

Ubezpieczenie kosztów leczenia Biznes Pro Zdrowie



Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group
z siedzibą w Polsce, ul. Noakowskiego 22, 00-668 Warszawa,
numer zezwolenia Ministra Finansów DU/905/A/KP/93 z 5 listopada 1993 roku

Produkt: Ubezpieczenie kosztów leczenia Biznes Pro Zdrowie

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje umowne podawane są w innych dokumentach, w tym w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia kosztów leczenia Biznes Pro Zdrowie zatwierdzonych uchwałą nr 01/20/01/2026 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 20 stycznia 2026 roku.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie kosztów leczenia Biznes Pro Zdrowie to ubezpieczenie zdrowotne umożliwiające bezgotówkową realizację świadczeń medycznych w prywatnych placówkach medycznych dedykowanych przez InterRisk do obsługi Ubezpieczonych, wskazanych na stronie www.interrisk.pl. Koszty udzielonych świadczeń pokrywa InterRisk bezpośrednio na konto Partnera Medycznego.



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ koszty świadczeń medycznych powstałe w okresie ubezpieczenia w związku z leczeniem chorób i następstw nieszczęśliwych wypadków oraz koszty świadczeń medycyny pracy, których potrzeba przeprowadzenia powstała w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, a także następstwa nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się Ubezpieczonemu w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, który wydarzył się w okresie ubezpieczenia

Suma ubezpieczenia:

- ✓ górną granicę odpowiedzialności InterRisk w ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycznych, w tym w ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycyny pracy stanowią koszty świadczeń medycznych określonych w załączniku nr 1 do OWU
- ✓ w ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków suma ubezpieczenia określona jest kwotowo i wynosi maksymalnie 150 000 zł
- ✓ w ubezpieczeniu pobytu w szpitalu suma ubezpieczenia określona jest kwotowo i stanowi iloczyn wysokości świadczenia za dzień pobytu w szpitalu określonego w umowie ubezpieczenia oraz 60 dni pobytu w szpitalu i wynosi maksymalnie 3 000 zł



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- * kosztów leków i środków medycznych za wyjątkiem użytych w nagłych przypadkach dla ratowania życia oraz niezbędnych do przeprowadzenia standardowych badań profilaktycznych i specjalistycznych



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

InterRisk nie odpowiada w szczególności za zdarzenia powstałe w następie lub w związku z:

- ! umyślnym popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
- ! popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa lub samookaleczenia się przez Ubezpieczonego,
- ! działaniem energii jądrowej, wszelkich odpadów radioaktywnych bądź materiałów wybuchowych,
- ! działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami, sabotażem, a także aktami terroru,
- ! strajków,
- ! prowadzeniem pojazdu przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał uprawnień do jego prowadzenia, o ile nie posiadanie uprawnień przez Ubezpieczonego do prowadzenia pojazdu miało wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku lub choroby,
- ! wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem, uszkodzeń okołoporodowych (efektów deformacji fizycznych) lub mających charakter dziedziczny,
- ! zmiany płci,
- ! pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, 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,
- ! leczenia i diagnostyki niepłodności,
- ! pandemii



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ na terytorium RP, za wyjątkiem ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, które obowiązuje na terenie całego świata i zapewnia 24-godzinną ochronę



Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

- w razie powstania potrzeby realizacji świadczeń medycznych w ramach ubezpieczenia kosztów świadczeń medycznych lub w ramach ubezpieczenia kosztów świadczeń medycyny pracy, Ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się z Infolinią Medyczną bądź z placówką partnerską (informacja dostępna na stronie www.interrisk.pl) w celu uzyskania świadczenia
- Ubezpieczony po skontaktowaniu się z Infolinią Medyczną/placówką partnerską zobowiązany jest zastosować się do zaleceń i wskazówek personelu medycznego Partnera Medycznego w zakresie uzgodnionym realizowanym świadczeniem zdrowotnym oraz poinformować Partnera Medycznego bądź placówkę partnerską o braku możliwości realizacji usługi w umówionym terminie, w celu wyznaczenia nowego dogodnego terminu



Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składkę należy opłacić w wysokości, formie (gotówka lub przelew) i terminach określonych w umowie ubezpieczenia.



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres dwunastu miesięcy, za wyjątkiem umów ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, które mogą zostać zawarte na 12, 24 lub 36 miesięczny okres ubezpieczenia, chyba że strony umówiły się inaczej.

Odpowiedzialność InterRisk rozpoczyna się od dnia wskazanego w umowie jako początek okresu ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:

- a) z dniem upływu okresu ubezpieczenia, odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenia umowy ubezpieczenia,
- b) w przypadku opłacenia 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 daty otrzymania wezwania przez Ubezpieczającego spowoduje ustanie odpowiedzialność InterRisk, a kolejna rata składki nie zostanie opłacona w tym terminie – z dniem upływu tego terminu,
- c) wobec Ubezpieczonego z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia wskutek wypłacenia świadczenia lub świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia,
- d) wobec Ubezpieczonego z dniem jego zgonu,
- e) wobec Ubezpieczonego w grupowej umowie ubezpieczenia – z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym InterRisk otrzymał informację o wystąpieniu Ubezpieczonego z ubezpieczenia.



Jak rozwiązać umowę?

Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres dłuższy niż sześć miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie jej obowiązywania ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia.

Konsument, który zawarł na odległość umowę ubezpieczenia, może od niej odstąpić bez podania przyczyn, składając oświadczenie na piśmie, w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane. W przypadku odstąpienia przez konsumenta od umowy ubezpieczenia InterRisk przysługuje wyłącznie część składki obliczonej proporcjonalnie za każdy dzień udzielania przez InterRisk ochrony ubezpieczeniowej.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA KOSZTÓW LECZENIA BIZNES PRO ZDROWIE

InterRisk Kontakt
22 575 25 25

SPIS TREŚCI

Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej	rewers str. 1
Postanowienia początkowe	1
Definicje	1
Przedmiot ubezpieczenia	4
Zakres ubezpieczenia	4
Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności	4
Suma ubezpieczenia i warunki jej zmiany	4
Zawarcie umowy ubezpieczenia	5
Początek i koniec odpowiedzialności InterRisk	5
Rozwiązanie umowy ubezpieczenia	5
Składka ubezpieczeniowa	5
Prawa i obowiązki stron umowy	6
Zgłoszenie roszczenia, ustalenie i wypłata świadczenia	6
Skargi i reklamacje	8
Postanowienia mające zastosowanie do umów ubezpieczenia na odległość w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta	8
Postanowienia końcowe	9
Ubezpieczenie kosztów świadczeń medycznych i ubezpieczenie kosztów świadczeń medycyny pracy	10
Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwego wypadku	15
Ubezpieczenie pobytu w szpitalu	15

POSTANOWIENIA POCZĄTKOWE

§1

- Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia kosztów leczenia Biznes Pro Zdrowie, zwane dalej „OWU”, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przez InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółkę Akcyjną Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, ul. Noakowskiego 22, wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000054136, prowadzącą działalność ubezpieczeniową i reasekuracyjną w oparciu o zezwolenie Ministra Finansów DU/905/A/KP/93 z 5 listopada 1993 roku, zwaną dalej „InterRisk”, z osobami fizycznymi, osobami prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi nie będącymi osobami prawnymi prowadzącymi działalność gospodarczą.
- Umowę ubezpieczenia można zawrzeć także na cudzy rachunek, z tym że Ubezpieczony imiennie wskazany jest w umowie ubezpieczenia. Zarzuty mające wpływ na odpowiedzialność InterRisk może InterRisk podnieść także przeciwko Ubezpieczonemu.
- Do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone, za zgodą stron, postanowienia dodatkowe lub odmienne, z tym że różnice między niniejszymi OWU, a treścią umowy InterRisk przedstawi Ubezpieczającemu na piśmie przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
- Do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa polskiego, w tym przepisy kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

DEFINICJE

§2

W rozumieniu niniejszych OWU przez poniższe określenia, użyte w OWU lub wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, polisie lub innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia, a także innych pismach i oświadczeniach składanych w związku z umową ubezpieczenia, uważa się:

- akty terroru** – nielegalne działania i akcje organizowane z pobudek ideologicznych, religijnych, politycznych lub społecznych, indywidualne lub grupowe, prowadzone przez osoby działające samodzielnie lub na rzecz bądź z ramienia jakiegokolwiek organizacji lub rządu, skierowane przeciwko osobom, obiektom lub społeczeństwu, mające na celu wywarcie wpływu na rząd, wprowadzenie chaosu, zastraszanie ludności i dezorganizację życia publicznego przy użyciu przemocy lub groźby użycia przemocy;
- choroba** – zaburzenia w funkcjonowaniu narządów lub organów ciała Ubezpieczonego, niezależne od niczyjej woli, co do której lekarz może postawić diagnozę, wymagające leczenia, diagnostyki lub rehabilitacji;
- deklaracja przystąpienia** – oświadczenie woli osoby fizycznej wyrażające wolę objęcia ochroną ubezpieczeniową składane Ubezpieczającemu przez osobę przystępującą do ubezpieczenia grupowego;
- Centrum Telemedycyny** – jednostka organizacyjna wskazana przez InterRisk (szczegółowe dane podane są w §12 ust. 3-4 do OWU), która na zlecenie InterRisk organizuje e-wizyty;

