

Ubezpieczenie Puls Zdrowia



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: Puls Zdrowia

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje umowne zawarte są w innych dokumentach, w tym w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia PULS ZDROWIA zatwierdzonych uchwałą nr 01/20/01/2026 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 20.01.2026 roku.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie PULS ZDROWIA to pakiet ubezpieczeń skierowany głównie do przedsiębiorców zawierających umowy ubezpieczenia grupowego na rachunek swoich pracowników. Zapewnia ubezpieczonemu kompleksową ochronę w zakresie zgodnym z wybranymi przez ubezpieczającego rodzajami ubezpieczeń określonymi w OWU.



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ koszty świadczeń medycznych niezbędnych z medycznego punktu widzenia, zwrot kosztów świadczeń medycznych i leków niezbędnych z medycznego punktu widzenia oraz organizacja i koszty świadczeń w ramach ubezpieczenia Assistance Medyczny, powstałe w okresie ubezpieczenia w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby oraz koszty świadczeń medycznych medycyny pracy, których potrzeba przeprowadzenia powstała w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Suma ubezpieczenia:

- ✓ górną granicą odpowiedzialności InterRisk w odniesieniu do każdego z rodzajów ubezpieczeń i wobec każdego ubezpieczonego jest suma ubezpieczenia ustalana na wniosek Ubezpieczającego i określona w umowie ubezpieczenia (polisie), z zastrzeżeniem limitów kwot wynikających z OWU.



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- ✗ rodzajów ubezpieczeń określonych w OWU, które zgodnie z wolą ubezpieczającego nie zostały wykupione,
- ✗ kosztów leków (za wyjątkiem sytuacji, gdzie ubezpieczający rozszerzył zakres ubezpieczenia o ubezpieczenie Refundacja leków) i środków medycznych, za wyjątkiem użytych w nagłych przypadkach dla ratowania życia oraz uznanych przez lekarza za niezbędne do przeprowadzenia standardowych badań profilaktycznych i specjalistycznych,
- ✗ w ubezpieczeniu Medycyna Pracy InterRisk nie pokrywa kosztów badań, których potrzeba nie wynika ze wskazań lekarza medycyny pracy lub nie jest wymagana przepisami Kodeksu Pracy,
- ✗ w ubezpieczeniu Konsylium w Poważnej Chorobie, InterRisk nie odpowiada za: operację zastawek serca wykonaną przy użyciu technik śródnaczyniowych, zdiagnozowanie nowotworu nieinwazyjnego (carcinoma in situ), I stadium boreliozy (tzw. infekcja wczesna, rozwijająca się do 90 dni po ukąszeniu przez kleszcza w postaci zmian skórnych typu rumienia przewlekłego wędrującego) oraz przypadki boreliozy, w których w jednoznaczny sposób na podstawie badań klinicznych oraz zaawansowania objawów chorobowych można stwierdzić, iż zakażenie nastąpiło przed rozpoczęciem odpowiedzialności przez InterRisk.



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

InterRisk nie odpowiada w szczególności na zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z:

- ! umyślnym popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez ubezpieczonego,
- ! popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa lub samookaleczenia się przez ubezpieczonego,
- ! działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami a także aktami terroru,
- ! uczestnictwa ubezpieczonego w badaniach klinicznych i eksperymentach medycznych,
- ! chorobą psychiczną,
- ! diagnozowaniem i leczeniem niepłodności, zaburzeń płodności, w tym świadczeń zdrowotnych udzielanych w związku z postępowaniem prokreacyjnym,
- ! leczeniem udzielanym w sytuacji zagrożenia życia, wymagającego działań w trybie nagłym, w szczególności wchodzącego w zakres pomocy doraźnej realizowanej przez pogotowie ratunkowe (karetkę reanimacyjną, kartkę wypadkową),
- ! leczeniem skutków i chorób spowodowanych spożywaniem alkoholu oraz używaniem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych,
- ! epidemiami ogłoszonymi na podstawie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,
- ! leczeniem, które w opinii lekarza wskazanego przez InterRisk nie jest niezbędne z medycznego punktu widzenia,
- ! pandemią,
- ! wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem, uszkodzeniami okołoporodowymi (efektów deformacji fizycznych) lub mającymi charakter dziedziczny.



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej



Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

- w razie konieczności skorzystania ze świadczeń medycznych w ramach ubezpieczenia Opieka Zdrowotna lub ubezpieczenia Opieka Stomatologiczna ubezpieczony zobowiązany jest: skontaktować się z Infolinią Medyczną celem uzgodnienia preferowanego terminu realizacji świadczenia medycznego, zastosować się do zaleceń i wskazówek personelu medycznego placówki medycznej Partnera Medycznego/Partnera Medycznego 1 w zakresie uzasadnionym realizowanym świadczeniem medycznym, odwołać zarezerwowane wizyty na świadczenia medyczne w przypadku braku możliwości lub potrzeby skorzystania z nich w umówionym terminie,
- w razie konieczności skorzystania ze świadczeń medycznych w ramach ubezpieczenia Wirtualny Lekarz Ubezpieczony powinien skorzystać z linku dostępnego na stronie www.interrisk.pl, przy pomocy którego przekierowywany jest do aplikacji służącej wykonaniu przez Ubezpieczonego wywiadu medycznego, umówieniu telekonsultacji i/lub umówieniu konsultacji lekarskiej w placówce medycznej wybranego Partnera Medycznego/Partnera Medycznego 1,
- w razie konieczności skorzystania ze świadczeń medycznych w ramach ubezpieczenia Refundacja Kosztów ubezpieczony zobowiązany jest: skontaktować lub zgłosić się do dowolnego podmiotu wykonującego działalność leczniczą na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w celu uzyskania świadczenia medycznego, pokryć koszty udzielonych świadczeń medycznych, złożyć zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w dowolnej jednostce organizacyjnej InterRisk, nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia zajścia zdarzenia lub uzyskania o nim informacji,
- w razie konieczności skorzystania ze świadczeń medycznych w ramach ubezpieczenia Medycyna Pracy ubezpieczony pracodawca zobowiązany jest posługiwać się Elektroniczną Platformą Medycyny Pracy i współpracować z personelem medycznym placówki medycznej Partnera Medycznego/Partnera Medycznego 1 w zakresie zaleceń i wskazówek uzasadnionych realizowanym świadczeniem, w razie konieczności skorzystania z e-konsultacji w ramach ubezpieczenia e-Wizyta Lekarska ubezpieczony powinien skorzystać z linku dostępnego na stronie www.interrisk.pl, przy pomocy którego przekierowywany jest do aplikacji służącej umówieniu e-konsultacji, a następnie wybrać specjalizację lekarską, termin e-konsultacji, formę realizacji usługi,
- w ramach ubezpieczenia Refundacja Leków ubezpieczony zobowiązany jest złożyć w dowolnej jednostce organizacyjnej InterRisk zawiadomienie o zajściu nieszczęśliwego wypadku oraz przekazać do InterRisk wraz z zawiadomieniem dokumenty szczegółowo opisane w OWU,
- w razie konieczności skorzystania ze świadczeń medycznych w ramach ubezpieczenia Profilaktyka Zdrowotna, ubezpieczony zobowiązany jest: skontaktować się z Centrum Medycyny Koordynowanej celem uzgodnienia preferowanego terminu realizacji świadczenia medycznego, zastosować się do zaleceń i wskazówek personelu Centrum Medycyny Koordynowanej, wypełnić ankietę profilaktyczną i przekazać do Centrum Medycyny Koordynowanej, odwołać zarezerwowane wizyty na świadczenia medyczne w przypadku braku możliwości lub potrzeby skorzystania z nich w uzgodnionym terminie,
- w razie powstania zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową InterRisk w ramach ubezpieczenia Konsylium w Poważnej Chorobie lub ubezpieczenia e-Rehabilitacja, Ubezpieczony obowiązany jest skontaktować się z Centrum Medycyny Koordynowanej (numer telefonu podany jest w umowie ubezpieczenia),
- w razie powstania zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową InterRisk w ramach ubezpieczenia Assistance Medyczny, ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się z Centrum Assistance (numer telefonu podany jest w umowie ubezpieczenia).



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 12 miesięcy.

Odpowiedzialność InterRisk z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia wskazanego w umowie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po opłaceniu składki lub pierwszej raty składki, chyba że umówiono się inaczej. W stosunku do osób przystępujących do umowy ubezpieczenia w trakcie jej trwania, odpowiedzialność InterRisk rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym osoba została zgłoszona przez Ubezpieczającego do InterRisk. W przypadku kosztów z zakresu Stomatologii zachowawczej obowiązuje okres karencji wynoszący 180 dni.

Odpowiedzialność InterRisk ustaje:

- 1) wraz z zakończeniem okresu ubezpieczenia,
- 2) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia,
- 3) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia za porozumieniem stron albo rozwiązania umowy ubezpieczenia w wyniku wypowiedzenia,
- 4) wraz z wyczerpaniem sumy ubezpieczenia wskutek wypłacenia świadczenia lub świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia lub górnej granicy odpowiedzialności,
- 5) z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym InterRisk otrzymał od Ubezpieczającego oświadczenie o wystąpieniu Ubezpieczonego z ubezpieczenia w formie listy osób występujących,
- 6) 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.



Jak rozwiązać umowę?

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 ubezpieczenia 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.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA PULS ZDROWIA

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 POZATKOWE	1
DEFINICJE	1
PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA	5
ZAKRES UBEZPIECZENIA	5
WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	5
SUMA UBEZPIECZENIA	6
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	6
PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY UBEZPIECZENIA	6
POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI INTERISK	7
WYPOWIEDZENIE, ODSTĄPIENIE I WYSTĄPIENIE Z UMOWY UBEZPIECZENIA	7
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA	7

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON	8
ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA, USTALENIE I REALIZACJA ŚWIADCZENIA	8
SKARGI I REKLAMACJE	9
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	9
ZAŁĄCZNIK NR 1 – UBEZPIECZENIE OPIEKA ZDROWOTNA. UBEZPIECZENIE WIRTUALNY LEKARZ. UBEZPIECZENIE REFUNDACJA KOSZTÓW	10
ZAŁĄCZNIK NR 2 – UBEZPIECZENIE MEDYCYNĄ PRACY	11
ZAŁĄCZNIK NR 3 – UBEZPIECZENIE E-WIZYTA LEKARSKA	12
ZAŁĄCZNIK NR 4 – UBEZPIECZENIE REFUNDACJA LEKÓW	12
ZAŁĄCZNIK NR 5 – UBEZPIECZENIE OPIEKA STOMATOLOGICZNA	13
ZAŁĄCZNIK NR 6 – UBEZPIECZENIE PROFILAKTYKA ZDROWOTNA	24
ZAŁĄCZNIK NR 7 – UBEZPIECZENIE KONSyliUM W POWAŻNEJ CHOROBI	25
ZAŁĄCZNIK NR 8 – UBEZPIECZENIE ASSISTANCE MEDYCZNY	25
ZAŁĄCZNIK NR 9 – UBEZPIECZENIE E-REHABILITACJA	26

POSTANOWIENIA POZATKOWE

§1

- Ogólne warunki ubezpieczenia **PULS ZDROWIA**, zwane dalej „OWU” mają zastosowanie do umów ubezpieczenia grupowego 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 prowadzącymi działalność gospodarczą, osobami prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi nie będącymi osobami prawnymi, którym ustawa przyznaje zdolność prawną, na rachunek osób fizycznych.
- Strony mogą wprowadzić do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne. Różnice między 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 oraz ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Co oznaczają określenia użyte w OWU?

DEFINICJE

§2

Poniższe pojęcia użyte w OWU oraz innych dokumentach dotyczących zawarcia lub wykonywania umowy ubezpieczenia mają następujące znaczenie:

- 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;
- angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA)** – pierwszy zabieg angioplastyki, ateryktomii lub wszczepienia stentu w celu korekcyjnego minimum 50% zwężenia drożności (I20.8) jednej lub więcej tętnic wieńcowych podczas pojedynczego zabiegu, zakwalifikowany w Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9_CM jako kod: 7.36.0, 7.36.1, 7.36.2, 7.36.3;
- astma (postać ciężka)** – choroba rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako kod: J45 i polegająca na istotnej nadreaktywności oskrzeli o charakterze spastycznym skutkującej w pomiarach spirometrii ograniczeniem przepływu szczytowego wydechowego poniżej 50% (ICD J46);
- Centrum Assistance** – jednostka organizacyjna wskazana przez InterRisk (adres, numer telefonu podawany jest w umowie ubezpieczenia), która na zlecenie InterRisk organizuje świadczenia w ramach ubezpieczenia Assistance Medyczny;
- Centrum Medycyny Koordynowanej** – jednostka organizacyjna wskazana przez InterRisk (adres, numer telefonu podawany jest w umowie ubezpieczenia), która na zlecenie InterRisk organizuje świadczenia medyczne w ramach ubezpieczenia:
 - Wirtualny Lekarz,
 - Profilaktyka Zdrowotna,
 - Konsylium w Poważnej Chorobie,
 - e-Rehabilitacja;
- Centrum Telemedycyny** – jednostka organizacyjna wskazana przez InterRisk

(adres, numer telefonu podawany jest w umowie ubezpieczenia), która na zlecenie InterRisk organizuje świadczenia medyczne w ramach ubezpieczenia e-Wizyta Lekarska;

- cholera** – choroba rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako kod: A00.0-A00.1;
- choroba** – zaburzenia w funkcjonowaniu narządów lub organów ciała Ubezpieczonego, niezależne od niczyjej woli, co do których lekarz może postawić diagnozę, wymagające leczenia, diagnostyki lub rehabilitacji;
- choroba Alzheimera** – choroba rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako kod: G30;
- choroba Creutzfeldta-Jakoba** – choroba rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako kod: A81.0;
- choroba Parkinsona** – choroba rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako kod: G20;
- choroba psychiczna** – choroba rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania jako kod: F00-F99;
- cukrzyca typu I** – choroba rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako kod: E10;
- Druga Opinia Lekarska Krajowa** – w ubezpieczeniu Konsylium w Poważnej Chorobie, jednorazowe świadczenie medyczne realizowane za pośrednictwem Centrum Medycyny Koordynowanej, polegające na przygotowaniu dla Ubezpieczonego opinii Lekarza Konsultanta na temat jednej z rodzajów Poważnych Chorób, na podstawie przesłanej przez Ubezpieczonego do Centrum Medycyny Koordynowanej dokumentacji medycznej dotyczącej Poważnej Choroby, która została u niego zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. W ramach Drugiej Opinii Lekarskiej Krajowej InterRisk za pośrednictwem Centrum Medycyny Koordynowanej zorganizuje i pokryje koszt:
 - udzielenia Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej umożliwiającej wydanie Drugiej Opinii Lekarskiej Krajowej,
 - przygotowania Drugiej Opinii Lekarskiej Krajowej przez Lekarza Konsultanta,
 - udostępnienia Drugiej Opinii Lekarskiej Krajowej Ubezpieczonemu;
- Druga Opinia Lekarska Zagraniczna** – w ubezpieczeniu Konsylium w Poważnej Chorobie, jednorazowe świadczenie medyczne realizowane za pośrednictwem Centrum Medycyny Koordynowanej, polegające na przygotowaniu dla Ubezpieczonego opinii Lekarza Konsultanta praktykującego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej na temat jednej z rodzajów Poważnych Chorób, na podstawie przesłanej przez Ubezpieczonego do Centrum Medycyny Koordynowanej dokumentacji medycznej dotyczącej Poważnej Choroby, która została u niego zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. W ramach Drugiej Opinii Lekarskiej Zagranicznej InterRisk za pośrednictwem Centrum Medycyny Koordynowanej zorganizuje i pokryje koszt:
 - udzielenia Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej umożliwiającej wydanie Drugiej Opinii Lekarskiej Zagranicznej,
 - przygotowania Drugiej Opinii Lekarskiej Zagranicznej przez Lekarza Konsultanta,
 - udostępnienia Drugiej Opinii Lekarskiej Zagranicznej Ubezpieczonemu;
- dystrofia mięśniowa** – choroba rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako kod: G71.0;

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

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§2, §3, §4, §7 ust. 8 i 9, §8, §9 ust. 1 – 4, §10, §11 ust. 14 – 16, §13, §1 – 3 Załącznika nr 1 do OWU, §1 – 2 Załącznika nr 2 do OWU, §1 – 3 Załącznika nr 3 do OWU, §1 – 2 Załącznika nr 4 do OWU, §1 – 3 Załącznika nr 5 do OWU, §1 – 2 Załącznika nr 6 do OWU, §1 – 2 Załącznika nr 7 do OWU, §1 – 2 Załącznika nr 8 do OWU, §1 i 2 Załącznika nr 9 do OWU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§5, §6, §9 ust. 5 i 6, §12 ust. 3, §3 ust. 2 Załącznika nr 1 do OWU, §1 ust. 3 – 4 Załącznika nr 2 do OWU, §1 Załącznika nr 3 do OWU, §1 ust. 2 – 3 oraz §3 ust. 2 Załącznika nr 5 do OWU, §1 Załącznika nr 7 do OWU, §1 Załącznika nr 8 do OWU, §1 Załącznika nr 9 do OWU.

- 17) **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 Polskiej, w trybie dziennym, zaocznym lub wieczorowym, z wyłączeniem kursów oraz kształcenia korespondencyjnego – w wieku do 25 lat;
- 18) **działalność gospodarcza** – zorganizowana działalność zarobkowa, wykonywana we własnym imieniu i w sposób ciągły, w rozumieniu ustawy prawo przedsiębiorców w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 19) **Ebola (gorączka krwotoczna)** – choroba rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako kod: A98.4;
- 20) **e-konsultacja** – w ubezpieczeniu e-Wizyta Lekarska lub ubezpieczeniu Profilaktyka Zdrowotna świadczenie medyczne organizowane na zlecenie InterRisk przez Centrum Telemedycyny lub Centrum Medycyny Koordynowanej i realizowane przez lekarza drogą elektroniczną w formie:
 - a) czatu internetowego – wymiany krótkich wiadomości tekstowych,
 - b) telekonferencji – przekazu audio,
 - c) wideokonferencji – przekazu audiowizualnego.E-konsultacja trwa maksimum 15 minut;
- 21) **e-konsultacja lekarska specjalistyczna** – w ubezpieczeniu Konsylium w Poważnej Chorobie, świadczenie medyczne organizowane na zlecenie InterRisk przez Centrum Medycyny Koordynowanej, realizowane przez Lekarza Konsultanta drogą elektroniczną w formie:
 - a) czatu internetowego – wymiany krótkich wiadomości tekstowych,
 - b) telekonferencji – przekazu audio,
 - c) wideokonferencji – przekazu audiowizualnego;
- 22) **Elektroniczna Platforma Medycyny Pracy** – elektroniczny system do nadzorowania, monitorowania i umawiania terminów wykonania świadczeń medycznych medycyny pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, dostępny na stronie internetowej wskazanej w umowie ubezpieczenia;
- 23) **e-rehabilitacja** – w ubezpieczeniu e-Rehabilitacja, świadczenia medyczne w organizacji których pośredniczy Centrum Medycyny Koordynowanej na zlecenie InterRisk, realizowane w domu lub w Centrum Medycyny Koordynowanej pod nadzorem i zgodnie z zaleceniami fizjoterapeuty lub w domu pod zdalnym nadzorem fizjoterapeuty wykonywanym za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, które umożliwiają przesyłanie obrazu oraz dźwięku (wideokonferencji);
- 24) **Infolinia Medyczna** – infolinia, za pośrednictwem której Ubezpieczony może uzyskać informację o zakresie świadczeń medycznych objętych umową ubezpieczenia w ubezpieczeniu Opieka Zdrowotna i ubezpieczeniu Opieka Stomatologiczna, ustalić placówkę medyczną, w której będzie wykonane świadczenie oraz uzgodnić jego termin. Rejestracja świadczeń przez Ubezpieczonego w placówce medycznej Partnera Medycznego/Partnera Medycznego 1 odbywa się wyłącznie poprzez kontakt telefoniczny z Infolinią Medyczną pod numerem telefonu wskazanym w umowie ubezpieczenia;
- 25) **karencja** – ustalony w OWU oraz umowie ubezpieczenia okres, uwzględniany w wyliczeniu składki ubezpieczeniowej, w czasie którego InterRisk nie ponosi odpowiedzialności;
- 26) **Kodeks Pracy** – ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy;
- 27) **Koordinacja Procesu Leczenia** – w ubezpieczeniu Konsylium w Poważnej Chorobie, świadczenie medyczne w organizacji którego pośredniczy Centrum Medycyny Koordynowanej na zlecenie InterRisk, polegające na otrzymaniu przez Ubezpieczonego w ciągu okresu ubezpieczenia wsparcia poprzez:
 - a) opracowanie możliwych wariantów leczenia w Rzeczypospolitej Polskiej, jak i za granicą (etap leczenia, miejsca, rodzaje terapii po zaleceniach uzyskanych w ramach Drugiej Opinii Lekarskiej Krajowej lub Drugiej Opinii Lekarskiej Zagranicznej) wraz z oszacowaniem kosztów dla każdego z wariantów. Opracowywane są 3 warianty, które mogą obejmować leczenie w Rzeczypospolitej Polskiej, leczenie za granicą lub warianty mieszane,
 - b) organizację leczenia zgodnie z wybranym przez Ubezpieczonego wariantem (za wyjątkiem usług w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia i bez pokrycia kosztów leczenia),
 - c) kontakt z Zespołem Medycyny Koordynowanej;
- 28) **lekarz** – osoba posiadająca formalnie potwierdzone kwalifikacje zgodnie z wymogami prawa obowiązującego w kraju, w którym świadczy usługi, wykonująca zawód w zakresie swoich uprawnień i kwalifikacji, niebędąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub osobą bliską dla Ubezpieczonego;
- 29) **lekarz Centrum Assistance** – lekarz zatrudniony lub współpracujący z Centrum Assistance;
- 30) **Lekarz Konsultant** – w ubezpieczeniu Konsylium w Poważnej Chorobie, lekarz wydający Drugą Opinię Lekarską Krajową lub Drugą Opinię Lekarską Zagraniczną oraz udzielający e-konsultacji lekarskich specjalistycznych, będący chirurgiem ogólnym, dermatologiem, wenerologiem, kardiologiem, neurologiem, ginekologiem położnikiem, endokrynologiem, alergologiem, angiologiem, lekarzem chorób zakaźnych, gastroenterologiem, genetykiem klinicznym, geriatrą, gineko-
- logiem onkologiem, hematologiem, lekarzem medycyny sportowej, nefrologiem, neurochirurgiem, okulistą, onkologiem klinicznym, ortopedą – traumatologiem narządu ruchu, otolaryngologiem, psychiatrą, rehabilitantem medycznym, reumatologiem, seksuologiem, urologiem. W przypadku Drugiej Opinii Lekarskiej Zagranicznej osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza, praktykująca poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, uznana za specjalistę w środowisku medycznym w danej specjalności, której doświadczenie odpowiada specyfice Poważnej Choroby zdiagnozowanej u Ubezpieczonego. Lekarz Konsultant jest wskazywany przez Centrum Medycyny Koordynowanej z uwzględnieniem specyfiki Poważnej Choroby, specjalności lekarskiej oraz jego doświadczenia;
- 31) **narkotyki** – substancje psychotropowe oraz środki odurzające i zastępcze, o których mowa w pkt 59), 62), 63);
- 32) **neuroborelioza** – postać boreliozy (choroby z Lyme) przebiegająca z zajęciem centralnego i obwodowego układu nerwowego, wywołwana przez zakażenie bakterią *Borrelia burgdorferi* w wyniku ukąszenia przez kleszcza, choroba rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako kod: A68.2;
- 33) **niedokrwistość aplastyczna** – choroba rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako kod: D60;
- 34) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie mające miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej wywołane przyczyną zewnętrzną, na skutek której Ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała;
- 35) **niewydolność nerek** – choroba, w której dochodzi do upośledzenia funkcji nerek i ograniczenia współczynnika przesączania kłębuszkowego poniżej 60 ml/min/1.73m² powierzchni ciała, rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako kod: N17-N18.9;
- 36) **niewydolność serca** – choroba rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako kod: I50 oraz w której funkcjonowanie serca upośledza zdolność do zapewnienia wystarczającego przepływu krwi zgodnie z zapotrzebowaniem organizmu. Prezentując przy tym objawy kliniczne, zawarte w III i IV klasie wg Skala NYHA:
 - a) III klasa wg Skali NYHA – chorzy ze znacznie ograniczoną aktywnością, wskutek pojawiania się dolegliwości przy małych wysiłkach, takich jak mycie lub ubieranie się. Dolegliwości w spoczynku nie występują,
 - b) IV klasa wg Skali NYHA – chorzy, u których najmniejszy wysiłek powoduje pojawienie się zmęczenia, duszności, kołatania serca lub bólu dławicowego, a dolegliwości pojawiają się także w spoczynku;
- 37) **nowotwór złośliwy** – choroba rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako kod: C00-C97, za wyjątkiem chorób zakwalifikowanych jako kod: C76-C80 oraz nowotworu nieinwazyjnego (carcinoma in situ);
- 38) **ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie InterRisk do spełnienia świadczenia objętego umową ubezpieczenia, w razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego w niej określonego, za które InterRisk ponosi odpowiedzialność;
- 39) **oparzenie** – uszkodzenie skóry rozpoznane przez lekarza i zakwalifikowane zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako kod: T30.3 lub T30.7 jako oparzenie III stopnia;
- 40) **osoba bliska** – współmałżonek, partner, dzieci, rodzeństwo, matka, ojciec, macocha, ojczym, pasierb, pasierbica, teściowie, zięciowie, synowie, przysposabiający, przysposobiony, opiekun posiadający tytuł prawny, osoby pozostające pod opieką w rozumieniu ustawy kodeks rodzinny i opiekuńczy w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 41) **operacja aorty** – operacja chirurgiczna tętniaka (I71), koartacji (Q25.1) lub rozwarstwienia (I71.0) aorty wykonana drogą laparotomii lub torakotomii, polegająca na usunięciu patologicznie zmienionej części aorty i zastąpieniu jej grafem, zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Procedur Medycznych ICD – 9 – CM jako kod: 7.35.2;
- 42) **operacja zastawek serca** – operacja przeprowadzona na otwartym sercu z otwarciem klatki piersiowej, wymiana lub naprawa chorobowo zmienionej jednej lub więcej zastawek serca, zakwalifikowana w Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD – 9 – CM jako kod: 7.35.2;
- 43) **pandemia** – epidemia danej choroby zakaźnej występująca w tym samym czasie w różnych krajach i na różnych kontynentach, w rozumieniu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO);
- 44) **partner** – w ubezpieczeniu rodzinnym lub ubezpieczeniu partnerskim niespokrewniona osoba fizyczna, pozostająca z Ubezpieczonym będącym pracownikiem Ubezpieczającego w związku małżeńskim lub partnerskim, prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe;
- 45) **Partner Medyczny/Partner Medyczny 1** – podmiot wykonujący działalność leczniczą, z którym InterRisk zawarł umowę w sprawie organizacji realizacji świadczeń medycznych na rzecz Ubezpieczonych w ubezpieczeniu Opieka Zdrowotna, ubezpieczeniu Wirtualny Lekarz i ubezpieczeniu Opieka Stomatologiczna, a także świadczeń medycznych medycyny pracy na rzecz pracowników Ubezpieczonego będącego pracodawcą, których dotyczy ubezpieczenie Medycyna Pracy. Informacja o wybranym przez Ubezpieczającego Partnerze Medycznym/Partnerze Medycznym 1 znajduje się w umowie ubezpieczenia, a adresy placówek

