

Ubezpieczenie **BENEFIT COMPLEX PLUS**



Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

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

Produkt: **Ubezpieczenie BENEFIT COMPLEX PLUS**

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje umowne podawane są w innych dokumentach, w tym w Ubezpieczenie BENEFIT COMPLEX PLUS Ogólne Warunki Ubezpieczenia zatwierdzonych uchwałą nr 05/06/07/2021 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 6 lipca 2021 roku.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie BENEFIT COMPLEX PLUS to kompleksowa ochrona ubezpieczeniowa przed skutkami niespodziewanych zdarzeń losowych obejmująca choroby oraz nieszczęśliwe wypadki, które mają miejsce podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej.



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ Następstwa nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej lub choroby i ich następstwa, które zostały zdiagnozowane w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Suma ubezpieczenia:

- ✓ śmierć w następstwie NW – do 150.000 zł (do 100.000 zł jeśli grupa wynosi od 3 do 20 osób),
- ✓ NW z progresywnym systemem wypłaty świadczeń – do 40.000 zł (do 25.000 zł),
- ✓ NW z proporcjonalnym systemem wypłaty świadczeń – do 70.000 zł (do 50.000 zł),
- ✓ utrata pracy – do 12.000 zł,
- ✓ śmierć współmałżonka lub partnera w następstwie NW – do 70.000 zł (do 50.000 zł),
- ✓ śmierć dziecka w następstwie NW – do 70.000 zł (do 50.000 zł),
- ✓ krótkotrwała niezdolność do pracy – do 30.000 zł (do 20.000 zł),
- ✓ pobyt w szpitalu w wyniku NW – do 300 zł/1 dzień pobytu (do 200 zł/1 dzień pobytu),
- ✓ pobyt w szpitalu w wyniku choroby – do 300 zł/1 dzień pobytu (do 200 zł/1 dzień pobytu),
- ✓ poważne zachorowania – do 15.000 zł (do 10.000 zł),
- ✓ operacje w wyniku NW – do 10.000 zł (do 5.000 zł),
- ✓ operacje w wyniku choroby – do 10.000 zł (do 5.000 zł),
- ✓ koszty leczenia i pomocy w podróży – 10.000 EUR,
- ✓ opieka medyczna – do 10.000 zł (do 7.000 zł),
- ✓ assistance medyczny – do 5.000 zł.



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- ✗ ryzyk, które nie zostały wykupione np. w przypadku nie wykupienia ryzyka kosztów leczenia i pomocy w podróży InterRisk nie będzie zwracał kosztów leczenia Ubezpieczonego po wypadku lub chorobie poza granicami RP.



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

InterRisk nie odpowiada w szczególności za szkody:

- ! powstałe w następstwie lub w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
- ! powstałe w następstwie lub w związku z chorobami, lub uszkodzeniami ciała zdiagnozowanymi przed datą objęcia ochrony ubezpieczeniowej,
- ! chorobą zawodową, chorobą psychiczną,
- ! uprawianiem sportów wysokiego ryzyka przez Ubezpieczonego,
- ! wyczynowym uprawianiem sportu.



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ Ubezpieczenie BENEFIT COMPLEX PLUS obowiązuje na terenie całego świata i zapewnia 24-godzinną ochronę ubezpieczeniową za wyjątkiem ubezpieczenia: pobytu w szpitalu w wyniku NW, pobytu w szpitalu w wyniku choroby, operacji w wyniku NW, operacji w wyniku choroby, opieki medycznej, assistance medycznego, w których ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest przez 24 godziny na dobę na terenie RP.



Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

- niezwłoczne zgłoszenie się do lekarza i zastosowanie się do jego zaleceń,
- zawiadomienie o zajściu zdarzenia InterRisk, w razie powstania zdarzenia, mogącego powodować odpowiedzialność InterRisk,
- poddanie się badaniu przez lekarza wskazanego przez InterRisk, celem rozpoznania zgłaszanych obrażeń ciała. Koszt takich badań pokrywa InterRisk.



Jak i kiedy należy opłacać składki?

W przypadku ubezpieczenia grupowego składka płatna jest w terminie: do 12 dnia każdego m-ca – przy płatności miesięcznej, do 12 dnia pierwszego m-ca kwartału (rozumianego jako trzy kolejne m-ce) umowy ubezpieczenia – przy płatności kwartalnej, do 12 dnia pierwszego m-ca półrocza (rozumianego jako sześć kolejnych m-cy) umowy ubezpieczenia – przy płatności półrocznej lub do 12 dnia pierwszego miesiąca umowy ubezpieczenia – w przypadku płatności jednorazowej.

W przypadku indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia grupowego, składka płatna jest kwartalnie w terminie do 12 dnia pierwszego miesiąca kwartału (rozumianego jako trzy kolejne miesiące) umowy ubezpieczenia.

Składka lub rata składki za ubezpieczenie płatna jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego.



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres dwunastu miesięcy.

