

Pakiet INTER Vision

Ogólne Warunki
Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION

Aneks nr 1
do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia INTER VISION

Szczególne Warunki
Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION Assistance

Szczególne Warunki
Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION BASIC

Szczególne Warunki
Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION SILVER

Szczególne Warunki
Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION GOLD

Szczególne Warunki
Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION DIAMOND

INFORMACJA O INDYWIDUALNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM – INTER VISION

INFORMACJA W TRYBIE ART. 17 UST. 1 USTAWY O DZIAŁALNOŚCI UBEZPIECZENIOWEJ I REASEKURACYJNEJ

Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki, wypłaty świadczenia	Ogólne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION § 2 ust. 2, 5, 8, 15, 16, 17 i 25, § 3, § 12 ust. 1 – 6,8 Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION Assistance § 1 ust. 3 i 6, § 2, § 3 ust. 1 i 2 Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION BASIC § 1 ust. 1,2,3 Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION SILVER § 1 ust. 1,2,3 Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION GOLD § 1 ust. 1,2,3 Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION DIAMOND § 1 ust. 1,2,3 Wykaz Świadczeń Zdrowotnych TU INTER Polska S.A. Realizowanych w Ramach Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION zatwierdzony Uchwałą nr 61/2012 Zarządu TU INTER Polska SA z dnia 29.11.2012 r.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności INTER Polska uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Ogólne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION § 2 ust. 6, § 4, § 8 ust. 4, 5 i 6, § 11 ust. 8, § 12 ust. 7 i 12, § 14 ust. 1 Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION Assistance § 3 ust. 4 i 5, § 4 Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION SILVER § 1 ust. 2 pkt 5 – 7 Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION GOLD § 1 ust. 2 pkt 6 – 10 Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION DIAMOND § 1 ust. 2 pkt 6 – 10, 12 Wykaz Świadczeń Zdrowotnych TU INTER Polska S.A. Realizowanych w Ramach Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION zatwierdzony Uchwałą nr 61/2012 Zarządu TU INTER Polska SA z dnia 29.11.2012 r.

Spis Treści

1. Ogólne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION	1
ROZDZIAŁ I POSTANOWIENIA OGÓLNE	1
ROZDZIAŁ II DEFINICJE	1
ROZDZIAŁ III PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	2
ROZDZIAŁ IV OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI INTER POLSKA	2
ROZDZIAŁ V ZDOLNOŚĆ UBEZPIECZENIOWA	3
ROZDZIAŁ VI ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	3
ROZDZIAŁ VII CZAS TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA	3
ROZDZIAŁ VIII CZAS TRWANIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	3
ROZDZIAŁ IX ZMIANA WARUNKÓW UMOWY UBEZPIECZENIA	3
ROZDZIAŁ X KARENCJA	3
ROZDZIAŁ XI SKŁADKA	4
ROZDZIAŁ XII REALIZACJA ŚWIADCZEŃ	4
ROZDZIAŁ XIII OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO / UBEZPIECZONEGO	4
ROZDZIAŁ XIV SKUTKI NARUSZENIA OBOWIĄZKÓW	5
ROZDZIAŁ XV PRZEDAWNIEŃ ROSZCZEŃ	5
ROZDZIAŁ XVI POSTĘPOWANIE W SPRAWIE SKARG I ZAŻAŁEŃ	5
ROZDZIAŁ XVII WYPOWIEDZENIE I ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA	5
ROZDZIAŁ XVIII OŚWIADCZENIA WOLI	5
ROZDZIAŁ XIX WŁAŚCIWOŚĆ TERYTORIALNA SĄDU	5
ROZDZIAŁ XX ZMIANY OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA I SKŁADEK	6
ROZDZIAŁ XXI POSTANOWIENIA KOŃCOWE	6
ROZDZIAŁ XXII ZATWIERDZENIE I WEJŚCIE W ŻYCIE OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA	6
2. Aneks nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia INTER VISION	1
3. Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION Assistance	1
ROZDZIAŁ I DEFINICJE	1
ROZDZIAŁ II PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	1
ROZDZIAŁ III REALIZACJA USŁUGI ASSISTANCE (POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU WYSTĄPIENIA ZDARZENIA)	1
ROZDZIAŁ IV WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	2
ROZDZIAŁ V POSTANOWIENIA KOŃCOWE	2
4. Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION BASIC	1
ROZDZIAŁ I ZAKRES ŚWIADCZEŃ INTER POLSKA	1
ROZDZIAŁ II ZATWIERDZENIE I WEJŚCIE W ŻYCIE SZCZEGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA	1
5. Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION SILVER	1
ROZDZIAŁ I ZAKRES ŚWIADCZEŃ INTER POLSKA	1
ROZDZIAŁ II ZATWIERDZENIE I WEJŚCIE W ŻYCIE SZCZEGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA	1
6. Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION GOLD	1
ROZDZIAŁ I ZAKRES ŚWIADCZEŃ INTER POLSKA	1
ROZDZIAŁ II ZATWIERDZENIE I WEJŚCIE W ŻYCIE SZCZEGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA	2
7. Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION DIAMOND	1
ROZDZIAŁ I ZAKRES ŚWIADCZEŃ INTER POLSKA	1
ROZDZIAŁ II ZATWIERDZENIE I WEJŚCIE W ŻYCIE SZCZEGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA	2

