

Grupowe Ubezpieczenie Zdrowotne INTER VISION

**Ogólne Warunki
Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION**

**Szczególne Warunki
Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER Assistance Plus**

**INFORMACJA O GRUPOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM
– INTER VISION
ORAZ O UBEZPIECZENIU DODATKOWYM ASSISTANCE PLUS.
INFORMACJA W TRYBIE ART. 17 UST. 1
USTAWY O DZIAŁALNOŚCI UBEZPIECZENIOWEJ I REASEKURACYJNEJ.**

Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego
1. Przestanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego §2 pkt 2, 5, 9, 10, 16, 23, 24, 25, 30, 31 §3 § 8 § 13 ust. 8 §14 §15 §16 §17 § 18 ust. 8 § 23 ust. 9 Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego - Wykaz Świadczeń Ubezpieczeniowych realizowanych w ramach Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego Szczególne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER Assistance PLUS §1 pkt 3 i 6 §2 §3 ust. 1 - 2
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności INTER Polska uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia i innych świadczeń lub ich obniżenia	Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego §4 § 5 § 12 ust. 4 pkt 1) § 12 ust. 6 pkt 2) § 12 ust. 6 pkt 3) § 18 ust. 5 § 23 ust. 9 Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego - Wykaz Świadczeń Ubezpieczeniowych realizowanych w ramach Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION Szczególne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER Assistance PLUS §3 ust. 4 - 5

Spis treści

1. Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION	1
ROZDZIAŁ I POSTANOWIENIA OGÓLNE	1
ROZDZIAŁ II DEFINICJE	1
ROZDZIAŁ III PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	2
ROZDZIAŁ IV WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI INTER POLSKA	3
ROZDZIAŁ V KARENCJA	3
ROZDZIAŁ VI ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	3
ROZDZIAŁ VII PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY UBEZPIECZENIA, REZYGNACJA Z OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	3
ROZDZIAŁ VIII OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO	4
ROZDZIAŁ IX OKRES OBOWIĄZYWANIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	4
ROZDZIAŁ X ZMIANA UMOWY UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO	4
ROZDZIAŁ XI SKŁADKA	4
ROZDZIAŁ XII REALIZACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH - POSTANOWIENIA OGÓLNE	5
ROZDZIAŁ XIII REALIZACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W SYSTEMIE BEZGOTÓWKOWYM	5
ROZDZIAŁ XIV REALIZACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH NA ZASADACH REFUNDACJI	5
ROZDZIAŁ XV ZWROT KOSZTÓW LEKÓW I ŚRODKÓW POMOCNICZYCH ZEWNĘTRZNYCH	6
ROZDZIAŁ XVI DZIENNY ZASIŁEK SZPITALNY	6
ROZDZIAŁ XVII POSTĘPOWANIE W SPRAWIE ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH	6
ROZDZIAŁ XVIII PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO / UBEZPIECZONEGO	6
ROZDZIAŁ XIX PRZEDAWNIE NIE ROSZCZEŃ	7
ROZDZIAŁ XX POSTĘPOWANIE W SPRAWIE REKLAMACJI, SKARG I ZAŻAŁEŃ	7
ROZDZIAŁ XXI ODSZTĘPIENIE, WYPOWIEDZENIE I ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO	8
ROZDZIAŁ XXII ZMIANA OWU LUB SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ	8
ROZDZIAŁ XXIII POSTANOWIENIA KOŃCOWE	8
2. Szczegółne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego Inter Assistance Plus	11
ROZDZIAŁ I DEFINICJE	11
ROZDZIAŁ II PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	11
ROZDZIAŁ III REALIZACJA USŁUG ASSISTANCE (POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU WYSTĄPIENIA ZDARZENIA)	12
ROZDZIAŁ IV WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	12
ROZDZIAŁ V POSTANOWIENIA KOŃCOWE	12

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION

ROZDZIAŁ I POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION (zwane dalej „OWU”) mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia zdrowotnego zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (zwane dalej: „INTER Polska”) z Ubezpieczającymi, na rachunek Ubezpieczonych.
2. Postanowienia dodatkowe lub odmienne od postanowień OWU muszą być, pod rygorem ich nieważności, sporządzone w formie pisemnej albo w formie elektronicznej.
3. INTER Polska jest zobowiązane do:
 - 1) doręczenia Ubezpieczającemu warunków ubezpieczenia przed zawarciem umowy ubezpieczenia grupowego w taki sposób, aby miał możliwość zapoznania się z ich treścią przed zawarciem umowy ubezpieczenia grupowego,
 - 2) przekazania, za pośrednictwem Ubezpieczającego, osobie zainteresowanej, przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego, na piśmie, lub jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informacji dotyczących postanowień, które określają:
 - a) przesłanki realizacji świadczeń ubezpieczeniowych oraz
 - b) ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności INTER Polska uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych, lub ich obniżenia,
 - 3) przedstawienia Ubezpieczającemu różnic między postanowieniami umowy ubezpieczenia grupowego a OWU przed zawarciem umowy ubezpieczenia grupowego. W razie niedopełnienia tego obowiązku INTER Polska nie może powoływać się na różnice niekorzystne dla Ubezpieczającego; postanowienie to nie ma zastosowania do umów ubezpieczenia grupowego zawieranych w drodze negocjacji,
 - 4) wydania Ubezpieczającemu polisy,
 - 5) udzielania Ubezpieczającemu informacji o sposobie i trybie rozpatrywania reklamacji i skarg oraz o organie właściwym do ich rozpatrzenia,
 - 6) udostępniania Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem informacji i dokumentów gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności INTER Polska lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego. 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. Ubezpieczający nie ma prawa wglądu do danych osobowych Ubezpieczonego bez jego zgody, z wyjątkiem danych niezbędnych do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia grupowego oraz realizacji obowiązków wynikających z przepisów prawa, do których dostęp przysługuje mu bez takiej zgody.
4. **choroba** – zaburzenie funkcjonowania organizmu, rozpoznane przez lekarza zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, potwierdzone dokumentacją medyczną,
5. **data przystąpienia** – dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wobec Ubezpieczonego,
6. **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione pracownika lub jego partnera życiowego, które nie ukończyło 26 roku życia, przy czym wiek ustala się jako różnicę pomiędzy aktualnym rokiem kalendarzowym a rokiem urodzenia,
7. **dzienny zasiłek szpitalny** – świadczenie pieniężne z tytułu pobytu w szpitalu,
8. **forma pisemna** – forma oświadczenia wymagająca utrwalenia jego treści w dokumencie oraz opatrzenia tego dokumentu własnoręcznym podpisem osoby składającej oświadczenie,
9. **forma elektroniczna** – forma oświadczenia utrwalonego w postaci elektronicznej i opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym osoby składającej oświadczenie,
10. **karencja** – okres wyłączenia odpowiedzialności INTER Polska za świadczenia zdrowotne wskazane w OWU jako objęte karencją,
11. **kryterium grupy** – warunek lub zespół warunków stanowiących podstawę kwalifikacji pracowników do objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach określonego wariantu ubezpieczenia. Jednemu kryterium grupy można przypisać wyłącznie jeden wariant ubezpieczenia. Kryterium grupy może być określone w szczególności według rodzaju stosunku prawnego łączącego pracownika z Ubezpieczającym, wymiaru czasu pracy, okresu zatrudnienia lub stanowiska pracy,
12. **lekarz** – osoba posiadająca aktualne uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza albo lekarza dentysty zgodnie z przepisami prawa polskiego, wykonująca zawód w zakresie swoich kwalifikacji i uprawnień,
13. **leki** – produkty lecznicze w rozumieniu ustawy – Prawo farmaceutyczne, przeznaczone do stosowania u ludzi i dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Za leki nie uważa się suplementów diety, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, produktów kosmetycznych ani wyrobów medycznych,
14. **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które nastąpiło w okresie odpowiedzialności INTER Polska, w następstwie którego Ubezpieczony, niezależnie od swojej woli, doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału serca, udaru mózgu ani innych chorób, w tym nagłych zachorowań,
15. **pakiet indywidualny** – forma ubezpieczenia, w ramach której ochroną ubezpieczeniową objęty jest wyłącznie pracownik,
16. **pakiet partnerski** – forma ubezpieczenia, w ramach której ochroną ubezpieczeniową objęty jest pracownik wraz z partnerem życiowym albo pracownik wraz z jednym dzieckiem,
17. **pakiet rodzinny** – forma ubezpieczenia, w ramach której ochroną ubezpieczeniową objęty jest pracownik wraz z partnerem życiowym i dziećmi albo pracownik wraz z co najmniej dwójgim dziećmi,
18. **partner życiowy** – osoba pozostająca z pracownikiem w związku małżeńskim albo osoba pozostająca z pracownikiem (niepozostającym w związku małżeńskim z jakąkolwiek osobą) we wspólnym pożyciu; partner życiowy nie może pozostawać z pracownikiem w stosunku pokrewieństwa ani w stosunku powinowactwa,
19. **placówka medyczna** – podmiot wykonujący działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, prowadzącą działalność na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym osoba wykonująca zawód medyczny w ramach działalności leczniczej jako praktykę zawodową,
20. **placówka współpracująca** – placówka medyczna, z którą INTER Polska lub podmiot działający na jej zlecenie zawarł umowę dotyczącą realizacji świadczeń zdrowotnych objętych umową ubezpieczenia grupowego. Aktualna lista placówek współpracujących jest dostępna na stronie www.interpolska.pl,