Odpowiedzialność InterRisk rozpoczyna się od dnia wskazanego w umowie jako początek okresu ubezpieczenia, a w przypadku ubezpieczenia kosztów leczenia i pomocy w podróży, rozpoczyna się od chwili przekroczenia granicy w celu wyjazdu poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:

- a) z dniem upływu okresu ubezpieczenia, z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia, z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia w wyniku wypowiedzenia,
- b) w przypadku opłacania składki w ratach – brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania od InterRisk wezwania do zapłaty zaległej składki przez Ubezpieczającego spowoduje ustanie odpowiedzialności InterRisk – z dniem upływu tego terminu,
- c) wobec Ubezpieczonego z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia wskutek wypłacenia świadczenia lub świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia lub górnej granicy odpowiedzialności,
- d) wobec Ubezpieczonego z dniem jego zgonu,
- e) w przypadku ubezpieczenia utraty pracy z dniem przejścia Ubezpieczonego na emeryturę lub rentę,
- f) wobec Ubezpieczonego w grupowej umowie ubezpieczenia – z upływem ostatniego dnia m-ca kalendarzowego, w którym InterRisk otrzymał informację o wystąpieniu Ubezpieczonego z ubezpieczenia w formie listy osób ubezpieczonych. Ubezpieczony może wystąpić z ubezpieczenia w każdym czasie.



Jak rozwiązać umowę?

Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres dłuższy niż sześć miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.

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

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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA PROGRAM UBEZPIECZEŃ PRACOWNICZYCH BENEFIT COMPLEX PLUS

SPIS TREŚCI

Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej	rewers str. 1
POSTANOWIENIA POCZĄTKOWE	1
DEFINICJE	1
PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA	5
ZAKRES UBEZPIECZENIA	5
WARUNKI OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ	6
WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	6
RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ	7
SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY	13

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	13
POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI INTERRISK	13
ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA	14
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA	14
PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY	15
ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA. USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA	15
SKARGI I REKLAMACJE	17
POSTANOWIENIA MAJĄCE ZASTOSOWANIE DO UMÓW UBEZPIECZENIA NA ODLEGŁOŚĆ W ROZUMIENIU USTAWY O PRAWACH KONSUMENTA	17
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	17

POSTANOWIENIA POCZĄTKOWE

§1

- Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia PROGRAM UBEZPIECZEŃ PRACOWNICZYCH **BENEFIT COMPLEX PLUS**, zwane dalej OWU mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przez InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółkę Akcyjną Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, ul. Noakowskiego 22, wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 000054136, prowadzącą działalność ubezpieczeniową i reasekuracyjną w oparciu o zezwolenie Ministra Finansów Du/905/A/KP/93 z 5 listopada 1993 roku zwaną dalej „InterRisk” z osobami fizycznymi, osobami prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi nie będącymi osobami prawnymi prowadzącymi działalność gospodarczą.
- Umowę ubezpieczenia można zawrzeć także na cudzy rachunek, z tym że Ubezpieczony imiennie wskazany jest w umowie (polisie) lub też w zależności od rodzaju zawartej umowy ubezpieczenia nie jest wskazany w umowie (polisie). Zarzuty mające wpływ na odpowiedzialność InterRisk może InterRisk podnieść także przeciwko Ubezpieczonemu.
- Do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone, za zgodą stron, postanowienia dodatkowe lub odmienne, z tym że różnice między niniejszymi OWU, a treścią umowy InterRisk przedstawi Ubezpieczającemu na piśmie przed zawarciem umowy.
- Wszystkie postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU muszą być, pod rygorem ich nieważności, sporządzone na piśmie w formie aneksu lub załącznika do umowy ubezpieczenia.
- Wszystkie zmiany umowy ubezpieczenia muszą być, pod rygorem ich nieważności, sporządzone na piśmie w formie aneksu do umowy ubezpieczenia.
- Do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa polskiego, a w szczególności przepisy Kodeksu Cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

DEFINICJE

§2

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

- akty terroru** – nielegalne działania i akcje organizowane z pobudek ideologicznych, religijnych, politycznych lub społecznych, indywidualne lub grupowe, prowadzone przez osoby działające samodzielnie lub na rzecz, bądź z ramienia jakiegokolwiek organizacji lub rządu, skierowane przeciwko osobom, obiektom lub społeczeństwu, mające na celu wywarcie wpływu na rząd, wprowadzenie chaosu, zastraszenie ludności i dezorganizację życia publicznego przy użyciu przemocy lub groźby użycia przemocy;
- anemia aplastyczna** – choroba rozpoznana przez lekarza specjalistę i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: D61;
- bójka** – starcie między co najmniej trzema osobami, które atakują się wzajemnie i tym samym występują zarazem w roli napastników i napadniętych;
- Centrum Assistance** – jednostka organizacyjna wskazana przez InterRisk, która na zlecenie InterRisk udziela świadczeń assistance;
- certyfikat ubezpieczeniowy** – imienny dowód wystawiony przez InterRisk, potwierdzający objęcie ochroną ubezpieczeniową osoby fizycznej w ramach ubezpieczenia grupowego;
- choroba** – zaburzenia w funkcjonowaniu narządów lub organów ciała Ubezpieczonego, niezależnie od niczyjej woli, powstałe w wyniku patologii, co do których lekarz może postawić diagnozę wymagające leczenia, diagnostyki lub rehabilitacji;
- choroba przewlekła** – stan chorobowy charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem choroby, leczony stale lub okresowo przed

datą objęcia ochroną ubezpieczeniową;