- medycznych wybranego Partnera Medycznego/Partnera Medycznego 1, w których realizowane są świadczenia w ubezpieczeniu Opieka Zdrowotna i ubezpieczeniu Opieka Stomatologiczna, dostępne są na stronie internetowej www.interrisk.pl lub można je uzyskać dzwoniąc na Infolinię Medyczną pod numer telefonu wskazany w umowie ubezpieczenia. W ubezpieczeniu Wirtualny Lekarz świadczenia realizowane są drogą elektroniczną za pośrednictwem linku dostępnego na stronie internetowej www.interrisk.pl;
- 46) **placówka medyczna** – podmiot wykonujący działalność leczniczą, należący do sieci placówek Partnera Medycznego/Partnera Medycznego 1 lub współpracujący z Partnerem Medycznym/Partnerem Medycznym 1;
- 47) **pobyt w szpitalu** – pobyt na oddziale szpitalnym służący przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia Ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem. 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;
- 48) **podmiot wykonujący działalność leczniczą** – podmiot leczniczy oraz praktyka zawodowa w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 49) **pomostowanie naczyń wieńcowych** – operacja kardiologiczna mająca na celu korektę zwężonych lub niedrożnych naczyń wieńcowych wraz z założeniem pomostów aortalno-wieńcowych (by-pass) zakwalifikowana przez lekarza specjalistę zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Procedur Medycznych ICD – 9 – CM jako kod 36.1;
- 50) **pourazowe uszkodzenie mózgu** – choroba rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako kod: S06;
- 51) **Poważna Choroba** – wyłącznie poniżej wymienione choroby, które zostały zdiagnozowane po raz pierwszy w trakcie okresu ubezpieczenia: angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA), astma (postać ciężka), cholera, choroba Alzheimera, choroba Creutzfelda – Jacoba, choroba Parkinsona, cukrzyca typu I, dystrofia mięśniowa, Ebola (gorączka krwotoczna), neuroborelioza, niedokrwistość aplastyczna, niewydolność nerek, niewydolność serca, nowotwór złośliwy, oparzenia, pourazowe uszkodzenie mózgu, sepsa, stwardnienie rozsiane, śpiączka, udar mózgu, utrata mowy, utrata słuchu, utrata wzroku, zakażenie wirusem HIV, zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych, zawał serca. Za Poważną Chorobę uważa się również: operację aorty, operację zastawek serca, pomostowanie naczyń wieńcowych, przeszczepienie narządu, których konieczność przeprowadzenia została stwierdzona przez lekarza po raz pierwszy w trakcie okresu ubezpieczenia, potwierdzona skierowaniem od lekarza wystawionym w trakcie trwania okresu ubezpieczenia;
- 52) **pozostawanie pod wpływem alkoholu** – działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi od 0,2 ‰ alkoholu we krwi lub od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³ w wydychanym powietrzu;
- 53) **pracodawca** – jednostka organizacyjna, choćby nie posiadała osobowości prawnej, a także osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, o ile zatrudnia pracowników;
- 54) **pracownik Ubezpieczającego** – osoba fizyczna zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub innej umowy cywilnoprawnej, której przedmiotem jest zatrudnienie. Za pracownika Ubezpieczającego uważa się również osobę fizyczną, która jest członkiem zrzeszonym w ramach struktury organizacyjnej Ubezpieczającego, w tym w szczególności jako członek stowarzyszenia, samorządu zawodowego, związku zawodowego lub wspólnoty mieszkaniowej, będącego lub będącej Ubezpieczającym (o ile umowa ubezpieczenia zawierana jest na rachunek takich osób fizycznych) oraz osobę fizyczną będącą Ubezpieczającym, która jest przedsiębiorcą, współnikiem spółki cywilnej lub spółki osobowej (o ile umowa ubezpieczenia zawierana jest na rachunek pracowników Ubezpieczającego, a Ubezpieczający jest taką osobą fizyczną lub spółką);
- 55) **rehabilitacja domowa** – w ubezpieczeniu e-Rehabilitacja, świadczenia medyczne w organizacji których na zlecenie InterRisk pośredniczy Centrum Medycyny Koordynowanej, realizowane w domu pod nadzorem i zgodnie z zaleceniami fizjoterapeuty;
- 56) **rozruchy i zamieszki** – demonstracje i starcia uliczne będące wyrazem buntu przeciwko władzy państwowej;
- 57) **sepsa** – choroba rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako kod: A40, A41, A22.7, A.26.7;
- 58) **stwardnienie rozsiane** – choroba charakteryzująca się demielinizacją włókien nerwowych w obrębie mózgu i rdzenia kręgowego, rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako kod: G35;
- 59) **substancja psychotropowa** – substancja określona w wykazie substancji psychotropowych zawartym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 60) **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;
- 61) **śpiączka** – choroba rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako kod: R40.2;
- 62) **środek odurzający** – substancja określona w wykazie środków odurzających zawartym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 63) **środek zastępczy** – produkt zawierający substancję o działaniu na ośrodkowy układ nerwowy, który może być użyty w takich samych celach jak środek odurzający, substancja psychotropowa lub nowa substancja psychoaktywna, 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;
- 64) **świadczenia medyczne** – udzielane Ubezpieczonemu w związku z chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem niezbędne z medycznego punktu widzenia świadczenia służące zachowaniu lub poprawie jego zdrowia oraz inne niezbędne z medycznego punktu widzenia działania medyczne wynikające z procesu leczenia, określone w Załącznikach 1, 3-9 do OWU wykonywane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 65) **świadczenia medyczne 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 Medycyna Pracy, do których zapewnienia na podstawie przepisów Kodeksu Pracy zobowiązany jest pracodawca;
- 66) **telekonsultacja** – w ubezpieczeniu Opieka Zdrowotna i ubezpieczeniu Wirtualny Lekarz, świadczenia medyczne organizowane na zlecenie InterRisk przez Partnera Medycznego/ Partnera Medycznego 1 i realizowane przez lekarza drogą elektroniczną w formie:
- czatu internetowego – wymiany krótkich wiadomości tekstowych,
 - telekonferencji – przekazu audio,
 - wideokonferencji – przekazu audiowizualnego;
- 67) **Ubezpieczający** – jeden z podmiotów, o których mowa w §1 ust. 1, zawierający umowę ubezpieczenia i zobowiązany do opłacenia składki ubezpieczeniowej;
- 68) **ubezpieczenie Assistance Medyczne** – ubezpieczenie dostępne na podstawie OWU, określone w Załączniku nr 8;
- 69) **ubezpieczenie e-Rehabilitacja** – ubezpieczenie dostępne na podstawie OWU, określone w Załączniku nr 9;
- 70) **ubezpieczenie e-Wizyta Lekarska** – ubezpieczenie dostępne na podstawie OWU, określone w Załączniku nr 3;
- 71) **ubezpieczenie Konsylium w Poważnej Chorobie** – ubezpieczenie dostępne na podstawie OWU, określone w Załączniku nr 7;
- 72) **ubezpieczenie Medycyna Pracy** – ubezpieczenie dostępne na podstawie OWU, określone w Załączniku nr 2;
- 73) **ubezpieczenie Opieka Stomatologiczna** – ubezpieczenie dostępne na podstawie OWU, określone w Załączniku nr 5;
- 74) **ubezpieczenie Opieka Zdrowotna** – ubezpieczenie dostępne na podstawie OWU, określone w Załączniku nr 1;
- 75) **ubezpieczenie partnerskie** – ubezpieczenie zawierane przez InterRisk z Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonych:
- pracownika Ubezpieczającego i jego partnera lub
 - pracownika Ubezpieczającego i jego dziecka;
- 76) **ubezpieczenie Profilaktyka Zdrowotna** – ubezpieczenie dostępne na podstawie OWU, określone w Załączniku nr 6;
- 77) **ubezpieczenie Refundacja Kosztów** – ubezpieczenie dostępne na podstawie OWU, określone w Załączniku nr 1;
- 78) **ubezpieczenie Refundacja Leków** – ubezpieczenie dostępne na podstawie OWU, określone w Załączniku nr 4;
- 79) **ubezpieczenie rodzinne** – ubezpieczenie zawierane przez InterRisk z Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonych: pracownika Ubezpieczającego i jego partnera oraz ich dzieci;
- 80) **ubezpieczenie Wirtualny Lekarz** – ubezpieczenie dostępne na podstawie OWU, określone w Załączniku nr 1;
- 81) **Ubezpieczony** – pracownik Ubezpieczającego, na rzecz którego Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia, pod warunkiem, iż w dniu przystąpienia do ubezpieczenia pracownik Ubezpieczającego nie ukończył 80 lat, a w przypadku ubezpieczenia partnerskiego lub rodzinnego także jego partner i ich dzieci, pod warunkiem, iż partner w dniu przystąpienia do ubezpieczenia również nie ukończył 80 lat. W ubezpieczeniu Medycyna Pracy Ubezpieczonym jest pracodawca, a świadczenia medyczne medycyny pracy udzielane są na rzecz pracowników, których dotyczy to ubezpieczenie;
- 82) **udar mózgu** – rozpoznany przez lekarza i zakwalifikowany w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako kod: I60-I64;
- 83) **udział własny** – w zależności od wybranego przez Ubezpieczającego Partnera Medycznego, w ubezpieczeniu Opieka Zdrowotna, wyrażona kwotowo część

wartości kosztów świadczeń medycznych objętych zakresem ubezpieczenia, określona w Tabeli nr 1 w kolumnie „Wariant udział własny” w Załączniku nr 1 do OWU, którą przed skorzystaniem ze świadczenia medycznego pokrywa Ubezpieczony na rachunek Partnera Medycznego; w ubezpieczeniu Refundacja Kosztów, wyrażona kwotowo część wartości kosztów świadczeń medycznych objętych zakresem ubezpieczenia, określona w Tabeli nr 1 w kolumnie „Wariant udział własny” w Załączniku nr 1 do OWU, o którą zostanie pomniejszony zwrot poniesionych kosztów świadczeń medycznych z zachowaniem limitów cenowych określonych za poszczególne świadczenia medyczne zawarte w posiadanym przez Ubezpieczonego wariantcie i określone w Tabeli nr 1 w kolumnie „Refundacja Kosztów” w Załączniku nr 1 do OWU;

- 84) **umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia grupowego zawierana przez InterRisk z Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonych, z zastrzeżeniem że w ubezpieczeniu Medycyna Pracy Ubezpieczającym i Ubezpieczonym jest pracodawca, a świadczenia medyczne medycyny pracy udzielane są na rzecz jego pracowników, których dotyczy to ubezpieczenie i są jednocześnie objęci co najmniej ubezpieczeniem Opieka Zdrowotna;
- 85) **utrata mowy** – rozpoznana przez lekarza całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy, oznaczająca niemożność artikulowania zrozumiałych słów lub zrozumiale mówionego języka, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy;
- 86) **utrata słuchu** – rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako kod: H90.0, H90.5, H90.6;
- 87) **utrata wzroku** – rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako kod: H54.0, H54.3, H54.7;
- 88) **zakażenie wirusem HIV** – rozpoznane przez lekarza i zakwalifikowane w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako kod: B20-B24;
- 89) **zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** – choroba rozpoznana przez lekarza, wywołwana przez wirusy i bakterie, powodująca stan zapalny, potwierdzony badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego, obejmujący: oponę miękką, oponę pajęczą oraz przestrzeń podpajęczynówkową, zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako kod: G00-G05;
- 90) **Zespół Medycyny Koordynowanej** – personel Centrum Medycyny Koordynowanej składający się z lekarza i personelu medycznego, odpowiedzialny za prowadzenie i koordynację danego przypadku Poważnej Choroby w ramach ubezpieczenia Konsylium w Poważnej Chorobie;
- 91) **zawał serca** – rozpoznany przez lekarza i zakwalifikowany w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako kod: I21-I22.

Jaką ochronę zapewnia ubezpieczenie?

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§3

1. Przedmiotem ubezpieczenia są określone w §4 koszty świadczeń medycznych niezbędnych z medycznego punktu widzenia, zwrot kosztów świadczeń medycznych i leków niezbędnych z medycznego punktu widzenia oraz organizacja i koszty świadczeń w ramach ubezpieczenia Assistance Medyczny, powstałe w okresie ubezpieczenia w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby oraz koszty świadczeń medycznych medycyny pracy, których potrzeba przeprowadzenia powstała w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

Jaki jest dostępny zakres ubezpieczenia?

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§4

1. Zakres ubezpieczenia ustalany jest na wniosek Ubezpieczającego i w zależności od wybranego przez niego Partnera Medycznego/Partnera Medycznego 1 obejmuje:
 - 1) ubezpieczenie Opieka Zdrowotna albo
 - 2) ubezpieczenie Opieka Zdrowotna i ubezpieczenie Wirtualny Lekarz;gdzie ubezpieczenie Opieka Zdrowotna może występować w wariantcie: Alfa, Beta, Gamma, Delta, Omega lub indywidualnie negocjowanym.
2. Na wniosek Ubezpieczającego i za opłatą dodatkowej składki, umowa ubezpieczenia może zostać rozszerzona o następujące rodzaje ubezpieczeń:
 - 1) **Refundacja Kosztów;**
 - 2) **Medycyna Pracy;**
 - 3) **e-Wizyta Lekarska;**
 - 4) **Refundacja Leków;**
 - 5) **Opieka Stomatologiczna;**
 - 6) **Profilaktyka Zdrowotna;**

7) **Konsylium w Poważnej Chorobie;**

8) **Assistance Medyczny;**

9) **e-Rehabilitacja.**

3. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w jednym z zakresów określonych w ust. 1 powyżej, który może zostać rozszerzony na wniosek Ubezpieczającego o dowolnie wybrane rodzaje ubezpieczeń określonych w ust. 2 pkt 1) – 9) powyżej, z zastrzeżeniem że w ubezpieczeniu Medycyna Pracy Ubezpieczającym i Ubezpieczonym jest pracodawca a świadczenia medyczne medycyny pracy udzielane są na rzecz pracowników, których dotyczy to ubezpieczenie i którzy są jednocześnie objęci co najmniej ubezpieczeniem Opieka Zdrowotna.
4. Zakres ubezpieczenia Opieka Zdrowotna w wariantcie: Alfa, Beta, Gamma, Delta, Omega lub w wariantcie indywidualnie negocjowanym:
 - 1) przy wyborze Partnera Medycznego został określony w Tabeli nr 1 w kolumnie „WARIANT UBEZPIECZENIA – Partner Medyczny” w Załączniku nr 1 do OWU i może zostać rozszerzony o udział własny Ubezpieczonego określony w Tabeli nr 1 w kolumnie „Wariant udział własny” w Załączniku nr 1 do OWU;
 - 2) przy wyborze Partnera Medycznego 1, został określony w Tabeli nr 1 w kolumnie „WARIANT UBEZPIECZENIA – Partner Medyczny 1” w Załączniku nr 1 do OWU.
5. Na wniosek Ubezpieczającego, w zależności od wybranego przez niego Partnera Medycznego lub Partnera Medycznego 1, ubezpieczenie Refundacja Kosztów limit cenowy można podwyższyć o 50% albo o 100% zwracanych kosztów świadczeń medycznych określonych w Tabeli nr 1 Załącznika nr 1 do OWU.
6. Na wniosek Ubezpieczającego, przy wyborze Partnera Medycznego ubezpieczenie Opieka Stomatologiczna może obejmować zakres określony w Tabeli nr 2, albo w Tabeli nr 3 Załącznika nr 5 do OWU.

Kiedy jest wyłączona odpowiedzialność InterRisk?

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§5

1. InterRisk nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z:
 - 1) umyślnym popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego;
 - 2) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa lub samookaleczenia się przez Ubezpieczonego;
 - 3) działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami a także aktami terroru;
 - 4) uczestnictwa Ubezpieczonego w badaniach klinicznych i eksperymentach medycznych;
 - 5) chorobą psychiczną;
 - 6) diagnozowaniem i leczeniem niepłodności, zaburzeń płodności, w tym świadczeń zdrowotnych udzielanych w związku z postępowaniem prokreacyjnym;
 - 7) leczeniem udzielanym w sytuacji zagrożenia życia, wymagającego działań w trybie nagłym, w szczególności wchodzącego w zakres pomocy doraźnej realizowanej przez pogotowie ratunkowe (karetkę reanimacyjną, kartkę wypadkową);
 - 8) leczeniem skutków i chorób spowodowanych spożywaniem alkoholu oraz używaniem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych;
 - 9) epidemiami ogłoszonymi na podstawie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
 - 10) leczeniem, które w opinii lekarza wskazanego przez InterRisk nie jest niezbędne z medycznego punktu widzenia;
 - 11) pandemią;
 - 12) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem, uszkodzeniami okołoporodowymi (efektów deformacji fizycznych) lub mającymi charakter dziedziczny.
2. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:
 - 1) kosztów rehabilitacji zrealizowanej w warunkach szpitalnych, uzdrowiskowych i domowych, za wyjątkiem e-Rehabilitacji, o której mowa w §4 ust. 2 pkt 9);
 - 2) świadczeń medycznych związanych z ciążą, udzielonych niezgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników;
 - 3) kosztów leków (za wyjątkiem sytuacji, gdzie Ubezpieczający rozszerzył zakres ubezpieczenia o ubezpieczenie Refundacja Leków) i środków medycznych, za wyjątkiem użytych w nagłych przypadkach dla ratowania życia oraz uznanych przez lekarza za niezbędne do przeprowadzenia standardowych badań profilaktycznych i specjalistycznych.
3. Z uwzględnieniem wyłączeń określonych w ust. 1 i 2 powyżej, w ubezpieczeniu Refundacja Kosztów, w przypadku dzieci do 15-go roku życia, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje zwrotu kosztów świadczeń medycznych w zakresie rehabilitacji innych niż zabiegi rehabilitacyjne wykonywane wyłącznie po złamaniach, skręceniach i zwichnięciach powstałych w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który zaszedł w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
4. W ubezpieczeniu Medycyna Pracy InterRisk nie pokrywa kosztów badań, których potrzeba nie wynika ze wskazań lekarza medycyny pracy lub nie jest wymagana

przepisami Kodeksu Pracy.