- dziecko** – każde dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko w pełni, bądź nie w pełni przez niego przysposobione, w wieku do 18 lat, a w przypadku uczęszczania do szkoły publicznej lub niepublicznej (w tym uczelni wyższej), znajdującej się na terytorium Rzeczypospolitej Polski, w trybie dziennym, zaocznym lub wieczorowym, w rozumieniu ustawy o systemie oświaty w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia oraz ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, z wyłączeniem kursów oraz kształcenia korespondencyjnego – w wieku do 25 lat;
- e-wizyty** – usługa umożliwiająca, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i wskazaniami medycznymi, uzyskanie porady medycznej za pośrednictwem Centrum Telemedycyny i realizowane drogą elektroniczną w formie:
 - czatu internetowego – wymiana krótkich informacji tekstowych,
 - telekonferencji – przekazu audio,
 - wideokonferencji – przekazu audiowizualnego.
 Nielimitowany dostęp w ramach wariantu do danego specjalisty gwarantuje też samą dostęp do e-wizyty, w ramach grafików e-wizyt udostępnionych w systemie on-line;
- działalność gospodarcza** – zarobkowa działalność wytwórcza, budowlana, handlowa, usługowa w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, a także działalność zawodowa wykonywana w sposób zorganizowany i ciągły;
- Infolinia Medyczna** – usługa, świadczona całodobowo przez Partnera Medycznego, umożliwiająca Ubezpieczonemu uzyskanie informacji medycznych, w tym o możliwości skorzystania z usług Partnera Medycznego (numer telefonu podany jest na polisie);
- Kodeks Pracy** – ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy;
- lekarz** – osoba posiadająca formalnie potwierdzone kwalifikacje zgodnie z wymogami prawa obowiązującego w kraju, w którym świadczy usługi, wykonującą zawód w zakresie swoich uprawnień i kwalifikacji, niebędąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub osobą bliską dla Ubezpieczonego;
- materiały wybuchowe** – substancje chemiczne stałe lub ciekłe albo mieszaniny substancji zdolne do reakcji chemicznej z wytwarzaniem gazu o takiej temperaturze i ciśnieniu i z taką szybkością, że mogą powodować zniszczenia w otaczającym środowisku, a także wyroby wypełnione materiałem wybuchowym, w rozumieniu ustawy o wykonywaniu działalności gospodarczej w zakresie wytwarzania i obrotu materiałami wybuchowymi, bronią, amunicją oraz wyrobami i technologią o przeznaczeniu wojskowym i policyjnym w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, a także ustawy o materiałach wybuchowych przeznaczonych do użytku cywilnego w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;
- nieszczęśliwy wypadek** – nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, na skutek której Ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała lub zmarł;
- odpady radioaktywne** – odpady promieniotwórcze: stałe, ciekłe lub gazowe, zawierające substancje promieniotwórcze;
- pandemia** – epidemia danej choroby zakaźnej występująca w tym samym czasie w różnych krajach i na różnych kontynentach, w rozumieniu Światowej Organizacji

**Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy
o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej**

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§2, §4, §8, §9, §12, §13, §14, §15, Załącznik nr 1 – ubezpieczenie kosztów świadczeń medycznych i ubezpieczenie kosztów świadczeń medycyny pracy, Załącznik nr 2 – ubezpieczenie następstw nieszczęśliwego wypadku, Załącznik nr 3 – ubezpieczenie pobytu w szpitalu
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§5, §6, §11 ust. 2 OWU

Zdrowia (WHO);

- 15) **partner** – osoba fizyczna, pozostająca z Ubezpieczonym w związku pozamałżeńskim niepozostająca z Ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa ani przysposobienia;
- 16) **Partner Medyczny** – podmiot wykonujący działalność leczniczą, z którym InterRisk zawarł umowę w sprawie organizacji realizacji świadczeń medycznych na rzecz Ubezpieczonych, a także świadczeń medycyny pracy na rzecz pracowników Ubezpieczonego będącego pracodawcą, których dotyczy ubezpieczenie Medycyna Pracy;
- 17) **placówki własne** – ogólnodostępne ambulatoryjne placówki medyczne Partnera Medycznego;
- 18) **placówki partnerskie** – ambulatoryjne placówki medyczne podmiotów wykonujących działalność leczniczą współpracujące z Partnerem Medycznym;
- 19) **pobyt w szpitalu** – pobyt na oddziale szpitalnym w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który rozpoczął się w okresie ubezpieczenia, trwający co najmniej 2 dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia Ubezpieczonego. Za dzień pobytu w szpitalu uważa się również dzień przyjęcia do szpitala i dzień wypisu ze szpitala. Gdy wypis ze szpitala nastąpi po zakończeniu okresu ubezpieczenia pobyt w szpitalu jest objęty odpowiedzialnością InterRisk, pod warunkiem, że przyjęcie do szpitala nastąpiło w okresie ubezpieczenia;
- 20) **podmiot wykonujący działalność leczniczą** – podmiot leczniczy oraz praktyka zawodowa w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 21) **pojazd** – w ubezpieczeniu pobytu w szpitalu za pojazd uważa się wyłącznie: samochód osobowy, samochód ciężarowy, autobus, pociąg, tramwaj, trolejbus;
- 22) **pozostawanie pod wpływem alkoholu** – działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi:
 - a) od 0,2 ‰ alkoholu we krwi
 - lub
 - b) od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³ w wydychanym powietrzu;
- 23) **pracodawca** – osoba prawna, jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, a także osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, o ile zatrudnia pracowników;
- 24) **pracownik** – osoba zatrudniona przez pracodawcę na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub innej umowy cywilnoprawnej, której przedmiotem jest zatrudnienie. Za pracownika uważa się również osobę, która jest członkiem zrzeszonym w ramach osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej będącej Ubezpieczającym (o ile umowa ubezpieczenia zawarta jest na rachunek tych członków) oraz osobę fizyczną będącą Ubezpieczającym, która jest przedsiębiorcą, współnikiem spółki cywilnej lub spółki osobowej (o ile umowa ubezpieczenia zawierana jest na rachunek pracowników osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą lub spółki);
- 25) **przystąpienie do ubezpieczenia** – objęcie ochroną ubezpieczeniową osoby fizycznej w ramach ubezpieczenia grupowego na podstawie listy, o której mowa w §11 ust. 1 pkt 5 lit. a);
- 26) **rozruchy i zamieszki** – demonstracje i starcia uliczne będące wyrazem buntu przeciwko władzy państwowej;
- 27) **sporty wysokiego ryzyka** – bouldering, wspinaczka skalna, wspinaczka lodowa, taternictwo, alpinizm, himalaizm, skialpinizm, trekking, zjazdy ekstremalne na nartach, freestyle, freeride, snowboarding wysokogórski, snowboarding prędkościowy, skoki i ewolucje narciarskie i snowboardowe, rafting, canyoning, hydrospeed, kajakarstwo górskie, szymbownictwo, spadochroniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, baloniarstwo, pilotowanie samolotów lub śmigłowców, zorbing, skoki z/na bungee, nurkowanie, parkour, freerun, buggykarstwo, windsurfing, wszelkiego rodzaju jazda quadem, kitesurfing, żegluga poza wodami terytorialnymi w odległości powyżej 12 mil morskich od brzegu, kolarstwo ekstremalne, kolarstwo górskie, speleologia, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe, rajdy pojazdów lądowych, wodnych lub powietrznych, heliskiing, heliboarding, freefall, downhill, b.a.s.e. jumping, dream jumping oraz zjazdy na nartach lub snowboardzie poza wyznaczonymi trasami, jazda na nartach wodnych oraz sporty, w których wykorzystywane są pojazdy przeznaczone do poruszania się po śniegu lub lodzie;
- 28) **substancja psychotropowa** – każda substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie substancji psychotropowych stanowiącym załącznik nr 2 do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 29) **szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w postaci świadczeń szpitalnych, w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 30) **środek odurzający** – substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie stanowiącym załącznik nr 1 do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 31) **środek zastępczy** – substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego

w każdym stanie fizycznym lub produkt, roślina, grzyb lub jego część, zawierające taką substancję, używane zamiast środka odurzającego lub substancji psychotropowej lub w takich samych celach jak środek odurzający lub substancja psychotropowa, których wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulowane na podstawie przepisów odrębnych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;

- 32) **świadczenie** – kwota pieniężna wypłacana Ubezpieczonemu, a w przypadku śmierci Ubezpieczonego kwota pieniężna wypłacana Uprawnionemu przez InterRisk w przypadku uznania roszczenia powstałego w wyniku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego określonego w §4 ust. 1 pkt 3) i 4), które jest objęte ochroną ubezpieczeniową;
- 33) **świadczenia medyczne** – wykonane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, niezbędne z medycznego punktu widzenia świadczenia zdrowotne objęte umową ubezpieczenia, określone w §1 Załącznika nr 1 do OWU, udzielone Ubezpieczonemu w związku z chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, a także badania profilaktyczne oraz świadczenia medyczne udzielone w związku z ciążą lub porodem;
- 34) **świadczenia medycyny pracy** – udzielane pracownikom Ubezpieczonego pracodawcy świadczenia profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia opieki zdrowotnej służące ochronie ich zdrowia przed wpływem niekorzystnych warunków związanych ze środowiskiem pracy i sposobem jej wykonywania, określone w ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycyny pracy, do których zapewnienia na podstawie przepisów Kodeksu Pracy zobowiązany jest pracodawca;
- 35) **świadczenia szpitalne** – świadczenia w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej, w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, wykonywane całą dobę, kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całonocnych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin;
- 36) **świadczenia zdrowotne** – zgodnie z ustawą o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, świadczenia służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania;
- 37) **Ubezpieczający** – jeden z podmiotów, o których mowa w §1 ust. 1, zawierający umowę ubezpieczenia i zobowiązany do opłacenia składki ubezpieczeniowej;
- 38) **ubezpieczenie grupowe** – umowa ubezpieczenia zawierana przez InterRisk z Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonego, przy czym minimalna grupa osób przystępujących do ubezpieczenia wynosi co najmniej 3 pracowników;
- 39) **ubezpieczenie partnerskie** – ubezpieczenie zawierane przez InterRisk z Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonych:
 - a) pracownika i jego współmałżonka lub partnera,
 - b) pracownika i jego dziecka;
- 40) **ubezpieczenie rodzinne** – ubezpieczenie zawierane przez InterRisk z Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonych: pracownika i jego współmałżonka, partnera oraz ich dzieci, wskazanych imiennie w umowie ubezpieczenia;
- 41) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia, pod warunkiem, iż osoba ta w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyła 67 lat, a w przypadku umowy ubezpieczenia partnerskiego lub rodzinnego także jej małżonek/partner i ich dzieci. W ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycyna pracy Ubezpieczonym jest pracodawca, a świadczenia medycyny pracy udzielane są na rzecz pracowników, których dotyczy to ubezpieczenie;
- 42) **Uprawniony** – osoba imiennie upoważniona i pisemnie wskazana przez Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia w ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków w przypadku śmierci Ubezpieczonego. W przypadku nie wyznaczenia osoby Uprawnionej, za osobę Uprawnioną uważa się członków najbliższej rodziny Ubezpieczonego według następującej kolejności i udziałów:
 - a) małżonek Ubezpieczonego,
 - b) dzieci Ubezpieczonego (w częściach równych),
 - c) rodzice Ubezpieczonego (w częściach równych),
 - d) pozostali członkowie najbliższej rodziny Ubezpieczonego będący spadkobiercami Ubezpieczonego (w częściach równych);Wskazanie Uprawnionego do otrzymania sumy ubezpieczenia staje się bezskuteczne, jeżeli Uprawniony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci.
Świadczenie wypłacane jest Uprawnionemu w kolejności określonej powyżej, z uwzględnieniem przypadku, gdy wyznaczenie Uprawnionego stało się bezskuteczne na skutek śmierci Uprawnionego przed śmiercią Ubezpieczonego lub umyślnego przyczynienia się Uprawnionego do śmierci Ubezpieczonego;
- 43) **wizyty domowe** – wizyty świadczone przez lekarza internistę lub lekarza rodzinnego, a w przypadku ubezpieczenia rodzinnego pediatrę lub lekarza rodzinnego. Szczegółowe zasady dotyczące świadczenia wizyt domowych – zasięgu terytorialny, w obrębie którego Partner Medyczny świadczy wizyty domowe, określone są w Załączniku nr 1 do OWU. Konsultant Infolinii Medycznej uzgadnia

z Ubezpieczonym godziny wizyty domowej/wizyt domowych;

44) **wyczynowe uprawianie sportu** – podejmowana dobrowolnie forma aktywności fizycznej Ubezpieczonego polegająca na uprawianiu dyscyplin sportu poprzez uczestniczenie w treningach, zawodach, zgrupowaniach i obozach kondycyjnych lub szkoleniowych, w celu uzyskania, w drodze indywidualnej lub zbiorowej rywalizacji, maksymalnych wyników sportowych przez osoby będące członkami klubów, związków i organizacji sportowych. W rozumieniu niniejszych OWU za wyczynowe uprawianie sportu uważa się również uprawianie sportu w celach zarobkowych;

45) **wystąpienie z ubezpieczenia** – oświadczenie Ubezpieczającego o rezygnacji z ubezpieczenia przez Ubezpieczonego, złożone InterRisk w formie listy osób występujących, o której mowa w §11 ust. 1 pkt 5) lit. b).

