację opieki nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi** – w przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu trwającego dłużej niż 3 doby, Centrum Operacyjne zorganizuje i pokryje koszty opieki nad dziećmi (osobami niesamodzielnymi) w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego do łącznej kwoty 400 PLN w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Usługi informacyjne – Centrum Operacyjne udzieli Ubezpieczonemu informacji telefonicznej odnośnie:
 - a) informacji teleadresowych o placówkach kontraktowych INTER Polska,
 - b) zakresu wariantów ubezpieczenia INTER VISION,
 - c) placówek służby zdrowia na terenie RP,
 - d) aptek na terenie RP czynnych przez 24h/na dobę,
 - e) diet,
 - f) ciąży,
 - g) profilaktyki,
 - h) leków,
 - i) instrukcji przygotowania do zabiegów i badań medycznych,
 - j) profilaktyki zachorowań na grype,
 - k) grup wsparcia i telefonach zaufania w Polsce,
 - l) informacji dla podróżnych (szczepień, zagrożeń epidemiologicznych).

Infolinia medyczna na życzenie Ubezpieczonego zapewni mu możliwość rozmowy z lekarzem dyżurującym.

§3 Realizacja usługi assistance (postępowanie w przypadku wystąpienia zdarzenia)

1. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w celu skorzystania ze świadczenia zdrowotnego Ubezpieczony jest zobowiązany, przed podjęciem działań we własnym zakresie, skontaktować się z Centrum Operacyjnym pod numerem telefonu (022) 333 77 77.
2. Ubezpieczony powinien podać następujące informacje:
 - 1) potrzebne do celów identyfikacyjnych: imię i nazwisko, PESEL lub datę urodzenia, adres zamieszkania lub adres pobytu,

- 2) numer telefonu do skontaktowania się z Ubezpieczonym,
 - 3) krótki opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
 - 4) dane dotyczące osoby wyznaczonej do opieki nad dzieckiem (dziećmi) lub osobami niesamodzielnymi,
 - 5) inne informacje niezbędne do zorganizowania pomocy w ramach usług assistance.
3. Lekarz uprawniony dokonuje oceny, czy ma miejsce zdarzenie ubezpieczeniowe oraz weryfikuje uprawnienia Ubezpieczonego do usługi assistance, w szczególności wykorzystanie limitów określonych w § 2.
 4. W przypadku, gdy Ubezpieczony nie wypełnił obowiązków określonych w ust. 2, Centrum Operacyjne ma prawo odmówić spełnienia usługi assistance, o ile wskutek braku niezbędnych informacji realizacja tego zlecenia byłaby niemożliwa.
 5. Centrum Operacyjne nie podejmuje żadnych czynności, a Ubezpieczyciel jest zwolniony z pokrycia kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego, jeżeli uprzednio nie zostało poinformowane o zdarzeniu, chyba że powiadomienia nie dokonano z powodu siły wyższej lub nadzwyczajnych okoliczności.
 6. Jeśli Ubezpieczony nie może wykonać czynności wymienionych w niniejszym paragrafie, czynności te może wykonać osoba wskazana przez Ubezpieczonego lub inna działająca na jego rzecz.

§ 4

Wyłączenia odpowiedzialności

1. INTER Polska nie odpowiada za skutki zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych z przyczyn określonych w § 5 OWU. Ponadto INTER Polska nie odpowiada za następstwa zdarzeń ubezpieczeniowych jeśli:

- 1) konieczność udzielenia Ubezpieczonemu usługi assistance nie jest bezpośrednio lub pośrednio związana z nieszczęśliwym wypadkiem lub nagłym zachorowaniem Ubezpieczonego,
- 2) są skutkiem zdarzeń wynikających z uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych,
- 3) są następstwem chorób psychicznych, encefalopatii pourazowych (pourazowych uszkodzeń mózgu), nerwic.

§ 5

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych SWU stosuje się OWU.
2. Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone Uchwałą nr 40/2009 Zarządu INTER Polska S.A. z dnia 24.09.2009 r., zmienione Uchwałą nr 4/2011 Zarządu INTER Polska S.A. z dnia 15.03.2011 r. i zmienione Uchwałą nr 61/2012 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 29.11.2012 r.
3. Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 21.12.2012 r. i mają zastosowanie do umów zawieranych od dnia 21.12.2012 r.



Janusz Szulik
Prezes Zarządu



Roberto Svenda
Członek Zarządu

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION BASIC

Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION BASIC, zwane dalej SWU, stosuje się do umów ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A.