ROZDZIAŁ II DEFINICJE

§ 2

Przez użyte w niniejszych OWU pojęcia rozumie się:

1. **Centrum Klienta** – jednostka organizacyjna INTER Polska albo podmiot działający na zlecenie INTER Polska odpowiedzialny za obsługę Ubezpieczonych, służący w szczególności do weryfikacji uprawnień oraz umawiania i potwierdzania terminów realizacji świadczeń zdrowotnych, dostępny pod ogólnopolskim numerem telefonu lub za pośrednictwem portalu internetowego,

19. **pobyt w szpitalu** – potwierdzony dokumentacją medyczną, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, w celu udzielenia świadczeń szpitalnych, trwający co najmniej 24 godziny,
20. **początek ubezpieczenia** – dzień wskazany w umowie ubezpieczenia grupowego jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności INTER Polska z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego,
21. **polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia grupowego przez INTER Polska i Ubezpieczającego,
22. **pracownik** – osoba fizyczna pozostająca z Ubezpieczającym w stosunku pracy na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę lub osoba fizyczna pozostająca z Ubezpieczającym w stosunku prawnym na podstawie umowy cywilnoprawnej,
23. **rocznica polisy** – każda rocznica początku ubezpieczenia przypadająca w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia grupowego,
24. **rok ubezpieczeniowy** – 12 kolejnych miesięcy obowiązywania umowy ubezpieczenia grupowego, liczonych od dnia początku ubezpieczenia albo rocznicy polisy do dnia poprzedzającego najbliższą rocznicę polisy,
25. **senior** – rodzic lub teść pracownika,
26. **szpital** – zakład leczniczy znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w którym podmiot leczniczy wykonuje świadczenia szpitalne w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Za szpital nie uważa się szpitali uzdrowiskowych, zakładów lub oddziałów rehabilitacyjnych, sanatoryjnych, wypoczynkowych, opiekuńczych lub socjalnych, zakładów lub oddziałów przeznaczonych do leczenia zaburzeń psychicznych, leczenia uzależnień oraz hospicjów,
27. **środki pomocnicze zewnętrzne** – narzędzia, aparaty, urządzenia lub inne artykuły służące wspomaganie lub zastępowaniu upośledzonych funkcji organizmu, wskazane w wykazie świadczeń ubezpieczeniowych, zakupione przez Ubezpieczonego w okresie ochrony ubezpieczeniowej,
28. **świadczenie zdrowotne** – usługa medyczna oraz czynność medyczna wykonywana zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, służąca zachowaniu, profilaktyce, przywracaniu lub poprawie zdrowia, której wykonanie jest uzasadnione stanem zdrowia Ubezpieczonego,
29. **świadczenie ubezpieczeniowe** – świadczenie, polegające na:
 - a) organizacji i pokryciu kosztów świadczeń zdrowotnych, lub
 - b) zwrocie kosztów świadczeń zdrowotnych, lub
 - c) zwrocie kosztów leków, lub
 - d) zwrocie kosztów środków pomocniczych zewnętrznych, lub
 - e) wypłacie dziennego zasiłku szpitalnego z tytułu pobytu w szpitalu przez Ubezpieczonego, lub
 - f) realizacji usług assistance.
30. **SWU assistance** – Szczególne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER Assistance Plus mające zastosowanie do umowy ubezpieczenia grupowego,
31. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna albo jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, jednakże posiadająca zdolność prawną, która zawiera z INTER Polska umowę ubezpieczenia grupowego i jest zobowiązana do zapłaty składki ubezpieczeniowej,
32. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której zawarto umowę ubezpieczenia grupowego, posiadająca stałe miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz posiadająca obywatelstwo polskie albo legalnie przebywająca na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
33. **umowa ubezpieczenia grupowego** – umowa ubezpieczenia zawierana pomiędzy INTER Polska a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych OWU oraz SWU assistance, stanowiących podstawowy zakres ochrony ubezpieczeniowej, który na wniosek Ubezpieczającego może zostać rozszerzony o ubezpieczenia dodatkowe na zasadach określonych w odrębnych Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia (SWU),
34. **usługi assistance** – usługi polegające na zorganizowaniu i udzieleniu pomocy Ubezpieczonemu oraz pokryciu jej kosztów, jak również zapewnieniu usług informacyjnych w zakresie i na zasadach określonych w SWU assistance
35. **wniosek** – formularz INTER Polska stanowiący integralną część umowy ubezpieczenia grupowego, na którym Ubezpieczający wyraża wolę zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego,

36. **Wykaz Świadczeń Ubezpieczeniowych** – lista świadczeń ubezpieczeniowych w ramach poszczególnych wariantów ubezpieczenia, stanowiąca Załącznik nr 1 do niniejszych OWU,

37. **zdarzenie ubezpieczeniowe:**

- a) w przypadku świadczeń ubezpieczeniowych, z wyłączeniem dziennego zasiłku szpitalnego i usług assistance – choroba lub zmiana stanu zdrowia, które wystąpiły albo zostały rozpoznane w okresie ochrony ubezpieczeniowej i uzasadniają z medycznego punktu widzenia skorzystanie ze świadczenia ubezpieczeniowego,
- b) w przypadku dziennego zasiłku szpitalnego – pobyt w szpitalu,
- c) w przypadku usług assistance – zdarzenie ubezpieczeniowe określone w SWU assistance.