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§3

Przedmiotem ubezpieczenia są koszty świadczeń medycznych powstałe w okresie ubezpieczenia w związku z leczeniem chorób i następstw nieszczęśliwych wypadków oraz koszty świadczeń medycyny pracy, których potrzeba przeprowadzenia powstała w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, a także następstwa nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się Ubezpieczonemu w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, który wydarzył się w okresie ubezpieczenia.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§4

- Zakres ubezpieczenia ustalany jest na wniosek Ubezpieczającego i może obejmować ubezpieczenie:
 - kosztów świadczeń medycznych, określone w §1 Załącznika nr 1 do OWU, w wariantach MINI, MIDI, MAXI;
 - kosztów świadczeń medycyny pracy, określone w §2 Załącznika nr 1 do OWU;
 - następstw nieszczęśliwego wypadku, określone w Załączniku nr 2 do OWU;
 - pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, określone w Załączniku nr 3 do OWU.
- Na wniosek Ubezpieczającego umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w formie ubezpieczenia grupowego.
- Na wniosek Ubezpieczającego:
 - umowa ubezpieczenia partnerskiego może zostać zawarta w ramach umowy ubezpieczenia grupowego, za wyjątkiem wariantu MINI;
 - umowa ubezpieczenia rodzinnego może zostać zawarta w ramach umowy ubezpieczenia grupowego, za wyjątkiem wariantu MINI.
- Na wniosek Ubezpieczającego umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w zakresie określonym w ust. 1 pkt 3) lub w zakresie określonym w ust. 1 pkt 1) rozszerzonym o ubezpieczenia określone w ust. 1 pkt 2) – 4), z zastrzeżeniem że w ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycyny pracy Ubezpieczającym i Ubezpieczonym jest pracodawca, a świadczenia medycyny pracy udzielane są na rzecz pracowników, których dotyczy to ubezpieczenie i są jednocześnie objęci co najmniej ubezpieczeniem kosztów świadczeń medycznych, o którym mowa w ust. 1 pkt 1).
- Zmiana wariantu lub formy ubezpieczenia kosztów świadczeń medycznych na wyższy z:
 - pakietu indywidualnego na partnerski lub rodzinny;
 - pakietu partnerskiego na rodzinny,
 może nastąpić nie później niż w ciągu trzech pierwszych miesięcy kalendarzowych od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową oraz w dniu kontynuacji umowy ubezpieczenia na następny 12-miesięczny okres ubezpieczenia.
- Zmiana formy ubezpieczenia kosztów świadczeń medycznych z:
 - pakietu rodzinnego na partnerski lub indywidualny;
 - pakietu partnerskiego na indywidualny,
 może nastąpić nie wcześniej niż w dniu kontynuacji umowy ubezpieczenia na następny 12-miesięczny okres ubezpieczenia.
- Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na rzecz najbliższych członków rodziny pracownika Ubezpieczającego wyłącznie w tym samym wariantcie co pracownik.
- Zmiana wariantu ubezpieczenia w przypadku ubezpieczenia kosztów świadczeń medycznych w czasie trwania umowy ubezpieczenia wymaga uzyskania zgody InterRisk.
- Wizyta u lekarza internisty, lekarza rodzinnego, pediatry oraz lekarza specjalisty nie wymaga skierowania. Udzielenie pozostałych świadczeń medycznych, w tym wykonanie zabiegów ambulatoryjnych określonych w Załączniku nr 1 do OWU, wymaga skierowania od lekarza Partnera Medycznego.
- InterRisk pokrywa koszty świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 1), jeżeli są one niezbędne z medycznego punktu widzenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§5

- InterRisk nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z:
 - popelnieniem lub usiłowaniem popelnienia samobójstwa lub samookaleczenia się przez Ubezpieczonego;
 - umyślnym popelnieniem lub usiłowaniem popelnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego;
 - działaniem energii jądrowej, wszelkich odpadów radioaktywnych bądź materiałów wybuchowych;
 - działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami, sabotażem, a także aktami terroru;
 - strajków;
 - prowadzeniem pojazdu przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał uprawnień do jego prowadzenia, o ile nieposiadanie uprawnień przez Ubezpieczonego do prowadzenia pojazdu miało wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku lub choroby;
 - wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem, uszkodzeń okołoporodowych (efektów deformacji fizycznych) lub mających charakter dziedziczny;
 - zmiany płci;
 - pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, 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;
 - epidemiami ogłoszonymi na podstawie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
 - leczenia następstw uczestnictwa Ubezpieczonego w badaniach i eksperymentach medycznych;
 - leczenia i diagnostyki niepłodności;
 - zatrucia alkoholem, substancjami odurzającymi i lekami stosowanymi niezgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - pandemii.
- Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów leków i środków medycznych za wyjątkiem użytych w nagłych przypadkach dla ratowania życia oraz niezbędnych do przeprowadzenia standardowych badań profilaktycznych i specjalistycznych.
- Ubezpieczyciel nie odpowiada za koszty badań diagnostycznych koniecznych do przeprowadzenia leczenia w szpitalu niestanowiącym placówki Partnera Medycznego lub placówki współpracującej z Partnerem Medycznym w przypadku, gdy Ubezpieczony ma skierowanie na planowe leczenie operacyjne, do pokrycia których zobowiązany jest taki szpital zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
- W ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 3) InterRisk dodatkowo nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z:
 - wyczynowym uprawianiem sportu przez Ubezpieczonego;
 - uprawianiem sportów wysokiego ryzyka przez Ubezpieczonego.
- W ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycyny pracy, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 2) InterRisk nie pokrywa kosztów badań, których potrzeba nie wynika ze wskazań lekarza medycyny pracy lub nie jest wymagana przepisami Kodeksu Pracy.
- InterRisk nie świadczy ochrony ani nie wypłaci świadczenia w zakresie w jakim ochrona lub wypłata świadczenia naraziłaby InterRisk na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeśli mają zastosowanie do przedmiotu umowy.

SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY

§6

- Górną granicę odpowiedzialności InterRisk w ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycznych, w tym w ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycyny pracy, o których mowa w §4 ust. 1 pkt 1) i 2) stanowią koszty świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU.
- W ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 3) suma ubezpieczenia określana jest kwotowo i stanowi 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.
- W ubezpieczeniu pobytu w szpitalu, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 4) suma ubezpieczenia określona jest kwotowo i stanowi iloczyn wysokości świadczenia za dzień pobytu w szpitalu określonego w umowie ubezpieczenia oraz 60 dni pobytu w szpitalu, o których mowa w §14 ust. 1.
- Wysokość sum ubezpieczenia, o których mowa w ust. 2 – 3 ustalana jest na wniosek Ubezpieczającego.

5. Sumy ubezpieczenia, o których mowa w ust. 2 – 3 określone są w umowie ubezpieczenia i stanowią górną granicę odpowiedzialności InterRisk dla danego rodzaju ubezpieczenia.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§7

- Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku Ubezpieczającego, który powinien zawierać co najmniej następujące dane:
 - imię, nazwisko (nazwę) oraz adres (siedzibę) Ubezpieczającego;
 - zakres ubezpieczenia;
 - wariant ubezpieczenia;
 - liczbę osób przystępujących do umowy ubezpieczenia grupowego;
 - sumę ubezpieczenia dla ubezpieczenia pobytu w szpitalu oraz ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków;
 - okres ubezpieczenia;
 - informacje dotyczące zagrożeń występujących na stanowiskach pracy w przypadku wnioskowania o ubezpieczenie kosztów świadczeń medycyny pracy.
- Warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego jest przekazanie przez Ubezpieczającego InterRisk listy osób przystępujących do ubezpieczenia przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz deklaracji przystąpienia przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej.
- Warunkiem rozszerzenia umowy ubezpieczenia grupowego o ubezpieczenie kosztów świadczeń medycyny pracy dla Ubezpieczonego pracodawcy jest wskazanie na liście, o której mowa w ust. 2 pracowników, których ma dotyczyć to ubezpieczenie.
- InterRisk może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji, mających wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, o czym informuje Ubezpieczającego na piśmie.
- Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres dwunastu miesięcy, za wyjątkiem umów ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, które mogą zostać zawarte na 12, 24 lub 36 miesięczny okres ubezpieczenia, chyba że strony umówiły się inaczej.
- Okres ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia.
- InterRisk potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI INTERRISK

§8

- W umowie ubezpieczenia określa się datę początkową i końcową okresu ubezpieczenia.
- Z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 i 4, odpowiedzialność InterRisk 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.
- W przypadku ubezpieczenia na cudzy rachunek, w stosunku do nowo przystępujących osób do ubezpieczenia grupowego w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność InterRisk rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym osoba została zgłoszona do InterRisk przez Ubezpieczającego do ubezpieczenia grupowego.
- W umowach zawartych wyłącznie w zakresie określonym w §4 ust. 1 pkt 3) odpowiedzialność InterRisk rozpoczyna się od dnia wskazanego w umowie jako początek ochrony ubezpieczeniowej (okresu ubezpieczenia), jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub pierwszej raty składki.
- Odpowiedzialność InterRisk ustaje:
 - z dniem upływu okresu ubezpieczenia;
 - z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia;
 - z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia w wyniku wypowiedzenia, o którym mowa w §9 ust. 2 – 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;
 - wobec Ubezpieczonego z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia wskutek wypłacenia świadczenia lub świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia – dotyczy ubezpieczenia pobytu w szpitalu i następstw nieszczęśliwych wypadków;
 - wobec Ubezpieczonego z dniem jego zgonu;
 - wobec Ubezpieczonego w grupowej umowie ubezpieczenia – z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym InterRisk otrzymał informację o wystąpieniu Ubezpieczonego z ubezpieczenia w formie listy osób ubezpieczonych, o której mowa w §11 ust. 1 pkt 5) lit. b). Ubezpieczony może wystąpić z ubezpieczenia w każdym czasie.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§9

- 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.
- Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie jej obowiązywania ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia.
- 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.
- Jeżeli InterRisk ponosił odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem 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 przypadła niezapłacona składka.
- Umowa ubezpieczenia wygasa z dniem bezskutecznego upływu terminu, o którym mowa w §8 ust. 5 pkt 4).

