

Antidotum Plus

KARTA PRODUKTU

- Przygotowana przez InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group (dalej: InterRisk) karta produktu przedstawia kluczowe informacje o ubezpieczeniu w celu umożliwienia Klientowi zrozumienie tego produktu oraz podjęcia decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia.
- Karta produktu nie stanowi integralnej części umowy ubezpieczenia.
- Decyzję o zawarciu umowy ubezpieczenia należy podjąć po wcześniejszym zapoznaniu się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia (dalej: OWU) z informacją, o której mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
- Przed zawarciem umowy ubezpieczenia należy skonsultować się z Agentem ubezpieczeniowym InterRisk.

Ubezpieczyciel

InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna
Vienna Insurance Group
ul. Noakowskiego 22
00-668 Warszawa

Agent Ubezpieczeniowy

Ubezpieczający

Osoba fizyczna, osoba prawna oraz jednostka organizacyjna nie będąca osobą prawną prowadzącą działalność gospodarczą, która zawarła umowę ubezpieczenia i z tego tytułu jest zobowiązana do opłacenia składki ubezpieczeniowej.

Ubezpieczony

Osoba fizyczna, na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia, pod warunkiem, iż osoba ta w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyła 70 lat, a w przypadku umowy ubezpieczenia rodzinnego także jej małżonek lub partner i ich dzieci, pod warunkiem, iż osoby te w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyły 70 lat, za wyjątkiem Seniora, tj. osoby fizycznej po 70 r. z., na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia, pod warunkiem, iż osoba ta w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyła 80 lat.

Zakres ubezpieczenia

1. Zakres ubezpieczenia ustalany jest na wniosek Ubezpieczającego i może obejmować:
 - 1) koszty świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 do OWU Antidotum Plus, w wariantach: STANDARD, ROZSZERZONY, COMPLEX lub KOMFORT,
 - 2) koszty stomatologii, określonej w Załączniku nr 2 do OWU Antidotum Plus,
 - 3) pobyt w szpitalu, określony w Załączniku nr 3 do OWU Antidotum Plus, w wariantach ROZSZERZONYM lub COMPLEX.
2. Umowa ubezpieczenia z zakresem kosztów świadczeń medycznych może zostać zawarta w formie ubezpieczenia:

Wariant ubezpieczenia	indywidualnego w rozumieniu postanowień §2 pkt 33) OWU	partnerskiego w rozumieniu postanowień § 2 pkt 34) OWU	rodzinnego w rozumieniu postanowień §2 pkt 35) OWU
STANDARD*	✓	✓	✓
ROZSZERZONY	✓	✓	✓
COMPLEX	✓	✓	✓
KOMFORT	✓	✓	✓

*Wariant Standard dostępny dla Seniora wyłącznie w formie indywidualnej lub partnerskiej (brak możliwości zawarcia umowy w formie rodzinnej).

3. Ubezpieczyciel pokrywa koszty świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 1) i 2), jeżeli są one niezbędne z medycznego punktu widzenia. **Wizyty u lekarzy specjalistów, o których mowa w Załączniku nr 1 do OWU Antidotum Plus, w zależności od specjalizacji lekarskiej jak i udzielenie pozostałych świadczeń medycznych, określonych w Załączniku nr 1 do OWU Antidotum Plus, wymagają skierowania od lekarza Partnera Medycznego.**
4. Zmiana zakresu ubezpieczenia w czasie trwania umowy ubezpieczenia wymaga zgody Ubezpieczyciela i zawarcia aneksu w formie pisemnej pod rygorem nieważności do obowiązującej umowy ubezpieczenia.