ROZDZIAŁ III PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje świadczenia ubezpieczeniowe określone w OWU, wykazie świadczeń ubezpieczeniowych lub SWU assistance, objęte wybranym wariantem ubezpieczenia, w tym:
 - 1) świadczenia zdrowotne udzielone Ubezpieczonemu w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) koszty świadczeń zdrowotnych poniesione przez Ubezpieczonego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej,
 - 3) koszty leków i środków pomocniczych zewnętrznych poniesione przez Ubezpieczonego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej,
 - 4) wypłatę dziennego zasiłku szpitalnego za pobyt w szpitalu rozpoczęty w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej,
 - 5) usługi assistance, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe w rozumieniu SWU assistance zostało zgłoszone w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
3. Limity świadczeń ubezpieczeniowych są określone w OWU, wykazie świadczeń ubezpieczeniowych lub SWU.
4. Chorobę lub stan zdrowia Ubezpieczonego niepozostający w związku przyczynowym z dotychczasowym zdarzeniem ubezpieczeniowym uważa się za nowe zdarzenie ubezpieczeniowe.
5. W ramach umowy ubezpieczenia grupowego INTER Polska udziela ochrony ubezpieczeniowej pracownikowi, partnerowi życiowemu oraz dziecku w ramach następujących wariantów ubezpieczenia, uszeregowanych od najniższego do najwyższego zakresu ochrony ubezpieczeniowej:
 - 1) INTER VISION Bronze,
 - 2) INTER VISION Silver,
 - 3) INTER VISION Gold,
 - 4) INTER VISION Diamond,
6. INTER Polska udziela ochrony ubezpieczeniowej seniorowi w ramach wariantu INTER VISION Senior.
7. Ubezpieczony może zostać objęty tylko i wyłącznie jednym wariantem ubezpieczenia.
8. Zakres ubezpieczenia, w szczególności wariant ubezpieczenia przypisany do danego kryterium grupy określa polisa.
9. Zmiana wariantu ubezpieczenia wynikająca ze zmiany kryterium grupy następuje zgodnie z zasadami określonymi w § 9 ust. 2 OWU.
10. Partner życiowy lub dziecko mogą zostać objęci ochroną ubezpieczeniową wyłącznie w tym samym wariantcie ubezpieczenia co pracownik.
11. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest w ramach pakietu indywidualnego, partnerskiego albo rodzinnego. Zmiana pakietu następuje z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową partnera życiowego lub dziecka albo od następnego dnia po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej partnera życiowego lub dziecka, jeżeli powoduje to zmianę rodzaju pakietu.
12. Realizacja świadczeń ubezpieczeniowych odbywa się wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

ROZDZIAŁ IV WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI INTER POLSKA

§ 4

1. INTER Polska nie ponosi odpowiedzialności na zasadach i warunkach określonych w § 5 OWU „Karencja”.
2. INTER Polska nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe pozostaje w bezpośrednim związku z:
 - 1) czynnym udziałem Ubezpieczonego w działaniach wojennych, aktach terroru, rozruchach lub zamieszkach;
 - 2) usiłowaniami lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - 3) występowaniem epidemii ogłoszonej przez upoważnione organy administracji państwowej, skażeń lub katastrof naturalnych;
 - 4) próbą samobójczą lub samookaleczeniem Ubezpieczonego;
 - 5) pozostawianiem przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, jeżeli miało to wpływ na wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 6) działaniem energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego.
3. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
 - 1) leczenia i diagnostyki niepłodności oraz zaburzeń płodności;
 - 2) zabiegów związanych z korektą lub zmianą płci;
 - 3) świadczeń z zakresu medycyny estetycznej oraz kosmetologii;
 - 4) leczenia lub zabiegów z zakresu chirurgii plastycznej, chyba że są uzasadnione z medycznego punktu widzenia;
 - 5) leczenia uzdrowiskowego, sanatoryjnego oraz pobytów rehabilitacyjnych;
 - 6) leczenia wad wrodzonych;
 - 7) leczenia schorzeń i uszkodzeń powstałych w okresie okołoporodowym.
4. INTER Polska nie pokrywa kosztów:
 - 1) świadczeń zdrowotnych udzielonych przez osobę będącą dla Ubezpieczonego małżonkiem, partnerem życiowym, wstępnym, zstępnym lub rodzeństwem;
 - 2) leków, środków pomocniczych zewnętrznych lub innych świadczeń realizowanych na podstawie recept, skierowań, zleceń lub zaleceń wystawionych przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) badań diagnostycznych lub laboratoryjnych wskazanych w Wykazie Świadczeń Ubezpieczeniowych, wykonanych bez skierowania lekarza, z wyjątkiem badań z zakresu profilaktyki, które Ubezpieczony może wykonać raz w roku ubezpieczeniowym, (wskazanych w punkcie 9 „Profilaktyka” Wykazu Świadczeń Ubezpieczeniowych);
 - 4) świadczeń zdrowotnych udzielanych w sytuacjach zagrożenia życia, wymagających medycznych działań ratunkowych prowadzonych przez zespoły ratownictwa medycznego;
 - 5) świadczeń zdrowotnych realizowanych w związku z pobytem w szpitalu, z wyjątkiem dziennego zasiłku szpitalnego, jeżeli jest on przewidziany w danym wariancie ubezpieczenia.

ROZDZIAŁ V KARENCA

§ 5

1. Karencja liczona jest od daty przystąpienia Ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia grupowego.
2. Karencja dotyczy świadczeń zdrowotnych wskazanych w Wykazie Świadczeń Ubezpieczeniowych w punkcie 5 „Stomatologia”, punkcie 6 „Ortodoncja” i punkcie 7 „Protetyka”.
3. Karencja wynosi 6 miesięcy.

ROZDZIAŁ VI ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 6

1. Umowa ubezpieczenia grupowego może zostać zawarta jeżeli:
 - 1) Ubezpieczający złoży prawidłowo wypełniony wniosek,

- 2) zostaną spełnione warunki dotyczące minimalnej liczby osób przystępujących do umowy ubezpieczenia grupowego, określonych przez INTER Polska na etapie przedstawiania oferty grupowego ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Ubezpieczający składa wnioszek:
 - 1) w formie elektronicznej (wniosek podpisany z wykorzystaniem kwalifikowanego podpisu elektronicznego) albo
 - 2) w formie pisemnej (wniosek podpisany podpisem własnoręcznym)
3. Wniosek musi zostać podpisany przez osoby uprawnione do reprezentacji Ubezpieczającego.
4. W przypadku niespełnienia warunków, o których mowa w ust. 1 pkt 2 powyżej, INTER Polska może przedstawić zmienione warunki oferty grupowego ubezpieczenia zdrowotnego.
5. INTER Polska zastrzega sobie prawo do:
 - 1) wystąpienia do Ubezpieczającego o dodatkowe informacje lub dokumenty niezbędne do oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego;
 - 2) odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego;
 - 3) uzgodnienia postanowień dodatkowych lub odmiennych od postanowień OWU.
6. Zawarcie umowy ubezpieczenia grupowego INTER Polska potwierdza polisą.

ROZDZIAŁ VII PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY UBEZPIECZENIA, REZYGNACJA Z OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 7

1. Pracownik może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy ubezpieczenia grupowego, jeżeli:
 - 1) spełnia kryterium grupy,
 - 2) złożył prawidłowo wypełnioną deklarację przystąpienia,
 - 3) został zgłoszony do INTER Polska przez Ubezpieczającego.
2. Pracownik może przystąpić do umowy ubezpieczenia grupowego w terminie 2 miesięcy kalendarzowych następujących po dacie spełnienia kryterium grupy, a po upływie tego terminu wyłącznie ze skutkiem od rocznicy polisy.
3. Data przystąpienia pracownika ustalana jest zgodnie z zasadami określonymi w § 9 ust. 2 OWU.
4. Partner życiowy, dziecko lub senior może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy ubezpieczenia grupowego, jeżeli:
 - 1) pracownik jest już objęty ochroną ubezpieczeniową lub zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową jednocześnie z partnerem życiowym, dzieckiem lub seniorem,
 - 2) pracownik złożył prawidłowo wypełnioną deklarację przystąpienia, obejmującą dane partnera życiowego, dziecka lub seniora oraz wymagane przepisami prawa zgody niezbędne do objęcia ochroną ubezpieczeniową,
 - 3) partner życiowy, dziecko lub senior zostali zgłoszeni do INTER Polska przez Ubezpieczającego.
5. Partner życiowy, dziecko mogą przystąpić do umowy ubezpieczenia grupowego w ramach pakietu partnerskiego lub rodzinnego:
 - 1) jednocześnie z pracownikiem;
 - 2) w przypadku zawarcia małżeństwa, narodzin dziecka lub przysposobienia dziecka – w terminie 2 miesięcy kalendarzowych następujących po dacie zaistnienia tego zdarzenia;
 - 3) w pozostałych przypadkach – wyłącznie ze skutkiem od rocznicy polisy.
6. Senior może przystąpić do umowy ubezpieczenia grupowego w ramach wariantu INTER VISION Senior:
 - 1) jednocześnie z pracownikiem;
 - 2) w pozostałych przypadkach – wyłącznie ze skutkiem od rocznicy polisy.
7. Data przystąpienia partnera życiowego, dziecka lub seniora ustalana jest zgodnie z zasadami określonymi w § 9 ust. 2 OWU.