- choroba Creutzfeldta-Jakoba** – choroba rozpoznana przez lekarza neurologa i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: A.81.0;
- choroba psychiczna** – zgodnie z diagnozą lekarza prowadzącego leczenie choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (kod ICD: F00-F99);
- choroba zawodowa** – choroba znajdująca się w wykazie chorób stanowiącym załącznik do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 roku w sprawie chorób zawodowych;
- deklaracja przystąpienia** – pisemne oświadczenie woli osoby fizycznej na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszych OWU składane Ubezpieczającemu przez osobę fizyczną w ramach ubezpieczenia grupowego;
- dziecko** – każde dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko w pełni, bądź nie w pełni przez niego przysposobione;
- działalność gospodarcza** – zarobkowa działalność wytwórcza, budowlana, handlowa, usługowa w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;
- dzień pobytu w szpitalu** – pobyt na oddziale szpitalnym trwający co najmniej 24 godziny, służący przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia Ubezpieczonego, spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą. Dzień przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala i dzień wypisu ze szpitala w przypadku wypłaty świadczenia liczone są jako pełne dni pobytu w szpitalu;
- franszyza integralna** – w ubezpieczeniu kosztów leczenia i pomocy w podróży, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 10), wyłączenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela w przypadku, gdy wartość kosztów leczenia nie przekracza 30 EURO. W przypadku, gdy wartość kosztów leczenia przekracza 30 EURO, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność bez uwzględnienia franszyzy integralnej;
- indywidualna kontynuacja ubezpieczenia grupowego** – indywidualna umowa ubezpieczenia osoby fizycznej, uprzednio objętej ubezpieczeniem grupowym, zawarta przez InterRisk na podstawie złożonego przez nią wniosku o indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia grupowego, pod warunkiem, że wniosek ten został złożony w ciągu miesiąca, licząc od ostatniego dnia miesiąca, za który została opłacona składka w ramach ubezpieczenia grupowego, z zastrzeżeniem postanowień §4 ust. 3;
- karencja** – ustalony w OWU oraz umowie ubezpieczenia okres, uwzględniany w wylczeniu składki ubezpieczeniowej, w czasie którego InterRisk nie ponosi odpowiedzialności;
- koszty świadczeń medycznych** – poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, niezbędne z medycznego punktu widzenia, udokumentowane koszty poniesione na badania ambulatoryjne, konsultacje lekarskie, badania diagnostyczne, zabiegi medyczne oraz inne świadczenia medyczne wymienione wyłącznie w TABELI NR 2, o której mowa w §8 ust. 14 niniejszych OWU;
- krótkotrwała niezdolność Ubezpieczonego do pracy** – czasowa utrata zdolności do wykonywania pracy przez Ubezpieczonego będącego pracownikiem, zatrudnionym przez pracodawcę na podstawie umowy o pracę, powstała w wyniku nieszczęśliwego wypadku, trwająca nieprzerwanie co najmniej 30 dni, udokumentowana:
 - potwierdzoną przez pracodawcę za zgodność z oryginałem kopię zaświadczenia lekarskiego wystawionego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2005 r. w sprawie orzekania o czasowej niezdolności do pracy lub placówkę medyczną, która wystawiła w/w zaświadczenie,
 - zaświadczeniem stwierdzającym zatrudnienie wystawionym przez pracodawcę;
- lekarz** – osoba posiadająca odpowiednie, 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;
- lekarz Centrum Assistance** – lekarz zatrudniony lub współpracujący z Centrum Assistance;
- materiały wybuchowe** – substancje chemiczne stałe lub ciekłe albo mieszaniny

**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, §8, §12, §13, §16, §17, §18
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§6, §7, §8 ust. 2 pkt 4, 5, ust. 3 pkt 3, 4, ust. 10-14, ust. 15 pkt 1 lit a, pkt 2 - 5; §9, §12 ust. 5, §15
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Brak
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

substancji zdolne do reakcji chemicznej z wytwarzaniem gazu o takiej temperaturze i ciśnieniu i z taką szybkością, że mogą powodować zniszczenia w otaczającym środowisku, a także wyroby wypełnione materiałem wybuchowym, w rozumieniu ustawy o wykonywaniu działalności gospodarczej w zakresie wytwarzania i obrotu materiałami wybuchowymi, bronią, amunicją oraz wyrobami i technologią o przeznaczeniu wojskowym i policyjnym w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, a także ustawy o materiałach wybuchowych przeznaczonych do użytku cywilnego w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;

23) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie mające miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, wywołane przyczyną zewnętrzną, na skutek którego Ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł. W przypadku:

- ubezpieczenia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Ubezpieczonego, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 1) niniejszych OWU,
- ubezpieczenia nieszczęśliwego wypadku z progresywnym systemem wypłaty świadczeń, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 2) niniejszych OWU,
- ubezpieczenia nieszczęśliwego wypadku z proporcjonalnym systemem wypłaty świadczeń, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 3) niniejszych OWU,
- ubezpieczenia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 2) niniejszych OWU,
- ubezpieczenia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć dziecka Ubezpieczonego, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 3) niniejszych OWU,
- ubezpieczenia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 5) niniejszych OWU,

za nieszczęśliwy wypadek uważa się również zawał serca lub udar mózgu, pod warunkiem, iż zawał serca lub udar mózgu został zdiagnozowany po raz pierwszy u Ubezpieczonego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem postanowień §6 ust. 1 pkt 13) niniejszych OWU;

24) **nieszczęśliwy wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił:

- podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego na rzecz jego pracodawcy czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych i charakteru wykonywanej pracy lub poleceń przełożonych,
- w czasie pozostawania Ubezpieczonego pracownika do dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy, a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy,
- w czasie odbywania podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w pkt a) – b).

Za nieszczęśliwy wypadek przy pracy nie uznaje się sytuacji, gdy wypadek został spowodowany postępowaniem Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych i charakteru wykonywanej pracy lub poleceń przełożonych. Wystąpienie nieszczęśliwego wypadku przy pracy musi być potwierdzone protokołem ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy lub kartą wypadku, sporządzonymi zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi świadczeń z tytułu wypadków przy pracy. Za nieszczęśliwy wypadek przy pracy nie uważa się zdarzenia zaistniałego w drodze do lub z pracy;

25) **niewydolność nerek** – choroba rozpoznana przez lekarza specjalistę i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: N18-N18.9;

26) **nowotwór złośliwy** – choroba rozpoznana przez lekarza specjalistę i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: C00-C97, za wyjątkiem nowotworu nieinwazyjnego (carcinoma in situ);

27) **ocena ryzyka** – procedura ustalona i stosowana przez InterRisk przy obejmowaniu ochroną ubezpieczeniową osoby fizycznej lub grupy osób, mająca wpływ na wysokość składki i zakres ochrony ubezpieczeniowej, uwzględniająca w szczególności: wysokość sumy ubezpieczenia, liczebność grupy, rodzaj prowadzonej działalności/wykonywanej pracy;

28) **ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie InterRisk do wypłaty świadczenia w razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego określonego w umowie ubezpieczenia, za które InterRisk ponosi odpowiedzialność ubezpieczeniową. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest przez 24 godziny na dobę na obszarze całego świata, za wyjątkiem: ubezpieczenia utraty pracy, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 1) niniejszych OWU, ubezpieczenia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 5) niniejszych OWU, ubezpieczenia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 6) niniejszych OWU, ubezpieczenia operacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 8) niniejszych OWU, ubezpieczenia operacji Ubezpieczonego w wyniku choroby, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 9) niniejszych OWU, ubezpieczenia opieki medycznej, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 11) niniejszych OWU, ubezpieczenia asystancje medycznej, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 12) niniejszych OWU, w których ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest przez 24 godziny na dobę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

29) **odpady radioaktywne** – odpady promieniotwórcze: stałe, ciekłe lub gazowe, zawierające substancje promieniotwórcze;

30) **OIOM/OIT** – (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej/Oddział Intensywnej Terapii) wydzielony w szpitalu oddział wyposażony w specjalistyczny sprzęt do stałego monitorowania i podtrzymywania funkcji życiowych osób w stanie bezpośredniego zagrożenia ich życia i wymagających intensywnej opieki medycznej, trwającej nieprzerwanie co najmniej 48 godzin;

31) **okres świadczenia** – w przypadku ubezpieczenia utraty pracy, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 1) niniejszych OWU, okres, w którym Ubezpieczyciel, w wyniku uznania roszczenia wypłaca świadczenia Ubezpieczonemu – począwszy od dnia uzyskania przez Ubezpieczonego statusu osoby bezrobotnej do dnia podjęcia przez Ubezpieczonego pracy lub podjęcia działalności gospodarczej, jednak nie dłużej niż przez okres 4 miesięcy;

32) **oparzenie** – głębokie termiczne i/lub chemiczne oparzenie trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 15% całkowitej powierzchni ciała lub oparzenie drugiego stopnia obejmujące co najmniej 40% całkowitej powierzchni ciała. Rozległość oparzenia oceniana jest według „Reguły dziesiątek” lub tabeli Lunda i Brondera;

33) **operacja** – inwazyjny zabieg chirurgiczny, wykonany w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, przez uprawnionego lekarza o specjalności zabiegowej, przeprowadzony podczas pobytu w szpitalu, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego narządu lub organu. Operacją, w rozumieniu niniejszych OWU, nie jest: zabieg przeprowadzony w celach diagnostycznych, inwazyjny zabieg chirurgiczny niewymagający pobytu w szpitalu oraz zabieg niewynikający ze wskazań medycznych;

34) **operacja wtórna** – każda kolejna operacja związana przyczynowo z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem lub tą samą chorobą;

35) **osoba bliska** – małżonek, dzieci, konkubent, rodzeństwo, rodzice, dziadkowie, rodzeństwo rodziców, ojczym, macocha, pasierb, pasierbica, teściowie, zięciowie, synowie, przysposabiający i przysposobieni Ubezpieczonego;