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION

ROZDZIAŁ I POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

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 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (tekst jednolity: Dz. U. z 2021 r. poz. 1130 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.
3. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek:
 - 1) Ubezpieczający umożliwi Ubezpieczonemu zapoznanie się z warunkami ubezpieczenia oraz wszelkimi innymi informacjami dotyczącymi praw i obowiązków Ubezpieczonego wynikających z umowy ubezpieczenia,
 - 2) INTER Polska za pośrednictwem Ubezpieczającego przekazuje informacje dotyczące postanowień, które określają:
 - a) przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń oraz
 - b) ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności INTER Polska uprawniające 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 udzieliło mu informacji o postanowieniach zawartej umowy ubezpieczenia 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) 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 ubezpieczenia 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 wypłata 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 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.
7. W umowie ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek, jeżeli konieczna jest zgoda Ubezpieczonego na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej lub Ubezpieczony zgadza się na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej,

w przypadku niedoręczenia Ubezpieczonemu warunków umowy ubezpieczenia 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.

8. INTER Polska jest zobowiązane do:
 - 1) doręczenia Ubezpieczającemu tekstu OWU przed zawarciem umowy ubezpieczenia,
 - 2) wydania Ubezpieczającemu polisy ubezpieczeniowej,
 - 3) udzielania Ubezpieczającemu informacji o sposobie i trybie rozpatrywania reklamacji, skarg lub zażeń oraz o organie właściwym do ich rozpatrzenia,
 - 4) 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 udostępni, na żądanie, w postaci elektronicznej.

ROZDZIAŁ II DEFINICJE

§ 2

Przez użyte w niniejszych OWU pojęcia rozumie się:

- 1) **Centrum Klienta** – Centrum Klienta INTER Polska, za pośrednictwem którego Ubezpieczony umawia lub odwołuje termin wykonania świadczenia zdrowotnego oraz uzyskuje informacje na temat ubezpieczenia,
- 2) **choroba** – stan zagrażający zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego, wymagający pomocy medycznej,
- 3) **data przystąpienia** – dzień oznaczony na polisie lub aneksie do polisy oznaczający datę początku ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego,
- 4) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, jego partnera życiowego, które w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyło 25 lat,
- 5) **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 Ubezpieczonego, 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 nie przysługuje prawo do otrzymania dziennego zasiłku szpitalnego,
- 6) **karencja** – czasowe ograniczenie odpowiedzialności INTER Polska,
- 7) **lekarz** – lekarz medycyny lub lekarz dentysta posiadający aktualne uprawnienia do wykonywania zawodu w Polsce, wykonujący zawód w zakresie swoich kwalifikacji i uprawnień,
- 8) **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,
- 9) **ocena ryzyka** – procedura stosowana przez INTER Polska mająca na celu stwierdzenie możliwości oraz ustalenie warunków udzielenia ochrony ubezpieczeniowej w dniu zawierania umowy ubezpieczenia lub przedłużenia jej na kolejny rok ubezpieczeniowy, z zastrzeżeniem § 20,
- 10) **partner życiowy** – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, albo osoba nie będąca w związku małżeńskim, pozostająca z Ubezpieczonym – również nie będącym w związku małżeńskim

– we wspólnym pożyciu; partner życiowy nie może być spokrewniony z Ubezpieczonym,