8. Pracownik, partner życiowy, dziecko lub senior może zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej objętej umową ubezpieczenia grupowego poprzez złożenie oświadczenia o rezygnacji za pośrednictwem Ubezpieczającego.
 9. Ochrona ubezpieczeniowa wobec pracownika, partnera życiowego, dziecka lub seniora wygasa z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, jeżeli oświadczenie o rezygnacji, o którym mowa w ust. 8 powyżej, zostało przekazane do INTER Polska do 20 dnia tego miesiąca kalendarzowego. Jeżeli oświadczenie o rezygnacji zostało przekazane po 20 dniu miesiąca kalendarzowego, ochrona ubezpieczeniowa wygasa z ostatnim dniem następnego miesiąca kalendarzowego.
 10. Pracownik, partner życiowy, dziecko lub senior, który zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej objętej umową ubezpieczenia grupowego, może ponownie przystąpić do umowy ubezpieczenia grupowego nie wcześniej niż po upływie 12 miesięcy od dnia wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z zachowaniem zasad określonych w ust. 1-7.
5. Ochrona ubezpieczeniowa wobec Ubezpieczonego będącego partnerem życiowym, dzieckiem lub seniorem wygasa:
 - 1) z dniem śmierci danego Ubezpieczonego;
 - 2) w przypadku rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej – z datą ustaloną zgodnie z §7 ust. 9 OWU;
 - 3) w przypadku zakończenia ochrony ubezpieczeniowej pracownika – z datą ustaloną zgodnie z ust. 6 poniżej;
 - 4) wobec partnera życiowego – w przypadku rozwiązania małżeństwa – z datą ustaloną zgodnie z ust. 6 poniżej;
 - 5) wobec dziecka – w przypadku rozwiązania przysposobienia – z datą ustaloną zgodnie z ust. 6 poniżej;
 - 6) wobec dziecka – z końcem roku ubezpieczeniowego, w którym ukończy ono 26 lat.
 6. W przypadkach, o których mowa w ust. 4 pkt 3) powyżej oraz ust. 5 pkt 3)-5) powyżej, datę wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej ustala się zgodnie z następującymi zasadami:
 - 1) jeżeli zgłoszenie przez Ubezpieczającego do INTER Polska nastąpiło do 20 dnia miesiąca kalendarzowego, ochrona ubezpieczeniowa wygasa z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym nastąpiło zgłoszenie,
 - 2) jeżeli zgłoszenie przez Ubezpieczającego do INTER Polska nastąpiło po 20 dniu miesiąca kalendarzowego, ochrona ubezpieczeniowa wygasa z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu zgłoszenia.

ROZDZIAŁ VIII OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO

§ 8

1. Umowę ubezpieczenia grupowego zawiera się na okres jednego roku ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 2-4 poniżej.
2. Umowa ubezpieczenia grupowego ulega przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczeniowy, jeżeli żadna ze stron umowy ubezpieczenia grupowego nie doręczy drugiej stronie umowy ubezpieczenia grupowego – na co najmniej 30 dni przed rocznicą polisy – oświadczenia o braku zgody na przedłużenie okresu obowiązywania umowy ubezpieczenia grupowego.
3. Oświadczenie o braku zgody na przedłużenie okresu obowiązywania umowy ubezpieczenia grupowego musi być sporządzone w formie elektronicznej albo w formie pisemnej.
4. Okres obowiązywania umowy ubezpieczenia grupowego może być przedłużany wielokrotnie, pod warunkiem zachowania trybu określonego w ust. 2-3 powyżej.
5. W razie przedłużenia okresu obowiązywania umowy ubezpieczenia grupowego na następny rok ubezpieczeniowy z zachowaniem trybu określonego w ust. 2-4 powyżej, umowa ubezpieczenia grupowego przedłużana jest na takich samych warunkach, jakie obowiązywały w poprzednim roku ubezpieczeniowym, z zastrzeżeniem § 22 OWU.

ROZDZIAŁ IX OKRES OBOWIĄZYWANIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 9

1. Ochrona ubezpieczeniowa wobec Ubezpieczonego rozpoczyna się od daty przystąpienia, która może przypadać wyłącznie na pierwszy dzień miesiąca kalendarzowego i jest ustalana zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2 poniżej.
2. Terminy objęcia ochroną ubezpieczeniową oraz wejścia w życie zmian wariantów ubezpieczenia ustala się zgodnie z następującymi zasadami:
 - 1) jeżeli zgłoszenie dokonane przez Ubezpieczającego do INTER Polska nastąpiło do 20 dnia miesiąca kalendarzowego, skutki tego zgłoszenia następują od pierwszego dnia następnego miesiąca kalendarzowego,
 - 2) jeżeli zgłoszenie dokonane przez Ubezpieczającego do INTER Polska nastąpiło po 20 dniu miesiąca kalendarzowego, skutki tego zgłoszenia następują od pierwszego dnia drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu zgłoszenia.
3. Ochrona ubezpieczeniowa wszystkich Ubezpieczonych objętych umową ubezpieczenia grupowego wygasa z dniem, w którym umowa ubezpieczenia grupowego przestaje obowiązywać, w tym wskutek upływu okresu wypowiedzenia albo odstąpienia od umowy ubezpieczenia grupowego.
4. Ochrona ubezpieczeniowa wobec Ubezpieczonego będącego pracownikiem wygasa:
 - 1) z dniem jego śmierci;
 - 2) w przypadku rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej – z datą ustaloną zgodnie z §7 ust. 9 OWU;
 - 3) w przypadku zakończenia stosunku prawnego łączącego pracownika z Ubezpieczającym – z datą ustaloną zgodnie z ust. 6 poniżej.

ROZDZIAŁ X ZMIANA UMOWY UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO

§ 10

1. Zmiana umowy ubezpieczenia grupowego może nastąpić:
 - 1) w drodze porozumienia stron umowy ubezpieczenia grupowego, lub
 - 2) w trybie przewidzianym w OWU, lub
 - 3) w innym trybie przewidzianym powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.
2. Zmiana umowy ubezpieczenia grupowego potwierdzana jest w formie pisemnej albo w formie elektronicznej.
3. Zmiana umowy ubezpieczenia grupowego jest skuteczna od dnia wskazanego w aneksie do polisy.

ROZDZIAŁ XI SKŁADKA

§ 11

1. INTER Polska określa wysokość składki ubezpieczeniowej z uwzględnieniem – zakresu świadczeń ubezpieczeniowych, wariantu ubezpieczenia, relacji liczby pracowników przystępujących do umowy ubezpieczenia grupowego do ogólnej liczby pracowników a także struktury wiekowej, płciowej i zawodowej osób przystępujących do umowy ubezpieczenia grupowego oraz lokalizacji prowadzenia działalności przez Ubezpieczającego.
2. Składka ubezpieczeniowa jest opłacana miesięcznie w terminach wskazanych w polisie.
3. Składka ubezpieczeniowa opłacana jest przez Ubezpieczającego na rachunek bankowy wskazany przez INTER Polska w polisie albo aneksie do polisy.
4. Składkę ubezpieczeniową uważa się za zapłaconą z dniem zaksięgowania jej w pełnej wysokości na rachunku bankowym INTER Polska.
5. Jeżeli Ubezpieczający nie zapłacił składki ubezpieczeniowej w terminie wskazanym w polisie, INTER Polska wezwie Ubezpieczającego do zapłaty składki ubezpieczeniowej, wyznaczając mu dodatkowy 7-dniowy termin płatności, liczony od dnia doręczenia wezwania.
6. Jeżeli składka ubezpieczeniowa nie została zapłacona przez Ubezpieczającego w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 5 powyżej, umowę ubezpieczenia grupowego uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym upłynął dodatkowy termin, o którym mowa w ust. 5 powyżej. W wezwaniu, o którym mowa w ust. 5 powyżej INTER Polska poinformuje Ubezpieczającego o skutkach niezapłacenia składki ubezpieczeniowej.