36) **pandemia** – epidemia danej choroby zakaźnej występująca w tym samym czasie w różnych krajach i na różnych kontynentach, w rozumieniu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO);

37) **paraliż** – całkowita, nieodwracalna utrata funkcji ruchowej co najmniej dwóch kończyn, będąca skutkiem nieszczęśliwego wypadku lub choroby, rozpoznana przez lekarza specjalistę i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: G81 – G.83.0;

38) **partner** – osoba fizyczna, pozostająca z Ubezpieczonym w związku pozamałżeńskim i prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, niepozostająca z Ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa, ani przysposobienia, zamieszkująca pod tym samym adresem przez okres co najmniej dwóch lat, wskazana miennie w deklaracji przystąpienia, pod warunkiem, iż Ubezpieczony oraz partner nie pozostają w związku małżeńskim z innymi osobami;

39) **poobicie** – czynna napaść dwóch lub więcej osób na inną osobę lub osoby, w której występuje wyraźny podział ról na napastników i broniących się;

40) **pobyt w szpitalu** – pobyt na oddziale szpitalnym służący przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia Ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą, trwający przez okres co najmniej trzech dni;

41) **podmiot wykonujący działalność leczniczą** – podmiot leczniczy oraz praktyka zawodowa, które wykonują działalność leczniczą w rodzaju świadczenia zdrowotne w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;

42) **podróż** – wyjazd, powrót i pobyt Ubezpieczonego poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przy czym podróż uznaje się za rozpoczętą z chwilą przekroczenia granicy terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przy wyjeździe poza w/w terytorium, a zakończoną z chwilą przekroczenia granicy terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przy powrocie na w/w terytorium, z tym, że:

- w przypadku komunikacji lotniczej przekroczenie granicy następuje w chwili startu samolotu z ostatniego lotniska w Rzeczypospolitej Polskiej, a w drodze powrotnej, w chwili lądowania samolotu na pierwszym lotnisku w Rzeczypospolitej Polskiej,
- w przypadku komunikacji morskiej przekroczenie granicy następuje w chwili wyjścia statku/promu z portu polskiego, a w drodze powrotnej w chwili wejścia statku/promu do portu polskiego;

43) **pojazd** – w ubezpieczeniu nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Ubezpieczonego, w ubezpieczeniu nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego, w ubezpieczeniu nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć dziecka Ubezpieczonego, w ubezpieczeniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, o których mowa w §4 ust. 1 pkt 1), w §4 ust. 2 pkt 2), 3) i 5), za pojazd uznaje się wyłącznie samochód osobowy, samochód ciężarowy, autobus, pociąg, tramwaj, trolejbus w rozumieniu przepisów ustawy Prawo o ruchu drogowym w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, a także pojazdy kolejowe w rozumieniu przepisów ustawy Prawo o transporcie kolejowym wykonujące przewozy pasażerskie w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;

44) **poliomyelitis** – choroba wywołana wirusem polio (wirus zapalenia rogów przednich rdzenia kręgowego);

45) **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 jako kod 36.1;