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§10

- Wysokość składki ubezpieczeniowej określona jest w umowie ubezpieczenia.
- Z zastrzeżeniem ust. 7 wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej uzależniona jest od:
 - zakresu ubezpieczenia;
 - wariantu ubezpieczenia;
 - liczby osób przystępujących;
 - okresu ubezpieczenia;
 - informacji o szkodowości, w przypadku kontynuacji umowy ubezpieczenia na kolejny okres;
 - wysokości sumy ubezpieczenia.
- Składka ubezpieczeniowa określona jest kwotowo dla danego rodzaju ubezpieczenia. Składka ubezpieczeniowa określona jest w złotych polskich.
- Wysokość składki ubezpieczeniowej obliczana jest według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
- Jeżeli taryfa skladek nie uwzględnia ubezpieczonego ryzyka, wówczas wysokość składki ubezpieczeniowej ustalana jest na podstawie indywidualnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego przez InterRisk, z uwzględnieniem postanowień ust. 6 poniżej.
- W ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycyny pracy, składka ubezpieczeniowa ustalana jest na podstawie indywidualnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego przez InterRisk w oparciu o informacje o zagrożeniach występujących na stanowiskach pracy podane przez Ubezpieczającego i uwzględnia:
 - charakter pracy wykonywanej przez pracowników Ubezpieczonego pracodawcy;
 - rodzaj zagrożeń występujących na stanowiskach pracy pracowników Ubezpieczonego pracodawcy.
- InterRisk może zastosować zwyczajki składki, w szczególności z tytułu:
 - wprowadzenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od postanowień OWU;
 - wysokiej częstotliwości zaistniałych zdarzeń ubezpieczeniowych objętych odpowiedzialnością InterRisk.
- InterRisk może zastosować zniżki składki, w szczególności z tytułu:
 - zawarcia umowy ubezpieczenia na podstawie OWU z Ubezpieczającym, który zawarł z InterRisk umowę ubezpieczenia Biznes PRO, przy czym zniżka może zostać udzielona wyłącznie, gdy zawarcie umowy ubezpieczenia Biznes PRO nastąpi w okresie ubezpieczenia umowy ubezpieczenia Biznes PRO;
 - liczby osób przystępujących do ubezpieczenia – dotyczy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków;
 - wprowadzenia postanowień dodatkowych lub odmiennych do postanowień OWU.
- Składka ubezpieczeniowa płatna jest jednorazowo, chyba że strony umówiły się inaczej.
- Składka ubezpieczeniowa, na wniosek Ubezpieczającego, może zostać rozłożona na raty. Terminy płatności i wysokość kolejnych rat określa się w umowie ubezpieczenia.
- Składka lub pierwsza rata składki za ubezpieczenie kosztów świadczeń medycznych rozszerzone o ubezpieczenie pobytu w szpitalu lub ubezpieczenie następstw

nieszczęśliwych wypadków powinna być zapłacona w dniu zawierania umowy, jednak nie później niż do 25 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc kalendarzowy, w którym nastąpi początek okresu ubezpieczenia, chyba że strony ustaliły w umowie ubezpieczenia (polisie) inne terminy płatności. Kolejne raty składki ubezpieczeniowej płatne są do 20 każdego kolejnego dnia miesiąca kalendarzowego.

12. Składka za umowę ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków z Ubezpieczającym, który zawarł z InterRisk umowę ubezpieczenia Biznes PRO, powinna zostać zapłacona w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, jednak nie później niż w terminie zapłaty składki za ubezpieczenie Biznes PRO.
13. W przypadku, o którym mowa w ust. 12 przy płatności ratalnej, pierwsza rata składki powinna być zapłacona w dniu zawarcia umowy, jednak nie później niż w terminie zapłaty raty składki za umowę ubezpieczenia Biznes PRO, natomiast kolejne raty składki ubezpieczeniowej płatne są terminach zapłaty kolejnych rat składki za ubezpieczenie Biznes PRO.
14. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenia umowy przez którąkolwiek ze stron, InterRisk należy się składka za okres, w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
15. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na który została zawarta, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

§ 11

1. Ubezpieczający obowiązany jest do:

- 1) podania InterRisk przed zawarciem umowy ubezpieczenia, znanych sobie okoliczności, o które InterRisk zapytywał w formularzu wniosku lub w pismach skierowanych do niego. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane;
 - 2) zgłaszania InterRisk zmian okoliczności, o których Ubezpieczający informował InterRisk przed zawarciem umowy ubezpieczenia, niezwłocznie po powzięciu o nich wiadomości;
 - 3) opłacenia składki ubezpieczeniowej lub jej rat w ustalonym terminie;
 - 4) umożliwienia InterRisk zasięgnięcia informacji odnoszących się do okoliczności wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 5) przekazywania InterRisk z zastrzeżeniem pkt 6) w uzgodnionych i określonych w umowie ubezpieczenia terminach wszystkich danych, wskazanych przez InterRisk, niezbędnych do należytego wykonywania postanowień umowy ubezpieczenia grupowego:
 - a) listy osób przystępujących oraz w przypadku umów ubezpieczeń zawieranych w zakresie określonym w § 4 ust. 1 pkt 1) rozszerzonym o ubezpieczenia określone w ust. 1 pkt 3) – 4) listy osób przystępujących wraz z deklaracjami przystąpienia,
 - b) listy osób występujących,
 - c) informacji określającej miasta, w których Ubezpieczeni będą korzystać ze świadczeń medycznych;
 - 6) w ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycyny pracy, o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt 2) – przekazywania w uzgodnionych i określonych w umowie ubezpieczenia terminach do InterRisk wszystkich danych, wskazanych przez InterRisk, niezbędnych do należytego wykonywania postanowień umowy ubezpieczenia, a w szczególności:
 - a) wskazania pracowników, których dotyczy ubezpieczenie, na liście o której mowa w pkt 5) lit. a),
 - b) wskazania pracowników, których przestało dotyczyć ubezpieczenie, na liście o której mowa w pkt 5) lit. b);
 - 7) przestrzegania obowiązków określonych w niniejszych OWU.
2. Jeżeli Ubezpieczający nie podał do wiadomości InterRisk znanych sobie okoliczności, o których mowa w ust. 1 pkt 2) lub nie dopełnił obowiązku, o którym mowa w ust. 1 pkt 4), InterRisk nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności.
3. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek:
- 1) Ubezpieczający jest zobowiązany do doręczenia Ubezpieczonemu OWU i udzielenia niezbędnych informacji dotyczących ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać osobie zainteresowanej przystąpieniem do umowy ubezpieczenia informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przed przystąpieniem przez tę osobę do umowy ubezpieczenia na piśmie lub jeżeli osoba zainteresowana przystąpieniem do umowy ubezpieczenia wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku;
 - 3) Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Ubezpieczonego na jego żądanie o sposobie obliczenia i opłacenia składki ubezpieczeniowej oraz doręczyć Ubezpieczonemu warunki umowy, w szczególności postanowień umowy w zakresie stanowiącym o prawach i obowiązkach Ubezpieczonego, przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na finansowanie składki ubezpieczeniowej (o ile Ubezpieczony finansuje składkę). Informacje powinny zawierać także opis obowiązków Ubezpieczającego i InterRisk względem Ubezpieczonego;

- 4) niezależnie od innych postanowień OWU, w sytuacji zaniechania lub zaprzestania dochodzenia świadczenia od InterRisk przez Ubezpieczającego, Ubezpieczony albo jego spadkobiercy są uprawnieni do bezpośredniego dochodzenia świadczenia.
4. Jeśli umowa ubezpieczenia grupowego zawarta została na rachunek pracowników Ubezpieczającego lub osób wykonujących pracę na podstawie umów cywilnoprawnych oraz członków ich rodzin lub na rachunek członków stowarzyszeń, samorządów zawodowych lub związków zawodowych i Ubezpieczający otrzymuje od InterRisk wynagrodzenie lub inne korzyści w związku z oferowaniem możliwości skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej lub czynnościami związanymi z wykonywaniem umowy ubezpieczenia grupowego, przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego Ubezpieczający przekazuje osobie zainteresowanej przystąpieniem do takiej umowy informacje o:
 - 1) firmie InterRisk i adresie siedziby InterRisk;
 - 2) charakterze wynagrodzenia lub innych korzyści otrzymywanych w związku z proponowanym przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego;
 - 3) możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.
5. InterRisk obowiązany jest do:
 - 1) przekazywania Ubezpieczającemu informacji niezbędnych do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia, w tym danych adresowych Partnera Medycznego i placówek współpracujących oraz zasad organizacji świadczeń medycznych, świadczeń medycyny pracy, a w przypadku zgłoszenia roszczenia zobowiązany jest do terminowej likwidacji;
 - 2) dostarczenia Ubezpieczającemu przed zawarciem umowy ubezpieczenia tekstu niniejszych OWU, a także innych dokumentów i formularzy niezbędnych z punktu widzenia wykonywania umowy ubezpieczenia;
 - 3) na żądanie Ubezpieczonego, udzielenia informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz OWU w zakresie praw i obowiązków Ubezpieczonego;
 - 4) udostępnienia Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu informacji i dokumentów, gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez InterRisk udostępnionych informacji, a także sporządzać na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem przez InterRisk;
 - 5) udostępniania Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu we wszystkich jednostkach organizacyjnych InterRisk, w taki sposób, aby Ubezpieczający mógł zapoznać się z nią przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
 - 6) objęcia ochroną ubezpieczeniową osób, które zostały zgłoszone przez Ubezpieczającego i za które została zapłacona składka ubezpieczeniowa;
 - 7) wypłaty świadczenia na warunkach i zasadach określonych w niniejszych OWU i umowie ubezpieczenia;
 - 8) zabezpieczenia danych osobowych, otrzymanych w wyniku realizacji umowy ubezpieczenia zgodnie z przepisami prawa;
 - 9) informowania osoby występującej z roszczeniem pisemnie jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania, zgodnie z § 15 ust. 7;
 - 10) pisemnego informowania Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z zawiadomieniem o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową zgodnie z § 15 ust. 7.
6. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony mają prawo wglądu do informacji i dokumentów, gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości świadczenia, żądania pisemnego potwierdzenia przez InterRisk udostępnionych informacji i sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich za zgodność z oryginałem przez InterRisk.
7. Niezależnie od innych postanowień OWU, w sytuacji zaniechania lub zaprzestania dochodzenia świadczenia od zakładu ubezpieczeń przez ubezpieczającego Ubezpieczony albo jego spadkobiercy są uprawnieni do bezpośredniego dochodzenia świadczenia.
8. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu ubezpieczeń regulują ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych.