- 11) **placówka kontraktowa** – lekarz lub zakład opieki zdrowotnej, z którym INTER Polska zawarł umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION,
- 12) **początek ubezpieczenia** – dzień oznaczony na polisie,
- 13) **polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia,
- 14) **rocznica polisy** – każda rocznica daty początku ubezpieczenia,
- 15) **rok ubezpieczeniowy** – 12 kolejnych miesięcy trwania umowy ubezpieczenia licząc od początku ubezpieczenia lub od rocznicy polisy,
- 16) **szpital** – publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej będący zakładem lecznictwa zamkniętego, pod stałym medycznym kierownictwem lekarskim, dysponujący odpowiednimi możliwościami diagnostycznymi i terapeutycznymi oraz prowadzący historie chorób, świadczący usługi medyczne zgodnie z zasadami sztuki medycznej.
Za szpital nie uważa się domu opieki lub ośrodka dla osób psychicznie chorych, hospicjów, ośrodków leczenia uzależnień, rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych i wypoczynkowych,
- 17) **świadczenie zdrowotne** – konieczna z medycznego punktu widzenia procedura medyczna wykonana Ubezpieczonemu podczas leczenia lub działań profilaktycznych,
- 18) **świadczenie** – pokrycie lub zwrot kosztów świadczenia zdrowotnego udzielonego w okresie odpowiedzialności INTER Polska lub świadczenie pieniężne,
- 19) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka nieposiadająca ca osobowości prawnej zawierająca umowę ubezpieczenia i zobowiązana do zapłaty składki ubezpieczeniowej,
- 20) **ubezpieczenie indywidualne** – umowa ubezpieczenia zawierana na rzecz własną, rodziny lub wskazanych osób trzecich,
- 21) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której zawarto umowę ubezpieczenia,
- 22) **umowa ubezpieczenia** – umowa zawierana pomiędzy INTER Polska a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych OWU,
- 23) **wiek** – różnica pomiędzy rokiem bieżącym a rokiem urodzenia,
- 24) **wniosek** – formularz INTER Polska stanowiący integralną część umowy ubezpieczenia, na którym Ubezpieczający wyraża wolę zawarcia umowy ubezpieczenia, a Ubezpieczony wyraża zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową,
- 25) **wykaz świadczeń zdrowotnych** – lista świadczeń zdrowotnych objętych umową ubezpieczenia,
- 26) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – proces diagnostyczno – leczniczy Ubezpieczonego, na który składa się jedno lub więcej świadczeń zdrowotnych. Zdarzenie ubezpieczeniowe rozpoczyna się wraz z początkiem leczenia, a kończy, gdy według orzeczenia lekarskiego nie istnieje już dalsza konieczność leczenia. Jeżeli istnieje konieczność udzielenia świadczenia zdrowotnego związanego z chorobą, która nie jest przyczynowo powiązana z dotychczasowym zdarzeniem ubezpieczeniowym, udzielenie przedmiotowego świadczenia zdrowotnego powoduje powstanie nowego zdarzenia ubezpieczeniowego.

ROZDZIAŁ III PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia są koszty świadczeń zdrowotnych oraz pozostałe świadczenia objęte umową ubezpieczenia udzielone Ubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności INTER Polska.
2. Na podstawie zawartej umowy ubezpieczenia zdrowotnego INTER Polska udziela ochrony ubezpieczeniowej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
3. Zakres ubezpieczenia jest określony na podstawie umowy ubezpieczenia, OWU i Szczególnych Warunków Ubezpieczenia, Wykazu świadczeń zdrowotnych oraz załączników.

ROZDZIAŁ IV OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI INTER POLSKA

§ 4

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:
 - 1) w wyniku aktów terroryzmu, wydarzeń wojennych, czynnego udziału w zamieszkach wewnętrznych, rozruchach, strajkach, lokautach oraz pełnienia służby wojskowej,
 - 2) wprowadzenia lub występowania stanu wyjątkowego, stanu wojennego, stanu klęski żywiołowej, wojny lub działań wojennych,
 - 3) w wyniku epidemii ogłoszonej przez upoważnione organy administracji państwowej, skażeń lub katastrof naturalnych,
 - 4) w wyniku działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka,
 - 5) 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,
 - 6) w wyniku chorób psychicznych,
 - 7) zabiegów związanych ze zmianą płci,
 - 8) leczenia wad wrodzonych lub uszkodzeń powstałych w okresie okołoporodowym.
3. INTER Polska nie pokrywa kosztów świadczeń zdrowotnych oraz nie wypłaca pozostałych świadczeń w przypadku:
 - 1) stosowania naukowo nieuznanych metod badań, leczenia oraz leków niedopuszczonych do stosowania w Polsce,
 - 2) leczenia kuracyjnego, sanatoryjnego oraz pobytów rehabilitacyjnych,
 - 3) pobytu w domu opieki lub innej placówce opiekuńczo – leczniczej lub leczniczo – pielęgnacyjnej, hospicjum, w której Ubezpieczony przebywa z przyczyn medycznych, rodzinnych lub społecznych,
 - 4) zakażenia wirusem HIV,
 - 5) leczenia i następstw zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS),
 - 6) choroby alkoholowej,
 - 7) diagnozowania i leczenia niepłodności,
 - 8) leczenia z zakresu medycyny estetycznej, kosmetyki,
 - 9) leczenia z zakresu chirurgii plastycznej, chyba że jest uzasadniona z medycznego punktu widzenia,
 - 10) zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków i innych substancji uznanych za nielegalne oraz środków odurzających, zażyciem środków farmakologicznych niezapisanych przez lekarza lub samowolnym przekroczeniem dawek lekarstw powszechnie stosowanych w lecznictwie,
 - 11) leczenia odwykowego (w tym także zabiegów odwykowych i odtruwających) łącznie z kuracją odwykową,
 - 12) leczenia przez osoby bliskie (współmałżonka, rodziców, rodzeństwo lub dzieci).
4. Jeśli udzielone Ubezpieczonemu świadczenie zdrowotne wykracza ponad zakres konieczny z medycznego punktu widzenia, INTER Polska może odpowiednio zredukować świadczenie.
5. INTER Polska nie ponosi odpowiedzialności za świadczenia zdrowotne w sytuacjach zagrożenia życia, wymagających działań w trybie nagłym, wchodzących w zakres medycznej pomocy doraźnej realizowanej przez podstawowe i specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego.
6. INTER Polska nie odpowiada za zdarzenia ubezpieczeniowe wynikłe z:

- 1) błędów medycznych,
- 2) błędów z nienależycie prowadzonej dokumentacji medycznej,
- 3) 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 wyłudził lub próbował wyłudzić.