§1

Zakres świadczeń INTER Polska

1. Zakres świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach ubezpieczenia INTER VISION BASIC określony jest w wykazie świadczeń zdrowotnych. Zasady realizacji świadczeń zdrowotnych określone są w §13 OWU.
2. W ramach ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION BASIC INTER Polska pokrywa:
 - 1) **Koszty ambulatoryjnych konsultacji lekarskich** (z wyłączeniem lekarza dentystry, lekarza rehabilitacji medycznej oraz lekarza medycyny pracy) **oraz leczenia ambulatoryjnego** zgodnie z Wykazem nr 1 „Konsultacje i zabiegi ambulatoryjne”.
 - 2) **Koszty ambulatoryjnie przeprowadzonych badań laboratoryjnych** zaleconych przez lekarza specjalistę, zgodnie z Wykazem nr 2 „Laboratorium”.
 - 3) **Koszty ambulatoryjnie przeprowadzonych badań diagnostycznych** zaleconych przez lekarza specjalistę, zgodnie z Wykazem nr 3 „Diagnostyka”.
 - 4) **Koszty profilaktycznego przeglądu stanu zdrowia** zgodnie z Wykazem nr 8 „Profilaktyka”.
3. Usługi Assistance:
 - wizyta domowa lekarza,
 - transport medyczny,

- wizyta pielęgniarki,
- pomoc psychologa,
- organizacja procesu rehabilitacyjnego,
- organizacja wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego,
- dostawa leków,
- organizację opieki nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi,
- infolinia medyczna.

Usługi assistance realizowane są na zasadach określonych w odrębnych Szczególnych warunkach ubezpieczenia.

4. Ubezpieczenia dodatkowe:

- 1) W ramach ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION BASIC Ubezpieczający może rozszerzyć zakres ochrony o ubezpieczenia dodatkowe.
- 2) Zakres ochrony ubezpieczenia dodatkowego regulują odrębne Szczególne warunki dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego.

§ 2

Zatwierdzenie i wejście w życie szczególnych warunków ubezpieczenia

1. Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone Uchwałą nr 40/2009 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 24.09.2009 r. i zmienione Uchwałą nr 61/2012 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 29.11.2012 r.
2. Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 21.12.2012 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 21.12.2012 r.


Janusz Szulik
Prezes Zarządu


Roberto Svenda
Członek Zarządu

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION SILVER

Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION SILVER, zwane dalej SWU, stosuje się do umów ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A.

§1 Zakres świadczeń INTER Polska

1. Zakres świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach ubezpieczenia INTER VISION SILVER określony jest w wykazie świadczeń zdrowotnych. Zasady realizacji świadczeń zdrowotnych określone są w §13 OWU.

2. W ramach ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION SILVER INTER Polska pokrywa:

- 1) **Koszty ambulatoryjnych konsultacji lekarskich** (z wyłączeniem lekarza denty, lekarza rehabilitacji medycznej oraz lekarza medycyny pracy) oraz leczenia ambulatoryjnego zgodnie z Wykazem nr 1 „Konsultacje i zabiegi ambulatoryjne”.
- 2) **Koszty ambulatoryjnie przeprowadzonych badań laboratoryjnych** zaleconych przez lekarza specjalistę, zgodnie z Wykazem nr 2 „Laboratorium”.
- 3) **Koszty ambulatoryjnie przeprowadzonych badań diagnostycznych** zaleconych przez lekarza specjalistę, zgodnie z Wykazem nr 3 „Diagnostyka”.
- 4) **Koszty leczenia dentystrycznego**

INTER Polska pokrywa koszty świadczeń (koszty materiałów i robocizny) zgodnie z Wykazem nr 6 „Dentystyka”.

- 5) **Koszty leczenia ortodontycznego**

Koszty leczenia ortodontycznego (koszty materiałów i robocizny) objęte są ochroną w przypadku Ubezpieczonych do 18 roku życia do wysokości:

- 1 000 PLN w ciągu pierwszego roku ubezpieczeniowego,
- 2 000 PLN w ciągu dwóch pierwszych lat ubezpieczeniowych,
- 3 000 PLN w ciągu trzech pierwszych lat ubezpieczeniowych,
- 4 000 PLN w ciągu czterech pierwszych lat ubezpieczeniowych,
- 4 000 PLN w ciągu każdych kolejnych czterech lat ubezpieczeniowych.

Powyższe limity dotyczą czasu trwania umowy w wariantcie INTER VISION SILVER.

W przypadku ubezpieczenia dzieci bez rodzica lub opiekuna prawnego, koszty leczenia ortodontycznego są wyłączone z zakresu ochrony ubezpieczeniowej.

Ubezpieczony jest zobowiązany przed rozpoczęciem leczenia przedłożyć INTER Polska plan przebiegu leczenia wraz z kosztorysem oraz z uzasadnieniem medycznej konieczności przeprowadzenia zabiegu. INTER Polska zobowiązuje się do bezwzględnego zbadania tego planu. INTER Polska pokrywa koszty świadczeń ortodontycznych powstałe po akceptacji planu leczenia wyłącznie na podstawie rachunku na zasadach określonych w § 13 pkt 5 – 10 OWU.

- 6) **Koszty środków pomocniczych**

INTER Polska pokrywa koszt zakupu lub wypożyczenia środków pomocniczych koniecznych do zastosowania w związku z zabiegiem chirurgicznym wykonywanym w trakcie leczenia szpitalnego, na podstawie rachunku (na zasadach określonych w § 13 pkt 5–10 OWU) oraz kopii potwierdzenia medycznej konieczności zakupu danego środka, zgodnie z Wykazem nr 4 „Środki pomocnicze”.