Suma ubezpieczenia

1. Górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela w ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycznych i ubezpieczeniu kosztów stomatologii, stanowią koszty świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 i Załączniku nr 2 do OWU Antidotum Plus.
2. W ubezpieczeniu pobytu w szpitalu suma ubezpieczenia stanowi iloczyn wysokości świadczenia za dzień pobytu w szpitalu określonego w umowie ubezpieczenia oraz 60 dni pobytu w szpitalu, o których mowa w § 17 ust. 1 OWU Antidotum Plus.
3. Wysokość sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 2, ustalana jest na wniosek Ubezpieczającego.
4. Suma ubezpieczenia, o której mowa w ust. 2, określona jest w umowie

ubebezpieczenia i stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela dla ubezpieczenia pobytu w szpitalu.

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania innych świadczeń lub ich obniżenia (§ 5, § 6, § 7, § 9, § 14 ust. 2) (..§ 5..)

1. Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia, powstałe w następstwie lub w związku z:
 - 1) leczeniem niepłodności oraz zabiegów związanych ze zmianą płci,
 - 2) leczenia, zabiegów lub operacji z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej oraz kosmetyki,
 - 3) zabiegów i kuracji odwykowych oraz leczenia odwykowego,
 - 4) chorób psychicznych,
 - 5) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa, samookaleczeniem, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
 - 6) działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami,
 - 7) aktów terroru,
 - 8) leczeniem skutków i chorób spowodowanych spożyciem alkoholu oraz używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych,
 - 9) uczestnictwa Ubezpieczonego w badaniach klinicznych i eksperymentach medycznych,
 - 10) poronieniem sztucznym,
 - 11) leczeniem choroby Alzheimera,
 - 12) leczeniem AIDS lub schorzeń związanych z tą chorobą,
 - 13) uprawiania sportów wysokiego ryzyka,
 - 14) epidemiami w rozumieniu ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,
 - 15) prowadzeniem pojazdu przez Ubezpieczonego będącego kierowcą pojazdu, nieposiadającego wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub jeżeli pojazd nie był zarejestrowany lub nie posiadał ważnego badania technicznego, jeżeli w odniesieniu do danego pojazdu istnieje wymóg rejestracji lub dokonania okresowych badań technicznych, chyba że brak wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, brak zarejestrowania pojazdu lub stan techniczny pojazdu nie miał wpływu na zajście wypadku,
 - 16) działaniami energii jądrowej, odpadów radioaktywnych, bądź materiałów wybuchowych,
 - 17) pandemii.
2. Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów leków i środków medycznych, za wyjątkiem użytych w nagłych przypadkach dla ratowania życia.
3. Ubezpieczenie kosztów świadczeń medycznych nie obejmuje:
 - 1) kosztów rehabilitacji, o ile dotyczy ona chorób przewlekłych,
 - 2) wad wrodzonych i ich następstw,
 - 3) wad postawy,
 - 4) urazów okołoporodowych,
 - 5) przewlekłych chorób tkanki łącznej i ich następstw,
 - 6) chorób demielinizacyjnych i ich następstw,
 - 7) chorób neurodegeneracyjnych i ich następstw,
 - 8) fizjoterapii po zabiegach operacyjnych nie wykonanych przez Partnera Medycznego,
 - 9) incydentach kardiologicznych, neurologicznych i naczyniowo-mózgowych,
 - 10) fizjoterapii uroginekologicznej,
 - 11) fizjoterapii metodami wysokospecjalistycznymi (metody mechaniczne, neurofizjologiczne, techniki osteopatyczne),
 - 12) usług o charakterze diagnostyki i treningu funkcjonalnego, gimnastyki korekcyjnej i fitness,
 - 13) fizjoterapii martwic jałowych blizn/bliznowców, stanów po oparzeniach oraz terapii wisceralnej – terapii narządów wewnętrznych.

(..§ 6..)