ROZDZIAŁ V ZDOLNOŚĆ UBEZPIECZENIOWA

§ 5

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-tego roku życia mogą zostać objęte umową ubezpieczenia tylko łącznie z rodzicem lub opiekunem prawnym.

ROZDZIAŁ VI ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 6

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego, poprawnie wypełnionego wniosku. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia, INTER Polska dostarcza Ubezpieczającemu warunki umowy ubezpieczenia, w tym OWU wraz z załącznikami.
2. Ubezpieczający/Ubezpieczony jest zobowiązany na prośbę INTER Polska przedłożyć dodatkowe informacje bądź dokumenty konieczne do oceny ryzyka.
3. 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 udzieleniu informacji, o których mowa w zdaniu poprzednim występuje lekarz upoważniony przez INTER Polska. Wystąpienie takie wymaga pisemnej zgody Ubezpieczonego udzielonej na wniosek.
4. INTER Polska zastrzega sobie prawo odrzucenia wniosku lub zastosowania do umowy ubezpieczenia postanowień odmiennych od postanowień niniejszych OWU.
5. 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.
6. 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.

ROZDZIAŁ VII CZAS TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 7

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres jednego roku ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Umowę ubezpieczenia uważa się za przedłużoną na kolejny rok ubezpieczeniowy, z zastrzeżeniem § 17 ust. 3 oraz § 20.
3. Umowa ubezpieczenia wygasa wraz ze śmiercią Ubezpieczającego lub ogłoszeniem przez niego upadłości.

ROZDZIAŁ VIII CZAS TRWANIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 8

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się od daty przystąpienia, z zastrzeżeniem § 10.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do Ubezpieczonego wygasa:
 - 1) z dniem wypowiedzenia lub rozwiązania umowy ubezpieczenia zgodnie z § 17,
 - 2) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
 - 3) w ostatnim dniu roku ubezpieczeniowego, w którym przypada 65 rocznica urodzin Ubezpieczonego.
3. W przypadku wystąpienia z ubezpieczenia Ubezpieczonego, jego ponowne przystąpienie do ubezpieczenia w ramach tej samej umowy ubezpieczenia, będzie możliwe po upływie minimum 6 miesięcy licząc od ostatniego dnia ochrony ubezpieczeniowej, chyba że INTER Polska postanowi inaczej.
4. Zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpiły po zawarciu umowy ubezpieczenia są wyłączone z odpowiedzialności INTER Polska tylko w tej części, która przypada na okres przed początkiem ubezpieczenia i przed upływem okresu karencji.
5. Ochrona ubezpieczeniowa kończy się w przypadku zdarzeń ubezpieczeniowych, które nie zakończyły się w czasie okresu ubezpieczenia, wraz z rozwiązaniem umowy ubezpieczenia zgodnie z § 17 z zastrzeżeniem § 8 ust. 6.
6. 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.

ROZDZIAŁ IX ZMIANA WARUNKÓW UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 9

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 § 6 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.

ROZDZIAŁ X KARENCJA

§ 10

1. Okres karencji liczony jest od daty przystąpienia do ubezpieczenia.
2. Ogólny okres karencji w odniesieniu do świadczeń wynosi 3 miesiące.
3. 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 § 11 ust. 4.
4. 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 § 12 ust. 5 – 10.

5. Szczególny okres karencji w odniesieniu do świadczeń udzielanych w związku z ciążą i porodem, leczeniem dentystycznym, ortodontycznym lub protetycznym wynosi 8 miesięcy.
6. W przypadku wprowadzenia zmian do umowy ubezpieczenia, zgodnie z § 9, okres karencji w stosunku do rozszerzonego zakresu ochrony ubezpieczeniowej stosuje się odpowiednio jak w ust. 1 – 5.