Świadczenie związane ze środkiem pomocniczym danego rodzaju przysługuje raz w roku ubezpieczeniowym.

- 7) **Dzienny zasiłek szpitalny**

INTER Polska wypłaca w razie choroby Ubezpieczonego, jego wypadku lub leczenia związanego z ciążą i porodem dzienny zasiłek w wysokości 100 PLN za każdą dobę koniecznego z punktu widzenia medycznego leczenia szpitalnego Ubezpieczonego, jeśli pobyt w szpitalu był dłuższy niż 24 godziny, z zastrzeżeniem, iż INTER Polska wypłaca dzienny zasiłek szpitalny za maksymalnie 90 dób pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w roku ubezpieczeniowym.

Przy zgłoszeniu roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu dziennego zasiłku szpitalnego, INTER Polska wymaga przedłożenia kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub kopii karty wypisu ze szpitala.

W przypadku leczenia Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobami psychicznymi i psychiatrycznymi nie przysługuje prawo do otrzymania dziennego zasiłku szpitalnego.

- 8) **Koszty profilaktycznego przeglądu stanu zdrowia** zgodnie z Wykazem nr 8 „Profilaktyka”

3. Usługi Assistance:

- wizyta domowa lekarza,
- transport medyczny,
- wizyta pielęgniarki,
- pomoc psychologa,
- organizacja procesu rehabilitacyjnego,
- organizacja wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego,
- dostawa leków,
- organizację opieki nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi,
- infolinia medyczna.

Usługi assistance realizowane są na zasadach określonych w odrębnych Szczególnych warunkach ubezpieczenia.

4. **Ubezpieczenia dodatkowe:**

- 1) W ramach ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION SILVER Ubezpieczający może rozszerzyć zakres ochrony o ubezpieczenia dodatkowe.
- 2) Zakres ochrony ubezpieczenia dodatkowego regulują odrębne Szczególne warunki dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego.

§ 2

Zatwierdzenie i wejście w życie szczególnych warunków ubezpieczenia

1. Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone Uchwałą nr 40/2009 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 24.09.2009 r. i zmienione Uchwałą nr 61/2012 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 29.11.2012 r.
2. Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 21.12.2012 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 21.12.2012 r.


Janusz Szulik
Prezes Zarządu


Roberto Svenda
Członek Zarządu

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION GOLD

Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION GOLD, zwane dalej SWU, stosuje się do umów ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A.

§1

Zakres świadczeń INTER Polska

1. Zakres świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach ubezpieczenia INTER VISION GOLD określony jest w wykazie świadczeń zdrowotnych. Zasady realizacji świadczeń zdrowotnych określone są w §13 OWU.
2. W ramach ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION GOLD INTER Polska pokrywa:
 - 1) **Koszty ambulatoryjnych konsultacji lekarskich** (z wyłączeniem lekarza denty, lekarza rehabilitacji medycznej oraz lekarza medycyny pracy) oraz leczenia ambulatoryjnego zgodnie z Wykazem nr 1 „Konsultacje i zabiegi ambulatoryjne”.
 - 2) **Koszty domowych wizyt lekarskich** internistów, pediatrów i lekarzy rodzinnych, w wyniku nieszczęśliwego wypadku i nagłego zachorowania.
Koszty domowych wizyt lekarskich pokrywane są na podstawie rachunku na zasadach określonych w § 13 pkt 5–10 OWU oraz realizowane są w ramach usług assistance na zasadach określonych w odrębnych Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia.
 - 3) **Koszty ambulatoryjnie przeprowadzonych badań laboratoryjnych** zaleconych przez lekarza specjalistę, zgodnie z Wykazem nr 2 „Laboratorium”.
 - 4) **Koszty ambulatoryjnie przeprowadzonych badań diagnostycznych** zaleconych przez lekarza specjalistę, zgodnie z Wykazem nr 3 „Diagnostyka”.
 - 5) **Koszty leczenia denty**
INTER Polska pokrywa koszty świadczeń (koszty materiałów i robocizny) zgodnie z Wykazem nr 6 „Denty”.
 - 6) **Koszty leczenia ortodontycznego**
Koszty leczenia ortodontycznego (koszty materiałów i robocizny) objęte są ochroną w przypadku Ubezpieczonych do 18 roku życia do wysokości:
 - 1 000 PLN w ciągu pierwszego roku ubezpieczeniowego,
 - 2 000 PLN w ciągu dwóch pierwszych lat ubezpieczeniowych,
 - 3 000 PLN w ciągu trzech pierwszych lat ubezpieczeniowych,
 - 4 000 PLN w ciągu czterech pierwszych lat ubezpieczeniowych,
 - 4 000 PLN w ciągu każdych kolejnych czterech lat ubezpieczeniowych.
 Powyższe limity dotyczą czasu trwania umowy w wariantcie INTER VISION GOLD.
W przypadku ubezpieczenia dzieci bez rodzica lub opiekuna prawnego, koszty leczenia ortodontycznego są wyłączone z zakresu ochrony ubezpieczeniowej.
Ubezpieczony jest zobowiązany przed rozpoczęciem leczenia przedłożyć INTER Polska plan przebiegu leczenia wraz z kosztorysem oraz z uzasadnieniem medycznej konieczności przeprowadzenia zabiegu. INTER Polska zobowiązuje się do bezwzględnego zbadania tego planu. INTER Polska pokrywa koszty świadczeń ortodontycznych powstałe po akceptacji planu leczenia wyłącznie na podstawie rachunku na zasadach określonych w § 13 pkt 5 – 10 OWU.
 - 7) **Koszty środków pomocniczych**
INTER Polska pokrywa koszt zakupu lub wypożyczenia środków pomocniczych koniecznych do zastosowania w związku z zabiegiem chirurgicznym wykonywanym w trakcie leczenia szpitalnego, na podstawie rachunku (na zasadach określonych w § 13 pkt 5 – 10 OWU) oraz kopii potwierdzenia medycznej konieczności zakupu danego środka, zgodnie z Wykazem nr 4 „Środki pomocnicze”.
Świadczenie związane ze środkiem pomocniczym danego rodzaju przysługuje raz w roku ubezpieczeniowym.