5. W ubezpieczeniu Konsylium w Poważnej Chorobie InterRisk nie odpowiada za:
 - 1) zdiagnozowanie nowotworu nieinwazyjnego (carcinoma in situ);
 - 2) I stadium borelioz (tzw. infekcja wczesna, rozwijająca się do 90 dni po ukąszeniu przez kleszcza w postaci zmian skórnych typu rumienia przewlekłego wędrującego) oraz przypadki borelioz, w których w jednoznaczny sposób na podstawie badań klinicznych oraz zaawansowania objawów chorobowych można stwierdzić, iż zakażenie nastąpiło przed rozpoczęciem odpowiedzialności przez InterRisk;
 - 3) operację zastawek serca wykonaną przy użyciu technik śródnacyniowych.
6. W ubezpieczeniu Assistance Medycznej z zakresu odpowiedzialności InterRisk wyłączone są:
 - 1) zdarzenia, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 2) koszty świadczeń assistance poniesione bez uprzedniej zgody lub wbrew dyspozycjom Centrum Assistance, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, chyba że powiadomienie/wypełnienie dyspozycji Centrum Assistance było niemożliwe z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego;
 - 3) koszty transportu leków niezależnych przez lekarza prowadzącego leczenie;
 - 4) zdarzenia związane z 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.
7. InterRisk nie świadczy ochrony ani nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona lub wypłata świadczenia naraziłaby InterRisk na konsekwencje związane z nieprzebraniem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeśli mają zastosowanie do przedmiotu umowy.

Jaka jest granica odpowiedzialności InterRisk?

SUMA UBEZPIECZENIA

§6

1. Górną granicę odpowiedzialności InterRisk w odniesieniu do każdego z ubezpieczeń, o których mowa w §4 ust. 1-2 OWU, jest suma ubezpieczenia ustalana w umowie ubezpieczenia na wniosek Ubezpieczającego, z zastrzeżeniem ust. 3, 4, 6, 8, 10 i 12 poniżej.
2. Suma ubezpieczenia dla każdego z wybranych przez Ubezpieczającego ubezpieczeń, o których mowa w §4 ust. 1-2 OWU, ustalana jest dla każdego Ubezpieczonego i określona jest w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3, 4, 6, 8, 10 i 12 poniżej.
3. W ubezpieczeniu **Opieka Zdrowotna** górną granicę odpowiedzialności InterRisk stanowią koszty świadczeń medycznych określonych w Tabeli nr 1 Załącznika nr 1 do OWU, a w przypadku rozszerzenia o udział własny, górną granicę odpowiedzialności InterRisk stanowią koszty świadczeń medycznych, określonych w Tabeli nr 1 w kolumnie „Wariant udział własny” w Załączniku nr 1 do OWU w wysokości z cennika usług obowiązującego w placówkach medycznych Partnera Medycznego, pomniejszone o udział własny Ubezpieczonego, o którym mowa w §2 pkt 84) OWU.
4. W ubezpieczeniu **Refundacja Kosztów** dla każdego świadczenia medycznego wymienionego w Tabeli nr 1 Załącznika nr 1 do OWU zastosowanie mają limity kwotowe zwracanych kosztów świadczeń medycznych określone w tej tabeli. W przypadku rozszerzenia ubezpieczenia Refundacja Kosztów limity kwotowe zwracanych kosztów świadczeń medycznych określone w Tabeli nr 1 Załącznika nr 1 do OWU ulegają podwyższeniu albo o 50 %, albo o 100 %. W przypadku rozszerzenia o udział własny, zastosowanie mają limity kwotowe zwracanych kosztów świadczeń medycznych określone w Tabeli nr 1 Załącznika nr 1 do OWU pomniejszone o udział własny Ubezpieczonego, o którym mowa w §2 pkt 84) OWU.
5. W ubezpieczeniu **Medycyna Pracy** górną granicę odpowiedzialności InterRisk stanowią koszty świadczeń medycznych medycyny pracy określonych w Załączniku nr 2 do OWU.
6. W ubezpieczeniu **e-Wizyta Lekarska** górną granicę odpowiedzialności InterRisk stanowi koszt 12 e-konsultacji, o których mowa w Załączniku nr 3 do OWU, przy czym limit odpowiedzialności ograniczony jest do kwoty 5.000 zł na Ubezpieczonego w okresie trwania umowy ubezpieczenia.
7. W ubezpieczeniu **Refundacja Leków**, suma ubezpieczenia określona jest kwotowo.
8. W ubezpieczeniu **Opieka Stomatologiczna**, górną granicę odpowiedzialności InterRisk stanowią koszty świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 5 do OWU, przy czym limit odpowiedzialności ograniczony jest do kwoty 10.000 zł na Ubezpieczonego w okresie trwania umowy ubezpieczenia.
9. W ubezpieczeniu **Profilaktyka Zdrowotna**, górną granicę odpowiedzialności InterRisk stanowią koszty świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 6 do OWU.
10. W ubezpieczeniu **Konsylium w Poważnej Chorobie**, górną granicę odpowiedzialności InterRisk stanowi koszt świadczeń medycznych, o których mowa w Załączniku nr 7 do OWU, przy czym limit odpowiedzialności ograniczony jest do kwoty 20.000 zł na Ubezpieczonego w okresie trwania umowy ubezpieczenia.
11. W ubezpieczeniu **Assistance Medyczny**, suma ubezpieczenia określona jest kwotowo.

12. W ubezpieczeniu **e-Rehabilitacja**, górną granicę odpowiedzialności InterRisk stanowi koszt świadczeń medycznych, o których mowa w Załączniku nr 9 do OWU, przy czym limit odpowiedzialności ograniczony jest do kwoty 3.000 zł na Ubezpieczonego w okresie trwania umowy ubezpieczenia.

Jak wygląda proces zawarcia umowy ubezpieczenia?

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§7

1. Umowę ubezpieczenia InterRisk zawiera z Ubezpieczającym na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego, zawierającego co najmniej następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko albo firmę oraz adres Ubezpieczającego (w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą) albo nazwę oraz adres siedziby Ubezpieczającego (w przypadku osób prawnych oraz jednostek organizacyjnych nie będących osobami prawnymi, którym ustawa przyznaje zdolność prawną);
 - 2) numer REGON lub numer NIP Ubezpieczającego;
 - 3) zakres ubezpieczenia;
 - 4) wariant ubezpieczenia;
 - 5) liczbę osób przystępujących do umowy ubezpieczenia;
 - 6) liczbę pracowników, których ma dotyczyć ubezpieczenie w przypadku wnioskowania o ubezpieczenie Medycyna Pracy;
 - 7) okres ubezpieczenia;
 - 8) informacje dotyczące zagrożeń występujących na stanowiskach pracy w przypadku wnioskowania o ubezpieczenie Medycyna Pracy;
 - 9) propozycję postanowień dodatkowych lub odmiennych od postanowień OWU, które chce wprowadzić do umowy ubezpieczenia Ubezpieczający.
2. Warunkiem zawarcia przez InterRisk umowy ubezpieczenia jest dołączenie do wniosku przez Ubezpieczającego listy osób przystępujących do ubezpieczenia wraz z deklaracjami przystąpienia.
3. W ubezpieczeniu Medycyna Pracy warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia jest dołączenie do wniosku przez Ubezpieczającego listy, o której mowa w ust. 2 powyżej ze wskazaniem pracowników, których ma dotyczyć to ubezpieczenie.
4. InterRisk może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji, mających wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, o czym informuje Ubezpieczającego na piśmie.
5. Jeżeli wniosek nie zawiera wszystkich danych określonych w ust. 1-3 powyżej albo został sporządzony wadliwie lub niezgodnie z warunkami ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest na wezwanie InterRisk odpowiednio go uzupełnić albo sporządzić nowy wniosek, w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma InterRisk w tej sprawie. Niedotrzymanie powyższego terminu powoduje, że umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta.
6. Umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie, o którym mowa w niniejszym paragrafie, jeżeli przystąpi do niej liczba osób wymagana w ofercie InterRisk, przy czym InterRisk wymaga przystąpienia do umowy ubezpieczenia co najmniej 5 pracowników Ubezpieczającego.
7. Jeżeli liczba osób zgłaszanych do ubezpieczenia nie będzie spełniała wymogów, o których mowa w ust. 6 powyżej, umowa ubezpieczenia może być zawarta za zgodą InterRisk i na warunkach zaproponowanych przez InterRisk.
8. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres dwunastu miesięcy.
9. Na wniosek Ubezpieczającego umowa ubezpieczenia może zostać przedłużona na następny dwunastomiesięczny okres ubezpieczenia, za zgodą InterRisk na podstawie OWU i taryfy obowiązujących w dniu jej przedłużenia.
10. InterRisk potwierdza zawarcie oraz przedłużenie umowy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia.

Jak wygląda proces przystąpienia do umowy ubezpieczenia?

PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY UBEZPIECZENIA

§8

1. Umowa ubezpieczenia w zakresie wskazanym w §4 ust. 1 oraz §4 ust. 2 pkt 1), 3)-9) OWU może być zawarta przez Ubezpieczającego wyłącznie na rzecz pracownika Ubezpieczającego lub na rzecz pracownika Ubezpieczającego i jego partnera lub dziecka (ubezpieczenie partnerskie) lub na rzecz pracownika Ubezpieczającego i jego partnera i ich dzieci (ubezpieczenie rodzinne), wyłącznie w tym samym wariantcie jaki posiada pracownik Ubezpieczającego. Zarzuty mające wpływ na odpowiedzialność InterRisk, InterRisk może podnieść także przeciwko Ubezpieczonemu.
2. Pracownik Ubezpieczającego może przystąpić do umowy ubezpieczenia wyłącznie w ciągu 3 miesięcy od dnia wskazanego w umowie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia albo dnia uzyskania statusu pracownika Ubezpieczającego albo od dnia wskazanego w umowie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia w przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego.
3. W ubezpieczeniu zmiana:
 - 1) z ubezpieczenia pracownika Ubezpieczającego na ubezpieczenie partnerskie lub rodzinne;

- 2) z ubezpieczenia partnerskiego na ubezpieczenie rodzinne;
- 3) wariantu na wyższy.

może nastąpić nie później niż w ciągu 3 miesięcy od dnia wskazanego w umowie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, albo dnia uzyskania statusu pracownika Ubezpieczającego albo dnia wskazanego w umowie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia w przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, z zastrzeżeniem ust. 5 poniżej.

4. W ubezpieczeniu zmiana:
 - 1) z ubezpieczenia rodzinnego na ubezpieczenie partnerskie lub ubezpieczenie pracownika Ubezpieczającego;
 - 2) z ubezpieczenia partnerskiego na ubezpieczenie pracownika Ubezpieczającego;
 może nastąpić nie wcześniej niż w dniu przedłużenia umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6 poniżej.
5. Limity czasowe, o których mowa w ust. 3 i 4 powyżej nie mają zastosowania w ramach ubezpieczenia rodzinnego lub ubezpieczenia partnerskiego w sytuacji: objęcia ubezpieczeniem kolejnego partnera lub dziecka pracownika Ubezpieczającego oraz w przypadku zmiany sytuacji osobistej pracownika Ubezpieczającego związanej z zawarciem bądź rozwiązaniem związku małżeńskiego, urodzeniem dziecka, rozpoczęciem lub ustaniem związku partnerskiego, śmiercią Ubezpieczonego będącego partnerem lub dzieckiem.
6. Zmiany w umowie ubezpieczenia w czasie jej trwania wymagają zgody InterRisk i zawarcia aneksu do obowiązującej umowy ubezpieczenia, w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

Od kiedy rozpoczyna się i kiedy kończy ochrona ubezpieczeniowa?

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI INTERRISK

§9

1. Umowa ubezpieczenia określa datę początkową i końcową okresu ubezpieczenia. Okres ubezpieczenia jest potwierdzony w dokumencie ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność InterRisk z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia wskazanego w umowie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po opłaceniu składki lub pierwszej raty składki, chyba że umówiono się inaczej i z zastrzeżeniem wyjątków określonych w ust. 3, 5 i 6 poniżej.
3. W stosunku do osób przystępujących do umowy ubezpieczenia w trakcie jej trwania, odpowiedzialność InterRisk rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym osoba została zgłoszona przez Ubezpieczającego do InterRisk, z zastrzeżeniem wyjątków określonych w ust. 5 i 6 poniżej.
4. Odpowiedzialność InterRisk ustaje:
 - 1) wraz z zakończeniem okresu ubezpieczenia;
 - 2) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia;
 - 3) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia za porozumieniem stron albo rozwiązania umowy ubezpieczenia w wyniku wypowiedzenia, o którym mowa w §10 ust. 6 oraz §11 ust. 14 i 16 OWU;
 - 4) wraz z wyczerpaniem sumy ubezpieczenia wskutek wypłacenia świadczenia lub świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia lub górnej granicy odpowiedzialności;
 - 5) z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym InterRisk otrzymał od Ubezpieczającego oświadczenie o wystąpieniu Ubezpieczonego z ubezpieczenia w formie listy osób występujących, o której mowa w §12 ust. 1 pkt 5) lit. b) OWU;
 - 6) w przypadku określonym w §11 ust. 15 OWU w dniu tam wskazanym.
5. Odpowiedzialność InterRisk w stosunku do Ubezpieczonego w przypadku kosztów z zakresu stomatologii zachowawczej określonej w Tabeli nr 2 pkt 3 Załącznika nr 5 do OWU, rozpoczyna się od dnia następnego po upływie karencji, która wynosi 180 dni liczonych od daty przystąpienia Ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia.
6. Karencji, o której mowa w ust. 5 powyżej nie stosuje się w przypadku:
 - 1) gdy Ubezpieczający udokumentował fakt objęcia Ubezpieczonego ochroną w ramach umowy ubezpieczenia zawartej z innym zakładem ubezpieczeń poprzez dołączenie do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kopii umowy ubezpieczenia, w której został określony zakres ubezpieczenia;
 - 2) przedłużenia umowy ubezpieczenia, zgodnie z §7 ust. 9 OWU w zakresie ryzyk objętych ochroną ubezpieczeniową w InterRisk w poprzednim okresie ubezpieczenia.

Jak wypowiedzieć, odstąpić lub wystąpić z umowy ubezpieczenia?

WYPOWIEDZENIE, ODSTĄPIENIE I WYSTĄPIENIE Z UMOWY UBEZPIECZENIA

§10

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. Poza przypadkami określonymi w pozostałych postanowieniach OWU oraz przepisach

prawa powszechnie obowiązującego, Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia.

3. Ubezpieczony może wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie. Wystąpienie następuje z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym InterRisk otrzymał od Ubezpieczającego oświadczenie o wystąpieniu Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia w formie listy osób występujących, o której mowa w §12 ust. 1 pkt 5) lit. b) OWU.
4. W ubezpieczeniu rodzinnym i ubezpieczeniu partnerskim wystąpienie z umowy ubezpieczenia pracownika Ubezpieczającego skutkuje zakończeniem ochrony ubezpieczeniowej świadczonej również na rzecz pozostałych Ubezpieczonych w ramach tych ubezpieczeń.
5. Jeśli Ubezpieczony wystąpi z ubezpieczenia, może do niego ponownie przystąpić od następnego okresu ubezpieczenia w przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia.
6. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia, z następujących ważnych powodów:
 - 1) zachowania Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego stwarzające zagrożenie albo powodujące uszczerbek dla życia lub zdrowia personelu lub pacjentów placówek medycznych Partnera Medycznego/Partnera Medycznego 1, które zostały utrwalone za pomocą obrazu, dźwięku lub potwierdzone w inny sposób;
 - 2) znieważenia lub zniesławienia przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego Partnera Medycznego/Partnera Medycznego 1 lub placówki medycznej Partnera Medycznego/Partnera Medycznego 1, personelu placówek medycznych Partnera Medycznego/Partnera Medycznego 1 lub pacjentów placówki medycznej Partnera Medycznego/Partnera Medycznego 1, które zostało utrwalone za pomocą obrazu lub dźwięku lub potwierdzone w inny sposób;
 - 3) zakłócenia przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego funkcjonowania placówek medycznych Partnera Medycznego/Partnera Medycznego 1 w przypadku, gdy w ramach ubezpieczenia Opieka Medyczna liczba nieodwołanych wizyt na świadczenia medyczne, na które Ubezpieczony się nie stawiał wyniesie więcej niż 7% ogółu wszystkich zarezerwowanych wizyt na świadczenia medyczne w miesiącu kalendarzowym.

Od czego zależy wysokość składki za ubezpieczenie?

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§11

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej niezależnej za okres odpowiedzialności InterRisk określona jest w umowie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki ubezpieczeniowej uzależniona jest od czynników oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a w szczególności:
 - 1) przedmiotu ubezpieczenia;
 - 2) zakresu ubezpieczenia;
 - 3) wariantu ubezpieczenia;
 - 4) formy ubezpieczenia;
 - 5) liczby osób przystępujących do ubezpieczenia;
 - 6) okresu ubezpieczenia;
 - 7) wnioskowanych przez Ubezpieczającego wysokości sum ubezpieczenia;
 - 8) informacji o szkodowości;
 - 9) zastosowanego udziału własnego Ubezpieczonego, o którym mowa w §2 pkt 84) OWU.
3. Składka ubezpieczeniowa jest określona kwotowo w złotych polskich dla danego rodzaju ubezpieczenia.
4. Wysokość składki ubezpieczeniowej obliczana jest według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia lub zmiany umowy ubezpieczenia.
5. Jeżeli taryfa składek nie uwzględnia ubezpieczonego ryzyka, wówczas wysokość składki ubezpieczeniowej ustalana jest na podstawie indywidualnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego przez InterRisk, z uwzględnieniem postanowień ust. 6 poniżej.
6. W ubezpieczeniu Medycyna 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:
 - 1) charakter pracy wykonywanej przez pracowników Ubezpieczonego pracodawcy;
 - 2) rodzaj zagrożeń występujących na stanowiskach pracy pracowników Ubezpieczonego pracodawcy.
7. InterRisk może zastosować zniżki lub zwwyżki składki ubezpieczeniowej.
8. Wysokość ostatecznej składki ubezpieczeniowej oblicza się stosując zwwyżki i zniżki składki.
9. InterRisk może zastosować zwwyżki składki, w szczególności z tytułu:
 - 1) wprowadzenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od postanowień OWU rozszerzających zakres ubezpieczenia, o które wnioskował Ubezpieczający;

- 2) rozszerzenia o dodatkowe podmioty wykonujące działalność leczniczą indywidualnie wskazane do obsługi przez Ubezpieczającego;
 - 3) wysokiej fluktuacji pracowników – w ubezpieczeniu Medycyna Pracy;
 - 4) wysokiej częstotliwości zaistniałych zdarzeń ubezpieczeniowych, objętych odpowiedzialnością InterRisk;
 - 5) przedmiotu prowadzonej działalności – PKD;
 - 6) zwiększenia kwoty refundacji – w ubezpieczeniu Refundacja Kosztów.
10. InterRisk może zastosować zniżki składki, w szczególności z tytułu:
- 1) przedmiotu prowadzonej działalności – PKD;
 - 2) liczby osób przystępujących do ubezpieczenia;
 - 3) wprowadzenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od postanowień OWU ograniczających zakres ubezpieczenia, o które wnioskował Ubezpieczający.
11. Składka ubezpieczeniowa płatna jest jednorazowo, chyba że strony umówiły się inaczej.
12. Składka ubezpieczeniowa, na wniosek Ubezpieczającego, może zostać rozłożona na raty. Terminy płatności i wysokość kolejnych rat określa się w umowie ubezpieczenia.
13. 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, chyba że strony ustaliły w umowie ubezpieczenia inne terminy płatności. Kolejne raty składki ubezpieczeniowej płatne są w terminach płatności określonych w umowie ubezpieczenia.
14. 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 przypadała niezapłacona składka.
15. W razie opłacania składki w ratach niezaplaceniu w terminie kolejnej raty składki powoduje ustanie odpowiedzialności InterRisk, jeżeli InterRisk po upływie terminu wezwał Ubezpieczającego do zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności InterRisk.
16. W razie 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.
17. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, InterRisk należy się składka za okres, w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej a Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Jakie prawa i obowiązki mają Ubezpieczający i Ubezpieczony, a jakie InterRisk?

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON

§12

1. Ubezpieczający obowiązany jest do:
- 1) podania InterRisk przed zawarciem umowy ubezpieczenia, znanych sobie okoliczności, o które InterRisk zapytywał w formularzu wniosku albo w pismach skierowanych do niego przed zawarciem umowy;
 - 2) zgłaszania InterRisk zmian okoliczności, o których Ubezpieczający informował InterRisk przed zawarciem umowy ubezpieczenia, niezwłocznie po powzięciu o nich wiadomości;
 - 3) opłacania składki ubezpieczeniowej lub jej rat w ustalonym terminie;
 - 4) umożliwienia InterRisk zasięgnięcia informacji odnoszących się do okoliczności wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 5) 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) listy osób przystępujących wraz z deklaracjami przystąpienia,
 - b) listy osób występujących;
 - 6) w ubezpieczeniu Medycyna Pracy – 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 ust. 1 pkt 5) lit. a),
 - b) wskazania pracowników, których przestało dotyczyć ubezpieczenie, na liście o której mowa w ust. 1 pkt 5) lit. b);
 - 7) doręczenia Ubezpieczonemu OWU i udzielenia niezbędnych informacji dotyczących ochrony ubezpieczeniowej;
 - 8) przekazania osobie zainteresowanej przystąpieniem do umowy ubezpieczenia informacji, 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 ubezpie-

czenia wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku;

- 9) poinformowania Ubezpiezonego na jego żądanie o sposobie obliczenia i opłacenia składki ubezpieczeniowej oraz doręczenia Ubezpieczonemu warunków umowy, w szczególności postanowień umowy w zakresie stanowiącym o prawach i obowiązkach Ubezpiezonego, przed wyrażeniem przez Ubezpiezonego zgody na finansowanie składki ubezpieczeniowej (o ile Ubezpieczony finansuje składkę). Informacje powinny zawierać także opis obowiązków Ubezpieczającego i InterRisk względem Ubezpiezonego;
 - 10) przestrzegania obowiązków określonych w OWU.
2. Jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta została na rachunek pracowników 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, przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia 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;
 - 3) możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.
3. Jeżeli Ubezpieczający nie podał do wiadomości InterRisk znanych sobie okoliczności, o których mowa w ust. 1 pkt 1) lub nie dopełnił obowiązku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2), InterRisk nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności.
4. InterRisk obowiązany jest do:
- 1) przekazywania Ubezpieczającemu informacji niezbędnych do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia, w tym danych adresowych placówek medycznych Partnera Medycznego/Partnera Medycznego 1 oraz zasad organizacji świadczeń medycznych, świadczeń medycznych medycyny pracy, a w przypadku zgłoszenia roszczenia zobowiązany jest do terminowej likwidacji;
 - 2) dostarczenia Ubezpieczającemu przed zawarciem umowy ubezpieczenia tekstu OWU, a także innych dokumentów i formularzy niezbędnych z punktu widzenia wykonywania umowy ubezpieczenia;
 - 3) na żądanie Ubezpiezonego, udzielenia informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz OWU w zakresie praw i obowiązków Ubezpiezonego;
 - 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 kserokopie dokumentów i żądać potwierdzania ich zgodności z oryginałem przez InterRisk;
 - 5) objęcia ochroną ubezpieczeniową osób, które zostały zgłoszone przez Ubezpieczającego i za które została zapłacona składka ubezpieczeniowa na zasadach określonych w OWU;
 - 6) wypłaty świadczenia na warunkach i zasadach określonych w OWU i umowie ubezpieczenia;
 - 7) zabezpieczenia danych osobowych, otrzymanych w wyniku realizacji umowy ubezpieczenia zgodnie z przepisami prawa;
 - 8) pisemnego informowania osoby występującej z roszczeniem, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania, zgodnie z §4 ust. 11 Załącznika nr 1 do OWU, §2 ust. 7 Załącznika nr 4 do OWU oraz zgodnie z §3 ust. 9 Załącznika nr 5 do OWU;
 - 9) pisemnego informowania Ubezpieczającego lub Ubezpiezonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z zawiadomieniem o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z §4 ust. 11 Załącznika nr 1 do OWU, §2 ust. 7 Załącznika nr 4 do OWU oraz zgodnie z §3 ust. 9 Załącznika nr 5 do OWU.
5. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba występująca z roszczeniem 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.
6. Niezależnie od innych postanowień OWU, w sytuacji zaniechania lub zaprzestania dochodzenia świadczenia od InterRisk przez Ubezpieczającego, Ubezpiezonego albo jego spadkobiercy są uprawnieni do bezpośredniego dochodzenia świadczenia.