ROZDZIAŁ XI SKŁADKA

§ 11

1. Składka wynika z taryfy stosowanej przez INTER Polska w dniu zawierania umowy ubezpieczenia stosownie do wieku Ubezpieczonego oraz oceny ryzyka.
2. Zmiana wysokości składki w rocznicę polisy wynika z przejścia do nowej grupy wiekowej i/lub oceny ryzyka.
3. Składka opłacana jest w terminach i z częstotliwością wskazaną na polisie.
4. Składka jest opłacana rocznie lub w ratach miesięcznych, kwartalnych, półrocznych.
5. Składka opłacana jest przelewem na rachunek bankowy wskazany przez INTER Polska.
6. Składkę lub jej ratę uważa się za opłaconą w dniu, w którym została zarejestrowana na właściwym rachunku bankowym INTER Polska w pełnej wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia.
7. Jeżeli 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 przypadła niezapłacona składka lub jej rata.
8. Jeżeli Ubezpieczający nie opłacił składki lub raty składki w terminie o którym mowa w ust. 3, INTER Polska wzywa Ubezpieczającego do zapłaty składki lub raty składki wyznaczając mu dodatkowy 7 dniowy termin płatności liczony od dnia otrzymania wezwania. 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.
9. W przypadku zaległości w opłacaniu składek przekazywane wpłaty przeznaczone są w pierwszej kolejności na pokrycie należności najbardziej przeterminowanych.
10. W przypadku wygaśnięcia umowy ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

ROZDZIAŁ XII REALIZACJA ŚWIADCZEŃ

§ 12

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 dokumentu tożsamości ze zdjęciem (w szczególności dowodu osobistego, paszportu, prawa jazdy, legitymacji szkolnej).
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 zgłoszenia roszczenia na formularzu umieszczonym na stronie www.interpolska.pl lub w formie pisemnej. Do zgłoszenia należy dołączyć załączniki w postaci oryginałów rachunków/faktur i inne dokumenty niezbędne do realizacji świadczenia.

6. Dokumenty, o których mowa w ust. 5 muszą zawierać: imię, nazwisko oraz aktualny adres Ubezpieczonego, któremu zostało udzielone świadczenie zdrowotne, datę oraz pełną nazwę udzielonego świadczenia zdrowotnego (w tym także numery zębów – jeśli świadczenie obejmowało leczenie dentystyczne/protetyczne) wraz z ceną jednostkową, pieczęć firmową placówki oraz podpis osoby upoważnionej do wystawienia rachunku. Nazwa świadczenia, o której mowa powyżej powinna jednoznacznie identyfikować udzielone świadczenie zdrowotne zgodnie z wykazem świadczeń zdrowotnych.
7. W przypadku istniejącej zaległości w 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, za wyjątkiem roszczeń pieniężnych, nie mogą być cedowane, ani zastawiane.
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. 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.

ROZDZIAŁ XIII OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO / UBEZPIECZONEGO

§ 13

1. Ubezpieczający/Ubezpieczony jest zobowiązany podać do wiadomości INTER Polska wszystkie znane sobie okoliczności, o które INTER Polska zapytywał we 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.

ROZDZIAŁ XIV SKUTKI NARUSZENIA OBOWIĄZKÓW

§ 14

1. W przypadku, gdy Ubezpieczający/Ubezpieczony nie dopełni obowiązków określonych w § 13 ust. 1 i 2:
 - 1) INTER Polska nie odpowiada za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości z naruszeniem powołanego zapisu,
 - 2) 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.

ROZDZIAŁ XV PRZEDAWNIEŃ ROSZCZEŃ

§ 15

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.

ROZDZIAŁ XVI POSTĘPOWANIE W SPRAWIE SKARG I ZAŻALEŃ

§ 16

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uposażonemu lub Uprawnionemu z umowy ubezpieczenia (Klient) przysługuje możliwość złożenia reklamacji zawierającej zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez INTER Polska.
2. Reklamacja może zostać złożona:
 - 1) na piśmie – osobiście we wszystkich jednostkach INTER Polska obsługujących Klientów oraz u agentów uprawnionych do działania w imieniu lub na rzecz INTER Polska albo wysłana przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo Pocztowe,
 - 2) ustnie – telefonicznie lub osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w jednostce INTER Polska obsługującej Klientów,
 - 3) w postaci elektronicznej za pośrednictwem formularza online na stronie 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 powyżej, 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. Odpowiedź INTER Polska na reklamację zostanie doręczona:
 - 1) w przypadku, gdy Klientem jest osoba fizyczna – na piśmie, a na wniosek tej osoby – pocztą elektroniczną na wskazany adres,
 - 2) w przypadku, gdy Klientem jest inny podmiot niż wskazany w pkt 1) powyżej – w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku.
7. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uposażonemu lub Uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo składania skarg i zażaleń na

piśmie do INTER Polska. Organem właściwym do rozpatrzenia skarg i zażaleń jest Zarząd INTER Polska. Skargi i zażalenia są rozpatrywane w terminie 30 dni od dnia otrzymania.