8) Dzienny zasiłek szpitalny

INTER Polska wypłaca w razie choroby Ubezpieczonego, jego wypadku lub leczenia związanego z ciążą i porodem dzienny zasiłek w wysokości 150 PLN za każdą dobę koniecznego z punktu widzenia medycznego leczenia szpitalnego Ubezpieczonego, jeśli pobyt w szpitalu był dłuższy niż 24 godziny, z zastrzeżeniem, iż INTER Polska wypłaca dzienny zasiłek szpitalny za maksymalnie 90 dób pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w roku ubezpieczeniowym.

Przy zgłoszeniu roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu dziennego zasiłku szpitalnego, INTER Polska wymaga przedłożenia kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub kopii karty wypisu ze szpitala.

W przypadku leczenia Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobami psychicznymi i psychiatrycznymi nie przysługuje prawo do otrzymania dziennego zasiłku szpitalnego.

9) Koszty zabiegów protetycznych

INTER Polska pokrywa koszty zabiegów protetycznych określonych w Wykazie nr 7 „Protetyka”.

Koszty zabiegów protetycznych pokrywane są wyłącznie na podstawie rachunku na zasadach określonych w § 13 pkt 5–10 OWU w wysokości 25% wartości świadczenia określonej w wykazie z jednoczesnym ograniczeniem do:

- 1 000 PLN w ciągu pierwszego roku ubezpieczeniowego,
- 2 000 PLN w ciągu dwóch pierwszych lat ubezpieczeniowych,
- 3 000 PLN w ciągu trzech pierwszych lat ubezpieczeniowych,
- 4 000 PLN w ciągu czterech pierwszych lat ubezpieczeniowych,
- 5 000 PLN w ciągu każdego kolejnego roku ubezpieczeniowego.

Powyższe limity dotyczą czasu trwania umowy w wariantcie INTER VISION GOLD.

Ubezpieczony jest zobowiązany przed rozpoczęciem leczenia przedłożyć INTER Polska plan leczenia wraz z kosztorysem. INTER Polska zobowiązuje się do bezwzględnego zbadania tego planu. INTER Polska pokrywa koszty świadczeń protetycznych powstałe po akceptacji planu leczenia.

10) Koszty leków

INTER Polska pokrywa koszty leków aktualnie zarejestrowanych i dopuszczonych do obrotu w Polsce, koniecznych do zastosowania przez Ubezpieczonego, pozostałe po potrąceniu refundacji NFZ maksymalnie do kwoty 500 PLN w roku ubezpieczeniowym. Leki muszą zostać zlecone przez lekarza i zakupione w aptece.

Za leki nie uważa się, nawet jeśli zostały przepisane przez lekarza: witamin i mikroelementów, znieczuleń, szczepionek (za wyjątkiem szczepionki przeciw żółtaczce typu AB), preparatów odżywczych i wzmacniających, środków dezynfekcyjnych i kosmetycznych, wody mineralnej, dodatków do kąpielii itp.

11) Koszty profilaktycznego przeglądu stanu zdrowia zgodnie z Wykazem nr 8 „Profilaktyka”

3. Usługi Assistance:

- wizyta domowa lekarza,
- transport medyczny,
- wizyta pielęgniarki,
- pomoc psychologa,
- organizacja procesu rehabilitacyjnego,
- organizacja wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego,
- dostawa leków,
- organizację opieki nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi,
- infolinia medyczna.

Usługi assistance realizowane są na zasadach określonych w odrębnych Szczególnych warunkach ubezpieczenia.