Co zrobić, żeby otrzymać świadczenie?

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA, USTALENIE I REALIZACJA ŚWIADCZENIA

§13

1. W ubezpieczeniu **Opieka Zdrowotna**, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 1) zgłoszenie roszczenia, ustalenie i realizacja świadczenia następuje według zasad określonych w §2 Załącznika nr 1 do OWU.
2. W ubezpieczeniu **Wirtualny Lekarz**, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 2) ustalenie i realizacja świadczenia następuje według zasad określonych w §3 Załącznika nr 1 do OWU.
3. W ubezpieczeniu **Refundacja Kosztów**, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 1) zgłoszenie

roszczenia, ustalenie i realizacja świadczenia następuje według zasad określonych w §4 Załącznika nr 1 do OWU.

4. W ubezpieczeniu **Medycyna Pracy**, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 2) zgłoszenie roszczenia, ustalenie i realizacja świadczenia następuje według zasad określonych w §2 Załącznika nr 2 do OWU.
5. W ubezpieczeniu **e-Wizyta Lekarska**, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 3) zgłoszenie roszczenia, ustalenie i realizacja świadczenia następuje według zasad określonych w §2 i 3 Załącznika nr 3 do OWU.
6. W ubezpieczeniu **Refundacja Leków**, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 4) zgłoszenie roszczenia, ustalenie i realizacja świadczenia następuje według zasad określonych w §2 Załącznika nr 4 do OWU.
7. W ubezpieczeniu **Opieka Stomatologiczna**, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 5) zgłoszenie roszczenia, ustalenie i realizacja świadczenia następuje według zasad określonych w §2 i §3 Załącznika nr 5 do OWU.
8. W ubezpieczeniu **Profilaktyka Zdrowotna**, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 6) zgłoszenie roszczenia, ustalenie i realizacja świadczenia następuje według zasad określonych w §2 Załącznika nr 6 do OWU.
9. W ubezpieczeniu **Konsylium w Poważnej Chorobie**, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 7) zgłoszenie roszczenia, ustalenie i realizacja świadczenia następuje według zasad określonych w §2 Załącznika nr 7 do OWU.
10. W ubezpieczeniu **Assistance Medyczny**, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 8) zgłoszenie roszczenia, ustalenie i realizacja świadczenia następuje według zasad określonych w §2 Załącznika nr 8 do OWU.
11. W ubezpieczeniu **e-Rehabilitacja**, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 9) zgłoszenie roszczenia, ustalenie i realizacja świadczenia następuje według zasad określonych w §2 Załącznika nr 9 do OWU.

W jaki sposób złożyć skargę lub reklamację?

SKARGI I REKLAMACJE

§14

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.

Jakie są inne ważne kwestie?

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§15

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia złożone przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub InterRisk w związku z umową ubezpieczenia powinny być złożone na piśmie pod rygorem nieważności, chyba że 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 OWU jest prawo polskie.
6. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu ubezpieczeń regulują ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych.
7. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia PULS ZDROWIA zostały zatwierdzone uchwałą nr 01/20/01/2026 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 20 stycznia 2026 roku.
8. Integralną częścią OWU są następujące Załączniki:
 - 1) Załącznik nr 1 – Ubezpieczenie Opieka Zdrowotna. Ubezpieczenie Wirtualny Lekarz. Ubezpieczenie Refundacja Kosztów;
 - 2) Załącznik nr 2 – Ubezpieczenie Medycyna Pracy;
 - 3) Załącznik nr 3 – Ubezpieczenie e-Wizyta Lekarska;
 - 4) Załącznik nr 4 – Ubezpieczenie Refundacja Leków;
 - 5) Załącznik nr 5 – Ubezpieczenie Opieka Stomatologiczna;
 - 6) Załącznik nr 6 – Ubezpieczenie Profilaktyka Zdrowotna;
 - 7) Załącznik nr 7 – Ubezpieczenie Konsylium w Poważnej Chorobie;
 - 8) Załącznik nr 8 – Ubezpieczenie Assistance Medyczny;
 - 9) Załącznik nr 9 – Ubezpieczenie e-Rehabilitacja.

Prezes Zarządu



Piotr Narloch

Członek Zarządu



Tomasz Rowicki

Załącznik nr 1
do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia PULS ZDROWIA zatwierdzonych uchwałą
nr 01/20/01/2026 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 20.01.2026 roku

Jakie świadczenia obejmuje ubezpieczenie Opieka Zdrowotna, ubezpieczenie Wirtualny Lekarz i ubezpieczenie Refundacja Kosztów?

UBEZPIECZENIE OPIEKA ZDROWOTNA. UBEZPIECZENIE WIRTUALNY LEKARZ. UBEZPIECZENIE REFUNDACJA KOSZTÓW

§1

1. W ubezpieczeniu Opieka Zdrowotna, o którym mowa w §4 ust. 1 OWU, zakresem ubezpieczenia objęte są koszty świadczeń medycznych poniesione w okresie ubezpieczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, określone w Tabeli nr 1.
2. W ubezpieczeniu Refundacja Kosztów, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 1) OWU, zakresem ubezpieczenia objęte są koszty świadczeń medycznych poniesione w okresie ubezpieczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, do wysokości limitów cenowych określonych w Tabeli nr 1 w kolumnie „Refundacja Kosztów”.

§2

1. W ubezpieczeniu Opieka Zdrowotna świadczenia medyczne określone w Tabeli nr 1, udzielane są Ubezpieczonemu w placówkach medycznych Partnera Medycznego/Partnera Medycznego 1.
2. Z zastrzeżeniem ust. 14-18 poniżej, w ramach ubezpieczenia Opieka Zdrowotna Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) skontaktować się z Infolinią Medyczną celem uzgodnienia terminu realizacji świadczenia medycznego;
 - 2) zastosować się do zaleceń i wskazówek personelu medycznego placówki medycznej Partnera Medycznego/Partnera Medycznego 1 w zakresie uzasadnionym realizowanym świadczeniem medycznym;
 - 3) odwołać zarezerwowane wizyty na świadczenia medyczne w przypadku braku możliwości lub potrzeby skorzystania z nich w umówionym terminie.
3. Koszty świadczeń medycznych pokrywane są przez InterRisk bezpośrednio na rachunek Partnera Medycznego/ Partnera Medycznego 1 udzielającego świadczenie, z zastrzeżeniem ust. 11 i 12 poniżej.
4. Konsultacje u lekarza internisty, lekarza rodzinnego, pediatry oraz lekarza specjalisty nie wymagają skierowania. Udzielenie pozostałych świadczeń medycznych, określonych w Tabeli nr 1 w Załączniku nr 1 do OWU wymagają skierowania, z zastrzeżeniem ust. 5 poniżej.
5. W przypadku konieczności wykonania zabiegów ambulatoryjnych, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, rehabilitacji, transportu medycznego, w placówkach Partnera Medycznego Ubezpieczony zobowiązany jest przesłać kopię skierowania. Skierowania zachowują ważność 3 miesiące od daty ich wystawienia.
6. InterRisk może uzyskać odpłatnie od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, 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.
7. Wystąpienie InterRisk o informację, o której mowa w ust. 6 powyżej, wymaga zgody Ubezpiezonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, albo jego przedstawiciela ustawowego.
8. InterRisk może uzyskać odpłatnie od Narodowego Funduszu Zdrowia dane o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia jego odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia. Wystąpienie InterRisk o te informacje wymaga zgody Ubezpiezonego albo jego przedstawiciela ustawowego.
9. Świadczenia medyczne udzielane są w godzinach pracy poszczególnych placówek medycznych Partnera Medycznego/Partnera Medycznego 1.
10. Koszty połączeń telefonicznych Ubezpieczony ponosi we własnym zakresie.
11. Koszty świadczeń medycznych w ubezpieczeniu Opieka Zdrowotna rozszerzonym o udział własny, o którym mowa w §4 ust. 4 pkt 1) OWU, pokrywane są przez InterRisk na konto Partnera Medycznego w wysokości z cennika usług obowiązującego w placówkach medycznych Partnera Medycznego, pomniejszone o udział własny Ubezpiezonego, o którym mowa w §2 pkt 83) OWU.
12. Kwotę odpowiadającą udziałowi własnemu Ubezpieczony zobowiązany jest pokryć na rachunek Partnera Medycznego przed skorzystaniem ze świadczenia medycznego objętego zakresem ubezpieczenia w sposób wskazany przez Infolinię Medyczną.
13. Ubezpieczony chcąc skorzystać ze świadczenia medycznego, w wariantach w którym zastosowanie ma udział własny, powinien skontaktować się z Infolinią Medyczną.
14. Za pośrednictwem Infolinii Medycznej Ubezpieczony uzyskuje informację o:
 - 1) uzależnieniu realizacji świadczenia medycznego od uprzedniej wpłaty przez Ubezpiezonego udziału własnego na rachunek Partnera Medycznego;
 - 2) miejscu i terminie realizacji świadczenia medycznego;

- 3) wysokości udziału własnego dla rezerwowanego świadczenia medycznego;
- 4) sposobach wpłaty udziału własnego przed terminem realizacji świadczenia medycznego, z zastrzeżeniem ust. 18 poniżej.
15. Dla świadczeń medycznych w zakresie opieki lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, opieki lekarzy specjalistów, laboratoryjnych badań diagnostycznych, RTG oraz USG, Ubezpieczony powinien dokonać wpłaty udziału własnego najpóźniej na 24 godziny przed terminem realizacji świadczenia.
16. W przypadku świadczeń realizowanych w dniu zgłoszenia Ubezpieczony powinien dokonać wpłaty udziału własnego najpóźniej na 6 godzin przed terminem realizacji świadczenia.
17. W przypadku badań diagnostycznych: tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny, Ubezpieczony powinien dokonać wpłaty udziału własnego najpóźniej na 48 godzin przed terminem realizacji świadczenia.
18. Jeśli Ubezpieczony nie dokona płatności w wyznaczonych w ust. 15-17 powyżej ramach czasowych Ubezpieczony zostanie poinformowany za pomocą komunikatu SMS, że świadczenie medyczne nie zostanie zarezerwowane.

§3

1. W ubezpieczeniu Wirtualny Lekarz, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 2) OWU, InterRisk za pośrednictwem wybranego Partnera Medycznego/Partnera Medycznego 1 organizuje świadczenia medyczne polegające na:
 - 1) wykonaniu przez Ubezpiezonego wywiadu medycznego za pomocą oprogramowania opartego o algorytmy tzw. sztucznej inteligencji, zapewniającego zebranie, agregowanie i przechowywanie danych medycznych;
 - 2) określeniu na podstawie danych przekazanych przez Ubezpiezonego prawdopodobieństwa wystąpienia danej jednostki chorobowej oraz przedstawienie Ubezpieczonemu rekomendacji dotyczących dalszego postępowania;
 - 3) utworzeniu dokumentu „Objawy i opcje diagnozy”;
 - 4) zamówieniu i realizacji telekonsultacji, które mieszczą się w posiadanym przez Ubezpiezonego wariantcie ubezpieczenia, z możliwością wystawienia e-recepty, e-zwolnienia i e-skierowania;
 - 5) zamówienia i/lub realizacji konsultacji lekarskiej, które mieszczą się w posiadanym przez Ubezpiezonego wariantcie ubezpieczenia, w placówce medycznej wybranego Partnera Medycznego/Partnera Medycznego 1.
2. W ubezpieczeniu Wirtualny Lekarz, Ubezpieczony korzysta ze świadczeń medycznych za pośrednictwem linku dostępnego na stronie internetowej www.interrisk.pl.
3. W celu skorzystania przez Ubezpiezonego ze świadczeń medycznych w ramach ubezpieczenia Wirtualny Lekarz 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 wersją przeglądarki internetowej Chrome z włączoną obsługą aplikacji niezbędnych do poprawnego połączenia z systemem teleinformatycznym (rekomendowana minimalna rozdzielczość ekranu to 1024x768 pikseli);
 - 3) uruchomioną obsługą JavaScript (najnowszy i włączony JavaScript);
 - 4) aktywnym adresem e-mail;
 - 5) telefonem stacjonarnym lub komórkowym.
4. W celu skorzystania z e-recepty, Ubezpieczony powinien posiadać Profil Zaufany (ePUAP) i zalogować się do Internetowego Konta Pacjenta na portalu www.pacjent.gov.pl aby zweryfikować swój numer telefonu oraz adres e-mail.
5. Wystawiona i cyfrowo podpisana przez lekarza e-recepta przekazywana jest Ubezpieczonemu drogą elektroniczną jako wiadomość e-mail lub SMS z 4-cyfrowym kodem.
6. Koszty połączeń i usług internetowych Ubezpieczony ponosi we własnym zakresie.

§4

1. W ubezpieczeniu Refundacja Kosztów Ubezpieczonemu przysługuje zwrot poniesionych kosztów świadczeń medycznych, objętych zakresem ubezpieczenia i określonych w Tabeli nr 1, udzielanych Ubezpieczonemu w placówkach innych niż w placówkach medycznych Partnera Medycznego/Partnera Medycznego 1, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 i 4 poniżej.
2. W ramach ubezpieczenia Refundacja Kosztów, Ubezpieczonemu przysługuje zwrot poniesionych kosztów świadczeń medycznych z zachowaniem limitów cenowych określonych za poszczególne świadczenia medyczne zawarte w posiadanym przez Ubezpiezonego wariantcie i określone w Tabeli nr 1 w kolumnie „Refundacja kosztów” do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.
3. W przypadku rozszerzenia ubezpieczenia Refundacja Kosztów o podwyższenie limitów cenowych o 50% lub 100%, Ubezpieczonemu przysługuje zwrot, o którym mowa w ust. 2 z zastosowaniem wybranego przez Ubezpieczającego podwyższenia, jednak nie wyższy niż kwota wynikająca z rachunku lub faktury i do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.
4. W przypadku wyboru wariantu z udziałem własnym, w ramach ubezpieczenia Refundacja Kosztów, Ubezpieczonemu przysługuje zwrot poniesionych kosztów świadczeń medycznych z zachowaniem limitów cenowych określonych za poszczególne świadczenia medyczne zawarte w posiadanym przez Ubezpiezonego wariantcie i określone w Tabeli nr 1 w kolumnie „Refundacja kosztów” do wysokości sumy ubezpieczenia określonej

w umowie ubezpieczenia pomniejszonej o udział własny.

5. W ubezpieczeniu Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) skontaktować lub zgłosić się do dowolnego podmiotu wykonującego działalność leczniczą na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w celu uzyskania świadczenia medycznego;
 - 2) pokryć koszty udzielonych świadczeń medycznych;
 - 3) złożyć zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w dowolnej jednostce organizacyjnej InterRisk, nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia zajścia zdarzenia lub uzyskania o nim informacji.
6. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia powinno zawierać poniższe podstawowe informacje:
 - 1) imię i nazwisko albo nazwę Ubezpieczającego oraz jego adres;
 - 2) imię i nazwisko, adres Ubezpieczonego;
 - 3) datę wypadku oraz szczegółowy opis okoliczności jego zaistnienia.
7. W celu umożliwienia ustalenia odpowiedzialności InterRisk, Ubezpieczający lub Ubezpieczony zobowiązany jest okazać InterRisk poniższe podstawowe dokumenty, o ile są w posiadaniu zgłaszającego roszczenie:
 - 1) oryginał lub kopię oryginału rachunku lub faktury za udzielone świadczenie medyczne zawierający następujące dane:
 - a) imię i nazwisko lub nazwę podmiotu udzielającego świadczenia medycznego,
 - b) dane Ubezpieczonego (imię, nazwisko, PESEL – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość),
 - c) zakres wykonanych świadczeń medycznych, cenę jednostkową oraz kwotę należności ogółem,
 - d) datę udzielenia świadczenia medycznego;
 - 2) kopię skierowania na wykonanie badań diagnostycznych, zabiegów ambulatoryjnych, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego;
 - 3) w przypadku rehabilitacji:
 - a) kopię skierowania na rehabilitację zawierającą liczbę oraz rodzaj zleconych zabiegów,
 - b) kopię karty indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania zawierającej w szczególności:
 - i. datę zabiegu leczniczego,
 - ii. rodzaj wykonanego zabiegu leczniczego,
 - iii. oznaczenie fizjoterapeuty udzielającego świadczenia zdrowotnego;
 - 4) inne dokumenty określone w postanowieniach dodatkowych lub odmiennych wprowadzonych do umowy ubezpieczenia lub w piśmie skierowanym do Ubezpieczonego w trybie określonym w ust. 11 poniżej.
8. InterRisk może uzyskać odpłatnie od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, 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.
9. Wystąpienie InterRisk o informację, o której mowa w ust. 8 powyżej, wymaga zgody Ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, albo jego przedstawiciela ustawowego.
10. InterRisk może uzyskać odpłatnie od Narodowego Funduszu Zdrowia dane o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia jego odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia. Wystąpienie InterRisk o te informacje wymaga zgody Ubezpieczonego albo jego przedstawiciela ustawowego.
11. 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.
12. 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, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.
13. InterRisk ma prawo do zasięgania opinii lekarzy i weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego dokumentów związanych z ustaleniem zasadności i wysokości świadczenia.
14. InterRisk wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia, po uprzednim prze-

prowadzeniu własnego postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zasadności zgłoszonego roszczenia i wysokości świadczenia, zawartej ugody lub prawomocnego orzeczenia sądowego.

15. Świadczenie może być wypłacone przelewem bankowym.
16. Świadczenie wypłacane jest w złotych polskich.
17. InterRisk spełnia świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu objętym ubezpieczeniem.
18. Jeżeli w terminie określonym w ust. 17 powyżej 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 było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia InterRisk wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu objętym ubezpieczeniem.
19. Jeżeli w terminie określonym w ust. 17 powyżej 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.
20. 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. 17 lub 18 powyżej, 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.

Załącznik nr 2
do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia PULS ZDROWIA zatwierdzonych uchwałą
nr 01/20/01/2026 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 20.01.2026 roku

Jakie świadczenia obejmuje ubezpieczenie Medycyna Pracy?

UBEZPIECZENIE MEDYCYNĄ PRACY

§1

1. W ubezpieczeniu Medycyna Pracy, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 2) OWU, zakresem ubezpieczenia objęte są koszty świadczeń medycznych medycyny pracy poniesione w okresie ubezpieczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, określone w ust. 2 poniżej, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4 poniżej.
2. W ubezpieczeniu Medycyna Pracy InterRisk pokrywa koszty świadczeń medycznych medycyny pracy, do których ponoszenia zobowiązany jest Ubezpieczony pracodawca na podstawie przepisów Kodeksu Pracy, polegających na:
 - 1) wykonaniu badań wstępnych, okresowych i kontrolnych pracowników, w zakresie określonym przez przepisy polskiego prawa, w tym w szczególności przepisy Kodeksu Pracy;
 - 2) orzecznictwie lekarskim do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy i w przepisach wydanych na jego podstawie;
 - 3) ocenie możliwości wykonywania pracy uwzględniając stan zdrowia i zagrożenia występujące w miejscu pracy;
 - 4) wydawaniu zaświadczeń i świadectw dla celów przewidzianych w Kodeksie Pracy o stanie zdrowia pracownika lub niezdolności do pracy;
 - 5) przeglądzie stanowisk pracy przez lekarza medycyny pracy celem sprawdzenia prawidłowego zabezpieczenia warunków zdrowotnych stanowisk pracy;
 - 6) uczestniczeniu lekarza medycyny pracy w zakładowej komisji bezpieczeństwa i higieny pracy działającej na terenie zakładu pracy w trybie i przypadkach przewidzianych w Kodeksie Pracy;
 - 7) wykonaniu innych specyficznych dla danej grupy pracowniczej badań i świadczeń profilaktycznych.
3. InterRisk pokrywa koszty świadczeń medycznych medycyny pracy, które zostały wykonane w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej na rzecz pracowników Ubezpieczonego pracodawcy, wskazanych InterRisk zgodnie z §12 ust. 1 pkt 6) lit. a) OWU, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. W ubezpieczeniu Medycyna 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 Opieka Zdrowotna w ramach umowy ubezpieczenia, co zostanie też potwierdzone na liście, o której mowa w §12 ust. 1 pkt 5) lit. a) 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.

§2

1. Świadczenia medyczne medycyny pracy udzielane są w placówkach medycznych Partnera Medycznego/Partnera Medycznego 1, które spełniają wymogi ustawy o służbie medycyny pracy.

2. Ubezpieczony pracodawca celem skorzystania ze świadczeń medycznych medycyny pracy może posługiwać się Elektroniczną Platformą Medycyny Pracy i współpracować z personelem medycznym Partnera Medycznego/Partnera Medycznego 1 w zakresie zaleceń i wskazówek uzasadnionych realizowanym świadczeniem.
3. Świadczenia medyczne medycyny pracy wykonywane są na podstawie imiennego skierowania wystawionego przez Ubezpieczonego pracodawcę na co najmniej 10 dni roboczych przed terminem przyjęcia pracownika do pracy lub upływu terminu ważności badań pracownika, które Ubezpieczony pracodawca ma obowiązek w tym terminie albo zamieścić w Elektronicznej Platformie Medycznej Medycyny Pracy albo przedłożyć w placówce medycznej do Partnera Medycznego/Partnera Medycznego 1.
4. Świadczenia medyczne medycyny pracy udzielane są w godzinach pracy poszczególnych placówek medycznych Partnera Medycznego/Partnera Medycznego 1.
5. Jeżeli Ubezpieczony pracodawca nie może lub nie chce skorzystać ze świadczenia medycznego medycyny pracy w umówionym terminie, ma obowiązek poinformować o tym Partnera Medycznego/Partnera Medycznego 1. W przypadku przekazania powyższej informacji przez Ubezpieczonego pracodawcę, Partner Medyczny/Partner Medyczny 1 wyznaczy nowy uzgodniony z Ubezpieczonym pracodawcą termin realizacji świadczenia medycznego medycyny pracy.
6. Koszty świadczeń medycznych medycyny pracy pokrywane są przez InterRisk bezpośrednio na rachunek Partnera Medycznego/Partnera Medycznego 1, udzielającego świadczenie, z zastrzeżeniem §1 ust. 4 niniejszego Załącznika.
7. Koszty połączeń i usług internetowych Ubezpieczony pracodawca, pracownik, którego dotyczy ubezpieczenie oraz osoba, która ma zostać przyjęta do pracy ponoszą we własnym zakresie.

Załącznik nr 3
do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia PULS ZDROWIA zatwierdzonych uchwałą
nr 01/20/01/2026 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 20.01.2026 roku

Jakie świadczenia obejmuje ubezpieczenie e-Wizyta Lekarska?