ROZDZIAŁ XII REALIZACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH – POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 12

1. Ubezpieczony może korzystać ze świadczeń zdrowotnych realizowanych w placówkach medycznych.
2. Świadczenia zdrowotne realizowane w placówkach współpracujących wymagają wcześniejszego umówienia za pośrednictwem Centrum Klienta, portalu internetowego lub bezpośrednio w placówce współpracującej, jeżeli placówka ta udostępnia taką możliwość.
3. Konsultacje lekarskie:
 - 1) w ramach ubezpieczenia Ubezpieczonemu przysługują konsultacje lekarzy obejmujące w szczególności wywiad medyczny, poradę lekarską, ocenę stanu zdrowia niezbędną do postawienia diagnozy, monitorowanie leczenia oraz wystawianie recept i skierowań,
 - 2) skorzystanie z konsultacji lekarskich nie wymaga skierowania.
4. Badania diagnostyczne i laboratoryjne:
 - 1) realizacja badań diagnostycznych i laboratoryjnych odbywa się wyłącznie na podstawie wskazań medycznych oraz skierowania wystawionego przez lekarza,
 - 2) z obowiązku posiadania skierowania wyłączone są badania z zakresu profilaktyki (wskazane w Wykazie Świadczeń Ubezpieczeniowych, w punkcie 9 „Profilaktyka”), które Ubezpieczony może wykonać raz w roku ubezpieczeniowym.
5. Rehabilitacja (wskazana w Wykazie Świadczeń Ubezpieczeniowych w punkcie 8 „Rehabilitacja”):
 - 1) świadczenia rehabilitacyjne realizowane są na podstawie skierowania lekarskiego,
 - 2) skierowanie na rehabilitację zachowuje ważność przez okres 3 miesięcy od daty jego wystawienia.
6. Prowadzenie ciąży:
 - 1) ochrona ubezpieczeniowa obejmuje prowadzenie ciąży o przebiegu fizjologicznym,
 - 2) w ramach prowadzenia ciąży zapewnia się dostęp do jednego wybranego przez Ubezpieczonego lekarza ginekologa lub położnika oraz badań diagnostycznych wykonywanych na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza, w tym pięciu badań USG ciąży (zgodnie ze standardami opieki okołoporodowej Ministerstwa Zdrowia).
7. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje:
 - 1) równoległego prowadzenia ciąży przez więcej niż jednego lekarza ginekologa lub położnika;
 - 2) badań USG wykonywanych w technologii 3D, 4D oraz 5D.

ROZDZIAŁ XIII REALIZACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W SYSTEMIE BEZGOTÓWKOWYM

§ 13

1. Realizacja świadczeń zdrowotnych w systemie bezgotówkowym oznacza sposób realizacji świadczeń, w którym koszty świadczeń zdrowotnych są rozliczane bezpośrednio pomiędzy INTER Polska a placówką współpracującą, bez udziału Ubezpieczonego.
2. Świadczenia zdrowotne są realizowane w placówkach współpracujących w systemie bezgotówkowym, w zakresie wynikającym ze współpracy INTER Polska z daną placówką współpracującą. Zakres oraz dostępność świadczeń zdrowotnych mogą się różnić w poszczególnych placówkach współpracujących.
3. Konsultacje lekarskie są organizowane za pośrednictwem Centrum Klienta w terminach liczonych od dnia zgłoszenia zapotrzebowania, zgodnie z poniższymi zasadami:
 - 1) do 2 dni roboczych – w przypadku konsultacji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (internista, pediatra, lekarz rodzinny);
 - 2) do 5 dni roboczych – w przypadku pozostałych konsultacji lekarzy specjalistów.

4. Terminy, o których mowa w ust. 3 powyżej, nie mają zastosowania do:
 - 1) konsultacji u specjalistów dziecięcych;
 - 2) konsultacji profesorskich oraz konsultacji u lekarzy posiadających stopień naukowy doktora habilitowanego.

W powyższych przypadkach termin realizacji konsultacji lekarskich ustalany jest indywidualnie, w zależności od bieżącej dostępności danego specjalisty.
5. Terminy, o których mowa w ust. 3 powyżej nie obowiązują, a okres oczekiwania może ulec wydłużeniu w przypadku wskazania przez Ubezpieczonego indywidualnych preferencji dotyczących:
 - 1) terminu lub godziny realizacji świadczenia zdrowotnego;
 - 2) konkretnej placówki współpracującej lub jej lokalizacji;
 - 3) konkretnego lekarza, w tym wskazanego imiennie lub preferencji dotyczącej płci lekarza;
 - 4) wymagań językowych.
6. Jeżeli realizacja konsultacji lekarskich w terminach określonych w ust. 3 powyżej, nie jest możliwa (z wyłączeniem sytuacji opisanych w ust. 4 i 5 powyżej), INTER Polska uzgadnia z Ubezpieczonym inny sposób realizacji konsultacji lekarskich albo pokrywa koszty tych konsultacji wykonanych przez inną placówkę medyczną, w tym niebędącą placówką współpracującą na zasadach określonych w §14.
7. Warunkiem zachowania terminów, o których mowa w ust. 3 powyżej oraz skorzystania z uprawnień określonych w ust. 6 powyżej jest każdorazowe zgłoszenie zapotrzebowania na konsultację lekarską za pośrednictwem Centrum Klienta. Samodzielne umówienie się na konsultację lekarską z pominięciem Centrum Klienta zwalnia INTER Polska z obowiązku zachowania terminów, o których mowa w ust. 3 powyżej.
8. Warunkiem skorzystania ze świadczenia zdrowotnego w placówce współpracującej jest każdorazowe okazanie dokumentu potwierdzającego tożsamość, w szczególności dowodu osobistego, paszportu, prawa jazdy lub legitymacji szkolnej zawierającej zdjęcie.

ROZDZIAŁ XIV REALIZACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH NA ZASADACH REFUNDACJI

§ 14

1. Ubezpieczony może korzystać ze świadczeń zdrowotnych na zasadach refundacji, jeżeli świadczenie zdrowotne zostało zrealizowane poza placówką współpracującą albo zostało zrealizowane przez placówkę współpracującą poza zakresem współpracy INTER Polska z tą placówką. W takim przypadku INTER Polska zwraca koszty świadczeń zdrowotnych w zakresie oraz do wysokości kwot refundacji określonych w wykazie świadczeń ubezpieczeniowych właściwych dla wariantu, w ramach którego Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową.
2. INTER Polska zwraca koszty świadczeń zdrowotnych na podstawie zgłoszenia Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do działania w jego imieniu, dokonanego za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie www.interpolska.pl lub w formie pisemnej. Do zgłoszenia należy dołączyć załączniki w postaci oryginału lub skanu faktury imiennej (rachunku), skierowania (jeżeli jest wymagane w celu realizacji świadczenia zdrowotnego zgodnie z postanowieniami OWU) oraz innych dokumentów niezbędnych do ustalenia prawa do zwrotu kosztów świadczenia zdrowotnego lub ich wysokości.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 2 powyżej, muszą zawierać:
 - 1) imię, nazwisko Ubezpieczonego, któremu zostało udzielone świadczenie zdrowotne,
 - 2) datę realizacji świadczenia zdrowotnego,
 - 3) pełną nazwę udzielonego świadczenia zdrowotnego, sformułowaną w sposób umożliwiający jego dopasowanie do obowiązującego wykazu świadczeń ubezpieczeniowych, a w przypadku świadczeń stomatologicznych lub protetycznych również numer zęba,
 - 4) cenę jednostkową poszczególnych świadczeń zdrowotnych.
4. INTER Polska może wystąpić do Ubezpieczonego o udzielenie dodatkowych informacji lub dokumentacji medycznej w celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do świadczenia zdrowotnego lub jego wysokości.