4. Ubezpieczenia dodatkowe:

- 1) W ramach ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION GOLD Ubezpieczający może rozszerzyć zakres ochrony o ubezpieczenia dodatkowe.
- 2) Zakres ochrony ubezpieczenia dodatkowego regulują odrębne Szczególne warunki dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego.

§ 2

Zatwierdzenie i wejście w życie szczególnych warunków ubezpieczenia

1. Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone Uchwałą nr 40/2009 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 24.09.2009 r. i zmienione Uchwałą nr 61/2012 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 29.11.2012 r.
2. Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 21.12.2012 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 21.12.2012 r.



Janusz Szulik
Prezes Zarządu



Roberto Svenda
Członek Zarządu

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION DIAMOND

Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION DIAMOND, zwane dalej SWU, stosuje się do umów ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A.

§1

Zakres świadczeń INTER Polska

1. Zakres świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach ubezpieczenia INTER VISION DIAMOND określony jest w wykazie świadczeń zdrowotnych. Zasady realizacji świadczeń zdrowotnych określone są w §13 OWU.
2. W ramach ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION DIAMOND INTER Polska pokrywa:
 - 1) **Koszty ambulatoryjnych konsultacji lekarskich** (z wyłączeniem lekarza dentystry, oraz lekarza medycyny pracy) oraz leczenia ambulatoryjnego zgodnie z Wykazem nr 1 „Konsultacje i zabiegi ambulatoryjne”.
 - 2) **Koszty domowych wizyt lekarskich** internistów, pediatrów i lekarzy rodzinnych, w wyniku nieszczęśliwego wypadku i nagłego zachorowania.
Koszty domowych wizyt lekarskich pokrywane są na podstawie rachunku na zasadach określonych w § 13 pkt 5–10 OWU oraz realizowane są w ramach usług assistance na zasadach określonych w odrębnych Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia
 - 3) **Koszty ambulatoryjnie przeprowadzonych badań laboratoryjnych** zaleconych przez lekarza specjalistę, zgodnie z Wykazem nr 2 „Laboratorium”.
 - 4) **Koszty ambulatoryjnie przeprowadzonych badań diagnostycznych** zaleconych przez lekarza specjalistę, zgodnie z Wykazem nr 3 „Diagnostyka”.
 - 5) **Koszty leczenia dentystrycznego**
INTER Polska pokrywa koszty świadczeń (koszty materiałów i robocizny) zgodnie z Wykazem nr 6 „Dentystyka”.
 - 6) **Koszty leczenia ortodontycznego**
Koszty leczenia ortodontycznego (koszty materiałów i robocizny) objęte są ochroną w przypadku Ubezpieczonych do 18 roku życia do wysokości:
 - 1 000 PLN w ciągu pierwszego roku ubezpieczeniowego,
 - 2 000 PLN w ciągu dwóch pierwszych lat ubezpieczeniowych,
 - 3 000 PLN w ciągu trzech pierwszych lat ubezpieczeniowych,
 - 4 000 PLN w ciągu czterech pierwszych lat ubezpieczeniowych,
 - 4 000 PLN w ciągu każdych kolejnych czterech lat ubezpieczeniowych.
 Powyższe limity dotyczą czasu trwania umowy w wariancie INTER VISION DIAMOND.
W przypadku ubezpieczenia dzieci bez rodzica lub opiekuna prawnego, koszty leczenia ortodontycznego są wyłączone z zakresu ochrony ubezpieczeniowej.
Ubezpieczony jest zobowiązany przed rozpoczęciem leczenia przedłożyć INTER Polska plan przebiegu leczenia wraz z kosztorysem oraz z uzasadnieniem medycznej konieczności przeprowadzenia zabiegu. INTER Polska zobowiązuje się do bezzwłocznego zbadania tego planu. INTER Polska pokrywa koszty świadczeń ortodontycznych powstałe po akceptacji planu leczenia wyłącznie na podstawie rachunku na zasadach określonych w § 13 pkt 5 – 10 OWU.
 - 7) **Koszty środków pomocniczych**
INTER Polska pokrywa koszt zakupu lub wypożyczenia środków pomocniczych na podstawie rachunku (na zasadach określonych w § 13 pkt 5 – 10 OWU) oraz kopii potwierdzenia medycznej konieczności zakupu danego środka, zgodnie z Wykazem nr 4 „Środki pomocnicze”.
Świadczenie związane ze środkiem pomocniczym danego rodzaju przysługuje raz w roku ubezpieczeniowym.
 - 8) **Dzienny zasiłek szpitalny**
INTER Polska wypłaca w razie choroby Ubezpiezonego, jego wypadku lub leczenia związanego z ciążą i porodem dzienny zasiłek w wysokości 200 PLN za każdą dobę koniecznego z punktu widzenia medycznego leczenia szpitalnego

Ubezpiezonego, jeśli pobyt w szpitalu był dłuższy niż 24 godziny, z zastrzeżeniem, iż INTER Polska wypłaca dzienny zasiłek szpitalny za maksymalnie 90 dób pobytu Ubezpiezonego w szpitalu w roku ubezpieczeniowym.