UBEZPIECZENIE E-WIZYTA LEKARSKA

§1

1. W ubezpieczeniu e-Wizyta Lekarska, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 3) OWU, InterRisk za pośrednictwem Centrum Telemedycyny zorganizuje i pokryje koszt, z zastrzeżeniem §6 ust. 6 OWU:
 - 1) 12 e-konsultacji: internistycznych, pediatrycznych, alergologicznych, diabetologicznych, endokrynologicznych, kardiologicznych, dietetycznych, psychologicznych – Pakiet 1
lub
 - 2) 12 e-konsultacji: internistycznych, pediatrycznych, alergologicznych, diabetologicznych, endokrynologicznych, kardiologicznych, dermatologicznych, ginekologicznych, pulmonologicznych, onkologicznych, ortopedycznych, dietetycznych, psychologicznych – Pakiet 2

w ciągu okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że pomiędzy dwoma następującymi po sobie e-konsultacjami musi nastąpić minimum 12 godzinna przerwa;
- 3) e-recepty.
2. Koszty połączeń i usług internetowych Ubezpieczony ponosi we własnym zakresie.

§2

1. W ubezpieczeniu e-Wizyta Lekarska, e-konsultacja realizowana jest przez lekarza: internistę, pediatrę, alergologa, diabetologa, endokrynologa, kardiologa, dietetyka, psychologa, dermatologa, ginekologa, pulmonologa, onkologa, ortopedę.
2. Warunkiem skorzystania z e-konsultacji jest skorzystanie przez Ubezpieczonego z linku dostępnego na stronie www.interrisk.pl, przy pomocy którego przekierowywany jest do aplikacji służącej umówieniu e-konsultacji.
3. Ubezpieczony zobowiązany jest wskazać w aplikacji specjalizację lekarską, z której chce skorzystać i termin e-konsultacji, a także wybrać jedną z trzech dostępnych form jej realizacji.
4. W celu skorzystania przez Ubezpieczonego z e-konsultacji w ramach ubezpieczenia 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 wersją przeglądarki internetowej Chrome z włączoną obsługą aplikacji niezbędnych do poprawnego połączenia z systemem teleinformatycznym;
 - 3) uruchomioną obsługą JavaScript (najnowszy i włączony JavaScript);
 - 4) aktywnym adresem e-mail;
 - 5) telefonem stacjonarnym lub komórkowym.
5. Rekomendowana minimalna rozdzielczość ekranu, w przypadku korzystania z aplikacji za pomocą przeglądarki to 1024x768 pikseli.

§3

1. W celu skorzystania z e-recepty, Ubezpieczony powinien posiadać Profil Zaufany (ePUAP) i zalogować się do Internetowego Konta Pacjenta na rządowym portalu www.pacjent.gov.pl aby zweryfikować swój numer telefonu oraz adres e-mail.
2. Wystawiona i cyfrowo podpisana przez lekarza Centrum Telemedycyny e-recepta przekazywana jest Ubezpieczonemu drogą elektroniczną jako wiadomość e-mail lub SMS z 4-cyfrowym kodem.
3. E-recepta jest realizowana przez Ubezpieczonego w aptece, w której farmaceuta skanuje kod z wydruku e-mail lub kod z wiadomości SMS i wydaje przepisane leki.

Załącznik nr 4

do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia PULS ZDROWIA zatwierdzonych uchwałą
nr 01/20/01/2026 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 20.01.2026 roku

Jakie świadczenia obejmuje ubezpieczenie Refundacja Leków?

UBEZPIECZENIE REFUNDACJA LEKÓW

§1

W ubezpieczeniu Refundacja Leków, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 4) OWU, przysługuje jednorazowy zwrot udokumentowanych kosztów poniesionych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej na leki w okresie ubezpieczenia do wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.

§2

1. W ubezpieczeniu Refundacja Leków, świadczenie realizowane jest po złożeniu przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego w dowolnej jednostce organizacyjnej InterRisk zawiadomienia o zajściu nieszczęśliwego wypadku, spełniającego wymagania określone w ust. 2-3 poniżej i po spełnieniu warunków określonych w ust. 4 poniżej.
2. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia powinno zawierać poniższe podstawowe informacje:
 - 1) imię i nazwisko lub nazwę i adres Ubezpieczającego;
 - 2) imię i nazwisko, adres Ubezpieczonego;
 - 3) datę oraz szczegółowy opis okoliczności zaistnienia nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) okres pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w związku z nieszczęśliwym wypadkiem.
3. W celu ustalenia odpowiedzialności InterRisk Ubezpieczający lub Ubezpieczony zobowiązany jest okazać InterRisk poniższe podstawowe dokumenty, o ile są w posiadaniu zgłaszającego roszczenie:
 - 1) oryginał lub kopię oryginału karty informacyjnej z pobytu w szpitalu;
 - 2) oryginał lub kopię oryginału imiennych rachunków lub faktur za udzielone świadczenie medyczne zawierające następujące dane: imię i nazwisko lub nazwę podmiotu udzielającego świadczenia medycznego, dane Ubezpieczonego (imię, nazwisko, PESEL, adres zamieszkania), zakres wykonanych świadczeń medycznych, cenę jednostkową oraz kwotę należności ogółem;
 - 3) inne dokumenty określone w postanowieniach dodatkowych lub odmiennych wprowadzonych do umowy ubezpieczenia lub w piśmie skierowanym do Ubezpieczonego w trybie określonym w ust. 7 poniżej.
4. Zwrot kosztów leków następuje pod warunkiem, iż:
 - 1) pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w związku z nieszczęśliwym wypadkiem trwał minimum 4 dni;
 - 2) leki zostały przepisane przez lekarza prowadzącego leczenie szpitalne;
 - 3) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej.
5. InterRisk może uzyskać odpłatnie od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, 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 powyżej, wymaga zgody Ubezpieczającego 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, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.

9. InterRisk ma prawo do zasięgania opinii lekarzy i weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego dokumentów związanych z ustaleniem zasadności i wysokości świadczenia.
10. InterRisk wypłaca 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.
11. Świadczenie może być wypłacone przelewem bankowym.
12. Świadczenie wypłacane jest w złotych polskich.
13. InterRisk spełnia świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu objętym ubezpieczeniem.
14. Jeżeli w terminie określonym w ust. 13 powyżej 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 było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia InterRisk wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu objętym ubezpieczeniem.
15. Jeżeli w terminie określonym w ust. 13 powyżej 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.
16. 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. 13 lub 14, 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.

Załącznik nr 5
do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia PULS ZDROWIA zatwierdzonych uchwałą
nr 01/20/01/2026 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 20.01.2026 roku

Jakie świadczenia obejmuje ubezpieczenie Opieka Stomatologiczna?

UBEZPIECZENIE OPIEKA STOMATOLOGICZNA

§1

1. W ubezpieczeniu Opieka Stomatologiczna, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 5) OWU, zakresem ubezpieczenia objęte są koszty świadczeń medycznych poniesione w okresie ubezpieczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w zależności od wybranego przez Ubezpieczającego Partnera Medycznego w zakresie określonym w Tabeli nr 2 albo w Tabeli nr 3.
2. Odpowiedzialność InterRisk w stosunku do Ubezpieczonego w przypadku kosztów z zakresu Stomatologii zachowawczej określonej w Tabeli nr 2 pkt 3, rozpoczyna się od dnia następnego po upływie karencji, która wynosi 180 dni liczonych od daty przystąpienia Ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia.
3. Karencji, o której mowa w ust. 2 powyżej nie stosuje się w przypadku:
 - 1) gdy Ubezpieczający udokumentował fakt objęcia Ubezpieczonego ochroną w ramach umowy ubezpieczenia zawartej z innym zakładem ubezpieczeń poprzez dołączenie do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kopii umowy ubezpieczenia, w której został określony zakres ubezpieczenia;
 - 2) przedłużenia umowy ubezpieczenia, zgodnie z §7 ust. 9 OWU w zakresie ryzyk objętych ochroną ubezpieczeniową w InterRisk w poprzednim okresie ubezpieczenia.

Tabela nr 2 – w ubezpieczeniu Opieka Zdrowotna i ubezpieczeniu Wirtualny Lekarz:

L.p.	Zakres świadczeń stomatologicznych	Pakiet 1	Pakiet 2	Pakiet 3	Refundacja kosztów
1.	Profilaktyka stomatologiczna obejmująca:				
1.1	przegląd stomatologiczny 1 raz w roku	TAK	TAK	TAK	35 zł
1.2	instruktaż higieny jamy ustnej 1 raz w roku	TAK	TAK	TAK	35 zł
1.3	lakowanie zębów dla dzieci (za cały zabieg)	TAK	TAK	TAK	80 zł
1.4	usuwanie kamienia nazębnego skaling lub piaskowanie – 1 raz w roku polisowym (za cały zabieg)	TAK	TAK	TAK	100 zł

2.	Chirurgia stomatologiczna obejmująca:				
2.1	ekstrakcja zęba mlecznego	NIE	TAK	TAK	80 zł
2.2	ekstrakcja zęba stałego (za wyjątkiem zębów mądrości)	NIE	TAK	TAK	100 zł
2.3	opatrunek chirurgiczny	NIE	TAK	TAK	15 zł
2.4	resekcja wierzchołka korzenia	NIE	TAK	TAK	100 zł
2.5	RTG zęba	NIE	TAK	TAK	15 zł
2.6	usunięcie lub zniszczenie zmiany w obrębie jamy ustnej	NIE	TAK	TAK	100 zł
2.7	usunięcie ropnia	NIE	TAK	TAK	100 zł
2.8	usunięcie szwów	NIE	TAK	TAK	15 zł
2.9	usunięcie torbieli	NIE	TAK	TAK	100 zł
2.10	zaopatrzenie rany - z opracowaniem	NIE	TAK	TAK	100 zł
2.11	znieczulenie miejscowe do zabiegów z zakresu chirurgii stomatologicznej (nasiętkowe, przewodowe)	NIE	TAK	TAK	15 zł
3.	Stomatologia zachowawcza				
3.1	Pantomogram	NIE	NIE	TAK	50 zł
3.2	Leczenie chorób przyzębia (za leczenie 1 zęba)	NIE	NIE	TAK	80 zł
3.3	Leczenie endodontyczne (kanałowe za leczenie 1 zęba)	NIE	NIE	TAK	120 zł
3.4	Leczenie nadwrażliwości zębów (za leczenie 1 zęba)	NIE	NIE	TAK	80 zł
3.5	Odbudowa zęba (za leczenie 1 zęba)	NIE	NIE	TAK	100 zł
3.6	Wypełnienie zęba (za leczenie 1 zęba)	NIE	NIE	TAK	100 zł
3.7	Znieczulenie miejscowe (nasiętkowe, przewodowe)	NIE	NIE	TAK	15 zł

Tabela 3 – w ubezpieczeniu Opieka Zdrowotna:

L.p.	Zakres świadczeń stomatologicznych	PAKIET 4	PAKIET 5	PAKIET 6
1.	Dyżur stomatologiczny*	TAK	TAK	TAK
	<i>Zakres Dyżuru stomatologicznego, w zależności od Placówki medycznej obejmuje pokrycie (bezzgotówkową realizację usługi) albo zwrot kosztów (Refundacja Partnera Medycznego) wykonywanych przez Lekarzy stomatologów określonych poniżej w pkt 1.1 – 1.17 usług do maksymalnej wysokości limitu, tj. kwoty 350 zł w każdym 12 miesięcznym okresie obowiązywania Umowy. Usługi w ramach Dyżuru stomatologicznego wykonywane są wyłącznie w razie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku poza godzinami pracy Placówek własnych Partnera Medycznego.</i>			
1.1	Dewitalizacja miążgi zęba mlecznego z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem pomoc doraźna	TAK	TAK	TAK
1.2	Dewitalizacja miążgi zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem pomoc doraźna	TAK	TAK	TAK
1.3	Nacięcie ropnia zębopochodnego - włącznie z drenażem pomoc doraźna	TAK	TAK	TAK
1.4	Odbarczenie ropnia przyzębnego pomoc doraźna	TAK	TAK	TAK
1.5	Opatrunek leczniczy w zębie mlecznym pomoc doraźna	TAK	TAK	TAK
1.6	Opatrunek leczniczy w zębie stałym pomoc doraźna	TAK	TAK	TAK
1.7	Usunięcie zęba jednokorzeniowego pomoc doraźna	TAK	TAK	TAK

1.8	Usunięcie zęba jednokorzeniowego mlecznego pomoc doraźna	TAK	TAK	TAK
1.9	Usunięcie zęba wielokorzeniowego pomoc doraźna	TAK	TAK	TAK
1.10	Usunięcie zęba wielokorzeniowego mlecznego pomoc doraźna	TAK	TAK	TAK
1.11	Płukanie suchego zębodołu + założenie leku pomoc doraźna	TAK	TAK	TAK
1.12	Usunięcie zęba przez dłutowanie wewnątrz zębodołu pomoc doraźna	TAK	TAK	TAK
1.13	Repozycja i unieruchomienie zwichniętego zęba pomoc doraźna	TAK	TAK	TAK
1.14	Znieczulenie w stomatologii miejscowe nasiękowe pomoc doraźna	TAK	TAK	TAK
1.15	Znieczulenie w stomatologii miejscowe powierzchniowe pomoc doraźna	TAK	TAK	TAK
1.16	Znieczulenie w stomatologii przewodowe wewnątrzustne pomoc doraźna	TAK	TAK	TAK
1.17	RTG punktowe zdjęcie zęba pomoc doraźna	TAK	TAK	TAK
2. Profilaktyka stomatologiczna				
Zakres Profilaktyki Stomatologicznej obejmuje wykonanie 1 raz w 12 miesięcznym okresie obowiązywania Umowy w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez Partnera Medycznego przeglądu stomatologicznego tj. oceny stanu uzębienia przez Lekarza stomatologa przyjmującego w zakresie stomatologii zachowawczej, oraz zabiegów higieny jamy ustnej przez higienistkę stomatologiczną, i obejmuje następujące usługi:				
2.1	Badanie lekarskie stomatologiczne	TAK	TAK	TAK
2.2	Lakierowanie zębów (Fluor Protektor) 1 łuk zębowy	TAK	TAK	TAK
2.3	Lakierowanie zębów (Fluor Protektor) 1/2 łuku zębowego	TAK	TAK	TAK
2.4	Lakierowanie zębów (Fluor Protektor) 2 łuki zębowe	TAK	TAK	TAK
2.5	Instruktaż higieny jamy ustnej	TAK	TAK	TAK
2.6	Polerowanie zębów	TAK	TAK	TAK
2.7	Usunięcie złogów naddziąsłowych/scaling/ uzupełniające	TAK	TAK	TAK
2.8	Usunięcie złogów naddziąsłowych/scaling/ z 1 łuku zębowego	TAK	TAK	TAK
2.9	Usunięcie złogów naddziąsłowych/scaling/ ze wszystkich zębów	TAK	TAK	TAK
2.10	Usuwanie osadu - piaskowanie	TAK	TAK	TAK
2.11	Zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym - 1 ząb	TAK	TAK	TAK
2.12	Indywidualna fluoryzacja metodą kontaktową	TAK	TAK	TAK
3. Znieczulenia				
Usługa jest wykonywana przez Lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez Partnera Medycznego i obejmuje następujące usługi:				
3.1	Znieczulenie w stomatologii aparatem WAND	TAK	TAK	TAK
3.2	Znieczulenie w stomatologii miejscowe nasiękowe	TAK	TAK	TAK
3.3	Znieczulenie w stomatologii miejscowe powierzchniowe	TAK	TAK	TAK
3.4	Znieczulenie w stomatologii przewodowe wewnątrzustne	TAK	TAK	TAK

4. Stomatologia zachowawcza				
Usługa jest wykonywana przez Lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez Partnera Medycznego i obejmuje następujące usługi wraz materiałami:				
			oraz 1 raz w 12 miesięcznym okresie obowiązywania Umowy 1 z niżej wymienionych usług (pkt 4.1 - 4.6)	
4.1	Konsultacja specjalistyczna stomatologia zachowawcza	TAK	TAK	TAK
4.2	Wypełnienie ubytku korony zęba na 1 powierzchni standardowym materiałem światłoutwardzalnym	10 % zniżki	TAK	TAK
4.3	Wypełnienie ubytku korony zęba na 2 powierzchniach standardowym materiałem światłoutwardzalnym	10 % zniżki	TAK	TAK
4.4	Wypełnienie ubytku korony zęba na 3 powierzchniach standardowym materiałem światłoutwardzalnym	10 % zniżki	TAK	TAK
4.5	Odbudowa zniszczonego kąta w zębach siecznych standardowym materiałem światłoutwardzalnym	10 % zniżki	TAK	TAK
4.6	Wypełnienie glasonomer	10 % zniżki	TAK	TAK
4.7	Badanie żywotność zęba	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
4.8	Ćwiek okołomiazgowy	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
4.9	Kosmetyczne pokrycie niedorozwoju szkliwa - licówka z kompozytu	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
4.10	Kosmetyczne pokrycie przebarwienia zębiny w zębach przednich - licówka z kompozytu	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
4.11	Leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
4.12	Opatrunek leczniczy w zębie stałym	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
4.13	Płukanie kieszonki dziąsłowej	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
4.14	Płukanie kieszonki dziąsłowej i aplikacja leku	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
4.15	Kauteryzacja brodawki dziąsłowej	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
5. Pedodontja				
Usługa jest wykonywana przez Lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez Partnera Medycznego i obejmuje następujące usługi wraz materiałami:				
			oraz 1 raz w 12 miesięcznym okresie obowiązywania Umowy 1 z niżej wymienionych usług (pkt 5.1 - 5.7)	
5.1	Badanie lekarskie stomatologiczne kontrolne pedodontyczne	TAK	TAK	TAK
5.2	Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 1 powierzchni	10 % zniżki	TAK	TAK
5.3	Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 1 powierzchni lecznicze	10 % zniżki	TAK	TAK

5.4	Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 2 powierzchniach	10 % zniżki	TAK	TAK
5.5	Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 2 powierzchniach lecznicze	10 % zniżki	TAK	TAK
5.6	Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 3 powierzchniach	10 % zniżki	TAK	TAK
5.7	Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 3 powierzchniach lecznicze	10 % zniżki	TAK	TAK
5.8	Wizyta adaptacyjna (dzieci) - stomatologia	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
5.9	Opatrunek leczniczy w zębie mlecznym	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
5.10	Impregnacja zębiny - każdy ząb	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
5.11	Amputacja zdewitalizowanej miazgi zęba mlecznego	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
5.12	Leczenie endodontyczne zęba mlecznego	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
5.13	Leczenie zgorzeli miazgi zęba mlecznego	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
5.14	Amputacja przyżyciowa miazgi w zębie z nieuformowanym korzeniem	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
5.15	Dewitalizacja miazgi zęba mlecznego z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.	Chirurgia stomatologiczna			
	<i>Usługa jest wykonywana przez Lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez Partnera Medycznego i obejmuje następujące usługi:</i>			
6.1	Konsultacja specjalistyczna chirurga stomatologa	TAK	TAK	TAK
6.2	Nacięcie ropnia zębopochodnego - włącznie z drenażem	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.3	Resekcja wierzchołka korzenia zęba bocznego	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.4	Resekcja wierzchołka korzenia zęba bocznego z wstecznym wypełnieniem kanału	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.5	Resekcja wierzchołka korzenia zęba przedniego	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.6	Resekcja wierzchołka korzenia zęba przedniego z wstecznym wypełnieniem kanału	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.7	Usunięcie zęba jednokorzeniowego	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.8	Usunięcie zęba jednokorzeniowego mlecznego	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.9	Usunięcie zęba przez dłutowanie wewnątrzzębodołowe	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.10	Usunięcie zęba przez dłutowanie zewnątrzzębodołowe z wytworzeniem płata śluzówkowo-okostnowego	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.11	Usunięcie zęba wielokorzeniowego	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.12	Usunięcie zęba wielokorzeniowego mlecznego	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.13	Wycięcie kaptura dziąsłowego w obrębie 1 zęba	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.14	Wycięcie małego guzka, zmiany guzopodobnej, mucocèle stomatologia	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK

6.15	Założenie opatrunku chirurgicznego stomatologia	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.16	Plukanie suchego zębodołu + założenie leku	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.17	Pobranie wycinka w jamie ustnej	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.18	Plastyka wędzidełka wargi, policzka, języka stomatologia	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.19	Wyluszczenie torbieli zębopochodnej	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.20	Operacyjne usunięcie zęba skomplikowane chirurgicznie	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.21	Operacyjne odsłonięcie zęba zatrzymanego	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.22	Operacyjne odsłonięcie zęba zatrzymanego z doklejeniem zamka	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.23	Operacyjne usunięcie zęba częściowo zatrzymanego	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.24	Repozycja i unieruchomienie zwichniętego zęba	10 % zniżki	15 % zniżki	TAK
6.25	Reimplantacja zęba	NIE	NIE	15 % zniżki
6.26	Plastyka wyrostka zębodołowego w obrębie połowy szczęki - przygotowanie do protetyki	NIE	NIE	15 % zniżki
6.27	Plastyka wyrostka zębodołowego z użyciem przeszczepu - bez kosztu materiału	NIE	NIE	15 % zniżki
6.28	Repozycja i unieruchomienie złamanego wyrostka zębodołowego	NIE	NIE	15 % zniżki
6.29	Wyluszczenie kamienia z przewodu ślinianki stomatologia	NIE	NIE	15 % zniżki
6.30	Plastyka połączenia lub przetoki ustno-zatokowej	NIE	NIE	15 % zniżki
6.31	Tymczasowe zaopatrzenie złamanej szczęki	NIE	NIE	15 % zniżki
6.32	Repozycja i unieruchomienie zwichnięcia żuchwy	NIE	NIE	15 % zniżki
6.33	Augmentacja zatoki szczękowej 1	NIE	NIE	15 % zniżki
6.34	Augmentacja zatoki szczękowej 2	NIE	NIE	15 % zniżki
6.35	Augmentacja zatoki szczękowej 3	NIE	NIE	15 % zniżki
6.36	Przeszczep tkanki łącznej z podniebienia - pobranie	NIE	NIE	15 % zniżki
6.37	Przeszczep tkanki łącznej z podniebienia - pobranie	NIE	NIE	15 % zniżki
6.38	Transpozycja nerwu zębodołowego dolnego	NIE	NIE	15 % zniżki
6.39	Augmentacja kości 1	NIE	NIE	15 % zniżki
6.40	Augmentacja kości 2	NIE	NIE	15 % zniżki
6.41	Augmentacja kości 3	NIE	NIE	15 % zniżki
6.42	Zabieg wszczepiania Emdogain i Endobon	NIE	NIE	15 % zniżki
6.43	Zabieg płatowy z augmentacją preparatem Endobon	NIE	NIE	15 % zniżki
6.44	Zabieg płatowy z augmentacją preparatem Endobon i błoną Osseoguard	NIE	NIE	15 % zniżki
6.45	Zabieg płatowy z augmentacją preparatem Endobon i preparatem Emdogain	NIE	NIE	15 % zniżki
6.46	Regeneracja /Augmentacja zębodołu po ekstrakcji z wykorzystaniem biomateriału	NIE	NIE	15 % zniżki
6.47	Szycie rany wargi	NIE	NIE	15 % zniżki