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA, USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 12

1. Świadczenia medyczne, określone w § 1 Załącznika nr 1 do OWU, udzielane są Ubezpieczonemu we wskazanych placówkach własnych i partnerskich Partnera Medycznego współpracującego z InterRisk. Informacja o adresach placówek medycznych, w których realizowane są świadczenia, dostępna jest na stronie internetowej www.interrisk.pl. Warunkiem skorzystania ze świadczeń objętych ubezpieczeniem jest kontakt z Infolinią Medyczną w przypadku korzystania z placówek własnych Partnera Medycznego bądź bezpośrednio z placówką medyczną w przypadku korzystania z placówek partnerskich. W przypadkach, gdy Ubezpieczony ma nagłą potrzebę skorzystania z placówki medycznej poza miastem określonym na polisie jako miasto, w którym Ubezpieczony będzie korzystał ze świadczeń medycznych powinien skontaktować się z Infolinią Me-

dyczną Partnera Medycznego.

2. W ramach ubezpieczenia kosztów świadczeń medycznych, Ubezpieczający lub Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) skontaktować się z Infolinią Medyczną bądź z placówką partnerską w celu uzyskania świadczeń medycznych;
 - 2) na żądanie pracownika placówki własnej Partnera Medycznego lub placówki współpracującej przedstawić ważny dowód tożsamości;
 - 3) zastosować się do zaleceń i wskazań personelu medycznego Partnera Medycznego w zakresie uzasadnionym realizowanym świadczeniem zdrowotnym;
 - 4) poinformować Partnera Medycznego bądź placówkę partnerską o braku możliwości realizacji usługi w umówionym terminie, w celu wyznaczenia nowego dogodnego terminu.
3. W celu skorzystania z e-wizyty w ramach ubezpieczenia kosztów świadczeń medycznych określonych w §1 Załączniku nr 1 do OWU, Ubezpieczony powinien skorzystać z linku dostępnego pod adresem: ewizyty.enel.pl i umówić się na wizytę, wskazać specjalizację lekarską, z której Ubezpieczony chce skorzystać, termin a także wybraną jedną formę realizacji e-konsultacji spośród poniżej wymienionych:
 - 1) czat internetowy – wymiana krótkich wiadomości tekstowych;
 - 2) telekonferencja – przekaz audio;
 - 3) wideokonferencja – przekaz audiowizualny.
4. W celu skorzystania przez Ubezpieczonego z e-wizyty w ramach ubezpieczenia kosztów świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 do OWU należy dysponować:
 - 1) urządzeniem z dostępem do sieci Internet z systemem operacyjnym Microsoft Windows, iOS lub Android i minimalną prędkością łącza 1 Mbps;
 - 2) zainstalowaną aktualną wersję przeglądarki internetowej Chrome z włączoną obsługą aplikacji niezbędnych do poprawnego połączenia z systemem teleinformatycznym;
 - 3) uruchomieniem obsługi JavaScript (najnowszy i włączony JavaScript);
 - 4) aktywnym adresem e-mail;
 - 5) telefonem stacjonarnym lub komórkowym.
5. Świadczenia medycyny pracy, określone w §2 Załącznika nr 1 do OWU, udzielane są we wskazanych placówkach własnych i partnerskich Partnera Medycznego, które spełniają wymogi ustawy o służbie medycyny pracy. Informacja o adresach placówek medycznych, w których realizowane są świadczenia dostępna jest na stronie internetowej www.interrisk.pl. Warunkiem skorzystania ze świadczeń objętych ubezpieczeniem jest kontakt z Infolinią Medyczną w przypadku korzystania z placówek własnych Partnera Medycznego bądź bezpośrednio z placówką medyczną w przypadku korzystania z placówek partnerskich. W przypadkach, gdy Ubezpieczony ma nagłą potrzebę skorzystania z placówki medycznej poza miastem określonym na polisie jako miasto, w którym Ubezpieczony będzie korzystać ze świadczeń medycznych powinien skontaktować się z Infolinią Medyczną Partnera Medycznego.
6. W ramach ubezpieczenia kosztów świadczeń medycyny pracy Ubezpieczający lub Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) skontaktować się z Infolinią Medyczną bądź z placówką partnerską w celu uzyskania świadczeń medycznych;
 - 2) na żądanie pracownika placówki własnej Partnera Medycznego lub placówki współpracującej przedstawić ważny dowód tożsamości;
 - 3) zastosować się do zaleceń i wskazań personelu medycznego Partnera Medycznego w zakresie uzasadnionym realizowanym świadczeniem zdrowotnym;
 - 4) poinformować Partnera Medycznego bądź placówkę partnerską o braku możliwości realizacji usługi w umówionym terminie, w celu wyznaczenia nowego dogodnego terminu.
7. Ubezpieczony pracodawca celem skorzystania ze świadczeń medycyny pracy zobowiązany jest współpracować z personelem medycznym Partnera Medycznego lub placówki współpracującej w zakresie zaleceń i wskazań uzasadnionych realizowanym świadczeniem.
8. Świadczenia medycyny pracy wykonywane są na podstawie imiennego skierowania wystawionego przez Ubezpieczonego pracodawcę na 10 dni roboczych przed terminem przyjęcia pracownika do pracy lub upływu terminu ważności badań pracownika, które Ubezpieczony pracodawca ma obowiązek w tym terminie przesłać w formie skanu na adres mailowy Partnera Medycznego wskazany w umowie ubezpieczenia.
9. Świadczenia medycyny pracy udzielane są w godzinach pracy poszczególnych placówek Partnera Medycznego i placówek współpracujących.
10. Jeżeli Ubezpieczony pracodawca nie może lub nie chce skorzystać ze świadczenia medycyny pracy w umówionym terminie, ma obowiązek poinformować o tym Partnera Medycznego lub placówkę współpracującą. W przypadku przekazania powyższej informacji przez Ubezpieczonego pracodawcę, Partner Medyczny lub placówka współpracująca wyznaczy nowy uzgodniony z Ubezpieczonym pracodawcą termin realizacji świadczenia medycyny pracy.
11. Koszty świadczeń, o których mowa w §4 ust. 1 pkt 1) i 2) pokrywane są przez InterRisk bezpośrednio na konto Partnera Medycznego.
12. W razie powstania zdarzenia, mogącego powodować odpowiedzialność InterRisk

w ubezpieczeniu pobytu w szpitalu, Ubezpieczający lub Ubezpieczony obowiązany jest do:

- 1) niezwłocznego zgłoszenia się do lekarza i zastosowania się do jego zaleceń;
 - 2) zawiadomienia o zajściu tego zdarzenia InterRisk nie później niż w terminie 14 dni od dnia zajścia zdarzenia lub uzyskania o nim informacji, o ile stan zdrowia mu na to pozwala.
13. W ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycyny pracy koszty połączeń i usług internetowych Ubezpieczony pracodawca, pracownik, którego dotyczy ubezpieczenie oraz osoba, która ma zostać przyjęta do pracy ponoszą we własnym zakresie.

§13

1. W ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 3) umowa ubezpieczenia zapewnia:
 - 1) w przypadku 100% uszczerbku na zdrowiu – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia;
 - 2) w przypadku uszczerbku na zdrowiu poniżej 100% – wysokość świadczenia określona jest w takim procencie sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, w jakim Ubezpieczony doznał uszczerbku na zdrowiu;
 - 3) w razie śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeśli nastąpiła ona w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.
2. Stopień uszczerbku na zdrowiu powinien być ustalony niezwłocznie po zakończeniu leczenia z uwzględnieniem, zaleconego przez lekarza leczenia powypadkowego, najpóźniej w 24 miesiącu od dnia nieszczęśliwego wypadku.
3. Orzeczenie stopień (procent) uszczerbku na zdrowiu z tytułu poszczególnych rodzajów uszczerbku na zdrowiu, wynikających z jednego nieszczęśliwego wypadku jest sumowany, przy czym suma orzeczonego uszczerbku na zdrowiu z tytułu jednego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć wysokości 100%.
4. Przy ustaleniu stopnia (procentu) uszczerbku na zdrowiu, nie bierze się pod uwagę charakteru czynności zawodowych wykonywanych przez Ubezpieczonego.
5. Stopień uszczerbku na zdrowiu, ustalany jest na podstawie zgłoszonego roszczenia i dostarczonej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia oraz na podstawie Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group obowiązującej w dniu zawarcia umowy, stanowiącej załącznik nr 4 do OWU.
6. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje przed wypadkiem były już upośledzone, świadczenie wypłaca się z uwzględnieniem różnicy pomiędzy stopniem (procentem) uszczerbku na zdrowiu właściwym dla danego organu, narządu lub układu po wypadku, a istniejącym bezpośrednio przed wypadkiem.
7. Świadczenie z tytułu uszczerbku na zdrowiu wypłacane jest Ubezpieczonemu.
8. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest Uprawnionemu.

§14

1. W ubezpieczeniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 4), świadczenie stanowi iloczyn wysokości świadczenia za dzień pobytu w szpitalu określonego w umowie ubezpieczenia – świadczenie dzienne – oraz łącznej liczby dni pobytu w szpitalu i przysługuje za drugi dzień pobytu oraz za każdy kolejny dzień pobytu w szpitalu, nie więcej jednak niż za 60 dni łącznego pobytu w szpitalu.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 przysługuje pod warunkiem, że:
 - 1) Ubezpieczony przebywał w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 2) pobyt w szpitalu był następstwem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
3. Gdy wypis ze szpitala nastąpi po zakończeniu okresu ubezpieczenia pobyt w szpitalu jest objęty odpowiedzialnością InterRisk, pod warunkiem, że przyjęcie do szpitala nastąpiło w okresie ubezpieczenia.