Przy zgłoszeniu roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu dziennego zasiłku szpitalnego, INTER Polska wymaga przedłożenia kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub kopii karty wypisu ze szpitala.

W przypadku leczenia Ubezpiezonego w szpitalu w związku z chorobami psychicznymi i psychiatrycznymi nie przysługuje prawo do otrzymania dziennego zasiłku szpitalnego.

9) Koszty zabiegów protetycznych

INTER Polska pokrywa koszty zabiegów protetycznych określonych w Wykazie nr 7 „Protetyka”.

Koszty zabiegów protetycznych pokrywane są wyłącznie na podstawie rachunku na zasadach określonych w § 13 pkt 5–10 OWU w wysokości 50% wartości świadczenia określonej w wykazie z jednoczesnym ograniczeniem do:

- 2 000 PLN w ciągu pierwszego roku ubezpieczeniowego,
- 4 000 PLN w ciągu dwóch pierwszych lat ubezpieczeniowych,
- 6 000 PLN w ciągu trzech pierwszych lat ubezpieczeniowych,
- 8 000 PLN w ciągu czterech pierwszych lat ubezpieczeniowych,
- 10 000 PLN w ciągu każdego kolejnego roku ubezpieczeniowego.

Powyższe limity dotyczą czasu trwania umowy w wariancie INTER VISION DIAMOND.

Ubezpieczony jest zobowiązany przed rozpoczęciem leczenia przedłożyć INTER Polska plan leczenia wraz z kosztorysem. INTER Polska zobowiązuje się do bezzwłocznego zbadania tego planu. INTER Polska pokrywa koszty świadczeń protetycznych powstałe po akceptacji planu leczenia.

10) Koszty leków

INTER Polska pokrywa koszty leków aktualnie zarejestrowanych i dopuszczonych do obrotu w Polsce, koniecznych do zastosowania przez Ubezpiezonego, pozostałe po potrąceniu refundacji NFZ maksymalnie do kwoty 700 PLN w roku ubezpieczeniowym. Leki muszą zostać zlecone przez lekarza i zakupione w aptece.

Za leki nie uważa się, nawet jeśli zostały przepisane przez lekarza: witamin i mikroelementów, znieczuleń, szczepionek (za wyjątkiem szczepionki przeciw żółtaczce typu AB), preparatów odżywczych i wzmacniających, środków dezynfekcyjnych i kosmetycznych, wody mineralnej, dodatków do kąpiei itp.

11) Koszty zabiegów leczniczo-rehabilitacyjnych zleconych przez lekarza w ramach leczenia ambulatoryjnego określonych zgodnie z Wykazem nr 5 „Rehabilitacja”.

Zabiegi leczniczo-rehabilitacyjne mogą być wykonane wyłącznie przez lekarza lub osobę posiadającą stosowne wykształcenie i uprawnienia do wykonywania tego typu zabiegów.

12) Koszty ambulatoryjnego leczenia psychoterapeutycznego

INTER Polska pokrywa koszty 20 spotkań psychoterapeutycznych z lekarzem lub osobą posiadającą aktualne uprawnienia do prowadzenia tego typu terapii w Polsce w ciągu roku ubezpieczeniowego.

13) Koszty profilaktycznego przeglądu stanu zdrowia zgodnie z Wykazem nr 8 „Profilaktyka”

3. Usługi Assistance:

- wizyta domowa lekarza,
- transport medyczny,
- wizyta pielęgniarki,
- pomoc psychologa,
- organizacja procesu rehabilitacyjnego,

- organizacja wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego,
- dostawa leków,
- organizację opieki nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi,
- infolinia medyczna.

Usługi assistance realizowane są na zasadach określonych w odrębnych Szczególnych warunkach ubezpieczenia.

4. Ubezpieczenia dodatkowe:

- 1) W ramach ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION DIAMOND Ubezpieczający może rozszerzyć zakres ochrony o ubezpieczenia dodatkowe.

- 2) Zakres ochrony ubezpieczenia dodatkowego regulują odrębne Szczególne warunki dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego.

§ 2

Zatwierdzenie i wejście w życie szczególnych warunków ubezpieczenia

1. Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone Uchwałą nr 40/2009 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 24.09.2009 r. i zmienione Uchwałą nr 61/2012 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 29.11.2012 r.
2. Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 21.12.2012 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 21.12.2012 r.