1. W ubezpieczeniu pobytu w szpitalu, o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt 4) OWU Antidotum Plus z uwzględnieniem wyłączeń, o których mowa w § 5 ust. 1 OWU Antidotum Plus Ubezpieczyciel dodatkowo nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z:
 - 1) uszkodzeniami ciała lub chorobami zdiagnozowanymi przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową,
 - 2) epilepsją, łuszczycą, gruźlicą, dializami,
 - 3) leczeniem otyłości, ubytków wagi ciała, skutków kuracji odchudzających, bulimii, anoreksji,

- 4) leczeniem wad wzroku, zabiegów plastyczno – kosmetycznych, z wyjątkiem operacji oszpeceń i okaleczeń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, z wyłączeniem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza, o ile pozostawianie Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych miało wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku lub choroby,
 - 6) rehabilitacją.
2. Dodatkowo w ubezpieczeniu pobytu w szpitalu Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za pobyt w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pobyt w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego.

(..§ 7..)

1. Górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela w ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycznych i ubezpieczeniu kosztów stomatologii, stanowią koszty świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 i 2 do OWU Antidotum Plus.
2. W ubezpieczeniu pobytu w szpitalu suma ubezpieczenia stanowi iloczyn wysokości świadczenia za dzień pobytu w szpitalu określonego w umowie ubezpieczenia oraz 60 dni pobytu w szpitalu, o których mowa w § 17 ust.1 OWU Antidotum Plus.
3. Wysokość sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 2, ustalana jest na wniosek Ubezpieczającego.
4. Suma ubezpieczenia, o której mowa w ust. 2 określona jest w umowie ubezpieczenia i stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela dla ubezpieczenia pobytu w szpitalu.

(..§ 14 ust.2.)

Jeżeli Ubezpieczający nie podał do wiadomości Ubezpieczyciela znanych sobie okoliczności, o których mowa w §14 ust.1 pkt 1) OWU Antidotum Plus lub nie dopełnił obowiązku, o którym mowa w §14 ust.1 pkt 2) OWU Antidotum Plus Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, za skutki tych okoliczności.

■ Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem ubezpieczenia są koszty świadczeń medycznych, w tym koszty stomatologii, powstałe w okresie ubezpieczenia w wyniku leczenia chorób i następstw nieszczęśliwych wypadków oraz pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, który wydarzył się w okresie ubezpieczenia lub chorobą, która została zdiagnozowana w okresie ubezpieczenia.

■ Początek i koniec ochrony ubezpieczeniowej (..§9..)

1. W umowie ubezpieczenia określa się datę początkową i końcową okresu ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, wskazanego w umowie jako początek ochrony ubezpieczeniowej (okresu ubezpieczenia) jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub pierwszej raty składki.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela ustaje:
 - 1) wraz z zakończeniem okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem §10 i §12 OWU Antidotum Plus
 - 2) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia,
 - 3) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia w wyniku wypowiedzenia, o którym mowa w § 11 ust. 2-4 OWU Antidotum Plus,
 - 4) w przypadku opłacania składki w ratach – jeżeli po upływie terminu płatności raty InterRisk wezwie Ubezpieczającego do jej zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania przez Ubezpieczającego spowoduje ustanie odpowiedzialności InterRisk, a kolejna rata składki nie zostanie opłacona w tym terminie – z dniem upływu tego terminu,
 - 5) wobec Ubezpieczonego z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia wskutek wypłacenia świadczenia lub świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia – dotyczy ubezpieczenia pobytu w szpitalu,
 - 6) wobec Ubezpieczonego z dniem jego zgonu,
 - 7) wobec Ubezpieczonego w umowie ubezpieczenia partnerskiego lub rodzinnego – z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym InterRisk otrzymał oświadczenie o wystąpieniu Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia partnerskiego lub rodzinnego. Ubezpieczony może wystąpić z umowy ubezpieczenia partnerskiego lub rodzinnego w każdym czasie.
4. W przypadku gdy odpowiedzialność InterRisk ustała wskutek wyczerpania sumy ubezpieczenia, o której mowa w § 9 ust. 3 pkt 5) OWU Antidotum Plus, wznowienie odpowiedzialności InterRisk z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia następuje w drodze aneksu do umowy ubezpieczenia, od dnia wskazanego w tym aneksie jednak nie wcześniej niż po zapłacie dodatkowej składki za doubezpieczenie.
5. W przypadku wystąpienia przez Ubezpieczonego z ubezpieczenia, ponowne przystąpienie przez niego do ubezpieczenia możliwe jest

po upływie 12 miesięcy od daty ustania odpowiedzialności InterRisk określonej w § 9 ust. 3 pkt 7) OWU Antidotum Plus.