ROZDZIAŁ XV ZWROT KOSZTÓW LEKÓW I ŚRODKÓW POMOCNICZYCH ZEWNĘTRZNYCH

§ 15

- Zwrot kosztów leków i środków pomocniczych zewnętrznych przysługuje Ubezpieczonemu w zakresie oraz do wysokości określonych w Wykazie Świadczeń Ubezpieczeniowych, w następujących wariantach ubezpieczenia:
 - leków – w wariantach INTER VISION Gold i INTER VISION Diamond;
 - środków pomocniczych zewnętrznych – w wariantach INTER VISION Silver, INTER VISION Gold i INTER VISION Diamond.
- Zwrot kosztów leków i środków pomocniczych zewnętrznych przysługuje Ubezpieczonemu, jeżeli konieczność ich stosowania jest uzasadniona z medycznego punktu widzenia, zostały przepisane Ubezpieczonemu przez lekarza oraz pozostają w zakresie ochrony ubezpieczeniowej w danym wariantcie ubezpieczenia.
- Zwrot kosztów obejmuje leki zakupione oraz środki pomocnicze zewnętrzne zakupione lub wypożyczone na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- INTER Polska zwraca koszty leków i środków pomocniczych zewnętrznych na podstawie zgłoszenia Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do działania w jego imieniu, dokonanego za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie www.interpolska.pl lub w formie pisemnej. Do zgłoszenia należy dołączyć załączniki w postaci oryginału lub skanu faktury imiennej (rachunku), dokumentu potwierdzającego przepisanie leku lub środka pomocniczego zewnętrznego przez lekarza (np. kopię recepty lub dokumentacji medycznej) oraz innych dokumentów niezbędnych do dokonania zwrotu kosztów.
- Dokumenty, o których mowa w ust. 3 powyżej muszą zawierać:
 - imię, nazwisko Ubezpieczonego, na rzecz którego dokonano zakupu leku lub środka pomocniczego zewnętrznego,
 - datę zakupu leku lub środka pomocniczego zewnętrznego,
 - pełną nazwę zakupionego leku lub środka pomocniczego zewnętrznego umożliwiającą jego identyfikację,
 - cenę jednostkową poszczególnych produktów.
- INTER Polska może wystąpić do Ubezpieczonego o udzielenie dodatkowych informacji lub dokumentacji medycznej w celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do świadczenia ubezpieczeniowego lub wysokości należnego świadczenia ubezpieczeniowego.

ROZDZIAŁ XVI DZIENNY ZASIŁEK SZPITALNY

§ 16

- Dzienny zasiłek szpitalny przysługuje Ubezpieczonemu w wariantach INTER VISION Silver, INTER VISION Gold i INTER VISION Diamond w wysokości określonej w Wykazie Świadczeń Ubezpieczeniowych.
- Dzienny zasiłek szpitalny przysługuje za każdą pełną dobę pobytu w szpitalu rozpoczętego w okresie ochrony ubezpieczeniowej, łącznie maksymalnie za 90 dób pobytu w szpitalu w roku ubezpieczeniowym, niezależnie od tego, czy zakończenie pobytu w szpitalu nastąpi po ustaniu ochrony ubezpieczeniowej.
- INTER Polska wypłaca dzienny zasiłek szpitalny na podstawie zgłoszenia Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do działania w jego imieniu, dokonanego za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie www.interpolska.pl lub w formie pisemnej. Do zgłoszenia należy dołączyć pełną kartę informacyjną z leczenia szpitalnego otrzymaną przy wypisie lub jej kopię oraz inne dokumenty niezbędne do ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości.
- Dokumenty, o których mowa w ust. 4 powyżej, powinny być sporządzone zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i muszą zawierać:
 - dane Ubezpieczonego (imię, nazwisko, PESEL lub data urodzenia), którego dotyczy pobyt w szpitalu,
 - datę przyjęcia do szpitala,
 - datę wypisu ze szpitala,
 - dane szpitala i oddziału,
 - rozpoznanie (tj. nazwę i numer statystyczny rozpoznania choroby, według obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych).

- INTER Polska może wystąpić do Ubezpieczonego o udzielenie dodatkowych informacji lub dokumentacji medycznej w celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do świadczenia ubezpieczeniowego lub jego wysokości.

ROZDZIAŁ XVII POSTĘPOWANIE W SPRAWIE ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

§ 17

- INTER Polska zwraca koszty świadczeń zdrowotnych, koszty leków, koszty środków pomocniczych zewnętrznych oraz wypłaca dzienny zasiłek szpitalny w formie przelewu bankowego, w polskiej walucie, na numer rachunku bankowego prowadzonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wskazany przez Ubezpieczonego lub osobę uprawnioną do działania w jego imieniu, na formularzu zgłoszenia, w terminie 30 dni od dnia otrzymania zgłoszenia.
- Jeżeli w terminie określonym w ust. 1 powyżej wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności INTER Polska lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego okaże się niemożliwe, INTER Polska zawiadamia, w formie pisemnej lub elektronicznej:
 - osobę zgłaszającą roszczenie,
 - Ubezpieczonego, jeżeli nie jest osobą zgłaszającą roszczenie,o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczenia w całości lub w części a także wypłaca bezsporną część świadczenia
- Jeżeli świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje albo przysługuje w wysokości innej niż określona w zgłoszonym roszczeniu, INTER Polska zawiadamia, w formie pisemnej lub elektronicznej:
 - osobę zgłaszającą roszczenie,
 - Ubezpieczonego, jeżeli nie jest osobą zgłaszającą roszczenie,wskazując okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę realizacji świadczenia ubezpieczeniowego.
- Informacja, o której mowa w ust. 3 powyżej, zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
- Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności INTER Polska lub wysokości zwrotu kosztów świadczenia ubezpieczeniowego okaże się niemożliwe w terminie wskazanym w ust. 1 powyżej, zwrot kosztów świadczenia ubezpieczeniowego nastąpi w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
- INTER Polska dokonuje zwrotu kosztów świadczeń zdrowotnych realizowanych poza siecią placówek współpracujących na podstawie uznania roszczenia Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku ustaleń dokonanych w przeprowadzonym przez siebie postępowaniu, o którym mowa we wcześniejszych ustępach, zawartej z Ubezpieczonym ugody albo prawomocnego orzeczenia sądu

ROZDZIAŁ XVIII PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO / UBEZPIECZONEGO

§ 18

- Ubezpieczający zobowiązany jest doręczyć Ubezpieczonemu warunki umowy ubezpieczenia grupowego, w tym OWU, właściwe SWU oraz wszelkie inne informacje dotyczące praw i obowiązków Ubezpieczonego wynikających z umowy ubezpieczenia grupowego przed przystąpieniem Ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia grupowego, a jeżeli Ubezpieczony finansuje w całości lub w części składkę ubezpieczeniową – również przed wyrażeniem przez niego zgody na jej finansowanie.
- Przed zawarciem umowy ubezpieczenia grupowego Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości INTER Polska wszystkie znane sobie okoliczności, o które INTER Polska zapytywało we wniosku albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia grupowego w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia grupowego przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez INTER Polska umowy ubezpieczenia grupowego mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
- W okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia grupowego Ubezpieczający jest obowiązany powiadomić INTER Polska o zmianach okoliczności wymienionych w ust. 2 powyżej niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.