Janusz Szulik
Prezes Zarządu



Roberto Svenda
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** (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. c lub art. 9 ust. 2 lit. g RODO),
- zawarciem umowy ubezpieczenia i jej wykonaniem** (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. b lub art. 9 ust. 2 lit. g RODO),
- ustaleniem roszczeń** - w tym w celu ustalenia 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 (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. c RODO lub art. 9 ust. 2 lit. f 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 i c RODO),
- reasekuracją ryzyk** (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. e i art. 9 ust. 2 lit. g RODO),
- prowadzeniem ewentualnych sporów związanych z odpowiedzialnością Administratora lub wysokością przyznanego świadczenia lub odszkodowania** – co stanowi prawnie uzasadniony interes Administratora (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. f lub art. 9 ust. 2 lit. f RODO),
- prowadzeniem dokumentacji księgowo-rachunkowej** w ramach wypełnienia obowiązku prawnego (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. c RODO),
- dochodzeniem roszczeń** Administratora z tytułu umowy ubezpieczenia – co stanowi prawnie uzasadniony 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** - na podstawie dobrowolnej zgody osoby, której dane dotyczą, jeżeli zarejestrowała się w Bazie kontaktowej prowadzonej wspólnie przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. i Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. a RODO) – Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. i Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. są współadministratorami danych przetwarzanych w Bazie kontaktowej. Zakres Danych Osobowych przetwarzanych w Bazie kontaktowej może obejmować dane identyfikacyjne, kontaktowe oraz przekazane dane o preferencjach. Współadministratorzy mogą stosować mechanizmy oparte na profilowaniu, aby przekazywać osobom, które rejestrują się w Bazie kontaktowej informacje o produktach ubezpieczeniowych dostosowane do ich potrzeb, jednak w dowolnym momencie mogą one złożyć sprzeciw wobec profilowania w celach marketingowych (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. f RODO).

Ileokroć powyżej Administrator powołuje się na interes publiczny jako podstawę przetwarzania danych (tj. na art. 6 ust. 1 lit. e lub art. 9 ust. 2 lit. g RODO), interesem tym jest zapewnienie osobom uprawnionym z tytułu ubezpieczenia bezpieczeństwa finansowego w życiu prywatnym i społecznym.

W przypadku, gdy klient (np. ubezpieczający, ubezpieczony) jest reprezentowany przez osoby trzecie (jak np. osoby kontaktowe, osoby uprawnione do reprezentacji, w tym pełnomocnicy, prokurenci, członkowie zarządu), dane takich osób reprezentujących są przetwarzane w ramach prawnie uzasadnionych interesów Administratora związanych z realizacją powyższych celów przetwarzania i według takich samych zasad jak dane reprezentowanych podmiotów (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. f RODO).

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 dostępnej na stronie interpolska.pl), a także z informacjami o produktach ubezpieczeniowych Administratora, z których 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 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 zapoznanie 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, dostawcy infolinii zewnętrznej, podmioty świadczące usługi doradcze, archiwizacyjne oraz podmioty wspierające Administratora w likwidacji szkód i ich upoważnieni pracownicy, jednak tylko w zakresie niezbędnym do prawidłowego ich wykonania – dostęp do Danych Osobowych mają tylko osoby, w przypadku których istnieje uzasadnienie takiego dostępu z uwagi na wykonywane zadania i świadczone usługi i które zostały zobowiązane do zachowania poufności danych i ich zabezpieczenia przed ujawnieniem osobom nieuprawnionym,
- operatorzy pocztowi** – w zakresie niezbędnym do dostarczania korespondencji,
- kancelarie prawne** – kancelarie, z których usług korzysta Administrator,
- podmioty lecznicze**, które przekazują nam informacje i dokumentację dotyczące udzielonych Panu/Pani świadczeń 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 Administratorem umów o współpracy,
- Narodowy Fundusz Zdrowia** – gdy w oparciu o Pani/Pana zgodę zwracamy się do właściwej jednostki NFZ o udzielenie informacji o świadczeniodawcach, którzy udzielili Pani/Panu świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia,
- reasekuratorzy**, z którymi Administrator podpisał umowę reasekuracji,
- Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-305), Al. Jerozolimskie 142B** – jeżeli zarejestrował/a się Pan/Pani w Bazie kontaktowej prowadzonej wspólnie przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. i Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A.

4. Transfer danych do państw trzecich (państw spoza EOG)

Administrator może korzystać z wsparcia usługodawców i reasekuratorów zlokalizowanych w innych państwach, w tym w państwach spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego. Może to skutkować transferem Danych Osobowych do państw trzecich, które zapewniają niższy standard ochrony danych niż obowiązujący na terenie EOG. W takiej sytuacji Administrator zabezpieczy transferowane Dane Osobowe zgodnie z wymaganiami RODO zapewniając odpowiedni stopień ich ochrony również w przypadku, gdy przetwarzanie będzie miało miejsce w takim państwie trzecim. Odpowiedni poziom ochrony danych może zostać uzyskany w szczególności poprzez podpisanie z odbiorcą Danych Osobowych umowy opartej

na przyjętych przez Komisję Europejską Standardowych Klauzulach Umownych w zakresie przekazywania danych osobowych do państw trzecich. Wdrożenie dodatkowych zabezpieczeń nie będzie natomiast wymagane w przypadku transferu Danych Osobowych do państw trzecich, wobec których Komisja Europejska wydała decyzję stwierdzającą zapewnianie przez nie odpowiedniego stopnia ochrony danych osobowych. Oznacza to bowiem, że na terytorium takiego państwa trzeciego dane osobowe są chronione co najmniej na takim poziomie jak w Unii Europejskiej. Aby uzyskać więcej informacji na temat ewentualnego transferu Pani/Pana Danych Osobowych do państw trzecich i stosowanych w takim przypadku zabezpieczeń należy kontaktować się z Administratorem na dane kontaktowe wskazane w punkcie 7 poniżej.