§15

1. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia w przypadku ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków oraz ubezpieczenia pobytu w szpitalu powinno zawierać poniższe podstawowe informacje:
 - 1) dane Ubezpieczającego: nazwę oraz adres (siedzibę);
 - 2) dane Ubezpieczonego: imię i nazwisko, adres zamieszkania, nr PESEL;
 - 3) datę zdarzenia oraz szczegółowy opis okoliczności zaistnienia zdarzenia.
2. W celu umożliwienia ustalenia odpowiedzialności InterRisk z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczający lub Ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć poniższe podstawowe dokumenty:
 - 1) raporty policyjne dotyczące zdarzenia, o ile zostały sporządzone i są w posiadaniu Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego;
 - 2) dokumentację medyczną opisującą rodzaj doznanych obrażeń oraz zawierającą dokładną diagnozę;
 - 3) zaświadczenia lekarskie z przebiegu procesu leczenia oraz zawierające dokładną diagnozę;

- 4) kartę informacyjną ze szpitala;
 - 5) w przypadku wypadku komunikacyjnego, o ile Ubezpieczony był kierowcą pojazdu – kopię dowodu rejestracyjnego pojazdu;
 - 6) w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku:
 - a) zaświadczenie lekarskie – karta zgonu,
 - b) akt zgonu Ubezpieczonego lub orzeczenie sądu uznające Ubezpieczonego za osobę zmarłą;
 - 7) inne dokumenty określone w postanowieniach dodatkowych lub odmiennych wprowadzonych do umowy ubezpieczenia lub w piśmie, o którym mowa w ust. 7.
3. W celu umożliwienia ustalenia odpowiedzialności InterRisk z tytułu ubezpieczenia pobytu w szpitalu Ubezpieczający/Ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć poniższe podstawowe dokumenty:
- 1) raporty policyjne dotyczące zdarzenia, o ile zostały sporządzone i są w posiadaniu Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego;
 - 2) posiadane zaświadczenia lekarskie opisujące rodzaj i rozległość obrażeń oraz zawierające dokładną diagnozę;
 - 3) wszystkie posiadane zaświadczenia szpitalne związane z nieszczęśliwym wypadkiem, kartę informacyjną ze szpitala.
4. InterRisk może na swój koszt kierować Ubezpieczonego na badania lekarskie.
5. 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.
6. Wystąpienie InterRisk o informację, o której mowa w ust. 5, wymaga pisemnej zgody Ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia albo jego przedstawiciela ustawowego.
7. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, InterRisk w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, 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 InterRisk lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
8. W przypadku powzięcia przez InterRisk nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności zgłaszanych roszczeń lub wysokości świadczenia, InterRisk w terminie 7 dni od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczającego, Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.

§16

1. Ustalenie zasadności świadczeń następuje na podstawie przedłożonych dokumentów, jednakże InterRisk ma prawo do ich weryfikacji i zasięgnięcia opinii specjalistów.
2. InterRisk wypłaca Ubezpieczonemu, a w przypadku śmierci Ubezpieczonego wypłaca Uprawnionemu, świadczenie na podstawie uznania roszczenia, po uprzednim przeprowadzeniu własnego postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zasadności zgłoszonego roszczenia i wysokości świadczenia, zawartej ugody lub prawomocnego orzeczenia sądowego.
3. Świadczenia wypłacane są w złotych polskich.
4. InterRisk spełnia świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
5. Jeżeli w terminie określonym w ust. 4 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności InterRisk albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności byłoby możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia InterRisk wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
6. Jeżeli w terminie określonym w ust. 4 InterRisk nie wypłaci świadczenia, zawiadamia na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub części w powyższym terminie.
7. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, InterRisk informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, w terminach określonych w ust. 4 lub 5, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz poucza o możliwości złożenia skargi lub reklamacji do InterRisk lub dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

SKARGI I REKLAMACJE

§17

1. Reklamacja, skarga lub zażalenie skierowane do InterRisk, zwane dalej „reklamacjami”, mogą być złożone:
 - 1) **na piśmie:**
 - a) w postaci papierowej – osobiście w każdej jednostce InterRisk obsługującej klientów, albo wysłane przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe (na przykład na adres siedziby InterRisk, ul. Noakowskiego 22, 00-668 Warszawa), albo nadane w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej,
 - b) w postaci elektronicznej – z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej (w szczególności e-mailem na adres: reklamacje@interrisk.pl), albo wysłane na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-77929-49747-ASACI-18;
 - 2) **ustnie** – telefonicznie (preferowany numer: 22 575 25 25) albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce InterRisk obsługującej klientów.
2. InterRisk rozpatruje reklamację i udziela na nią odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
3. 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 przedłużony do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. InterRisk informując o przedłużeniu terminu odpowiedzi na reklamację wskazuje przyczynę opóźnienia, okoliczności, które muszą zostać ustalone oraz określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji.
4. InterRisk odpowiada na reklamację osoby fizycznej na piśmie:
 - 1) w postaci elektronicznej – w przypadku gdy reklamacja została złożona na piśmie w postaci elektronicznej, chyba że klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej;
 - 2) w postaci papierowej – w przypadku gdy reklamacja została złożona na piśmie w postaci papierowej, chyba że klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej;
 - 3) w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem klienta – w przypadku gdy reklamacja została złożona przez klienta ustnie.
5. W przypadku gdy reklamacja osoby fizycznej została złożona na piśmie w postaci elektronicznej, odpowiedź InterRisk jest udzielana:
 - 1) z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej, za pomocą którego klient złożył reklamację, albo innego wskazanego przez klienta środka komunikacji elektronicznej – w przypadku gdy reklamacja została złożona przez klienta z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej;
 - 2) na adres klienta do doręczeń elektronicznych – w przypadku gdy reklamacja została wysłana przez klienta na adres do doręczeń elektronicznych.
6. Na reklamacje złożone przez podmioty inne niż osoby fizyczne, InterRisk odpowiada w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku.
7. Reklamacje rozpatrywane są przez jednostki organizacyjne InterRisk, które są właściwe ze względu przedmiot sprawy.
8. Będącemu osobą fizyczną Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia oraz spadkobiercy posiadającemu interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia, który złożył reklamację, 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.
9. InterRisk podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

POSTANOWIENIA MAJĄCE ZASTOSOWANIE DO UMÓW UBEZPIECZENIA NA ODLEGŁOŚĆ W ROZUMIENIU USTAWY O PRAWACH KONSUMENTA

§18

W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia zostaje zawarta na odległość, w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta, do umowy mają zastosowanie następujące postanowienia:

- 1) Konsument, który zawarł na odległość umowę ubezpieczenia, może od niej odstąpić bez podania przyczyn, składając oświadczenie na piśmie, w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane. W przypadku odstąpienia przez konsumenta od umowy ubezpieczenia InterRisk przysługuje wyłącznie część składki obliczonej proporcjonalnie za każdy dzień udzielania przez InterRisk ochrony ubezpieczeniowej.
- 2) Umowa ubezpieczenia nie wiąże się z ryzykiem finansowym wynikającym z jej szczególnych cech lub charakteru czynności, które mają być wykonane, a składka ubezpieczeniowa nie zależy od ruchu cen na rynku finansowym.
- 3) Konsument ponosi koszty wynikające ze środków porozumiewania się na odległość według taryfy operatora konsumenta.

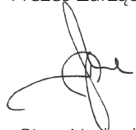
- 4) Spory wynikające z umów zawartych pomiędzy konsumentami a InterRisk za pośrednictwem strony internetowej lub innych środków elektronicznych mogą być rozwiązywane przez właściwe organy za pomocą europejskiej platformy pozasądowego rozwiązywania sporów dostępnej pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.
- 5) Umowa ubezpieczenia nie jest objęta funduszem gwarancyjnym lub innym systemem gwarancyjnym.
- 6) Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy InterRisk a konsumentem jest język polski.
- 7) Prawem właściwym dla stosunków InterRisk z konsumentem przed zawarciem umowy jak również prawem właściwym dla zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§19

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia złożone przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub InterRisk w związku z umową ubezpieczenia (dotyczące zarówno wykonania jak i rozwiązania lub wystąpienia z umowy ubezpieczenia) powinny być złożone na piśmie pod rygorem nieważności, za wyjątkiem przypadku, gdy podmioty te wyrażą zgodę na przekazywanie zawiadomień i oświadczeń w formie elektronicznej.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
3. Wszelkie spory wynikające z umowy ubezpieczenia lub powstające w związku z nią mogą być przedmiotem rozstrzygnięcia przez Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego. Powyższe postanowienie nie stanowi zapisu na sąd polubowny.
4. InterRisk zobowiązany jest na podstawie ustawy o pozasądowym rozwiązaniu sporów konsumenckich do pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy konsumentami a InterRisk jest Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
5. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU jest prawo polskie.
6. Niniejszy tekst Ogólnych Warunków Ubezpieczenia kosztów leczenia Biznes Pro Zdrowie został zatwierdzony uchwałą nr 01/20/01/2026 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 20 stycznia 2026 roku.
7. Integralną częścią niniejszych OWU są następujące załączniki:
 - 1) Załącznik nr 1 – Ubezpieczenie kosztów świadczeń medycznych i ubezpieczenie kosztów świadczeń medycyny pracy;
 - 2) Załącznik nr 2 – Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków;
 - 3) Załącznik nr 3 – Ubezpieczenie pobytu w szpitalu;
 - 4) Załącznik nr 4 – Tabela Norm Uszczerbku na Zdrowiu InterRisk

Prezes Zarządu



Piotr Narloch

Wiceprezes Zarządu



Włodzimierz Wasiak

UBEZPIECZENIE KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH I UBEZPIECZENIE KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ MEDYCZYNY PRACY

§1

W ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycznych, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 1) OWU, zakresem ubezpieczenia objęte są koszty świadczeń medycznych poniesione w okresie ubezpieczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, określone w Tabeli nr 1.