4. Obowiązki określone w ust. 2 i 3 powyżej, spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy ubezpieczenia grupowego na jego rachunek.
5. INTER Polska nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 2, 3 i 4 powyżej nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 2, 3 i 4 powyżej doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, iż zdarzenie ubezpieczeniowe przewidziane umową ubezpieczenia grupowego i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
6. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym zmiany ilościowej lub jakościowej danych podanych przez Ubezpieczającego przed zawarciem umowy ubezpieczenia grupowego i będących podstawą ustalenia wysokości składki ubezpieczeniowej, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki ubezpieczeniowej, 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 ubezpieczenia grupowego ze skutkiem natychmiastowym.
7. INTER Polska może zażądać, aby Ubezpieczony poddał się badaniom (z wyłączeniem badań genetycznych) u wyznaczonego przez INTER Polska lekarza na koszt INTER Polska w celu ustalenia prawa do świadczenia ubezpieczeniowego i wysokości tego świadczenia.
8. Ubezpieczający jest zobowiązany do zapłaty składki w terminach wskazanych w polisie.
9. Ubezpieczający jest zobowiązany do zgłaszania zmian na liście Ubezpieczonych za pośrednictwem platformy elektronicznej udostępnianej przez INTER Polska.
10. Ubezpieczony może żądać, by INTER Polska udzieliło mu informacji o postanowieniach zawartej umowy ubezpieczenia grupowego w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego.
11. Ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego świadczenia ubezpieczeniowego bezpośrednio od INTER Polska.
12. Roszczenie o zapłatę składki ubezpieczeniowej przysługuje INTER Polska wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu.
13. INTER Polska może podnieść zarzut mający wpływ na odpowiedzialność INTER Polska również przeciwko Ubezpieczonemu.
14. 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 grupowego przed wyrażeniem takiej zgody, INTER Polska nie może powoływać się na postanowienia ograniczające lub wyłączające odpowiedzialność INTER Polska, a także przewidujące ce skutki naruszeń powinności Ubezpieczonego lub obciążające go obowiązkami.

ROZDZIAŁ XIX PRZEDAWNIE NIE ROSZCZEŃ

§ 19

1. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego przedawniają się z upływem 3 lat. Bieg przedawnienia roszczenia wobec INTER Polska o świadczenie ubezpieczeniowe przerywa się także przez zgłoszenie INTER Polska tego roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego. Bieg przedawnienia rozpoczyna się na nowo od dnia, w którym zgłaszający roszczenie lub zdarzenie ubezpieczeniowe otrzymał na piśmie oświadczenie INTER Polska o przyznaniu lub odmowie świadczenia ubezpieczeniowego.
2. INTER Polska przechowuje informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności INTER Polska lub wysokości świadczenia co najmniej do czasu upływu terminu przedawnienia roszczeń z umowy ubezpieczenia grupowego.

ROZDZIAŁ XX POSTĘPOWANIE W SPRAWIE REKLAMACJI, SKARG I ZAŻAŁEŃ

§ 20

1. Możliwość złożenia reklamacji zawierającej zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez TU INTER Polska S.A. przysługuje:
 - 1) Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uposażonemu, uprawnionemu z umowy ubezpieczenia lub spadkobiercy posiadającemu interes

prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia ubezpieczeniowego, będącemu osobą fizyczną,

- 2) poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu będącemu osobą prawną lub spółką nieposiadającą osobowości prawnej (zwanymi „Klientami”).
2. Reklamacja może zostać złożona:
 - 1) na piśmie:
 - a) osobiście we wszystkich jednostkach TU INTER Polska S.A. obsługujących Klientów oraz u agentów uprawnionych do działania w imieniu lub na rzecz TU INTER Polska S.A., albo wysłana przesyłką pocztową na adres jednostki TU INTER Polska S.A. obsługującej Klientów, albo nadana w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej, albo
 - b) za pośrednictwem formularza online dostępnego na stronie internetowej www.interpolska.pl albo wysłana na adres do doręczeń elektronicznych TU INTER Polska S.A.: AE: PL-60384-59410-TRTTG-31,
 - 2) ustnie – telefonicznie pod numerem 22 333 77 33 lub osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w jednostce TU INTER Polska S.A. obsługującej Klientów.
3. Wykaz jednostek TU INTER Polska S.A. 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 powyżej, TU INTER Polska S.A. 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 TU INTER Polska S.A. na reklamację jest udzielana:
 - 1) w przypadku, gdy Klientem jest osoba fizyczna – na piśmie:
 - a) w formie elektronicznej – w przypadku, gdy reklamacja została złożona przez Klienta w formie elektronicznej, chyba że Klient wniósł o udzielenie odpowiedzi w formie papierowej,
 - b) w formie papierowej – w przypadku, gdy reklamacja została złożona przez Klienta na piśmie w formie papierowej, chyba że Klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w formie elektronicznej,
 - c) w formie papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem Klienta – w przypadku, gdy reklamacja została złożona przez Klienta ustnie;
 - 2) w przypadku, gdy Klientem nie jest osoba fizyczna – w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku.
7. W przypadku, o którym mowa w ust. 6 pkt 1) lit. a) powyżej, odpowiedź jest udzielana:
 - 1) z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej, za pomocą którego Klient złożył reklamację, albo innego wskazanego przez Klienta środka komunikacji,
 - 2) na adres Klienta do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych – w przypadku, gdy reklamacja została wysłana przez Klienta na adres do doręczeń elektronicznych.
8. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo składania skarg do TU INTER Polska S.A. w sposób określony w ust. 2 pkt. 1 i 2. Skargi są rozpatrywane w terminie 30 dni od dnia otrzymania.

9. Reklamacje i skargi rozpatrywane są przez Zarząd TU INTER Polska S.A. albo osobę lub jednostkę upoważnioną przez Zarząd TU INTER Polska S.A.
10. Ubezpieczający, Ubezpieczony, uposażony, uprawniony z umowy ubezpieczenia lub spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia ubezpieczeniowego, 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

ROZDZIAŁ XXI ODSTĘPIENIE, WYPOWIEDZENIE I ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO

§ 21

1. Ubezpieczający jest uprawniony do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia grupowego w każdym czasie, bez podania przyczyny, z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. Oznacza to, że:
 - 1) okres wypowiedzenia liczy się od ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym doręczono do INTER Polska oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia grupowego,
 - 2) umowa ubezpieczenia grupowego rozwiązuje się ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego, następującego po miesiącu kalendarzowym, w którym oświadczenie o wypowiedzeniu zostało doręczone INTER Polska.
2. Ubezpieczający jest uprawniony do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia grupowego w przypadku i terminie określonym w § 22 OWU.
3. INTER Polska jest uprawniona do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia grupowego z ważnych powodów, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego, w którym doręczono Ubezpieczającemu wypowiedzenie, jeżeli:
 - 1) liczba Ubezpieczonych będących pracownikami spadnie poniżej 3 osób lub poniżej ustalonego progu partycypacji określonego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego;
 - 2) Ubezpieczający podał nieprawdziwe informacje lub zataił okoliczności, o które INTER Polska pytał przed zawarciem umowy;
 - 3) doszło do wyłudzenia lub próby wyłudzenia świadczenia.
4. Umowa ubezpieczenia grupowego przestaje obowiązywać:
 - 1) w przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia grupowego przez Ubezpieczającego – z dniem odstąpienia,
 - 2) w przypadku złożenia przez jedną ze stron umowy ubezpieczenia grupowego oświadczenia o braku zgody na przedłużenie okresu obowiązywania umowy ubezpieczenia grupowego, o którym to oświadczeniu mowa w §8 ust. 2 OWU – z ostatnim dniem roku ubezpieczeniowego poprzedzającego rok ubezpieczeniowy, na który umowa ubezpieczenia grupowego nie została przedłużona,
 - 3) w przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia grupowego przez Ubezpieczającego w trybie określonym w §22 OWU – z dniem, o którym mowa w §22 ust. 3 pkt 1) OWU,
 - 4) w przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia grupowego przez Ubezpieczającego – z dniem upływu okresu wypowiedzenia,
 - 5) w przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia grupowego przez INTER Polska na podstawie przepisów ustawy – z dniem ustalonym na podstawie przepisów ustawy, z których wynika uprawnienie INTER Polska do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia grupowego,
 - 6) w przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia grupowego przez INTER Polska w sytuacji, o której mowa w ust. 3 powyżej – ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego, w którym doręczono Ubezpieczającemu wypowiedzenie,
 - 7) w przypadku, gdy składka ubezpieczeniowa nie została zapłacona przez Ubezpieczającego w dodatkowym terminie, o którym mowa w §11 ust. 5 OWU – z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym upłynął dodatkowy termin, o którym mowa w §11 ust. 5 OWU,