- 46) **poważne zachorowanie** – wyłącznie poniżej wymienione choroby, które wystąpiły lub zostały zdiagnozowane w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej: choroba Creutzfeldta-Jacoba, niewydolność nerek, paraliż, śpiączka, udar mózgu, zawał serca, zakażenie wirusem HIV, nowotwór złośliwy, utrata mowy, słuchu, wzroku, poliomyelitis, anemia aplastyczna, stwardnienie rozsiane. Za poważne zachorowanie uważa się również transplantację głównych organów, oparzenie, pomostowanie naczyń wieńcowych;
- 47) **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;
- 48) **pracodawca** – osoba prawna, jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, a także osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, o ile zatrudnia pracowników;
- 49) **pracownik** – osoba zatrudniona przez pracodawcę na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub innej umowy cywilnoprawnej, której przedmiotem jest zatrudnienie, za wyjątkiem ubezpieczenia krótkotrwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, w ramach której za pracownika uważa się wyłącznie osobę zatrudnioną przez pracodawcę na podstawie umowy o pracę. Za pracownika, za wyjątkiem ubezpieczenia krótkotrwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, uważa się również osobę, która jest członkiem jednostki organizacyjnej będącej Ubezpieczającym (o ile umowa ubezpieczenia zawarta jest na rachunek tych członków) oraz osobę fizyczną będącą Ubezpieczającym, która jest przedsiębiorcą, współnikiem spółki cywilnej lub spółki osobowej (o ile umowa ubezpieczenia zawierana jest na rachunek pracowników osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą lub spółki);
- 50) **przekwalifikowanie zawodowe osób niepełnosprawnych** – przeszkolenie zawodowe osoby, w stosunku do której Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub powiatowy (wojewódzki) zespół ds. orzekania o niepełnosprawności orzekł celowość przekwalifikowania zawodowego ze względu na niezdolność do pracy Ubezpieczonego w jego dotychczas wykonywanym zawodzie;
- 51) **przystąpienie do ubezpieczenia** – objęcie ochroną ubezpieczeniową zgłoszonej do umowy ubezpieczenia grupowego przez Ubezpieczającego osoby fizycznej na podstawie wypełnionej i podpisanej przez niego deklaracji przystąpienia; objęcie ochroną ubezpieczeniową następuje z pierwszym dniem miesiąca, następującym po miesiącu, w którym osoba została zgłoszona przez Ubezpieczającego do ubezpieczenia grupowego, chyba że Ubezpieczający zastrzegł późniejszy termin;
- 52) **rehabilitacja** – zleczone przez lekarza prowadzącego leczenie specjalistyczne zabiegi, udzielane przez osoby uprawnione do udzielania w/w świadczeń, realizowane metodą kinezyterapii, fizykoterapii, masażu leczniczego, mające na celu wyleczenie lub zmniejszenie dysfunkcji narządów, a także przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej, utraconej w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub choroby;
- 53) **sporty wysokiego ryzyka** – bouldering, wspinaczka skalna, wspinaczka lodowa, taternictwo, alpinizm, himalaizm, skialpinizm, trekking, zjazdy ekstremalne na nartach, freestyle, freeride, snowboarding wysokogórski, snowboarding prędkościowy, skoki i ewolucje narciarskie i snowboardowe, rafting, canyoning, hydrospeed, kajakerstwo górskie, szymbownictwo spadochroniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, baloniarstwo, pilotowanie samolotów lub śmigłowców, zorbing, skoki z/na bungee, nurkowanie, parkour, freerun, buggy-kitting, windsurfing, quady, kitesurfing, żegluga poza wodami terytorialnymi w odległości powyżej 12 mil morskich od brzegu, kolarstwo ekstremalne, kolarstwo górskie, speleologia, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe, rajdy pojazdów lądowych, wodnych lub powietrznych, heliskiing, heliboarding, freefall, downhill, b.a.s.e., jumping, dream jumping oraz zjazdy na nartach lub snowboardzie poza wyznaczonymi trasami, jazda na nartach wodnych oraz sporty, w których wykorzystywane są pojazdy przeznaczone do poruszania się po śniegu lub lodzie;
- 54) **stałe źródło dochodu** – wynagrodzenie z tytułu stosunku pracy, kontraktu menadżerskiego;
- 55) **stwardnienie rozsiane** – choroba rozpoznana przez lekarza specjalistę i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: G35;
- 56) **substancja psychotropowa** – każda substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie substancji psychotropowych stanowiącym załącznik nr 2 do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 57) **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;
- 58) **śpiączka** – stan głębokiej utraty świadomości z brakiem reakcji na bodźce bólowe z zewnątrz oraz brakiem odruchu rogówkowego, doprowadzający do trwałych deficytów neurologicznych powodujących upośledzenie stopnia sprawności Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem, iż stan śpiączki musi trwać dłużej niż 60 dni. Za śpiączkę w rozumieniu niniejszej definicji nie uznaje się stanu śpiączki wywołanej lub przedłużanej farmakologicznie w celach terapeutycznych;
- 59) **środek odurzający** – substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie stanowiącym załącznik nr 1 do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 60) **środki pomocnicze** – wyłącznie środki pomocnicze wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze;
- 61) **środek zastępczy** – substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w każdym stanie fizycznym lub produkt, roślina, grzyb lub ich część, zawierające taką substancję, używane zamiast środka odurzającego lub substancji psychotropowej lub w takich samych celach jak środek odurzający lub substancja psychotropowa, których wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulowane na podstawie przepisów odrębnych, w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 62) **świadczenie** – kwota pieniężna wypłacana Ubezpieczonemu, a w przypadku śmierci Ubezpieczonego kwota pieniężna wypłacana Uprawnionemu przez InterRisk w przypadku uznania roszczenia powstałego w wyniku zajścia zdarzenia, które jest objęte odpowiedzialnością ubezpieczeniową InterRisk;
- 63) **świadczenie miesięczne** – w przypadku ubezpieczenia utraty pracy, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 1) niniejszych OWU, kwota pieniężna wypłacana przez Ubezpieczyciela w przypadku uznania roszczenia Ubezpieczonego, powstałego w wyniku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, które jest objęte odpowiedzialnością Ubezpieczyciela. Kwota świadczenia miesięcznego nie może być wyższa niż średnie miesięczne wynagrodzenie netto (z wyłączeniem ewentualnych premii i innych dodatków do wynagrodzenia) uzyskane przez Ubezpieczonego w okresie ostatnich 3 miesięcy poprzedzających zajście zdarzenie objętego ochroną ubezpieczeniową;
- 64) **świadczenie szpitalne** – świadczenie w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia wykonywane całą dobę, kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych;
- 65) **świadczenie zdrowotne** – świadczenie w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania;
- 66) **transplantacja głównych organów** – przebiecie jako biorca operacji przeszczepu serca, płuc, wątroby lub jej części, nerki lub przeszczepu szpiku kostnego;
- 67) **Ubezpieczający** – jeden z podmiotów, o których mowa w §1 ust. 1, zawierający umowę ubezpieczenia i zobowiązany do opłacenia składki ubezpieczeniowej;
- 68) **ubezpieczenie grupowe** – umowa ubezpieczenia zawierana przez InterRisk z Ubezpieczającym, przy czym minimalna grupa osób przystępujących do ubezpieczenia wynosi co najmniej 3 osoby, z zastrzeżeniem postanowień w §11 ust. 3;
- 69) **Ubezpieczony** – zgłoszona przez Ubezpieczającego do ubezpieczenia osoba fizyczna, na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia, pod warunkiem, iż osoba ta w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową przez InterRisk nie ukończyła 69 lat, a w przypadku ubezpieczenia utraty pracy, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 1) niniejszych OWU, nie ukończyła 67 lat.
- Osoba, która wystąpiła z umowy ubezpieczenia grupowego może indywidualnie kontynuować ubezpieczenie grupowe, ale z zastrzeżeniem, że w przypadku osoby, która w dniu zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia grupowego miała ukończone 65 lat zastosowanie mają postanowienia §4 ust. 3 oraz postanowienia §11 ust. 5-8;
- 70) **udar mózgu** – rozpoznany przez lekarza specjalistę i zakwalifikowany w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: I60-I64;
- 71) **Uprawniony** – osoba lub osoby wskazane przez Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku. W przypadku niewyznaczenia osoby Uprawnionej, w razie śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, za Uprawnionego uważa się członków najbliższej rodziny Ubezpieczonego według następującej kolejności i udziałów:
- współmałżonek Ubezpieczonego, chyba że została orzeczona separacja,
 - dzieci Ubezpieczonego (w częściach równych),
 - rodzice Ubezpieczonego (w częściach równych),
 - pozostali członkowie najbliższej rodziny Ubezpieczonego będący spadkobiercami Ubezpieczonego (w częściach równych);
- 72) **uszczerbek na zdrowiu** – naruszenie sprawności organizmu powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku, polegające na trwałym, nierokującym poprawy w świetle aktualnego stanu wiedzy medycznej, uszkodzeniu danego organu, narządu lub układu;
- 73) **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy. Dokumentacja medyczna musi być potwierdzona właściwą konsultacją lekarza specjalisty. Utrata mowy oznacza niemożność artykułowania zrozumiałych słów lub zrozumiale mówionego języka;
- 74) **utrata pracy** – w rozumieniu niniejszych OWU:
- rozwiązanie stosunku pracy, rozwiązanie kontraktu menedżerskiego przez