■ Okres ochrony ubezpieczeniowej

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 12 miesięcy z zastrzeżeniem § 10 OWU Antidotum Plus.
2. Umowa ubezpieczenia jest każdorazowo przedłużana na kolejny 12 miesięczny okres ubezpieczenia, jeśli w bieżącym okresie ubezpieczenia, nie później jednak niż w jego ostatnim dniu, żadna ze stron nie złoży drugiej stronie w formie pisemnej pod rygorem nieważności oświadczenia wyrażającego brak zgody na przedłużenie umowy ubezpieczenia.

■ Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

1. Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres dłuższy niż sześć miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie jej obowiązywania ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia.
3. W przypadku ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.
4. Jeżeli Ubezpieczyciel ponosił odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona przez Ubezpieczającego w terminie, InterRisk może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia wygasa ona z końcem okresu, za który przypadała niezapłacona składka.
5. Umowa ubezpieczenia wygasa z dniem bezskutecznego upływu terminu, o którym mowa w § 9 ust. 3 pkt 4) OWU Antidotum Plus.
6. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenia umowy przez Ubezpieczającego, Ubezpieczycielowi należy się składka za okres, w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
7. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na który została zawarta Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

■ Składka ubezpieczeniowa

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej należnej za okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela określona jest w umowie ubezpieczenia.
2. Wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej uzależniona jest od czynników oceny ryzyka, a w szczególności: zakresu ubezpieczenia, wariantu ubezpieczenia, formy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, wnioskowanej przez Ubezpieczającego wysokości sumy ubezpieczenia.
3. Składka ubezpieczeniowa określona jest kwotowo dla danego rodzaju ubezpieczenia. Składka ubezpieczeniowa określona jest w złotych polskich.
4. Wysokość składki ubezpieczeniowej obliczana jest według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia (lub zmiany) umowy ubezpieczenia.
5. Jeżeli taryfy składek nie uwzględnia ubezpieczonego ryzyka, wówczas wysokość składki ubezpieczeniowej ustalana jest na podstawie indywidualnej oceny ryzyka przez Ubezpieczyciela.
6. InterRisk może zastosować zniżki i/lub zwwyżki podstawowej składki ubezpieczeniowej.
7. Wysokość ostatecznej składki ubezpieczeniowej oblicza się stosując zwwyżki i zniżki składki.
8. InterRisk może zastosować zwwyżki składki, w szczególności z tytułu:
 - 1) wprowadzenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od zapisów OWU Antidotum Plus, o które wnioskował Ubezpieczający,
 - 2) wysokiej częstotliwości zaistniałych zdarzeń ubezpieczeniowych, z tytułu których Ubezpieczyciel wypłacił świadczenia.
9. Ubezpieczyciel może zastosować zniżki składki, w szczególności z tytułu wprowadzenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od zapisów OWU Antidotum Plus, o które wnioskował Ubezpieczający.
10. Składka ubezpieczeniowa płatna jest jednorazowo, chyba że strony umówiły się inaczej.
11. Składka ubezpieczeniowa, na wniosek Ubezpieczającego, może zostać rozłożona na raty. Terminy płatności i wysokość kolejnych rat określa się w umowie ubezpieczenia.
12. Składka lub pierwsza rata składki za ubezpieczenie powinna być zapłacona w dniu zawierania umowy, jednak nie później niż do 25 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc kalendarzowy, w którym nastąpi początek okresu ubezpieczenia. Kolejne raty składki ubezpieczeniowej płatne są w terminach płatności określonych w umowie ubezpieczenia (polisie).