TABELA nr 1

Katalog świadczeń medycznych		WARIANT UBEZPIECZENIA		
Świadczenie medyczne:		MINI	MIDI	MAX
1	Infolinia Medyczna – infolinia umożliwia rejestrację świadczeń medycznych w placówkach własnych Partnera Medycznego oraz w przypadkach, gdy Ubezpieczony ma nagłą potrzebę skorzystania ze świadczeń medycznych w placówce partner-skiej Partnera Medycznego, zlokalizowanej poza miastem określonym na polisie jako miasto, w którym Ubezpieczony będzie korzystał ze świadczeń medycznych. Dodatkowo Infolinia Medyczna:	TAK	TAK	TAK
	1) zapewnia uzyskanie informacji dotyczących zakresu udzielanych świadczeń medycznych	TAK	TAK	TAK
	2) umożliwia wezwanie wizyty domowej, o której mowa w pkt 8)	NIE	NIE	TAK
2	e-wizyty	TAK	TAK	TAK
3	Przegląd stanu zdrowia – raz w roku na podstawie skierowania od lekarza Partnera Medycznego	NIE	TAK	TAK
4	Konsultacje lekarza podstawowej opieki zdrowotnej			
	internista	NIE	TAK	TAK
	pediatra	NIE	TAK	TAK
	lekarz rodzinny	NIE	TAK	TAK
5	Konsultacje specjalistyczne			
	alergolog	NIE	NIE	TAK
	chirurg	NIE	TAK	TAK
	chirurg naczyniowy	NIE	NIE	TAK
	ortopeda	TAK	TAK	TAK
	dermatolog	NIE	NIE	TAK
	diabetolog	NIE	NIE	TAK
	endokrynolog	NIE	NIE	TAK
	gastrolog	NIE	TAK	TAK
	ginekolog	TAK	TAK	TAK
	kardiolog	TAK	TAK	TAK
	laryngolog	TAK	TAK	TAK
	neurolog	NIE	TAK	TAK
	okulista	TAK	TAK	TAK
	pulmonolog	NIE	NIE	TAK
	radiolog	NIE	TAK	TAK
	urolog	TAK	TAK	TAK
6	Badania diagnostyczne			
6.1	badania laboratoryjne (analizy):			
6.1.1	badania hematologiczne i układu krzepnięcia:			
	OB	TAK	TAK	TAK
	morfologia z rozmazem	TAK	TAK	TAK
	APTT (czas kefalinowo-kaolinowy)	NIE	TAK	TAK
	wskaźnik protrombinowy	NIE	TAK	TAK
	fibrinogen	NIE	TAK	TAK
	oznaczanie grup krwi układu A, B, O, Rh (D) z oceną hemolizyn	NIE	NIE	TAK
	układ krzepnięcia – produkty degradacji fibryny, inhibitory krzepnięcia, plazminogen	NIE	NIE	TAK
6.1.2	badania moczu i kału:			
	badanie ogólne moczu	TAK	TAK	TAK
	badanie kału ogólne	TAK	TAK	TAK
	badanie kału w kierunku pasożytów i ich jaj	NIE	TAK	TAK
	krew utajona, resztki pokarmowe w kale	NIE	NIE	TAK

6.1.3	badania biochemiczne:			
	albuminy	NIE	TAK	TAK
	aminotransferaza asparaginianowa, aminotransferaza alaninowa	NIE	TAK	TAK
	amylaza	NIE	TAK	TAK
	ASO	NIE	TAK	TAK
	białko C reaktywne	NIE	TAK	TAK
	białko całkowite	TAK	TAK	TAK
	bilirubina bezpośrednia	NIE	TAK	TAK
	bilirubina całkowita	NIE	TAK	TAK
	chlorki	NIE	TAK	TAK
	cholesterol całkowity	TAK	TAK	TAK
	lipidogram (CHOL, HDL, TG, LDL – wyl.)	NIE	TAK	TAK
	czynnik reumatoidalny	NIE	TAK	TAK
	dehydrogenaza mleczanowa	NIE	TAK	TAK
	elektroforeza	NIE	TAK	TAK
	elektrolity NA, K	NIE	TAK	TAK
	ferrytyna	NIE	TAK	TAK
	fosfatazy (kwaśna, zasadowa i sterczowa)	NIE	TAK	TAK
	glukoza	TAK	TAK	TAK
	glutamylotranspeptydaza (GGTP)	NIE	TAK	TAK
	hemoglobina glikowana	NIE	TAK	TAK
	kinaza kreatynowa całkowita	NIE	TAK	TAK
	kreatynina	NIE	TAK	TAK
	kwas moczowy	NIE	TAK	TAK
	magnez	NIE	TAK	TAK
	mocznik	NIE	TAK	TAK
	odczyn Waalera – Rosego	NIE	TAK	TAK
	poziom żelaza w surowicy	NIE	TAK	TAK
	transferyna	NIE	TAK	TAK
	trójglicerydy	NIE	TAK	TAK
	wapń	NIE	TAK	TAK
	zdolność wiązania żelaza	NIE	TAK	TAK
6.1.4	badania enzymatyczne:			
	kinaza fosfokreatynowa izoenzym CK-MB	NIE	NIE	TAK
6.1.5	posiewy:			
	z moczu, kału, gardła, nosa, oka i dróg rodnych:			
	1) bez antybiogramu	NIE	TAK	TAK
	2) z antybiogramem	NIE	NIE	TAK
6.1.6	badania immunologiczne:			
	HIV	NIE	TAK	TAK
	IgE całkowite	NIE	TAK	TAK
	mononukleozą zakaźną	NIE	TAK	TAK
	różyczka – przeciwciała IgG	NIE	TAK	TAK
	różyczka – przeciwciała IgM	NIE	TAK	TAK
	toxoplasma gondi – przeciwciała IgG	NIE	NIE	TAK
	toxoplasma gondi – przeciwciała IgM	NIE	NIE	TAK
	WR	NIE	TAK	TAK
	WZW typu B – Antygen Hbe	NIE	TAK	TAK
	WZW typu B – Antygen Hbs	NIE	TAK	TAK
	WZW typu C – przeciwciała anty-HCV	NIE	TAK	TAK
6.1.7	badania hormonalne i metaboliczne:			
	esteraza acetylocholinowa	NIE	NIE	TAK

	kalcytonina	NIE	NIE	TAK
	ACTH	NIE	NIE	TAK
	DHEA-S	NIE	NIE	TAK
	estradiol	NIE	NIE	TAK
	FSH	NIE	NIE	TAK
	gonadotropina kosmówkowa (beta-HCG)	NIE	NIE	TAK
	insulina	NIE	NIE	TAK
	kortyzol	NIE	NIE	TAK
	LH	NIE	NIE	TAK
	osteokalcyna	NIE	NIE	TAK
	parathormon	NIE	NIE	TAK
	progesteron	NIE	NIE	TAK
	prolaktyna	NIE	NIE	TAK
	testosteron	NIE	NIE	TAK
	aldosteron	NIE	NIE	TAK
diagnostyka chorób tarczycy:				
	hormony tarczycy – TSH, T3, T4, fT3, fT4	NIE	NIE	TAK
markery nowotworowe:				
	PSA	TAK	TAK	TAK
badania obrazowe:				
	tomografia komputerowa – bez kontrastu	NIE	NIE	TAK
	1) TK podstawowe głowy	NIE	NIE	TAK
	2) TK podstawowe oczodołów	NIE	NIE	TAK
	3) TK podstawowe kości skroniowej (uszu)	NIE	NIE	TAK
	4) TK podstawowe twarzoczaszki	NIE	NIE	TAK
	5) TK podstawowe zatok	NIE	NIE	TAK
	6) TK specjalistyczne krtani, nosogardła	NIE	NIE	TAK
	7) TK specjalistyczne szyi	NIE	NIE	TAK
	8) TK podstawowe kręgosłupa (1 odcinek: c/th/l/s)	NIE	NIE	TAK
	9) TK specjalistyczne klatki piersiowej (w tym HRCT)	NIE	NIE	TAK
	10) TK specjalistyczne jamy brzusznej (wątroba, nerki, śledziona, trzustka, nadnercza, układ moczowy, prostata)	NIE	NIE	TAK
	11) TK specjalistyczne miednicy mniejszej	NIE	NIE	TAK
	12) TK podstawowe stawu (barkowego, łokciowego, kolanowego, skokowego, biodrowego, nadgarstka)	NIE	NIE	TAK
	13) TK podstawowe kości (ramienia, przedramienia, ręki, udowej, podudzia, stopy)	NIE	NIE	TAK
	14) Angio TK (głowa, aorta brzuszna i jej rozwidlenia, aorta piersiowa, tętnice biodrowe, tętnice kończyn dolnych i górnych)	NIE	NIE	TAK
	rezonans magnetyczny – bez kontrastu	NIE	NIE	TAK
	1) MR podstawowe głowy	NIE	NIE	TAK
	2) MR podstawowe przysadki	NIE	NIE	TAK
	3) MR podstawowe oczodołów	NIE	NIE	TAK
	4) MR podstawowe twarzoczaszki	NIE	NIE	TAK
	5) MR podstawowe zatok	NIE	NIE	TAK
	6) MR wysokospecjalistyczne szyi, krtani	NIE	NIE	TAK
	7) MR podstawowe kręgosłupa (1 odcinek: c/th/l/s)	NIE	NIE	TAK
	8) MR specjalistyczne jamy brzusznej	NIE	NIE	TAK
	9) MR specjalistyczne miednicy mniejszej	NIE	NIE	TAK
	10) MR specjalistyczne stawu (kolanowego, barkowego, biodrowych)	NIE	NIE	TAK
	11) MR wysokospecjalistyczne małych stawów (skokowego, łokciowego, skroniowo-żuchwowych, nadgarstka, dłoni, stopy)	NIE	NIE	TAK
	12) MR specjalistyczne kości (ramienia, przedramienia, uda, podudzia)	NIE	NIE	TAK
	13) MR wysokospecjalistyczne małych kości (dłoni, stopy)	NIE	NIE	TAK
	14) MR specjalistyczne tkanek miękkich wskazanej okolicy	NIE	NIE	TAK
	15) Angio MR specjalistyczne głowy	NIE	NIE	TAK
	16) Angio MR specjalistyczne innej okolicy anatomicznej	NIE	NIE	TAK