6.48	Operacyjne usunięcie zawiązków zębów	NIE	NIE	15 % zniżki
6.49	Regeneracja /Augmentacja zębodołu po ekstrakcji z wykorzystaniem stożków kolagenowych	NIE	NIE	15 % zniżki
6.50	Autogeny przeszczep kości do 3 zębodołów	NIE	NIE	15 % zniżki
6.51	Uzupełnienie zębodołu materiałem kośćcozastępczym bez kosztu materiału	NIE	NIE	15 % zniżki
6.52	Zabieg użycia fibryny bogato-płytkowej (PRP) w stomatologii	NIE	NIE	15 % zniżki
6.53	Membrana wraz z zastosowaniem	NIE	NIE	15 % zniżki
6.54	Membrana zastępująca tkankę łączną wraz z zastosowaniem	NIE	NIE	15 % zniżki
6.55	Membrana kolagenowa wraz z zastosowaniem	NIE	NIE	15 % zniżki
6.56	Membrana i-GEN lub siatka tytanowa wraz z zastosowaniem	NIE	NIE	15 % zniżki
6.57	Usunięcie membrany i-Gen	NIE	NIE	15 % zniżki
7.	Endodoncja			
	<i>Usługa jest wykonywana przez Lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez Partnera Medycznego i obejmuje następujące usługi:</i>			
7.1	Konsultacja specjalistyczna stomatologia zachowawcza	NIE	TAK	TAK
7.2	Dewitalizacja miazgi zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem	NIE	15 % zniżki	TAK
7.3	Chemo-mechaniczne opracowanie kanału korzeniowego	NIE	15 % zniżki	TAK
7.4	Udrożnienie kanału korzeniowego	NIE	15 % zniżki	TAK
7.5	Wypełnienie kanału korzeniowego	NIE	15 % zniżki	TAK
7.6	Usunięcie wkładu koronowo-korzeniowego	NIE	15 % zniżki	TAK
7.7	Usunięcie złamanego narzędzia z kanału w mikroskopie zabiegowym	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
7.8	Usunięcie wkładu koronowo-korzeniowego w mikroskopie zabiegowym	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
7.9	Leczenie endodontyczne zęba siecznego lub kła w mikroskopie zabiegowym etap I	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
7.10	Leczenie endodontyczne zęba siecznego lub kła w mikroskopie zabiegowym etap II	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
7.11	Leczenie endodontyczne zęba przedtrzonowego w mikroskopie zabiegowym etap I	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
7.12	Leczenie endodontyczne zęba przedtrzonowego w mikroskopie zabiegowym etap II	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
7.13	Leczenie endodontyczne zęba trzonowego w mikroskopie zabiegowym etap I	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
7.14	Leczenie endodontyczne zęba trzonowego w mikroskopie zabiegowym etap II	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
7.15	Specjalistyczna ocena tkanek w mikroskopie zabiegowym	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
7.16	Wizyta interwencyjna w leczeniu endodontycznym	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
7.17	Usunięcie wkładu koronowo-korzeniowego w mikroskopie zabiegowym	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki

8.	Protetyka			
	<i>Usługa jest wykonywana przez Lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez Partnera Medycznego i obejmuje następujące usługi:</i>			
8.1	Konsultacja specjalistyczna protetyczna	NIE	TAK	TAK
8.2	Proteza całkowita z metalowym podniebieniem	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.3	Korekta zgryzu	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.4	Modele dla celów diagnostycznych lub planowania lekarz	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.5	Wkład koronowo-korzeniowy lany met.	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.6	Wkład koronowo-korzeniowy lany met. składany	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.7	Wkład koronowo-korzeniowy ze złota	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.8	Wkład koronowo-korzeniowy ze złota składany	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.9	Wkład koronowo-korzeniowy z metalu, ceramiki, szkła - standardowy	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.10	Korona tymczasowa metodą pośrednią	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.11	Korona lana pełnometalowa	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.12	Korona lana ze złota przedtrzonowiec	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.13	Korona porcelanowa na metalu bez stopnia	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.14	Korona porcelanowa na złocie przedtrzonowiec	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.15	Licówka porcelanowa	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.16	Wkład koronowy kompozytowy ONLAY INLAY OVERLAY	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.17	Korona teleskopowa galwaniczna, złota	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.18	Zasuwa / zatrask / punkt retencyjny w protezie szkieletowej	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.19	Wymiana wkładki Rhein - 1 element	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.20	Proteza częściowa osiadająca w zakresie 1-4 brakujących zębów	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.21	Proteza całkowita w szczęcie	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.22	Proteza całkowita w żuchwie	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.23	Proteza szkieletowa z zatraskami bez kosztu zatrasku	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.24	Proteza szkieletowa	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.25	Proteza overdenture na zatrasku ze złota	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.26	Naprawa protezy - 1 element	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.27	Podścielenie protezy bezpośrednie	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.28	Podścielenie protezy pośrednie	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.29	Zdjęcie korony protetycznej - 1 element	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.30	Proteza częściowa osiadająca w zakresie 5-8 brakujących zębów	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.31	Proteza częściowa osiadająca w zakresie więcej niż 8 zębów	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.32	Korona porcelanowa na złocie trzonowiec	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.33	Korona porcelanowa na złocie w odcinku przednim	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.34	Korona lana ze złota trzonowiec	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki

8.35	Korona łana ze złota zęb w odcinku przednim	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.36	Wkład koronowy porcelanowy ONLAY INLAY OVERLAY	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.37	Cementowanie korony protetycznej	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.38	Cementowanie mostu	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.39	Proteza częściowa osiadająca - 1 punkt	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.40	Ustalenie zwarcia przy pomocy artykulatora	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.41	Wycisk czynnościowy za pomocą łyżki indywidualnej	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.42	Wkład koronowo - korzeniowy pełnoceramiczny	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.43	Wkład koronowo-korzeniowy lany met. I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.44	Wkład koronowo-korzeniowy lany met. II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.45	Wkład koronowo-korzeniowy lany met. składany I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.46	Wkład koronowo-korzeniowy lany met. składany II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.47	Wkład koronowo-korzeniowy ze złota I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.48	Wkład koronowo-korzeniowy ze złota II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.49	Wkład koronowo-korzeniowy ze złota składany I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.50	Wkład koronowo-korzeniowy ze złota składany II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.51	Korona łana pełnometalowa I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.52	Korona łana pełnometalowa II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.53	Korona łana ze złota przedtrzonowiec I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.54	Korona łana ze złota przedtrzonowiec II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.55	Korona łana ze złota trzonowiec I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.56	Korona łana ze złota trzonowiec II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.57	Korona łana ze złota zęb w odcinku przednim I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.58	Korona łana ze złota zęb w odcinku przednim II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.59	Korona porcelanowa na metalu bez stopnia I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.60	Korona porcelanowa na metalu bez stopnia II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.61	Korona porcelanowa na galwanie I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.62	Korona porcelanowa na galwanie II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.63	Korona porcelanowa na złocie przedtrzonowiec I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.64	Korona porcelanowa na złocie przedtrzonowiec II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.65	Korona porcelanowa na złocie trzonowiec I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.66	Korona porcelanowa na złocie trzonowiec II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.67	Korona porcelanowa na złocie w odcinku przednim I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki

8.68	Korona porcelanowa na złocie w odcinku przednim II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.69	Licówka porcelanowa I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.70	Licówka porcelanowa II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.71	Wkład koronowy porcelanowy ONLAY INLAY OVERLAY I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.72	Wkład koronowy porcelanowy ONLAY INLAY OVERLAY II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.73	Korona teleskopowa galwaniczna, złota I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.74	Korona teleskopowa galwaniczna, złota II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.75	Zasuwa/zatrask / punkt retencyjny w protezie szkieletowej I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.76	Zasuwa/zatrask/punkt retencyjny w protezie szkieletowej II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.77	Proteza częściowa osiadająca w zakresie 1-4 brakujących zębów I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.78	Proteza częściowa osiadająca w zakresie 1-4 brakujących zębów II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.79	Proteza częściowa osiadająca w zakresie 5-8 brakujących zębów I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.80	Proteza częściowa osiadająca w zakresie 5-8 brakujących zębów II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.81	Proteza częściowa osiadająca w zakresie więcej niż 8 zębów I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.82	Proteza częściowa osiadająca w zakresie więcej niż 8 zębów II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.83	Proteza całkowita w szczęcie I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.84	Proteza całkowita w szczęcie II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.85	Proteza całkowita w żuchwie I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.86	Proteza całkowita w żuchwie II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.87	Proteza szkieletowa z zatraskami bez kosztu zatrasku I etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.88	Proteza szkieletowa z zatraskami bez kosztu zatrasku II etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.89	Proteza szkieletowa I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.90	Proteza szkieletowa II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.91	WAX UP	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.92	WAX UP INTERDENT	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.93	Wkład koronowo - korzeniowy pełnoceramiczny I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.94	Wkład koronowo - korzeniowy pełnoceramiczny II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.95	Most adhezyjny - 1 punkt	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.96	Korona porcelanowa na cyrkonie metodą CAD/CAM lava everest	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.97	Korona porcelanowa na cyrkonie metodą CAD/CAM lava everest I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.98	Korona porcelanowa na cyrkonie metodą CAD/CAM lava everest II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.99	Zatrask Rhein 1 element	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki

8.100	Zatrask Bredent 1 element	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.101	Korona porcelanowa na metalu ze stopniem ceramicznym	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.102	Korona porcelanowa na metalu ze stopniem ceramicznym I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.103	Korona porcelanowa na metalu ze stopniem ceramicznym II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.104	Korona teleskopowa metalowa	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.105	Korona teleskopowa metalowa I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.106	Korona teleskopowa metalowa II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.107	Licówka porcelanowa boczna	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.108	Licówka porcelanowa boczna I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.109	Licówka porcelanowa boczna II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.110	Proteza overdenture na zatrasku ze złota I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.111	Proteza overdenture na zatrasku ze złota II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.112	Maska dziąsłowa Gradia	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.113	Maska dziąsłowa Gradia I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.114	Maska dziąsłowa Gradia II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.115	Kontrola i korekta ustawienia zębów w wosku	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.116	Kontrola i korekta metalu protezy szkieletowej	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.117	Szynoproteza	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.118	Wkład koronowy metalowy ONLAY INLAY OVERLAY	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.119	Wkład koronowy ze złota	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.120	Wkłady kulowe	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.121	Szyna ochronna sport	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.122	Szyna ochronna sport kolor	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.123	Wkład koronowo-korzeniowy srebro palladowy	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.124	Wkład koronowo-korzeniowy srebro palladowy Etap I	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.125	Wkład koronowo-korzeniowy srebro palladowy Etap II	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.126	Wkład koronowo-korzeniowy srebro palladowy składany	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.127	Wkład koronowo-korzeniowy srebro palladowy składany Etap I	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.128	Wkład koronowo-korzeniowy srebro palladowy składany Etap II	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.129	Modele dla celów diagnostycznych lub planowania lekarz	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.130	Wzmocnienie protezy łukiem	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.131	Wzmocnienie protezy siatką stalową	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.132	Wzmocnienie protezy siatką pozłacaną	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.133	Proteza overdenture na koronach teleskopowych Etap I	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.134	Proteza overdenture na koronach teleskopowych Etap II	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.135	Zamek ASC	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki

8.136	Badanie łukiem twarzowym i osadzenie w artykulatorze	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.137	Mikroproteza akrylowa	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.138	MOCK UP 1 łuk	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.139	MOCK UP 1 punkt	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.140	Wizualizacja efektu leczenia protetycznego na modelu	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.141	Wymiana teflonu	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.142	Korona kompozytowa pełna	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.143	Korona kompozytowa na włóknie szklanym	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.144	Korona pełnoceramiczna na cyrkonie	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.145	Korona pełnoceramiczna na cyrkonie I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.146	Korona pełnoceramiczna na cyrkonie II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.147	Korona pełnoceramiczna	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.148	Korona pełnoceramiczna I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.149	Korona pełnoceramiczna II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.150	Maryland uzupełnienie brakującego zęba - akryl	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
8.151	Maryland uzupełnienie brakującego zęba - kompozyt	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9. Ortodoncja				
<i>Usługa jest wykonywana przez Lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez Partnera Medycznego i obejmuje następujące usługi:</i>				
9.1.	Konsultacja ortodonta	NIE	TAK	TAK
9.2	Aparat grubołukowy Bi-helix, Quad - helix	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.3	Aparat blokowy z modyfikacją	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.4	Aparat Derishwailera	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.5	Aparat ortodontyczny ruchomy	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.6	Aparat stały - zamknięty metalowy 1 łuk	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.7	Aparat Stochfische	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.8	Jeden punkt aparatu metalowego przezroczystego	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.9	Jeden punkt aparatu metalowego stałego	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.10	Lip - bumper	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.11	Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana łuku	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.12	Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana śruby 1	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.13	Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana śruby 2	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.14	Naprawa aparatu ortodontycznego pęknięcie płyty	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.15	Naprawa aparatu ortodontycznego dorobienie elementu drucianego	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.16	Płytki Nancja	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.17	Płytki przedsiolkowa	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.18	Proca bródkowa	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.19	Przerzut podniebienny	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.20	Przerzut podniebienny NiTi	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.21	Retainer 1	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.22	Retainer 2	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki

9.23	Retainer 3	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.24	Konsultacja ortodonty w przebiegu leczenia aparatem ruchomym	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.25	Konsultacja ortodonty w przebiegu leczenia aparatem stałym	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.26	Wyciąg zewnętrzny	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.27	Zdjęcie aparatu ortodontycznego stałego	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.28	Wizyta z procą bródkową	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.29	Wizyta ze szlifowaniem guzków	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.30	Analiza zgryzu i opracowanie planu leczenia	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.31	Aparat blokowy	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.32	Jeden łuk aparatu stałego zamki porcelanowe	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.33	Jeden łuk aparatu stałego metalowego	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.34	Konsultacja ortodonty z wyciskiem	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.35	Naprawa aparatu dorobienie 1 elementu	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.36	Naprawa aparatu dorobienie 2 elementów	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.37	Naprawa aparatu dorobienie 3 elementów	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.38	Wizyta z płytą przedsionkową	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.39	Wizyta kontrolna w przebiegu leczenia aparatem ruchomym	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.40	Wizyta kontrolna w przebiegu leczenia aparatem stałym x 1	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.41	Wymiana zamka metalowego	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.42	Wymiana zamka porcelanowego	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.43	Łuk segmentowy 1/3	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.44	Łuk segmentowy 1/2	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.45	Wizyta kontrolna - aparat stały, zamki metalowe	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.46	Wizyta kontrolna - aparat stały, zamki kryształowe	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.47	Jeden łuk aparatu stałego zamki kryształowe	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.48	Jeden łuk aparatu stałego zamki metalowe	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.49	Aparat ruchomy - płyta Schwarza	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.50	Aparat stały - zamki estetyczne 1 łuk	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.51	Aparat Hyrax	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.52	Aparat pendulum	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.53	Aparat stały - zamki estetyczne część łuku 1	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.54	Aparat stały - zamki estetyczne część łuku 2	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.55	Aparat grubołurowy Bi-helix, Quad - helix I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.56	Aparat grubołurowy Bi-helix, Quad - helix II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.57	Aparat blokowy I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.58	Aparat blokowy II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.59	Aparat ruchomy - płyta Schwarza I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.60	Aparat ruchomy - płyta Schwarza II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.61	Aparat Hyrax I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki

9.62	Aparat Hyrax II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.63	Jeden łuk aparatu stałego zamki kryształowe I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.64	Jeden łuk aparatu stałego zamki kryształowe II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.65	Jeden łuk aparatu stałego zamki metalowe I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.66	Jeden łuk aparatu stałego zamki metalowe II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.67	Naprawa aparatu ortodontycznego	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.68	Aparat pendulum I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.69	Aparat pendulum II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.70	Aparat Nance	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.71	Kontrola retencji	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.72	Stripping - pionowe szlifowanie zębów 1 ząb	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.73	Wykonanie szyny nagryzowej akrylowej	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.74	Założenie wyciągu zewnątrzustnego	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.75	Wykonanie płytki retencyjnej	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.76	Założenie łuku retencyjnego - szczeka	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.77	Założenie łuku retencyjnego - zuchwa	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.78	Zdjęcie łuku retencyjnego	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.79	Aparat stały - zamki bezligaturowe metalowe 1 łuk	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.80	Aparat stały - zamki bezligaturowe estetyczne 1 łuk	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.81	Aparat TWIN - BLOCK	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.82	Aparat TWIN - BLOCK etap I	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.83	Aparat TWIN - BLOCK etap II	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.84	Wizyta kontrolna - aparat stały, zamki porcelanowe	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.85	Aparat Hassa	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.86	Utrzymywacz przestrzeni	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.87	Clear aligner wycisk	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.88	Clear aligner kontrola	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.89	Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana 1 łuku zamki ceramiczne	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.90	Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana 2 łuków zamki ceramiczne	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.91	Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana 1 łuku zamki metalowe	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.92	Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana 2 łuków zamki metalowe	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.93	Dodatkowy element ortodontyczny 1	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.94	Dodatkowy element ortodontyczny 2	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.95	Dodatkowy element ortodontyczny 3	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.96	Wymiana zamka estetycznego	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.97	Płytką przedsionkową - infant trainer	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.98	Aparat stały - zamki bezligaturowe Damona - estetyczne 1 łuk	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki

9.99	Aparat stały - zamki bezligaturowe Damona - metalowe 1 łuk	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.100	Wizyta kontrolna w przebiegu leczenia aparatem stałym z zamkami bezligaturowymi Damona - 1 łuk	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.101	Jeden łuk aparatu stałego zamki metalowe i kryształowe	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.102	Jeden łuk aparatu stałego zamki metalowe i kryształowe I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.103	Jeden łuk aparatu stałego zamki metalowe i kryształowe II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.104	Aparat Multi - P	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.105	Aparat wieloczynnościowy Rotator trzonowców	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.106	Aparat Ekspander	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.107	Aparat TWIN - BLOCK ze śrubą - zmodyfikowany	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.108	Aparat TWIN - BLOCK ze śrubą - zmodyfikowany etap I	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.109	Aparat TWIN - BLOCK ze śrubą - zmodyfikowany etap II	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.110	Zawias Herbsta	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.111	Zawias Herbsta etap I	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.112	Zawias Herbsta etap II	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.113	Dystalizer Carriere	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.114	Rozklinowanie typu Guray/OBC	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.115	Aparat stały fragmentaryczny	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.116	Aparat stały - zamki językowe 2D 1 łuk	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.117	Wymiana zamka metalowego językowego 2D	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.118	Wizyta kontrolna - aparat stały, zamki językowe 2D jeden łuk	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.119	Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana 1 łuku zamki językowe 2D	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.120	Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana 2 łuków zamki językowe 2D	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.121	Aparat MALU	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.122	Aparat grubołułkowy - łuk podniebienny	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.123	Aparat grubołułkowy - łuk językowy	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.124	Aparat stały 2x4 metalowy	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.125	Szyna akrylowa ortodontyczna	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.126	Korektor drugiej klasy	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.127	Jeden łuk aparatu stałego zamki językowe indywidualne	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.128	Jeden łuk aparatu stałego zamki językowe indywidualne Etap I	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.129	Wymiana łuku zamki językowe indywidualne	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.130	Wymiana zamka językowego indywidualnego	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.131	Jeden łuk aparatu stałego zamki językowe indywidualne Etap II	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.132	Aparat System Benefit etap I	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.133	Aparat System Benefit etap II	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.134	Aparat ortodontyczny elastyczny	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki

9.135	Zabieg separacji zębów	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.136	Wizyta kontrolna w przebiegu leczenia aparatem stałym częściowym	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.137	Przyklejenie zamka ortodontycznego metalowego	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.138	Przyklejenie zamka ortodontycznego kryształowego	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.139	Założenie łuku ortodontycznego	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.140	Aparat stały 2x4 estetyczny	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.141	Aparat stały 2x4 estetyczny I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.142	Aparat stały 2x4 estetyczny II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.143	Jeden łuk aparatu stałego zamki beznikłowe	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.144	Jeden łuk aparatu stałego zamki beznikłowe I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.145	Jeden łuk aparatu stałego zamki beznikłowe II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.146	Retencja łuk retencyjny 1 ząb	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.147	Planowanie leczenia ortognatycznego	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.148	Płytkoproteza dziecięca	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.149	Płytkoproteza dziecięca I Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.150	Płytkoproteza dziecięca II Etap	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.151	Retencja łuk retencyjny 6 zębów	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
9.152	Modele dla celów diagnostycznych lub planowania ortodonta	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
10.	Biostomatologia			
	<i>Usługa jest wykonywana przez Lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez Partnera Medycznego i obejmuje:</i>			
10.1	Badanie śliny za pomocą testu Saliva-Check Buffer (GC)	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
10.2	Badanie poziomu bakterii Streptococcus mutans w ślinie za pomocą Saliva-Check Mutans (GC)	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
10.3	Kontrola płytki nazębnej – Tri Plaque ID Gel (GC)	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
10.4	Test molekularno-biologiczny do oznaczania patogenów wywołujących periodontitis/periimplantitis metodą Real-Time PCR – PET standard (MIP PHARMA)	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
10.5	Test molekularno-biologiczny do oznaczania patogenów wywołujących periodontitis/periimplantitis metodą Real-Time PCR – PET plus (MIP PHARMA)	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
10.6	Test molekularno-biologiczny do oznaczania patogenów wywołujących periodontitis/periimplantitis metodą Real-Time PCR – PET deluxe (MIP PHARMA)	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
10.7	Infiltracja próchnicy – ICON (DMG)	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
10.8	Minimalnie inwazyjna terapia próchnicy z wykorzystaniem technologii szklanej hybrydy – EQUIA FORTE	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
10.9	Zastosowanie bioaktywnego substytutu zębiny – Biodentine (Septodont)	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki

10.10	Biorekonstrukcja utraconych tkanek zęba z zastosowaniem materiału ACTIVA (Pulpdent)	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
10.11	Rekonstrukcja utraconych tkanek zęba z wykorzystaniem BPA-free Gaenial	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
10.12	Miejskowe stosowanie MI VARNISH (GC) uwalniającego biodostępny wapń, fosforan i fluor	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
10.13	Terapia podtrzymująca z wykorzystaniem biodostępnego wapnia, fosforanu i fluoru – GC MI Paste Plus	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
10.14	Remineralizacja szkliwa preparatem Tooth Mousse	NIE	10 % zniżki	15 % zniżki
11.	Periodontologia			
	<i>Usługa jest wykonywana przez Lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez Partnera Medycznego i obejmuje następujące usługi:</i>			
11.1	Konsultacja specjalistyczna periodontologiczna	NIE	NIE	TAK
11.2	Leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej - ozonoterapia lekarz	NIE	NIE	15 % zniżki
11.3	Kiretaż zwykły w obrębie 1/4 łuku	NIE	NIE	15 % zniżki
11.4	Kiretaż otwarty w obrębie 1 zęba	NIE	NIE	15 % zniżki
11.5	Unieruchomienie zębów ligaturą drucianą - ząb	NIE	NIE	15 % zniżki
11.6	Unieruchomienie zębów szyną z kompozytu - 1 ząb	NIE	NIE	15 % zniżki
11.7	Unieruchomienie zębów szyną z kompozytu z dodatkowymi wzmocnieniami - 1 ząb	NIE	NIE	15 % zniżki
11.8	Zabieg wszczepiania Biomateriału 1	NIE	NIE	15 % zniżki
11.9	Zabieg wszczepiania Emdogain 1 ząb	NIE	NIE	15 % zniżki
11.10	Zabieg pokrycia obnażonych korzeni zębów	NIE	NIE	15 % zniżki
11.11	Założenie opatrunku periodontologicznego	NIE	NIE	15 % zniżki
11.12	Leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej - ozonoterapia higienistka	NIE	NIE	15 % zniżki
11.13	Zabieg wszczepiania Biomateriału 2	NIE	NIE	15 % zniżki
11.14	Zabieg wszczepiania Biomateriału 3	NIE	NIE	15 % zniżki
11.15	Zabieg wszczepiania Emdogain 2 zęby	NIE	NIE	15 % zniżki
11.16	Zabieg wszczepiania Emdogain 3 zęby	NIE	NIE	15 % zniżki
11.17	Gingiwooplastyka - w obrębie 1 zęba	NIE	NIE	15 % zniżki
11.18	Gingiwoosteoplastyka - w obrębie 1 zęba	NIE	NIE	15 % zniżki
11.19	Periodontologia Szynowanie szczęki i żuchwy	NIE	NIE	15 % zniżki
11.20	Periodontologia Wydłużenie korony zęba 2-korzeniowego	NIE	NIE	15 % zniżki
11.21	Periodontologia Wydłużenie korony zęba 1-korzeniowego	NIE	NIE	15 % zniżki
11.22	Periodontologia Sterowanie regeneracji kości	NIE	NIE	15 % zniżki

11.23	Periodontologia Przeszczep dziąsłowy - do 2 zębów	NIE	NIE	15 % zniżki
11.24	Laser biostymulacyjny stomatologiczny	NIE	NIE	15 % zniżki
11.25	Zabieg wszczepienia Nanobone - preparatu kośćcozastępczego	NIE	NIE	15 % zniżki
11.26	Test na nowotwór Vizilite plus	NIE	NIE	15 % zniżki
11.27	Root planning jeden łuk	NIE	NIE	15 % zniżki
11.28	Periodontologia Wydłużenie korony zęba (do 6 - ściu zębów)	NIE	NIE	15 % zniżki
11.29	Wykonanie testu na obecność patogenów wywołujących periodontitis /periimplantitis	NIE	NIE	15 % zniżki
11.30	Konsultacja specjalistyczna periodontologiczna wizyta kontrolna	NIE	NIE	15 % zniżki
11.31	Zabieg pokrycia obnażonych korzeni zębów okolicy 1 zęba	NIE	NIE	15 % zniżki
11.32	Zabieg pokrycia obnażonych korzeni zębów okolicy 2 zębów	NIE	NIE	15 % zniżki
11.33	Zabieg pokrycia obnażonych korzeni zębów okolicy 3 zębów	NIE	NIE	15 % zniżki
11.34	Periodontologia Tunelizacja	NIE	NIE	15 % zniżki
11.35	Opracowanie na piśmie planu i kosztów leczenia periodontologicznego	NIE	NIE	15 % zniżki
11.36	Kiretaż zwykły w obrębie 1 zęba	NIE	NIE	15 % zniżki
11.37	Root planning 1/2 łuku	NIE	NIE	15 % zniżki
11.38	Periodontologia Flap (1 ząb)	NIE	NIE	15 % zniżki
11.39	Zabieg aparatem Vector periodontologiczny 2 łuki	NIE	NIE	15 % zniżki
11.40	Zabieg aparatem Vector periodontologiczny 1 łuk	NIE	NIE	15 % zniżki
11.41	Zabieg aparatem Vector protetyczny 2 łuki	NIE	NIE	15 % zniżki
11.42	Zabieg aparatem Vector protetyczny 1 łuk	NIE	NIE	15 % zniżki
11.43	Zabieg aparatem Vector protetyczny 1 ząb (1 do 6 zębów)	NIE	NIE	15 % zniżki
12.	Implantologia			
	<i>Usługa jest wykonywana przez Lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez Partnera Medycznego i obejmuje następujące usługi:</i>			
12.1	Konsultacja specjalistyczna implantologiczna	NIE	NIE	TAK
12.2	Szyna implantologiczna z pozycjonerami tytanowymi	NIE	NIE	10 % zniżki
12.3	Odsłonięcie implantu ze śrubą gojącą 1 punkt	NIE	NIE	10 % zniżki
12.4	Założenie implantu mikro	NIE	NIE	10 % zniżki
12.5	Założenie implantu Astra	NIE	NIE	10 % zniżki
12.6	Założenie implantu Straumann	NIE	NIE	10 % zniżki
12.7	Usunięcie implantu mikro	NIE	NIE	10 % zniżki
12.8	Założenie implantu Astra i wspornika jednoetapowo	NIE	NIE	10 % zniżki
12.9	Założenie implantu BEGO	NIE	NIE	10 % zniżki
12.10	Usunięcie implantu stałego	NIE	NIE	10 % zniżki
12.11	Założenie implantu Dentium	NIE	NIE	10 % zniżki
12.12	Założenie implantu Neodent	NIE	NIE	10 % zniżki
12.13	Założenie implantu Straumann SL Active	NIE	NIE	10 % zniżki

12.14	Szyna implantologiczna szablon	NIE	NIE	10 % zniżki
12.15	Belka tytanowa na 6-ciu implantach	NIE	NIE	10 % zniżki
12.16	Belka cerkonowa na implantach 4 - 5 implantów	NIE	NIE	10 % zniżki
12.17	Belka cerkonowa na implantach 4 - 5 implantów I Etap	NIE	NIE	10 % zniżki
12.18	Belka cerkonowa na implantach 4 - 5 implantów II Etap	NIE	NIE	10 % zniżki
12.19	Belka cerkonowa na implantach 6 - 8 implantów	NIE	NIE	10 % zniżki
12.20	Belka cerkonowa na implantach 6 - 8 implantów I Etap	NIE	NIE	10 % zniżki
12.21	Belka cerkonowa na implantach 6 - 8 implantów II Etap	NIE	NIE	10 % zniżki
12.22	Lokator na implancie	NIE	NIE	10 % zniżki
12.23	Korona porcelanowa na implancie dwustrukturalna na stali	NIE	NIE	10 % zniżki
12.24	Korona porcelanowa na implancie dwustrukturalna na stali I Etap	NIE	NIE	10 % zniżki
12.25	Korona porcelanowa na implancie dwustrukturalna na stali II Etap	NIE	NIE	10 % zniżki
12.26	Most porcelanowy na implantach 1 łuk	NIE	NIE	10 % zniżki
12.27	Most porcelanowy na implantach 1 łuk I Etap	NIE	NIE	10 % zniżki
12.28	Most porcelanowy na implantach 1 łuk II Etap	NIE	NIE	10 % zniżki
12.29	Most akrylowy Toronto na implantach 1 łuk	NIE	NIE	10 % zniżki
12.30	Most akrylowy Toronto na implantach 1 łuk I Etap	NIE	NIE	10 % zniżki
12.31	Most akrylowy Toronto na implantach 1 łuk II Etap	NIE	NIE	10 % zniżki
12.32	Most porcelanowy na implantach z indywidualnymi koronami 1 pkt	NIE	NIE	10 % zniżki
12.33	Most porcelanowy na implantach z indywidualnymi koronami 1 pkt I Etap	NIE	NIE	10 % zniżki
12.34	Most porcelanowy na implantach z indywidualnymi koronami 1 pkt II Etap	NIE	NIE	10 % zniżki
12.35	Korona tymczasowa na implancie natychmiastowa wykonana przez technika	NIE	NIE	10 % zniżki
12.36	Korona tymczasowa na implancie natychmiastowa wykonana przez lekarza	NIE	NIE	10 % zniżki
12.37	Renowacja mostu akrylowego Toronto na implantach wymiana akrylu	NIE	NIE	10 % zniżki
12.38	Proteza na 4 implantach na lokatorach	NIE	NIE	10 % zniżki
12.39	Proteza na 4 implantach na lokatorach Etap I	NIE	NIE	10 % zniżki
12.40	Proteza na 4 implantach na lokatorach Etap II	NIE	NIE	10 % zniżki
12.41	Proteza na 4 implantach na belce	NIE	NIE	10 % zniżki
12.42	Proteza na 4 implantach na belce Etap I	NIE	NIE	10 % zniżki

12.43	Proteza na 4 implantach na belce Etap II	NIE	NIE	10 % zniżki
12.44	Proteza na 2 implantach na belce	NIE	NIE	10 % zniżki
12.45	Proteza na 2 implantach na belce I Etap	NIE	NIE	10 % zniżki
12.46	Proteza na 2 implantach na belce II Etap	NIE	NIE	10 % zniżki
12.47	Proteza na 2 implantach na lokatorach	NIE	NIE	10 % zniżki
12.48	Proteza na 2 implantach na lokatorach I Etap	NIE	NIE	10 % zniżki
12.49	Proteza na 2 implantach na lokatorach II Etap	NIE	NIE	10 % zniżki
13. Leczenie dysfunkcji czynnościowych narządu żucia				
<i>Usługa jest wykonywana przez Lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez Partnera Medycznego i obejmuje:</i>				
13.1	Szyna relaksacyjna miękka	NIE	NIE	10 % zniżki
13.2	Szyna relaksacyjna twarda	NIE	NIE	10 % zniżki
13.3	Szyna relaksacyjna NTI	NIE	NIE	10 % zniżki
13.4	Badanie łukiem twarzowym i osadzenie w artykulatorze z badaniem MDI	NIE	NIE	10 % zniżki
14. Stomatologia estetyczna				
<i>Usługa jest wykonywana przez Lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez Partnera Medycznego i obejmuje:</i>				
14.1	Likwidacja diastemy - za każdy ząb	NIE	NIE	10 % zniżki
14.2	Wybielanie zęba metodą wewnętrzną - 1 zabieg	NIE	NIE	10 % zniżki
14.3	Wybielanie grupy zębów metodą zewnętrzną - 1 łuk zębów	NIE	NIE	10 % zniżki
14.4	Wybielanie zębów metodą zewnętrzną - zestaw dodatkowy	NIE	NIE	10 % zniżki
14.5	Wybielanie zębów metodą zewnętrzną - 1 strzykawka	NIE	NIE	10 % zniżki
14.6	Wybielanie zębów Laser - Smile 1 łuk	NIE	NIE	10 % zniżki
14.7	Wybielanie zębów Laser - Smile 2 łuki	NIE	NIE	10 % zniżki
14.8	Wybielanie zębów Laser - Smile uzupełnienie	NIE	NIE	10 % zniżki
14.9	Wybielanie zębów metodą zewnętrzną - 1 strzykawka higienistka	NIE	NIE	10 % zniżki
14.10	Wybielanie zębów metodą zewnętrzną - zestaw dodatkowy higienistka	NIE	NIE	10 % zniżki
14.11	Wybielanie zębów lampa Beyond 1 łuk zębów	NIE	NIE	10 % zniżki
14.12	Wybielanie zębów lampa Beyond 2 łuki zębów	NIE	NIE	10 % zniżki
14.13	Wybielanie grupy zębów metodą zewnętrzną - 1 łuk zębów za pomocą lampy LED	NIE	NIE	10 % zniżki
15. Stomatologiczne badania rentgenowskie (wynik badania na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej Placówce medycznej)				
<i>Usługa obejmuje wykonanie w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez Partnera Medycznego, na skierowanie Lekarza z ww. placówek, następujących usług:</i>				
15.1	RTG punktowe zdjęcie zęba	TAK	TAK	TAK
15.2	Pantomogram	NIE	15 % zniżki	TAK
15.3	Gwarancja**	TAK	TAK	TAK

*Uwaga: W celu uzyskania świadczeń medycznych w ramach dyżuru stomatologicznego w sytuacji nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony zobowiązany jest: 1. skontaktować się z Infolinią Medyczną; 2. wykonać świadczenia medyczne w Placówce Medycznej wskazanej za pośrednictwem Infolinii Medycznej. W przypadku gdy w danej Placówce Medycznej nie można zrealizować świadczeń medycznych bezgotówkowo, pokrycie kosztów następuje zgodnie z obowiązującym w niej cennikiem; 3. złożyć w terminie 3 miesięcy od daty wykonania świadczenia medycznego wniosek o refundację dostępny na stronie www.interrisk.pl okazując również poniższe podstawowe dokumenty, o ile są w posiadaniu Ubezpieczonego: 1) oryginał lub kopię oryginału rachunku lub faktury za udzielone świadczenie medyczne zawierający następujące dane: imię i nazwisko lub nazwę podmiotu udzielającego świadczenia medycznego, dane Ubezpieczonego (imię, nazwisko, PESEL, adres zamieszkania), zakres wykonanych świadczeń medycznych, cenę jednostkową oraz kwotę należności ogółem, datę udzielenia świadczenia medycznego; W przypadku usług na rzecz dziecka, gdy faktura wystawiona jest na opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego w treści faktury lub rachunku powinny się znaleźć dane dziecka na rzecz, którego udzielono świadczenia medycznego; 2) specyfikację wystawioną przez Placówkę Medyczną, która udzieliła świadczenia medycznego wraz z nazwą tego świadczenia; 3) kopię dokumentacji medycznej dotyczącej zrealizowanego świadczenia medycznego. Partner Medyczny dokona zwrotu kosztów (Refundacji) na wskazany we wniosku o refundację numer rachunku bankowego w terminie do 30 dni od daty doręczenia kompletnego wniosku o refundację.	**Gwarancja Ubezpieczonemu przysługuje 24 miesięczna gwarancja na ostateczne wypełnienie zachowawcze zastosowane w zębach stałych. Warunkiem jej uzyskania jest realizacja w ambulatoryjnych Placówkach medycznych Partnera Medycznego wizyt kontrolnych co najmniej 1 raz w 12 miesięcznym okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia lub według indywidualnie ustalonego harmonogramu, oczyszczanie zębów z kamienia i osadu oraz fluoryzacja 1 raz w 12 miesięcznym okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia, lub według indywidualnie ustalonego harmonogramu w ambulatoryjnych Placówkach Partnera Medycznego, przestrzeganie zaleceń Lekarza stomatologa, utrzymywanie stanu higieny jamy ustnej wg zaleceń Lekarza stomatologa i/ lub higienistki. Uwaga: Gwarancji nie podlegają stany powstałe w wyniku: nieprzestrzegania zaleceń wizyt kontrolnych i profilaktycznych, nieprzestrzegania zaleceń Lekarza stomatologa, urazów mechanicznych, nieszczęśliwych wypadków, braków zębowych w odcinkach bocznych (brak stref podparcia), starcia patologicznego (bruksizmu) lub innych zaburzeń czynnościowych narządu żucia, fizjologicznego zaniku kości i zmian w przyzębiu, współistniejących schorzeń ogólnych mających wpływ na układ stomatognatyczny (cukrzyca, osteoporoza, padaczka, przebyta radioterapia i chemioterapia), wypełnień traktowanych jako tymczasowe (np. założonych do czasu wykonania pracy protetycznej). Pakiet 4, 5 i 6 nie obejmuje usług wykonanych w znieczuleniu ogólnym.
---	---

52

1. W ubezpieczeniu Opieka Stomatologiczna, świadczenia medyczne udzielane są Ubezpieczonemu w placówkach medycznych Partnera Medycznego.
2. W ramach ubezpieczenia Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) skontaktować się z Infolinią Medyczną celem uzgodnienia preferowanego terminu realizacji świadczenia medycznego;
 - 2) zastosować się do zaleceń i wskazówek personelu medycznego Partnera Medycznego w zakresie uzasadnionym realizowanym świadczeniem medycznym;
 - 3) odwołać zarezerwowane wizyty na świadczenia medyczne w przypadku braku możliwości lub potrzeby skorzystania z nich w umówionym terminie.
3. Koszty świadczeń medycznych pokrywane są przez InterRisk bezpośrednio na rachunek Partnera Medycznego udzielającego świadczenie.
4. Świadczenia medyczne udzielane są w godzinach pracy poszczególnych placówek medycznych Partnera Medycznego.
5. Koszty połączeń Ubezpieczony ponosi we własnym zakresie.

53

1. W ubezpieczeniu Opieka Stomatologiczna Ubezpieczonemu przysługuje zwrot poniesionych kosztów świadczeń medycznych, objętych zakresem ubezpieczenia i określonych

w Tabeli nr 2 niniejszego Załącznika, udzielanych Ubezpieczonemu w placówkach medycznych innych niż w placówkach medycznych Partnera Medycznego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 poniżej.

2. W ramach ubezpieczenia Ubezpieczonemu przysługuje zwrot poniesionych kosztów świadczeń medycznych z zachowaniem limitów cenowych określonych za poszczególne świadczenia medyczne zawarte w posiadanym przez Ubezpieczonego pakiecie i określone w Tabeli nr 2 w kolumnie „Refundacja kosztów” do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.
3. W ubezpieczeniu Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) skontaktować lub zgłosić się do dowolnego podmiotu wykonującego działalność leczniczą na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w celu uzyskania świadczenia medycznego;
 - 2) pokryć koszty udzielonych świadczeń medycznych;
 - 3) złożyć zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w dowolnej jednostce organizacyjnej InterRisk, nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia zajścia zdarzenia lub uzyskania o nim informacji.
4. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia powinno zawierać poniższe podstawowe informacje:
 - 1) imię i nazwisko lub nazwę i adres Ubezpieczającego;
 - 2) imię i nazwisko, adres Ubezpieczonego;
 - 3) datę wypadku oraz szczegółowy opis okoliczności jego zaistnienia.
5. W celu ustalenia odpowiedzialności InterRisk Ubezpieczający lub Ubezpieczony zobowiązany jest okazać InterRisk poniższe podstawowe dokumenty, o ile są w posiadaniu zgłaszającego roszczenie:
 - 1) oryginał lub kopię oryginału imiennych rachunków lub faktur za udzielone świadczenie medyczne zawierający następujące dane: imię i nazwisko lub nazwę podmiotu udzielającego świadczenia medycznego, dane Ubezpieczonego (imię, nazwisko, PESEL, adres zamieszkania), zakres wykonanych świadczeń medycznych, cenę jednostkową oraz kwotę należności ogółem, datę udzielenia świadczenia;
 - 2) inne dokumenty określone w postanowieniach dodatkowych lub odmiennych wprowadzonych do umowy ubezpieczenia lub w piśmie skierowanym do Ubezpieczonego w trybie określonym w ust. 9 poniżej.
6. InterRisk może uzyskać odpłatnie od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, 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 wysokości tego świadczenia, w zakresie określonym w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
7. Wystąpienie InterRisk o informację, o której mowa w ust. 6 powyżej, wymaga zgody Ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, albo jego przedstawiciela ustawowego.
8. InterRisk może uzyskać odpłatnie od Narodowego Funduszu Zdrowia dane o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia jego odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia. Wystąpienie InterRisk o te informacje wymaga zgody Ubezpieczonego albo jego przedstawiciela ustawowego.
9. 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.
10. 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, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.
11. InterRisk ma prawo do zasięgania opinii lekarzy i weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego dokumentów związanych z ustaleniem zasadności i wysokości świadczenia.
12. InterRisk wypłaca 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.
13. Świadczenie może być wypłacone przelewem bankowym.
14. Świadczenie wypłacane jest w złotych polskich.
15. InterRisk spełnia świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu objętym ubezpieczeniem.
16. Jeżeli w terminie określonym w ust. 15 powyżej 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 było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia InterRisk wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu objętym ubezpieczeniem.

17. Jeżeli w terminie określonym w ust. 15 powyżej 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.
18. 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. 15 lub 16, 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.

Załącznik nr 6

do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia PULS ZDROWIA zatwierdzonych uchwałą nr 01/20/01/2026 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 20.01.2026 roku

Jakie świadczenia obejmuje ubezpieczenie Profilaktyka Zdrowotna?

UBEZPIECZENIE PROFILAKTYKA ZDROWOTNA

§1

1. W ubezpieczeniu Profilaktyka Zdrowotna, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 6) OWU, zakresem ubezpieczenia objęte są koszty świadczeń medycznych poniesione w okresie ubezpieczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, określone w Tabeli nr 4 poniżej.
2. W ubezpieczeniu Profilaktyka Zdrowotna Ubezpieczony może skorzystać ze świadczeń medycznych określonych w Tabeli nr 4 poniżej raz w okresie ubezpieczenia.
3. Przed skorzystaniem ze świadczeń medycznych określonych w Tabeli nr 4 poniżej, Ubezpieczony wypełnia ankietę profilaktyczną, którą przekazuje do Centrum Medycyny Koordynowanej.
4. Po skorzystaniu ze świadczeń medycznych określonych w Tabeli nr 4 poniżej, Ubezpieczony:
 - 1) otrzyma od Centrum Medycyny Koordynowanej podsumowanie całości badań wraz z zaleceniami;
 - 2) może skorzystać z e-konsultacji w okresie ubezpieczenia.