13. OWU i wysokości składek mogą zostać zmienione przez InterRisk ze skutkiem od początku nowego okresu ubezpieczenia dla umowy ubezpieczenia przedłużonej na kolejny 12 miesięczny okres pod warunkiem, że:
- 1) co najmniej 30 dni przed końcem bieżącego okresu ubezpieczenia InterRisk doręczy Ubezpieczającemu w formie pisemnej pod rygorem nieważności, informacje o zmianach i na czym one polegają,
 - 2) Ubezpieczający nie wypowiedział umowy ubezpieczenia w formie pisemnej pod rygorem nieważności najpóźniej w ostatnim dniu bieżącego okresu ubezpieczenia.
14. W sytuacji braku wypowiedzenia umowy przez Ubezpieczającego zgodnie z § 12 ust. 1 pkt 2) OWU Antidotum Plus umowę uważa się za przedłużoną na zmienionych warunkach od początku nowego 12 miesięcznego okresu ubezpieczenia.

■ Zgłoszenie szkody (§ 15, § 16, § 17, §18)

- (..§ 15..)
1. **Świadczenia medyczne**, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 1) – 3) OWU Antidotum Plus, udzielane są Ubezpieczonemu w placówkach Partnera Medycznego współpracującego z Ubezpieczycielem. Informację o adresach placówek medycznych, w których realizowane są świadczenia medyczne, Ubezpieczony może uzyskać kontaktując się z telefoniczną infolinią medyczną lub sprawdzić na stronie internetowej InterRisk.
 2. W ramach ubezpieczenia kosztów świadczeń medycznych, o których mowa powyżej, Ubezpieczający/Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) skontaktować się z telefoniczną infolinią medyczną,
 - 2) zastosować się do zaleceń i wskazówek personelu medycznego Partnera Medycznego w zakresie uzasadnionym realizowanym świadczeniem zdrowotnym,
 - 3) odwołać zarezerwowane wizyty na świadczenia medyczne w przypadku braku możliwości lub potrzeby skorzystania z nich w umówionym terminie.
 3. Koszty świadczeń medycznych, określone w załączniku nr 1 do OWU Antidotum Plus, pokrywane są przez Ubezpieczyciela bezpośrednio na konto Partnera Medycznego, udzielającego świadczenie.
- (..§ 16..)
1. W przypadku skorzystania ze świadczeń medycznych, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 1) OWU Antidotum Plus w placówkach medycznych spoza sieci placówek Partnera Medycznego, Ubezpieczony zobowiązany jest pokryć koszty udzielonych świadczeń bezpośrednio w placówce medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w danej placówce.
 2. Ubezpieczonemu przysługuje zwrot poniesionych kosztów w wysokości 70% ceny, jaką Ubezpieczony opłacił w placówce medycznej za wykonane świadczenie medyczne zgodnie z cennikiem tej placówki, z zachowaniem limitu refundacji wynoszącego 500 zł na wszystkie świadczenia zrefundowane w danym kwartale.
 3. Świadczenie medyczne, które zostało zrefundowane, zaliczane jest do limitu refundacji w danym kwartale na podstawie daty jego wykonania.
 4. Jeżeli wartość faktur dołączonych do wniosku o refundację przekracza wysokość dostępnego w danym kwartale limitu refundacji, zwrot dokonywany jest maksymalnie do wysokości pozostałego w tym kwartale limitu refundacji. Koszt wykonanych świadczeń medycznych nie może być zaliczony na poczet przyszłych limitów refundacji z przyszłych kwartałów. Limit refundacji niewykorzystany w danym kwartale nie przechodzi na następny kwartał.
 5. Wypłata odszkodowania (refundacja) z tytułu ubezpieczenia kosztów świadczeń medycznych nie może być wyższa od kosztów poniesionych przez Ubezpiezonego.
 6. W celu otrzymania zwrotu poniesionych kosztów, Ubezpieczony powinien przesłać na adres korespondencyjny wskazany we wniosku refundacyjnym następujące dokumenty:
 - 1) oryginał faktury albo rachunku zawierającego następujące dane: imię i nazwisko lub nazwę udzielającego świadczenia medyczne, dane Ubezpiezonego (imię, nazwisko, PESEL, adres zamieszkania), nazwę świadczenia, datę udzielenia świadczenia medycznego, koszt świadczenia medycznego,
 - 2) faktura albo rachunek za wykonane świadczenie medyczne na rzecz Ubezpiezonego powinna być wystawiona na Ubezpiezonego, a w przypadku świadczeń medycznych realizowanych na rzecz dziecka do 18 roku życia – na przedstawiciela ustawowego dziecka oraz zawierać dane Ubezpiezonego dziecka w treści faktury,
 - 3) kopię skierowania na badania laboratoryjne, diagnostyczne, rehabilitację oraz na konsultacje lekarskie, jeśli wymóg posiadania skierowania wynika z zakresu ubezpieczenia,