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

ROZDZIAŁ XVII WYPOWIEDZENIE I ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 17

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.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim ubezpieczyciel udzielił ochrony ubezpieczeniowej. Odstąpienie od umowy i wystąpienie z ubezpieczenia wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.
3. Każda ze stron może nie wyrazić woli kontynuacji umowy ubezpieczenia na następny rok ubezpieczeniowy. Oświadczenie woli w przedmiotowym zakresie powinno być przedłożone drugiej stronie na piśmie najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy. Ubezpieczający może dodatkowo wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w przypadku i terminie określonym w § 20.
4. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub jej rozwiązania, składka ubezpieczeniowa za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej podlega zwrotowi.
5. Jeśli INTER Polska dokonuje zmian OWU lub wysokości składek ubezpieczeniowych zgodnie z postanowieniem § 20, 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.
6. Jeżeli w przypadku umowy ubezpieczenia, obejmującej więcej niż jednego Ubezpieczonego istnieją przesłanki do zmiany wysokości składki zgodnie z § 14 ust. 2, to wykonanie ww. uprawnień może zostać ograniczone tylko do tych osób.
7. 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.
8. Umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana przez INTER Polska ze skutkiem na koniec miesiąca z ważnych powodów, gdy:
 - 1) 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,
 - 2) Ubezpieczający/Ubezpieczony wyłudził lub próbował wyłudzić świadczenie.

ROZDZIAŁ XVIII OŚWIADCZENIA WOLI

§ 18

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.

ROZDZIAŁ XIX WŁAŚCIWOŚĆ TERYTORIALNA SĄDU

§ 19

1. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca

zamieszkania 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.

ROZDZIAŁ XX ZMIANY OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA I SKŁADEK

§ 20

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.

ROZDZIAŁ XXI POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 21

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

ROZDZIAŁ XXII ZATWIERDZENIE I WEJŚCIE W ŻYCIE OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA

§ 22

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia zostały zatwierdzone Uchwałą nr 51/2022 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 20.09.2022 r.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 01.10.2022 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01.11.2022 r.



Janusz Szulik
Prezes Zarządu



Wioletta Rogosz
Członek Zarządu

ANEKS nr 1
do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION
zatwierdzonych Uchwałą nr 51/2022 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 20.09.2022 r.,
wprowadzony Uchwałą nr 4/2024 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 16.01.2024 r.,
wchodzący w życie z dniem 01.04.2024 r.

INFORMACJA O INDYWIDUALNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM – INTER VISION

INFORMACJA W TRYBIE ART. 17 UST. 1

USTAWY O DZIAŁALNOŚCI UBEZPIECZENIOWEJ I REASEKURACYJNEJ

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty świadczenia	<p>Ogólne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION § 2 ust. 2, 5, 8, 15, 16, 17 i 25, § 3, § 12 ust. 1 – 6, 8 Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION Assistance § 1 ust. 3 i 6, § 2, § 3 ust. 1 i 2 Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION BASIC § 1 ust. 1, 2, 3 Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION SILVER § 1 ust. 1, 2, 3 Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION GOLD § 1 ust. 1, 2, 3 Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION DIAMOND § 1 ust. 1, 2, 3 Wykaz Świadczeń Zdrowotnych TU INTER Polska S.A. Realizowanych w Ramach Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION zatwierdzony Uchwałą nr 61/2012 Zarządu TU INTER Polska SA z dnia 29.11.2012 r.</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. 6, § 4, § 8 ust. 4, 5 i 6, § 11 ust. 8, § 12 ust. 7 i 12, § 14 ust. 1 Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION Assistance § 3 ust. 4 i 5, § 4 Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION SILVER § 1 ust. 2 pkt 5 – 7 Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION GOLD § 1 ust. 2 pkt 6 – 10 Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION DIAMOND § 1 ust. 2 pkt 6 – 10, 12 Wykaz Świadczeń Zdrowotnych TU INTER Polska S.A. Realizowanych w Ramach Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION zatwierdzony Uchwałą nr 61/2012 Zarządu TU INTER Polska SA z dnia 29.11.2012</p>

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

§ 16 OWU „Postępowanie w sprawie reklamacji, skarg i zażaleń” otrzymuje brzmienie:

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uposażonemu, Uprawnionemu z umowy ubezpieczenia lub spadkobiercy posiadającemu interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia (Klient) przysługuje możliwość złożenia reklamacji zawierającej zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez INTER Polska.
2. Reklamacja może zostać złożona:
 - 1) na piśmie – we wszystkich jednostkach INTER Polska obsługujących Klientów oraz u agentów uprawnionych do działania w imieniu lub na rzecz INTER Polska albo wysłana przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo Pocztowe,
 - 2) na piśmie – wysłana na adres do doręczeń elektronicznych INTER-ŻYCIE Polska w rozumieniu ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, począwszy od dnia wpisania tego adresu do bazy adresów elektronicznych,
 - 3) ustnie – telefonicznie lub osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w jednostce INTER Polska obsługującej Klientów,
 - 4) w formie elektronicznej za pośrednictwem strony internetowej www.interpolska.pl.
3. Wykaz jednostek INTER Polska obsługujących Klientów, w których możliwe jest złożenie reklamacji, zamieszczony jest na stronie internetowej www.interpolska.pl.
4. Odpowiedź na reklamację zostaje udzielona niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni kalendarzowych od dnia jej otrzymania.
5. W przypadkach szczególnie skomplikowanych, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym

mowa w ust. 4, INTER Polska w informacji przekazywanej Klientowi, który wystąpił z reklamacją:

- 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi – nie dłuższy niż 60 dni kalendarzowych od dnia otrzymania reklamacji.
6. Odpowiedź INTER Polska na reklamację jest doręczana:
- 1) w przypadku, gdy Klientem jest osoba fizyczna – na piśmie, a na wniosek tej osoby pocztą elektroniczną na wskazany adres.
 - 2) w przypadku, gdy Klientem jest inny podmiot niż wskazany w pkt 1) powyżej – w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku.
7. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uposażonemu lub Uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo składania skarg i zażaleń na piśmie do INTER Polska. Organem właściwym do rozpatrzenia skarg i zażaleń jest Zarząd INTER Polska. Skargi i zażalenia są rozpatrywane w terminie 30 dni od dnia otrzymania.
8. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony, Uprawniony z umowy ubezpieczenia lub spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia, będący osobą fizyczną, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego lub wystąpić z wnioskiem o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientami podmiotów rynku finansowego a tymi podmiotami.

II. Postanowienia końcowe

1. Pozostałe postanowienia OWU nie ulegają zmianie.
2. Niniejszy Aneks został zatwierdzony Uchwałą nr 4/2024 Zarządu TU INTER Polska z dnia 16.01.2024 r.
3. Niniejszy Aneks wchodzi w życie z dniem 01.04.2024 r.


Janusz Szulik
Prezes Zarządu


Marcin Andruchewicz
Członek Zarządu

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION Assistance

Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego 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.

ROZDZIAŁ I DEFINICJE

§ 1

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 nagłe 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 podstawowe i specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego. W odniesieniu do niniejszych SWU § 2 ust. 25 OWU nie ma zastosowania.

ROZDZIAŁ II PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia są udzielone Ubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności INTER Polska usługi assistance polegające na:
 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 pokryje koszty jego 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 transport medyczny Ubezpieczonego i pokryje jego koszty,
 - 3) **wizytę pielęgniarki** w miejscu pobytu Ubezpieczonego – Centrum Operacyjne zorganizuje wizytę pielęgniarki, pokryje koszty dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego oraz pokryje koszty jej 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 wizyty fizykoterapeuty w domu Ubezpieczonego i pokryje ich koszty lub
 - b) zorganizuje transport Ubezpieczonego do poradni rehabilitacyjnej oraz pokryje koszty transportu i 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 zakup lub wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego i pokryje jego koszt 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** – przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu trwającego dłużej niż 3 doby, Centrum Operacyjne zorganizuje opiekę nad dziećmi (osobami niesamodzielnymi) w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego i pokryje jej koszty do łącznej kwoty 400 PLN w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.

3. Usługi informacyjne – Centrum Operacyjne udzieli Ubezpieczonemu informacji telefonicznej odnośnie:

- 1) informacji teleadresowych o placówkach kontraktowych INTER Polska,
- 2) zakresu wariantów ubezpieczenia INTER VISION,
- 3) placówek służby zdrowia na terenie RP,
- 4) aptek na terenie RP czynnych przez 24h/na dobę,
- 5) diet,
- 6) ciąży,
- 7) profilaktyki,
- 8) leków,
- 9) instrukcji przygotowania do zabiegów i badań medycznych,
- 10) profilaktyki zachorowań na grype,
- 11) grup wsparcia i telefonach zaufania w Polsce,
- 12) informacji dla podróżnych (szczepień, zagrożeń epidemiologicznych).

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

ROZDZIAŁ III REALIZACJA USŁUGI ASSISTANCE (POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU WYSTĄPIENIA ZDARZENIA)

§ 3

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 wypełni obowiązków określonych w ust. 2 powyżej, 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.

ROZDZIAŁ IV WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4

1. INTER Polska nie odpowiada za skutki zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych z przyczyn określonych w § 4 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.

ROZDZIAŁ V POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 5

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych SWU stosuje się OWU.
2. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia zostały zatwierdzone Uchwałą nr 51/2022 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 20.09.2022 r.
3. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 01.10.2022 r. i mają zastosowanie do umów zawieranych od dnia 01.11.2022 r.



Janusz Szulik
Prezes Zarządu



Wioletta Rogosz
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.

ROZDZIAŁ I ZAKRES ŚWIADCZEŃ INTER POLSKA

§ 1

1. Zakres świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach ubezpieczenia INTER VISION BASIC określony jest w wykazie świadczeń zdrowotnych. Zasady realizacji świadczeń zdrowotnych określone są w § 12 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:
 - 1) wizyta domowa lekarza,
 - 2) transport medyczny,

- 3) wizyta pielęgniarki,
- 4) pomoc psychologa,
- 5) organizacja procesu rehabilitacyjnego,
- 6) organizacja wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego,
- 7) dostawa leków,
- 8) organizację opieki nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi,
- 9) 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 cy ambulatoryjne może rozszerzyć zakres ochrony o ubezpieczenia dodatkowe.
- 2) Zakres ochrony ubezpieczenia dodatkowego regulują odrębne Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zdrowotnego.