- 8) w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia grupowego na podstawie porozumienia stron – w terminie wskazanym w porozumieniu.
5. W przypadku zakończenia obowiązywania umowy ubezpieczenia grupowego, zawarcie nowej umowy ubezpieczenia grupowego przez tego samego Ubezpieczającego będzie możliwe po upływie co najmniej 6 miesięcy, liczonych od dnia następującego po dniu ustania obowiązywania tej umowy, chyba że INTER Polska wyrazi zgodę na zawarcie nowej umowy ubezpieczenia grupowego we wcześniejszym terminie.
6. W przypadku ustania obowiązywania umowy ubezpieczenia grupowego przed upływem okresu, na jaki umowa ubezpieczenia grupowego została zawarta, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
7. Oświadczenie o odstąpieniu oraz o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia grupowego wymaga formy elektronicznej albo formy pisemnej pod rygorem nieważności.

ROZDZIAŁ XXII ZMIANA OWU LUB SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 22

1. INTER Polska ma prawo zaproponować zmianę postanowień OWU lub wysokości składki ubezpieczeniowej przed rocznicą polisy.
2. Propozycję zmian o których mowa w ust. 1, INTER Polska przesyła Ubezpieczającemu w formie elektronicznej albo pisemnej nie później niż na 45 dni przed rocznicą polisy, wskazując:
 - 1) różnice między dotychczasowym a nowym brzmieniem OWU lub;
 - 2) nową wysokość składki ubezpieczeniowej.
3. Jeżeli Ubezpieczający nie wyraża zgody na zmianę OWU lub zmianę wysokości składki ubezpieczeniowej, o których został poinformowany przez INTER Polska zgodnie z ust. 2 powyżej, Ubezpieczający jest uprawniony do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia grupowego najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy. Oznacza to, że:
 - 1) w przypadku doręczenia do INTER Polska oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia grupowego w terminie wskazanym powyżej – umowa ubezpieczenia grupowego przestaje obowiązywać z ostatnim dniem bieżącego roku ubezpieczeniowego,
 - 2) w przypadku niedoręczenia do INTER Polska oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia grupowego w terminie wskazanym powyżej – okres obowiązywania umowy ubezpieczenia grupowego przedłuża się na kolejny rok ubezpieczeniowy na zmienionych warunkach, o których Ubezpieczający został poinformowany przez INTER Polska zgodnie z ust. 2 powyżej.
4. Ubezpieczający jest obowiązany niezwłocznie poinformować Ubezpieczonych o zmianie warunków umowy ubezpieczenia grupowego lub o jej wypowiedzeniu.

ROZDZIAŁ XXIII POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 23

1. Do umowy ubezpieczenia grupowego mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego, w szczególności kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
2. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia grupowego jest prawo polskie.
3. INTER Polska podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
4. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony umowy ubezpieczenia grupowego oraz Ubezpieczonego w związku z umową ubezpieczenia grupowego wymagają formy pisemnej albo formy elektronicznej (tj. z wykorzystaniem kwalifikowanego podpisu elektronicznego), chyba że niniejsze OWU stanowią inaczej.
5. Strony umowy ubezpieczenia grupowego oraz Ubezpieczony zobowiązani są do wzajemnego informowania się o każdej zmianie adresu do doręczeń.
6. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia grupowego można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

7. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia grupowego można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
8. Roszczenia Ubezpieczonego wynikające z umowy ubezpieczenia grupowego nie mogą być przeniesione na osobę trzecią
9. Jeżeli Ubezpieczonemu zostało udzielone nienależne lub wykraczające poza zakres ochrony ubezpieczeniowej świadczenie ubezpieczeniowe, INTER Polska może żądać od Ubezpieczonego zwrotu wartości tych świadczeń ubezpieczeniowych.
10. INTER Polska może uzyskać od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały

świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu, informacje o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa Ubezpieczonego do świadczenia ubezpieczeniowego, a w przypadku świadczenia ubezpieczeniowego polegającego na zwrocie kosztów lub wypłacie dziennego zasiłku szpitalnego – również wysokości tego świadczenia. Z żądaniem przekazania informacji, o których mowa w zdaniu poprzednim, występuje lekarz upoważniony przez INTER Polska. Wystąpienie takie wymaga zgody Ubezpieczonego udzielonej na deklaracji przystąpienia. Niniejsze postanowienie nie ma zastosowania do wyników badań genetycznych.

11. Niniejsze OWU zostały przyjęte uchwałą Zarządu INTER Polska nr 56/2026 z dnia 08.09.2026 r. i znajdują zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01.10.2026 roku.



Janusz Szulik
Prezes Zarządu



Marcin Andruchewicz
Członek Zarządu

Szczególne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER Assistance Plus

Niniejsze Szczególne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER Assistance Plus, zwane dalej SWU, stosuje się do umów grupowego ubezpieczenia zdrowotnego zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A.

ROZDZIAŁ I DEFINICJE

§ 1

Użytych 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) **napęte 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 udzieleniu pomocy Ubezpieczonemu oraz pokryciu jej kosztów, jak również zapewnieniu usług informacyjnych w zakresie i na zasadach określonych w niniejszych SWU,
- 6) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – nieszczęśliwy wypadek lub napęte 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 pkt 33 OWU nie ma zastosowania.

ROZDZIAŁ II PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia są udzielone Ubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności INTER Polska usługi assistance.
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 wizytę domową lekarza, pokryje koszty dojazdu lekarza do miejsca pobytu Ubezpieczonego oraz pokryje koszty jego honorariów.

W ramach jednego zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczonemu przysługuje 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 i zakup lub wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego i pokryje jego koszty do łącznej kwoty 600 PLN w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 7) **dostawę leków** – jeżeli 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 opiekę nad dziećmi (osobami niesamodzielnymi) w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego i pokryje jej koszty do łącznej kwoty 400 PLN w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.

- 9) **telekonsultacje z dietetykiem** – Centrum Operacyjne zorganizuje telekonsultacje z dietetykiem i pokryje ich koszt.

- 10) **telekonsultacje z psychologiem** – Centrum Operacyjne zorganizuje telekonsultacje z psychologiem i pokryje ich koszt.

Łączny limit usług assistance wymienionych w § 2 ust. 2 pkt 9-10 wynosi 4 zdarzenia w roku ubezpieczeniowym.

W ramach jednego zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczonemu przysługuje 1 telekonsultacja z psychologiem lub 1 telekonsultacja z dietetykiem.

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

- 1) informacji teledoresowych o placówkach kontraktowych INTER Polska,
- 2) zakresu wariantów ubezpieczenia,
- 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 (22) 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 ubezpieczeniowym, 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 inną działającą 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 SWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 56/2026 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 08.09.2026 r.
3. Niniejsze SWU wchodzi w życie z dniem 15.09.2026 r. i mają zastosowanie do umów zawieranych od dnia 01.10.2026 r.



Janusz Szulik
Prezes Zarządu



Marcin Andruchewicz
Członek Zarządu