	mammografia	NIE	TAK	TAK
	wlew	NIE	TAK	TAK
	RTG czaszki i zatok	NIE	TAK	TAK
	RTG górnego odcinka przewodu pokarmowego	NIE	TAK	TAK
	RTG klatki piersiowej	NIE	TAK	TAK
	RTG kończyn, stawów, miednicy	NIE	TAK	TAK
	RTG kręgosłupa	NIE	TAK	TAK
	RTG przeglądowe jamy brzusznej	NIE	TAK	TAK
6.3	badania USG:			
	badanie macicy, jajników	NIE	TAK	TAK
	badanie nerek, pęcherza, prostaty	NIE	TAK	TAK
	badanie serca (echo serca)	NIE	NIE	TAK
	badanie sutków	TAK	TAK	TAK
	badanie tarczycy	NIE	TAK	TAK
	badanie transrektalne	NIE	TAK	TAK
	badanie transwaginalne	NIE	TAK	TAK
	badanie wszystkich narządów jamy brzusznej	NIE	TAK	TAK
	badanie przepływu krwi metodą Dopplera: naczynia żyłne i tętnicze (kończyny), naczynia brzuszne (narządy jamy brzusznej – wątroba, nerki), naczynia szyjne tętnicze zewnątrzmożgowe	NIE	NIE	TAK
	płodu (obrazowanie 2D i 3D)	NIE	NIE	TAK
	stawów biodrowych i kolanowych	NIE	TAK	TAK
6.4	badania czynnościowe i endoskopowe:			
	24-godzinne monitorowanie czynności serca i ciśnienia tętniczego	NIE	NIE	TAK
	EKG spoczynkowe (bez opisu)	NIE	TAK	TAK
	EKG spoczynkowe z opisem	NIE	NIE	TAK
	EKG wysiłkowe	NIE	NIE	TAK
	badanie elektroencefalograficzne (EEG)	NIE	TAK	TAK
	badanie elektromiograficzne (EMG)	NIE	TAK	TAK
	gastroskopia	NIE	NIE	TAK
	kolposkopia	NIE	NIE	TAK
	rektoskopia, kolonoskopia, sigmoidoskopia	NIE	NIE	TAK
7	specjalistyczne zabiegi ambulatoryjne:			
	spirometria	NIE	NIE	TAK
8	Badania histopatologiczne	NIE	NIE	TAK
9	Wizyty domowe *			
	lekarza rodzinnego, internisty, pediatry – w przypadku gdy w świetle aktualnej wiedzy medycznej stan zdrowia ubezpieczonego i wynikający z niego rodzaj wymaganej pomocy medycznej uniemożliwia mu przybycie do placówki medycznej. Wizyty realizowane są tylko po zgłoszeniu telefonicznym pod numer Infolinii Medycznej i w zasięgu terytorialnym: Warszawa – 30 km od centrum; Gdańsk, Kraków, Łódź, Poznań, Wrocław, Katowice – 25 km od centrum	NIE	NIE	TAK
10	Rehabilitacja			
	Świadczenie medyczne w zakresie rehabilitacji ambulatoryjnej ortopedycznej, którą można uzyskać po otrzymaniu skierowania od lekarza. Terapia realizowana jest na podstawie planu leczenia ustalonego przez specjalistę. W ciągu 1 dnia rehabilitacji mogą odbyć się nie więcej niż 3 zabiegi o łącznym czasie do 60 minut. W ciągu okresu ważności polisy Ubezpieczonemu przysługuje maksymalnie 10-cio dniowy cykl zabiegów rehabilitacyjnych.	NIE	NIE	TAK
11	Usługi pielęgniarские:			
	iniekcja podskórna	NIE	TAK	TAK
	iniekcja domięśniowa	NIE	TAK	TAK
	iniekcja dożylna	NIE	TAK	TAK
	usunięcie szwów	NIE	TAK	TAK
	wykonanie szczepienia	NIE	TAK	TAK
12	Inne:			
	skórne testy uczuleniowe – punktowe	NIE	NIE	TAK
	komputerowe badanie wzroku	NIE	TAK	TAK
	pomiar ciśnienie śródgałkowe	NIE	TAK	TAK
	badania cytologiczne	TAK	TAK	TAK

	badanie pola widzenia	NIE	NIE	TAK
13	Szczepienia:			
	szczepienie przeciw grypie – iniekcja + badanie i dowóz szczepionki (szczepienie w siedzibie Ubezpieczającego od 10 pracowników). Ubezpieczenie nie obejmuje kosztu szczepionki.	NIE	TAK	TAK
14	Chirurgiczne zabiegi ambulatoryjne:			
	nacięcie i drenaż ropnia, krwiaka w przypadkach wymagających niezwłocznej pomocy	NIE	TAK	TAK
	unieruchomienie kończyn i stawów – świadczenie nie obejmuje kosztu zastosowanych środków medycznych	NIE	NIE	TAK
	usunięcie szwów po zabiegach wykonanych w placówce Partnera Medycznego	NIE	TAK	TAK
	wykonywanie iniekcji dostawowych	NIE	NIE	TAK
	założenie i zdjęcie gipsu	NIE	NIE	TAK
	założenie sączka – w przypadkach wymagających niezwłocznej pomocy	NIE	TAK	TAK
	założenie szwów – w nagłych przypadkach wymagających niezwłocznej pomocy	NIE	TAK	TAK
	leczenie schorzeń pourazowych, założenie, zmiana prostego opatrunku – nie wymagające opracowania chirurgicznego	NIE	TAK	TAK
15	Laryngologiczne zabiegi ambulatoryjne:			
	przedmuchiwanie (katetyzacja) trąbki słuchowej	NIE	NIE	TAK
	usunięcie ciała obcego z nosa, ucha	NIE	NIE	TAK
	założenie, usunięcie przedniej tamponady nosa	NIE	NIE	TAK
16	Okulistyczne zabiegi ambulatoryjne:			
	usuwanie ciała obcego, zaopatrzenie urazu gałki ocznej i oczodołu	NIE	TAK	TAK
17	Ginekologiczne zabiegi ambulatoryjne:			
	elektrokoagulacja	NIE	NIE	TAK
	krioterapia nadżerki	NIE	NIE	TAK

* Wizyty domowe nie zastępują pogotowia ratunkowego w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, czyli w stanach w rozumieniu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym polegających na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagających podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. W takich stanach Ubezpieczony powinien bezwzględnie skontaktować się z pogotowiem ratunkowym. Wizyty domowe realizowane są przez lekarzy zespołów wyjazdowych w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego w przypadku gdy w świetle aktualnej wiedzy medycznej stan zdrowia ubezpieczonego i wynikający z niego rodzaj wymaganej pomocy medycznej uniemożliwia mu przybycie do placówki medycznej. Wizyty domowe obejmują tylko przypadki nagłych zachorowań lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, w tym zaostrzenia dolegliwości przewlekłych. Ubezpieczenie obejmuje wizytę lekarską, której wykonanie w świetle aktualnej wiedzy medycznej jest konieczne z uwagi na wskazany powyżej stan zdrowia Ubezpieczonego. Wizyta domowa ma na celu postawienie rozpoznania i rozpoczęcie leczenia, natomiast kontynuacja leczenia, a także wizyty kontrolne odbywają się w placówkach medycznych Partnera Medycznego. Wizyta domowa jest świadczeniem pomocy doraźnej, które jest udzielane wyłącznie w dniu jego zgłoszenia. W przypadku wizyty domowej nie ma możliwości swobodnego wyboru lekarza.

UBEZPIECZENIE KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ MEDYCYNY PRACY

§2

- W ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycyny pracy, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 2) OWU, zakresem ubezpieczenia objęte są koszty świadczeń medycyny pracy poniesione w okresie ubezpieczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, określone w ust. 2 poniżej, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4 poniżej.
- W ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycyny pracy InterRisk pokrywa koszty świadczeń medycyny pracy, do których ponoszenia zobowiązany jest Ubezpieczony pracodawca na podstawie przepisów Kodeksu Pracy, polegających na:
 - wykonaniu badań wstępnych, okresowych i kontrolnych pracowników, w zakresie określonym przez przepisy polskiego prawa, w tym w szczególności przepisy Kodeksu Pracy;
 - orzecznictwie lekarskim do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy i w przepisach wydanych na jego podstawie;
 - ocenie możliwości wykonywania pracy uwzględniając stan zdrowia i zagrożenia występujące w miejscu pracy;
 - wydawaniu zaświadczeń i świadectw dla celów przewidzianych w Kodeksie Pracy o stanie zdrowia pracownika lub niezdolności do pracy;
 - przeglądzie stanowisk pracy przez lekarza medycyny pracy celem sprawdzenia prawidłowego zabezpieczenia warunków zdrowotnych stanowisk pracy;
 - uczestniczeniu lekarza medycyny pracy w zakładowej komisji bezpieczeństwa i higieny pracy działającej na terenie zakładu pracy w trybie i przypadkach przewidzianych w Kodeksie Pracy;
 - wykonaniu innych specyficznych dla danej grupy pracowniczej badań i świadczeń profilaktycznych.
- InterRisk pokrywa koszty świadczeń medycyny pracy, które zostały wykonane w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej na rzecz pracowników Ubezpieczonego pracodawcy, wskazanych InterRisk zgodnie §7 ust. 3 OWU, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
- W ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycyny pracy, InterRisk pokrywa koszty badań wstępnych osób, które mają zostać przyjęte do pracy, jeżeli w ciągu 3 miesięcy od daty skierowania ich na badania wstępne uzyskają status Pracownika Ubezpieczonego pracodawcy i zostaną objęte co najmniej ubezpieczeniem kosztów świadczeń medycznych w ramach umowy ubezpieczenia, co zostanie też potwierdzone na liście, o której mowa w §7 ust. 2 OWU najpóźniej w czwartym miesiącu od skierowania ich na badania wstępne. W przypadku niespełnienia powyższych warunków, koszty badań wstępnych osób, które miały być przyjęte do pracy, pokrywa Ubezpieczony pracodawca.

Załącznik nr 2
do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia kosztów leczenia Biznes Pro Zdrowie

zatwierdzonych uchwałą nr 01/20/01/2026 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 20.01.2026 roku

UBEZPIECZENIE NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Zgodnie z postanowieniem §13 ust. 1 umowa ubezpieczenia zapewnia wypłatę świadczenia w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, który wydarzył się Ubezpieczonemu w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

TABELA nr 2

Ubezpieczenie	Wysokość świadczenia:
Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwego wypadku	1) 100% uszczerbku na zdrowiu – wypłata 100% sumy ubezpieczenia 2) poniżej 100% uszczerbku na zdrowiu – za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu wypłata 1% sumy ubezpieczenia 3) śmierć w wyniku nieszczęśliwego wypadku – wypłata 100% sumy ubezpieczenia

Załącznik nr 3
do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia kosztów leczenia Biznes Pro Zdrowie

zatwierdzonych uchwałą nr 01/20/01/2026 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 20.01.2026 roku

UBEZPIECZENIE POBYTU W SZPITALU

Zgodnie z postanowieniem §14 ust. 1 umowa ubezpieczenia zapewnia wypłatę świadczenia w związku z pobytem Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem, który wydarzył się Ubezpieczonemu w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

TABELA nr 3

Ubezpieczenie	Wysokość świadczenia:
Ubezpieczenie pobytu w szpitalu na skutek nieszczęśliwego wypadku	świadczenie płatne w wysokości 50 zł/dzień

Jeśli czynności dystrybucyjne w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia wykonuje pracownik InterRisk, pracownik otrzymuje z tego tytułu wynagrodzenie zasadnicze lub zasadnicze oraz zmienne uwzględnione w kwocie składki ubezpieczeniowej.

W przypadku gdy czynności dystrybucyjne w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia wykonuje agent ubezpieczeniowy, agent jest zobowiązany poinformować klienta o charakterze otrzymywanego wynagrodzenia, a w przypadku gdy honorarium jest płacone bezpośrednio przez klienta – o jego kwocie.