ROZDZIAŁ II ZATWIERDZENIE I WEJŚCIE W ŻYCIE SZCZEGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia zostały zatwierdzone Uchwałą nr 51/2022 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 20.09.2022 r.
2. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 01.10.2022 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01.11.2022 r.



Janusz Szulik
Prezes Zarządu



Wioletta Rogosz
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.

ROZDZIAŁ I ZAKRES ŚWIADCZEŃ INTER POLSKA

§ 1

1. Zakres świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach ubezpieczenia INTER VISION SILVER określony jest w wykazie świadczeń zdrowotnych. Zasady realizacji świadczeń zdrowotnych określone są w § 12 OWU.

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

1) **Koszty ambulatoryjnych konsultacji lekarskich** (z wyłączeniem lekarza dentysty, 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 dentystycznego**

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 każdego 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.

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 § 12 ust. 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:

- 1) wizyta domowa lekarza,
- 2) transport medyczny,
- 3) wizyta pielęgniarki,
- 4) pomoc psychologa,
- 5) organizacja procesu rehabilitacyjnego,
- 6) organizacja wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego,
- 7) dostawa leków,
- 8) organizację opieki nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi,
- 9) 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.

ROZDZIAŁ II ZATWIERDZENIE I WEJŚCIE W ŻYCIE SZCZEGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia zostały zatwierdzone Uchwałą nr 51/2022 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 20.09.2022 r.
2. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 01.10.2022 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01.11.2022 r.



Janusz Szulik
Prezes Zarządu



Wioletta Rogosz
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.

ROZDZIAŁ I ZAKRES ŚWIADCZEŃ INTER POLSKA

§ 1

1) Zakres świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach ubezpieczenia INTER VISION GOLD określony jest w wykazie świadczeń zdrowotnych. Zasady realizacji świadczeń zdrowotnych określone są w § 12 OWU.

2) W ramach ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION GOLD 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 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 § 12 ust. 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 wariantcie INTER VISION GOLD.

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

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 § 12 ust. 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 ciężką 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 § 12 ust. 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.

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 żółtacze typu AB), preparatów odżywczych i wzmacniających, środków dezynfekcyjnych i kosmetycznych, wody mineralnej, dodatków do kąpieli itp.

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

3. Usługi Assistance:

- 1) wizyta domowa lekarza,
- 2) transport medyczny,
- 3) wizyta pielęgniarki,
- 4) pomoc psychologa,
- 5) organizacja procesu rehabilitacyjnego,
- 6) organizacja wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego,
- 7) dostawa leków,
- 8) organizację opieki nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi,
- 9) 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.

ROZDZIAŁ II ZATWIERDZENIE I WEJŚCIE W ŻYCIE SZCZEGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia zostały zatwierdzone Uchwałą nr 51/2022 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 20.09.2022 r.
2. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 01.10.2022 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01.11.2022 r.



Janusz Szulik
Prezes Zarządu



Wioletta Rogosz
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.

ROZDZIAŁ I ZAKRES ŚWIADCZEŃ INTER POLSKA

§ 1

1. Zakres świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach ubezpieczenia INTER VISION DIAMOND określony jest w wykazie świadczeń zdrowotnych. Zasady realizacji świadczeń zdrowotnych określone są w § 12 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 § 12 ust. 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 każdego kolejnych czterech lat ubezpieczeniowych.

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

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

7) **Koszty środków pomocniczych**

INTER Polska pokrywa koszt zakupu lub wypożyczenia środków pomocniczych na podstawie rachunku (na zasadach określonych w § 12 ust. 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 200 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 § 12 ust. 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 wariantcie INTER VISION DIAMOND.

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 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 żółtacze typu AB), preparatów odżywczych i wzmacniających, środków dezynfekcyjnych i kosmetycznych, wody mineralnej, dodatków do kąpieli 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:

- 1) wizyta domowa lekarza,
- 2) transport medyczny,
- 3) wizyta pielęgniarki,
- 4) pomoc psychologa,
- 5) organizacja procesu rehabilitacyjnego,
- 6) organizacja wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego,
- 7) dostawa leków,
- 8) organizację opieki nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi,
- 9) 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.

ROZDZIAŁ II ZATWIERDZENIE I WEJŚCIE W ŻYCIE SZCZEGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia zostały zatwierdzone Uchwałą nr 51/2022 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 20.09.2022 r.
2. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 01.10.2022 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01.11.2022 r.



Janusz Szulik
Prezes Zarządu



Wioletta Rogosz
Członek Zarządu