 - 4) kompletny i poprawnie wypełniony wniosek o refundację, którego wzór znajduje się na stronie InterRisk: www.interrisk.pl.
- (..§ 17..)
1. **W ubezpieczeniu pobytu w szpitalu**, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 3) OWU Antidotum Plus, świadczenie wypłacane jest w oparciu o postanowienia OWU Antidotum Plus. Świadczenie stanowi iloczyn wysokości świadczenia za dzień pobytu w szpitalu określonego w umowie ubezpieczenia oraz łącznej liczby dni pobytu w szpitalu, nie więcej jednak niż za 60 dni łącznego pobytu w szpitalu.
2. Świadczenie, o którym mowa powyżej, przysługuje począwszy od trzeciego dnia pobytu za każdy dzień pobytu w szpitalu.
 3. Jeżeli pobyt w szpitalu jest następstwem wypadku komunikacyjnego, związanego z ruchem pojazdu, w rozumieniu definicji § 2 pkt 37) OWU Antidotum Plus Ubezpieczonemu przysługuje dodatkowe świadczenie w wysokości 50% świadczenia dziennego, o którym mowa w ust. 1. Dodatkowo świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu za okres nie dłuższy niż 14 dni pobytu w szpitalu.
 4. W przypadku gdy wypis ze szpitala nastąpi po zakończeniu okresu ubezpieczenia pobyt w szpitalu jest objęty odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, pod warunkiem, że przyjęcie do szpitala nastąpiło w okresie ubezpieczenia.
- (..§ 18..)
1. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia – w przypadku ubezpieczenia pobytu w szpitalu – powinno zawierać poniższe podstawowe informacje i dokumenty:
 - 1) numer polisy,
 - 2) dane Ubezpiezonego: imię i nazwisko, adres zamieszkania, datę urodzenia,
 - 3) datę rozpoznania choroby, o ile jest znana Ubezpieczonemu,
 - 4) w przypadku nieszczęśliwego wypadku – datę oraz szczegółowy opis okoliczności jego zaistnienia,
 - 5) posiadane zaświadczenia lekarskie opisujące proces leczenia oraz zawierające dokładną diagnozę,
 - 6) posiadane zaświadczenia szpitalne opisujące rodzaj i rozległość obrażeń oraz zawierające dokładną diagnozę, kartę informacyjną ze szpitala,
 - 7) raporty policyjne dotyczące zdarzenia, o ile zostały sporządzone i są w posiadaniu Ubezpiezonego,
 - 8) inne dokumenty określone w postanowieniach dodatkowych lub odmiennych wprowadzonych do umowy ubezpieczenia lub w piśmie skierowanym do Ubezpiezonego w trybie określonym w § 18 ust. 6 OWU Antidotum Plus.
 2. Ubezpieczyciel może na swój koszt, kierować Ubezpiezonego na badania lekarskie z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi.
 3. InterRisk może uzyskać odpłatnie od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu, za pośrednictwem lekarza upoważnionego przez InterRisk, informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją danych o jego stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, w zakresie określonym w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
 4. Wystąpienie InterRisk o informację, o której mowa w ust. 3, wymaga pisemnej zgody Ubezpiezonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, albo jego przedstawiciela ustawowego.
 5. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, InterRisk w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpiezonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z zawiadomieniem o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
 6. W przypadku powzięcia przez Ubezpieczyciela nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności zgłoszonych roszczeń lub wysokości świadczenia, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczającego, Ubezpiezonego, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.
- #### ■ Zasady i tryb zgłaszania oraz rozpatrywania skarg i reklamacji
1. Poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uposażonemu lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do występowania z zastrzeżeniami dotyczącymi usług świadczonych przez InterRisk, w tym do zgłaszania skarg i zażaleń, zwanych dalej łącznie reklamacjami.
 2. Reklamacja może być złożona:
 - 1) na piśmie – osobiście, w każdej jednostce organizacyjnej InterRisk obsługującej klientów, za pośrednictwem operatora pocztowego lub kuriera, albo wysłana na adres do doręczeń elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych,
 - 2) ustnie – telefonicznie poprzez InterRisk Kontakt (nr tel.: 22 575 25 25) lub osobiście do protokołu w każdej jednostce organizacyjnej InterRisk obsługującej klientów,
 - 3) w postaci elektronicznej – wysyłając e-mail na adres:

3. InterRisk udziela odpowiedzi na reklamacje bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do maksymalnie 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. InterRisk informując o przedłużeniu terminu odpowiedzi na reklamacje wskazuje przyczynę opóźnienia, okoliczności, które muszą zostać ustalone oraz określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji.
5. InterRisk odpowiada na reklamacje osoby fizycznej na piśmie, a na wniosek tej osoby – pocztą elektroniczną. Na reklamacje złożone przez podmioty inne niż osoby fizyczne, InterRisk odpowiada w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku.
6. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego. Konsumentom przysługuje także prawo zwrócenia się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.
7. InterRisk podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

■ **Opodatkowanie świadczeń**

Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu ubezpieczeń regulują: ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych.

Zastrzeżenia i informacje prawne dotyczące karty produktu:

1. Wszelkie informacje zawarte w niniejszej publikacji mają wyłącznie charakter informacyjny i nie stanowią ani oferty, ani rekomendacji. W szczególności informacje zawarte w tej publikacji nie stanowią oferty w rozumieniu ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny i nie są usługą doradztwa ubezpieczeniowego, finansowego, podatkowego ani prawnego.
2. Powyższy dokument nie stanowi wzorca umownego ani też części umowy uzgodnionej indywidualnie. Ostateczna decyzja w zakresie zawarcia umowy ubezpieczenia, należy jedynie do osoby decydującej się na zawarcie umowy ubezpieczenia i podejmowana jest na ryzyko i odpowiedzialność tej osoby na podstawie analiz oraz oceny zasadności i celowości wyboru produktu.
3. Klient powinien rozważyć potencjalne korzyści oraz straty, charakterystykę produktu, konsekwencje prawne oraz w sposób niezależny ocenić, czy jest to najlepszy dla niego produkt.
4. Decyzja o zawarciu umowy ubezpieczenia powinna zostać podjęta po wcześniejszym zapoznaniu się z całą dokumentacją ubezpieczeniową, w tym przede wszystkim z OWU, w których znajdują się szczegółowe informacje o ubezpieczeniu oraz prawach i obowiązkach InterRisk, Ubezpieczonego i Ubezpieczającego a także informacje dotyczące sposobu i trybu składania skarg i reklamacji zgłaszanych przez Ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia oraz organu właściwego do ich rozpatrzenia oraz które są ogólnodostępne na stronie www.interrisk.pl.