5. Okres przechowywania danych

Dane Osobowe co do zasady będą przechowywane do czasu upływu terminu przedawnienia roszczeń, który wynosi 3 lata. Wyjątki od tej zasady zostały wskazane poniżej.

Dla Danych Osobowych, które są przetwarzane w ramach dokumentacji księgowej okres ich przechowywania jest taki sam jak wymagany przepisami prawa okres archiwizacji takiej dokumentacji (5 lat zgodnie z przepisami o rachunkowości).

W celach związanych z rozpatrywaniem reklamacji Dane Osobowe są przechowywane przez okres 5 lat. Termin ten może ulec przedłużeniu w przypadku, gdy dane zgromadzone w związku z reklamacją stanowią dowód w postępowaniu prowadzonym na podstawie prawa lub ubezpieczyciel powziął wiadomość, że mogą one stanowić dowód w takim postępowaniu.

Jeżeli podstawą przetwarzania Danych Osobowych jest zgoda osoby, której dane dotyczą, dane te będą przetwarzane w celach objętych zgodą, nie dłużej niż do czasu jej wycofania.

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 12 lat od dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia.

6. Zasady gromadzenia danych

Dane Osobowe są gromadzone, co do zasady, od osób których dotyczą, jednak mogą być pozyskiwane także z innych źródeł (np. od ubezpieczającego). Dotyczy to zwłaszcza danych osób ubezpieczonych, członków rodziny ubezpieczonego, osób reprezentujących.

W przypadku zbierania Danych Osobowych danych bezpośrednio od osoby, której dotyczą zakres zbieranych danych wynika z wypełnianych formularzy (np. wniosku ubezpieczeniowego, deklaracji przystąpienia, ankiet) lub przedstawianych przez nią dokumentów. 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.

Jeżeli Administrator gromadzi dane z innego źródła najczęściej są to:

- w przypadku ubezpieczonych lub osób, na rachunek których ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia:
 - imię, nazwisko i PESEL, informacja o zatrudnieniu dotyczące pracownika ubezpieczonego lub zgłaszanego do ubezpieczenia – podawane przez pracodawcę, w przypadku gdy jest on ubezpieczającym,
 - dane dotyczące zdrowia w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przez w/w osoby danych o ich stanie zdrowia, ustaleniem prawa tych osób do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia – pozyskiwane od podmiotów wykonujących działalność leczniczą za zgodą ubezpieczonych lub osób, na rachunek których ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia,
 - dane o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili ubezpieczonemu świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia – pozyskiwane od Narodowego Funduszu Zdrowia za zgodą ubezpieczonego,

- w przypadku osób reprezentujących dane mogą obejmować: imię, nazwisko, funkcja/stanowisko, podmiot reprezentowany, dane kontaktowe, nr PESEL – podawane przez podmiot reprezentowany lub uzyskiwane z publicznych źródeł (w celu weryfikacji danych osób reprezentujących przedsiębiorców Administrator może pozyskiwać ich dane także z zewnętrznych źródeł informacji jak np. publiczne rejestry, publicznie dostępne strony internetowe).

7. 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),
- 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 niezgodnie 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),
- prawa do wycofania udzielonej wcześniej zgody na przetwarzanie Danych Osobowych oraz zgód na formy kontaktu marketingowego, co jednak nie będzie miało wpływu na legalność działań podejmowanych przez Administratora na podstawie takiej zgody zanim zgoda została wycofana,
- prawa do żądania usunięcia danych zgodnie z art. 17 RODO („prawo do bycia zapomnianym”),
- 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,
- 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 uzasadnionych interesów (zgodnie z art. 21 ust. 1 RODO),
- prawa do wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec jej profilowania w celach marketingowych (zgodnie z art. 21 ust. 2 RODO).

W sprawach związanych z przetwarzaniem danych można kontaktować się z Administratorem pocztą tradycyjną na adres Warszawa (02-305), Al. Jerozolimskie 142B lub elektronicznie na adres interpolska@interpolska.pl albo korzystając z formularza on line „Ochrona danych osobowych” dostępnego na stronie internetowej interpolska.pl w zakładce Kontakt. W celu skontaktowania się z naszym inspektorem ochrony danych prosimy o wysłanie wiadomości na adres: iodo@interpolska.pl. 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. Administrator może pozostawić w swoich zasobach Dane Osobowe osoby występującej z wnioskiem lub żądaniem w zakresie niezbędnym do udokumentowania, iż ich rozpatrzenie odbyło się zgodnie z przepisami prawa. Dane te będą przetwarzane nie dłużej niż do czasu przedawnienia roszczeń, co stanowi prawnie uzasadniony interes Administratora, o którym mowa w art. 6 ust. 1 lit. f) RODO.

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).