pracodawcę z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego, w wyniku którego Ubezpieczony uzyskał status osoby bezrobotnej w rozumieniu ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia lub

- b) rozwiązanie stosunku pracy bez wypowiedzenia przez Ubezpieczonego z przyczyny, iż wydane zostało orzeczenie lekarskie stwierdzające szkodliwy wpływ wykonywanej pracy na zdrowie Ubezpieczonego, a pracodawca nie przeniósł go w terminie wskazanym w orzeczeniu lekarskim do innej pracy, odpowiedniej ze względu na stan jego zdrowia i kwalifikacje zawodowe, w wyniku którego Ubezpieczony uzyskał status osoby bezrobotnej lub
 - c) rozwiązanie stosunku pracy bez wypowiedzenia przez Ubezpieczonego z przyczyny, iż pracodawca ciężko naruszył podstawowe obowiązki wobec pracownika polegające na braku wypłaty wynagrodzenia w ustalonym terminie przez okres dłuższy niż 2 miesiące, w wyniku którego Ubezpieczony uzyskał status osoby bezrobotnej lub
 - d) w przypadku Ubezpieczonych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę przez osoby bliskie prowadzące działalność gospodarczą na podstawie wpisu do centralnej ewidencji działalności gospodarczej: rozwiązanie stosunku pracy, w rozumieniu przepisów prawa pracy, z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego w związku z zaprzestaniem prowadzenia działalności gospodarczej i wyrejestrowaniem jej z właściwego rejestru, w wyniku którego Ubezpieczony uzyskał status osoby bezrobotnej;
- 75) **utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu dla wszystkich dźwięków jako rezultat choroby lub nieszczęśliwego wypadku;
- 76) **utrata wzroku** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach (VO=0, z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji) powstała na skutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem, że o trwałości schorzenia orzeka się dopiero po upływie 6 miesięcy od daty jego wystąpienia. Rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone przez lekarza okulistę. Definicja utraty wzroku nie obejmuje utraty zdolności widzenia, która może zostać skorygowana w trakcie postępowania medycznego;
- 77) **wada wrodzona** – nieprawidłowość anatomiczna zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe (kod ICD: Q00-Q99);
- 78) **współmałżonek** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczeniową pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim oraz nie została w stosunku do niej orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 79) **wyczynowe uprawianie sportu** – podejmowana dobrowolnie forma aktywności fizycznej Ubezpieczonego polegająca na uprawianiu dyscyplin sportu poprzez uczestniczenie w treningach, zawodach, zgrupowaniach i obozach kondycyjnych lub szkoleniowych, w celu uzyskania, w drodze indywidualnej lub zbiorowej rywalizacji, maksymalnych wyników sportowych przez osoby będące członkami klubów, związków i organizacji sportowych. W rozumieniu niniejszych OWU za wyczynowe uprawianie sportu uważa się również uprawianie sportu w celach zarobkowych;
- 80) **wypadek komunikacyjny** – nagłe zdarzenie wywołane ruchem pojazdu, niezależne od woli Ubezpieczonego, będącego pasażerem pojazdu, pieszym lub osobą kierującą pojazdem, które było wyłączną przyczyną uszkodzeń ciała lub śmierci Ubezpieczonego;
- 81) **wypadek komunikacyjny przy pracy** – nagłe zdarzenie wywołane ruchem pojazdu, niezależne od woli Ubezpieczonego będącego pasażerem pojazdu, pieszym lub osobą kierującą pojazdem, które było wyłączną przyczyną uszkodzeń ciała lub śmierci Ubezpieczonego:
- a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego na rzecz jego pracodawcy czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych i charakteru wykonywanej pracy lub poleceń przełożonych,
 - b) w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy, a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy,
 - c) w czasie trwania podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w pkt a) – b).
- Za wypadek komunikacyjny przy pracy nie uznaje się sytuacji, gdy wypadek został spowodowany postępowaniem Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych i charakteru wykonywanej pracy lub poleceń przełożonych.
- Wystąpienie wypadku komunikacyjnego przy pracy musi być potwierdzone protokołem ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy lub kartą wypadku sporządzonymi zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi świadczeń z tytułu wypadków przy pracy. Za wypadek komunikacyjny przy pracy nie uważa się zdarzenia zaistniałego w drodze do lub z pracy;
- 82) **wyroby medyczne** – wyłącznie wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze;
- 83) **wystąpienie z ubezpieczenia** – oświadczenie woli Ubezpieczającego o rezygnacji osoby fizycznej z ochrony ubezpieczeniowej w ramach ubezpieczenia grupowego