Tabela nr 4

L.p.	Świadczenia medyczne:	PAKIEŃ 1 PRZEGLĄD ZDROWIA 24 H	PAKIEŃ 2 KOBIEŃ 24 H	PAKIEŃ 3 MĘŻCZYZNA 24 H
1.	Badania laboratoryjne			
1.1	Mocz - badanie ogólne	TAK	TAK	TAK
1.2	Morfologia z rozmazem automatycznym	TAK	TAK	TAK
1.3	Aminotransferaza alaninowa (ALT)	TAK	TAK	TAK
1.4	Aminotransferaza asparaginianowa (AST)	TAK	TAK	TAK
1.5	Białko C-reaktywne (CRP) – ilościowe	TAK	TAK	TAK
1.6	Czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)	NIE	TAK	TAK
1.7	Czas protrombinowy (PT)/ wskaźnik Quicka/, (INR)	NIE	TAK	TAK
1.8	Czas trombinowy (TT) w osoczu	NIE	TAK	TAK
1.9	Fibrynogen	NIE	TAK	TAK
1.10	Glukoza	TAK	TAK	TAK
1.11	Kortyzol rano	NIE	TAK	TAK
1.12	Kreatynina w surowicy	TAK	TAK	TAK
1.13	Kwas moczowy w surowicy	TAK	TAK	TAK
1.14	Lipidogram (CHOL, HDL, TG, LDL wyl.)	TAK	TAK	TAK

1.15	Magnez w surowicy	TAK	TAK	TAK
1.16	Mocznik w surowicy	TAK	TAK	TAK
1.17	Potas w surowicy	TAK	TAK	TAK
1.18	Prolaktyna (PRL)	TAK	TAK	NIE
1.19	PSA całkowity	NIE	NIE	TAK
1.20	Sód w surowicy	TAK	TAK	TAK
1.21	Testosteron	NIE	NIE	TAK
1.22	Tyreotropina (TSH) trzeciej generacji	TAK	TAK	TAK
1.23	Wapń całkowity w surowicy	TAK	TAK	TAK
2.	Diagnostyka obrazowa			
2.1	USG jamy brzusznej	TAK	TAK	TAK
2.2	USG tarczycy	TAK	TAK	TAK
2.3	USG ginekologiczne transwaginalne	NIE	TAK	NIE
2.4	USG piersi	NIE	TAK	NIE
2.5	USG układu moczowego z oceną prostaty	NIE	NIE	TAK
2.6	RTG klatki piersiowej	NIE	TAK	TAK
3.	Diagnostyka kardiologiczna			
3.1	EKG spoczynkowe (badanie + opis)	TAK	TAK	TAK
3.2	Echo serca (USG serca)	TAK	TAK	TAK
4.	Pozostałe badania			
4.1	Cytologia ginekologiczna	NIE	TAK	NIE
5.	Konsultacje specjalistyczne			
5.1	Konsultacja ginekologa	NIE	TAK	NIE
5.2	Konsultacja kardiologa	NIE	TAK	TAK
5.3	Konsultacja okulisty	NIE	TAK	TAK
5.4	Konsultacja urologa	NIE	NIE	TAK
6.	Podsumowanie			
6.1	Wizyta podsumowująca u internisty prowadzącego (60 minut)	TAK	TAK	TAK
6.2	Indywidualna opieka Specjalisty ds. Programów Profilaktycznych	TAK	TAK	TAK

§2

1. W ubezpieczeniu Profilaktyka Zdrowotna, świadczenia medyczne określone w Tabeli nr 4, na zlecenie InterRisk organizowane są za pośrednictwem Centrum Medycyny Koordynowanej.
2. W ramach ubezpieczenia Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) skontaktować się z Centrum Medycyny Koordynowanej celem uzgodnienia preferowanego terminu realizacji świadczenia medycznego;
 - 2) zastosować się do zaleceń i wskazówek personelu Centrum Medycyny Koordynowanej w zakresie uzasadnionym realizowanym świadczeniem medycznym;
 - 3) wypełnić ankietę profilaktyczną i przekazać do Centrum Medycyny Koordynowanej;
 - 4) odwołać zarezerwowane wizyty na świadczenia medyczne w przypadku braku możliwości lub potrzeby skorzystania z nich w umówionym terminie.
3. Koszty świadczeń medycznych pokrywane są przez InterRisk bezpośrednio na rachunek Centrum Medycyny Koordynowanej, udzielającej świadczenie.
4. Świadczenia medyczne udzielane są w godzinach pracy poszczególnych podmiotów wykonujących działalność lekarską.
5. Świadczenia medyczne, po zgłoszeniu konieczności ich udzielenia zgodnie z ust. 2 realizowane są w Warszawie, Krakowie, Łodzi, Wrocławiu, Poznaniu, Gdańsku, Gdyni, Sopocie, Szczecinie, Bydgoszczy, Lublinie, Białymstoku, Katowicach, Częstochowie, Radomiu, Sosnowcu, Toruniu, Kielcach, Rzeszowie, Olsztynie.
6. Koszty połączeń i usług internetowych Ubezpieczony ponosi we własnym zakresie.

Załącznik nr 7
do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia PULS ZDROWIA zatwierdzonych uchwałą
nr 01/20/01/2026 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 20.01.2026 roku

Jakie świadczenia obejmuje ubezpieczenie Konsylium w Poważnej Chorobie?

UBEZPIECZENIE KONSYLIIUM W POWAŻNEJ CHOROBI

§1

W ubezpieczeniu Konsylium w Poważnej Chorobie, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 7) OWU, InterRisk za pośrednictwem Centrum Medycyny Koordynowanej organizuje i pokryje koszt:

- 1) Drugiej Opinii Lekarskiej Krajowej lub
- 2) Drugiej Opinii Lekarskiej Zagranicznej;
- 3) 5 e-konsultacji lekarskich specjalistycznych z Lekarzem Konsultantem;
- 4) Koordynacji Procesu Leczenia;
- 5) e-recepty;

pod warunkiem zdiagnozowania u Ubezpieczonego po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej w InterRisk jednej z Poważnych Chorób, o których mowa w §2 pkt 51) OWU, z zastrzeżeniem §6 ust. 10 OWU.

§2

1. W ramach ubezpieczenia Ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się z Centrum Medycyny Koordynowanej.
2. Centrum Medycyny Koordynowanej na podstawie przesłanej dokumentacji medycznej i z uwzględnieniem specyfiki jednej z Poważnych Chorób zdiagnozowanych u Ubezpieczonego dokonuje wyboru Lekarza Konsultanta.
3. InterRisk za pośrednictwem Centrum Medycyny Koordynowanej dostarczy Ubezpieczonemu lub osobie przez niego upoważnionej Drugą Opinię Lekarską Krajową w ciągu 15 dni roboczych od daty otrzymania wszystkich dokumentów niezbędnych do realizacji świadczenia przez Centrum Medycyny Koordynowanej.
4. InterRisk za pośrednictwem Centrum Medycyny Koordynowanej dostarczy Ubezpieczonemu lub osobie przez niego upoważnionej Drugą Opinię Lekarską Zagraniczną w ciągu 25 dni roboczych od daty otrzymania wszystkich dokumentów niezbędnych do realizacji świadczenia przez Centrum Medycyny Koordynowanej.
5. Warunkiem skorzystania ze wsparcia w ramach Koordynacji Procesu Leczenia jest uprzednie otrzymanie przez Ubezpieczonego Drugiej Opinii Lekarskiej Krajowej lub Drugiej Opinii Lekarskiej Zagranicznej.
6. W celu skorzystania przez Ubezpieczonego z e-konsultacji lekarskich specjalistycznych z Lekarzem Konsultantem należy dysponować:
 - 1) telefonem stacjonarnym lub komórkowym;
 - 2) w przypadku videokonsultacji:
 - a) urządzeniem z dostępem do sieci Internet z systemem operacyjnym Microsoft Windows, iOS lub Android i minimalną prędkością łącza 1 Mbps,
 - b) zainstalowaną aktualną wersją przeglądarki internetowej z włączoną obsługą aplikacji niezbędnych do poprawnego połączenia z systemem teleinformatycznym,
 - c) aktywnym adresem e-mail.
7. W celu skorzystania z e-recepty, Ubezpieczony powinien posiadać Profil Zaufany (ePUAP) i zalogować się do Internetowego Konta Pacjenta na rządowym portalu www.pacjent.gov.pl aby zweryfikować swój numer telefonu oraz adres e-mail.
8. Wystawiona i cyfrowo podpisana przez lekarza Centrum Medycyny Koordynowanej e-recepta przekazywana jest Ubezpieczonemu drogą elektroniczną jako wiadomość e-mail lub SMS z 4-cyfrowym kodem.
9. E-recepta jest realizowana przez Ubezpieczonego w aptece, w której farmaceuta skanuje kod z wydruku e-mail lub kod z wiadomości SMS i wydaje przepisane leki.
10. Koszty połączeń i usług internetowych Ubezpieczony ponosi we własnym zakresie.

Załącznik nr 8
do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia PULS ZDROWIA zatwierdzonych uchwałą
nr 01/20/01/2026 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 20.01.2026 roku

Jakie świadczenia obejmuje ubezpieczenie Assistance Medycznej?

UBEZPIECZENIE ASSISTANCE MEDYCZNY

§1

W ubezpieczeniu Assistance Medycznej, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 8) OWU, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance organizuje i pokryje koszty świadczeń określonych w Tabeli nr 5, poniesionych w okresie ubezpieczenia na terytorium Rzeczypospolitej

Polskiej do wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt 1.1, 1.2, 1.6, 2, 3 Tabeli nr 5.

Tabela nr 5

L.p.	Zakres świadczeń	
1.	Pomoc medyczna	
1.1.	Wizyta lekarza Centrum Assistance	w przypadku choroby, bądź nieszczęśliwego wypadku, które są objęte ochroną ubezpieczeniową oraz 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, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance organizuje i pokryje koszty dojazdu lekarza Centrum Assistance oraz jego honorarium za wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego lub zorganizuje i pokryje koszty wizyty lekarskiej w placówce medycznej. InterRisk pokrywa łączne koszty do wysokości 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia;
1.2.	Wizyta pielęgniarki	w przypadku choroby – bądź nieszczęśliwego wypadku, które są objęte ochroną ubezpieczeniową, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie, organizuje i pokryje koszt dojazdu pielęgniarki oraz jej honorarium za wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego. InterRisk pokrywa koszty 7 wizyt, które łącznie nie mogą przekroczyć 48 godzin pobytu pielęgniarki u Ubezpieczonego w odniesieniu do jednego zdarzenia;
1.3.	Dostawa leków przepisanych przez lekarza	jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową i w następstwie którego zgodnie z zaświadczeniem lekarskim chory powinien leżeć, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, organizuje i pokryje koszt transportu leków przepisanych przez lekarza prowadzącego leczenie do miejsca pobytu Ubezpieczonego;
1.4.	Transport medyczny do placówki medycznej	jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, organizuje i pokryje koszt transportu z miejsca pobytu Ubezpieczonego do placówki medycznej, o ile z uwagi na stan zdrowia Ubezpieczonego i rodzaj wymaganej pomocy medycznej nie może on samodzielnie dotrzeć do placówki medycznej;
1.5.	Transport medyczny z placówki medycznej do miejsca pobytu Ubezpieczonego	jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego przebywał w placówce medycznej, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, organizuje i pokryje koszt odpowiedniego środka transportu zalecanego przez lekarza prowadzącego leczenie, o ile z uwagi na stan zdrowia Ubezpieczonego i rodzaj wymaganej pomocy medycznej nie może on samodzielnie dotrzeć do miejsca pobytu, do którego zamierza się udać;
1.6.	Pomoc psychologiczna	jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, InterRisk na zlecenie lekarza organizuje i pokryje koszt wizyty u psychologa. InterRisk pokrywa koszt maksymalnie 3 wizyt w odniesieniu do jednego zdarzenia.
2.	Opieka nad dziećmi	jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego nastąpił jego pobyt w szpitalu, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, organizuje i pokryje koszt opieki nad dziećmi w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego do kwoty 200 zł za dzień, maksymalnie do 3 dni w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku. Świadczenie realizowane jest na wniosek Ubezpieczonego i na podstawie pisemnej zgody Ubezpieczonego oraz w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego nie ma żadnej osoby, która mogłaby zapewnić opiekę nad dziećmi; Usługa obejmuje opiekę sprawowaną przez opiekunkę, która w ramach prowadzonej działalności gospodarczej świadczy usługi opieki nad dziećmi. Usługa świadczona w miejscu zamieszkania dzieci przez 24 godziny na dobę.

3.	Opieka nad kotami i psami	jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego nastąpił jego pobyt w szpitalu, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt opieki nad kotami i psami w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego, maksymalnie do 3 dni i kwoty 300 zł w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku. Usługa obejmuje realizację przewozu psów i kotów Ubezpieczonego do wyznaczonej przez Ubezpieczonego osoby lub do placówki zapewniającej całodobową opiekę nad zwierzętami oraz pokrycie kosztów tego przewozu i pobytu.
-----------	----------------------------------	--

§2

- Warunkiem skorzystania ze świadczeń objętych ubezpieczeniem jest kontakt z Centrum Assistance i przekazanie następujących informacji:
 - imię i nazwisko lub nazwę i adres Ubezpieczającego;
 - imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - adres zamieszkania Ubezpieczonego;
 - krótki opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy;
 - numer telefonu kontaktowego do Ubezpieczonego.
- W razie powstania zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia, na wniosek Centrum Assistance, Ubezpieczony zobowiązany jest przedstawić lekarzom Centrum Assistance posiadane: zaświadczenia medyczne, skierowania, zwolnienia lekarskie, dokumenty medyczne, recepty a także okazać oryginały lub kopie oryginałów rachunków lub faktur i dowody zapłaty – w zakresie, w jakim te dokumenty i informacje są niezbędne do ustalenia zakresu odpowiedzialności InterRisk.
- Koszty połączeń Ubezpieczony ponosi we własnym zakresie.

Załącznik nr 9

do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia PULS ZDROWIA zatwierdzonych uchwałą nr 01/20/01/2026 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 20.01.2026 roku

Jakie świadczenia obejmuje ubezpieczenie e-Rehabilitacja?

UBEZPIECZENIE E-REHABILITACJA

§1

- W ubezpieczeniu e-Rehabilitacja, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 9) OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej oraz §6 ust. 12 OWU, InterRisk za pośrednictwem Centrum Medycyny Koordynowanej w ciągu trwania okresu ubezpieczenia zorganizuje i pokryje koszt:
 - rehabilitacji domowej, polegającej na:
 - realizacji wizyty wstępnej i ocenie potrzeb rehabilitacji Ubezpieczonego (czas trwania około godziny),
 - realizacji 12 sesji rehabilitacji (czas trwania 30 minut) w domu Ubezpieczonego obejmującej techniki manualne (nie wymagające zastosowania sprzętu rehabilitacyjnego i technicznego) oraz ćwiczenia Ubezpieczonego pod nadzorem rehabilitanta;
 - e-rehabilitacji obejmującej:
 - wizytę wstępną (w Centrum Medycyny Koordynowanej lub domu Ubezpieczonego) i ocenę potrzeb rehabilitacji Ubezpieczonego, instalację systemu telerehabilitacji (aparatury sterująco – telemonitorującej) oraz wyjaśnienie funkcjonowania tego systemu (czas trwania około 2 godzin),
 - codzienne sesje e-rehabilitacji (czas trwania 30 minut) przez okres 30 dni pod nadzorem fizjoterapeuty,
 - wizytę kontrolną i przeprowadzenie oceny stanu zdrowia Ubezpieczonego i ustalenie ewentualnych dalszych potrzeb w zakresie rehabilitacji.
- Świadczenia, o których mowa w ust. 1 przysługują w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej jednego z następujących schorzeń:
 - urazów nie pozwalających na samodzielne poruszenie się;
 - udarów i innych chorób neurologicznych nie pozwalających na samodzielne poruszanie się;
 - zespołu bólowego kręgosłupa/rwy kulszowej;
 - zawału serca.

§2

- W ubezpieczeniu e-Rehabilitacja, świadczenia medyczne udzielane są Ubezpieczonemu za pośrednictwem Centrum Medycyny Koordynowanej.
- W ramach ubezpieczenia Ubezpieczony zobowiązany jest:

- skontaktować się z Centrum Medycyny Koordynowanej celem uzgodnienia preferowanego terminu realizacji świadczenia medycznego;
- zastosować się do zaleceń i wskazówek personelu Centrum Medycyny Koordynowanej w zakresie uzasadnionym realizowanym świadczeniem medycznym;
- odwołać zarezerwowane wizyty lekarskie w przypadku braku możliwości lub potrzeby skorzystania z nich w umówionym terminie.
- Centrum Medycyny Koordynowanej każdorazowo dopasowuje rodzaj e-Rehabilitacji do rodzaju schorzenia, o którym mowa w §1 ust. 2 niniejszego Załącznika.
- W celu realizacji e-rehabilitacji, Ubezpieczonemu udostępniany jest, po opłaceniu zwrotnej kaucji przez Ubezpieczonego, system telerehabilitacji (aparatura sterująco-telemonitorująca), za wyjątkiem odbiornika TV lub innego niezbędnego sprzętu IT, który jest potrzebny do realizacji rehabilitacji ruchowej i neurologicznej.
- System telerehabilitacji, o którym mowa w ust. 4 powyżej stanowi własność Centrum Medycyny Koordynowanej i jest udostępniany Ubezpieczonemu na zasadach dzierżawy/najmu. Ubezpieczony zobowiązany jest do użytkowania tego systemu zgodnie z jego przeznaczeniem oraz załączoną do tego systemu instrukcją obsługi.
- System telerehabilitacji, o którym mowa w ust. 4 powyżej winien być zwrócony do Centrum Medycyny Koordynowanej w terminie nieprzekraczającym 14 dni od daty zakończenia e-rehabilitacji.
- Koszt wysyłki i odbioru, a także koszt zwrotnej kaucji za system telerehabilitacji, o którym mowa w ust. 4 powyżej, Ubezpieczony ponosi we własnym zakresie.
- Koszty połączeń i usług internetowych Ubezpieczony ponosi we własnym zakresie.

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

Informacja zgodna z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej „RODO”.

Administrator danych osobowych

Administratorem Państwa danych osobowych jest InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (00-668), ul. Noakowskiego 22 (dalej jako „Administrator”, „InterRisk” lub „My”). Z InterRisk mogą się Państwo skontaktować:

- poprzez adres e-mail: korespondencja@interrisk.pl;
- telefonicznie pod numerem: +48 22 575 25 25;
- pisemnie na adres: ul. Noakowskiego 22, 00-668 Warszawa.

Inspektor ochrony danych

Wyzaczyliśmy inspektora ochrony danych, z którym mogą się Państwo skontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych:

- poprzez adres e-mail: iod@interrisk.pl;
- pisemnie na adres: ul. Noakowskiego 22, 00-668 Warszawa.

Cele przetwarzania oraz podstawa prawna przetwarzania

Państwa dane możemy przetwarzać w poniższych celach:

- 1. Wykonanie umowy ubezpieczenia**
Podstawa prawna: niezbędność przetwarzania danych do zawarcia i wykonywania umowy (art. 6 ust. 1 lit. b) RODO);
- 2. Ewentualne dochodzenie roszczeń lub obrona przed roszczeniami w związku z zawartą z Państwem umową ubezpieczenia**
Podstawa prawna: prawnie uzasadniony interes Administratora (art. 6 ust. 1 lit. f) RODO). Naszym prawnie uzasadnionym interesem jest możliwość dochodzenia lub obrony przed roszczeniami;
- 3. Ewentualne podejmowanie czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym, w tym wypłatom nienależnych świadczeń**
Podstawa prawna: prawnie uzasadniony interes Administratora (art. 6 ust. 1 lit. f) RODO), wynikający wprost z przepisów prawa. Naszym prawnie uzasadnionym interesem jest zapobieganie i ściganie przestępstw popełnianych na naszą szkodę;
- 4. Realizacja obowiązków nałożonych na Administratora danych przez przepisy prawa (takie jak przepisy podatkowe lub przepisy o rachunkowości)**
Podstawa prawna: obowiązek prawny ciążyący na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c) RODO);
- 5. Reasekuracja ryzyka**
Podstawa prawna: prawnie uzasadniony interes Administratora (art. 6 ust. 1 lit. f) RODO). Naszym prawnie uzasadnionym interesem jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawartą z Państwem umową;
- 6. Likwidacja szkody**
Podstawa prawna: realizacja zawartej umowy (art. 6 ust. 1 lit. b) RODO);
- 7. Marketingu usług własnych i otrzymywanie informacji handlowej**
Podstawa prawna: zgoda Klienta (art. 6 ust. 1 lit. a) RODO). Osoba, która otrzymuje korespondencję wyraziła na to zgodę;
- 8. Wysyłka dokumentów dotyczących umowy ubezpieczenia tj. dokumentu OWU i informacji o produkcie**
Podstawa prawna: zgoda Klienta (art. 6 ust. 1 lit. a) RODO). Osoba, która otrzymuje korespondencję wyraziła na to zgodę;
- 9. Otrzymanie informacji o ofercie kontynuacji ubezpieczenia**
Podstawa prawna: zgoda Klienta (art. 6 ust. 1 lit. a) RODO). Osoba, która otrzymuje korespondencję wyraziła na to zgodę;
- 10. Otrzymywania informacji o stanie płatności składki ubezpieczeniowej**
Podstawa prawna: zgoda Klienta (art. 6 ust. 1 lit. a) RODO). Osoba, która otrzymuje korespondencję wyraziła na to zgodę.
Podstawa prawna: obowiązek prawny zakładu ubezpieczeń (art. 6 ust. 1 lit. c) RODO);
- 11. Obsługa klientów i interesantów za pośrednictwem infolinii** – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do świadczenia usługi (art. 6 ust. 1 lit. b) RODO);
- 12. Komunikacja i rozwiązywanie sprawy**, której dotyczy korespondencja kierowana do Administratora za pośrednictwem poczty e-mail lub tradycyjnej korespondencji, lub rozmowy telefonicznej, niezwiązanej z usługami świadczonymi na rzecz nadawcy wiadomości e-mail bądź listu czy też telefonującego, lub inną zawartą z nim umową –

podstawą prawną przetwarzania jest uzasadniony interes Administratora (art. 6 ust. 1 lit. f) RODO) polegający na prowadzeniu korespondencji kierowanej do niego w związku z jego działalnością gospodarczą i rozwiązywania zgłoszonej sprawy związanej z prowadzoną przez niego działalnością gospodarczą;

- 13. Realizacja obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu** – podstawą prawną jest obowiązek prawny ciążyący na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c) RODO).

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do zawarcia i realizacji niniejszej umowy ubezpieczenia.

Okres przechowywania danych

Państwa dane osobowe będziemy przechowywać:

- aż przedawnią się roszczenia z tytułu szkody będącej przedmiotem prowadzonego postępowania likwidacyjnego lub
- aż wygaśnie obowiązek przechowywania danych wynikający z przepisów prawa, w szczególności obowiązek przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia i przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu;
- dane przetwarzane za Twoją zgodą do momentu wycofania zgody. Dane przetwarzane i przechowywane do momentu wycofania Twojej zgody przetwarzane są zgodnie z prawem.

Przestaniemy przetwarzać Państwa dane na podstawie prawnie uzasadnionego interesu Administratora, jeżeli zgłoszą Państwo sprzeciw wobec przetwarzania Państwa danych w tych celach. Nie ma to zastosowania, gdy wykazemy istnienie ważnych prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec Państwa interesów, praw i wolności lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.

Zgłoszenie sprzeciwu nie oznacza jednak, że usuniemy wszystkie dane. W szczególności dalsze przechowywanie danych może mieć jeszcze miejsce przez okres przedawnienia roszczeń.

Odbiorcy danych

Z uwagi na charakter przetwarzania Państwa dane osobowe możemy przekazywać w niezbędnym zakresie zakładom reasekuracji, a także innym podmiotom, takim jak operatorzy ocztowi, operatorzy wybranych przez Państwa sposobów płatności czy podmioty świadczące usługi w zakresie likwidacji szkód.

Ponadto, Państwa dane możemy przekazywać podmiotom przetwarzającym dane osobowe na nasze zlecenie, m.in. dostawcom usług IT, przetwarzającym dane w celu dochodzenia lub obrony przed roszczeniami, agencjom marketingowym, agentom ubezpieczeniowym, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności oraz podmiotom archiwizującym lub usuwającym dane. Takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z nami i wyłącznie zgodnie z naszymi poleceniami.

Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.

Prawa osoby, której dane dotyczą

Przysługuje Państwu prawo do:

- dostępu do Państwa danych, w tym otrzymania ich kopii;
- żądania sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych;
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych osobowych (w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Administratora);
- przenoszenia danych osobowych (w zakresie, w jakim Państwa dane są przetwarzane w sposób zautomatyzowany i przetwarzanie to odbywa się na podstawie zgody lub na podstawie zawartej z Administratorem umowy), tj. do otrzymania od Administratora Państwa danych osobowych w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego). Mogą Państwo przesłać te dane innemu administratorowi danych;
- wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tzn. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Prosimy, aby Państwo skontaktowali się z nami lub z inspektorem ochrony danych, jeżeli chcą Państwo skorzystać z tych praw. Dane kontaktowe wskazaliśmy powyżej.

INFORMACJA O CHARAKTERZE WYNAGRODZENIA

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.

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.