skuteczne z ostatnim dniem miesiąca, w którym osoba została zgłoszona przez Ubezpieczającego jako rezygnująca z ubezpieczenia, chyba że Ubezpieczający zastrzegł późniejszy termin rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej;

- 84) **zakażenie wirusem HIV** – w rozumieniu niniejszych OWU, zakażenie w wyniku transfuzji krwi lub w związku z wykonywanym zawodem, które nastąpiło w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
- 85) **zakład lecznictwa uzdrowiskowego** – podmiot leczniczy w rozumieniu ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia wykonujący działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne lub stacjonarne i całonocne świadczenia zdrowotne, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, działający na obszarze uzdrowiska, utworzony w celu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, w ramach kierunków leczniczych i przeciwwskazań ustalonych dla danego uzdrowiska, w szczególności wykorzystujący warunki naturalne uzdrowiska przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych;
- 86) **sanatorium uzdrowiskowe** – rodzaj zakładu lecznictwa uzdrowiskowego w rozumieniu ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 87) **zawał serca** – rozpoznany przez lekarza specjalistę i zakwalifikowany w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: I21-I22.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§3

Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się Ubezpieczonemu w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, a także choroby, której pierwsze objawy wystąpiły w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej lub która została zdiagnozowana w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, a także utrata stałego źródła dochodu wskutek utraty pracy, która miała miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§4

1. Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, umowa ubezpieczenia obejmuje następujące rodzaje ubezpieczeń (zakres obligatoryjny):
 - 1) ubezpieczenie nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Ubezpieczonego, o którym mowa w §8 ust. 1 niniejszych OWU,
 - 2) ubezpieczenie nieszczęśliwego wypadku z progresywnym systemem wypłaty świadczeń, o którym mowa w §8 ust. 2 niniejszych OWU, lub
 - 3) ubezpieczenie nieszczęśliwego wypadku z proporcjonalnym systemem wypłaty świadczeń, o którym mowa w §8 ust. 3 niniejszych OWU.
2. Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, jak również w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, za opłatą dodatkowej składki, umowa ubezpieczenia może zostać rozszerzona o dowolnie wybrane rodzaje ubezpieczeń (zakres dobrowolny):
 - 1) ubezpieczenie utraty pracy, o którym mowa w §8 ust. 4 niniejszych OWU,
 - 2) ubezpieczenie nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego, o którym mowa w §8 ust. 5 niniejszych OWU,
 - 3) ubezpieczenie nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć dziecka Ubezpieczonego, o którym mowa w §8 ust. 6 niniejszych OWU,
 - 4) ubezpieczenie krótkotrwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, o którym mowa w §8 ust. 7 niniejszych OWU,
 - 5) ubezpieczenie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w §8 ust. 8 niniejszych OWU,
 - 6) ubezpieczenie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby, o którym mowa w §8 ust. 9 niniejszych OWU,
 - 7) ubezpieczenie poważnych zachorowań Ubezpieczonego, o którym mowa w §8 ust. 10 niniejszych OWU,
 - 8) ubezpieczenie operacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w §8 ust. 11 niniejszych OWU,
 - 9) ubezpieczenie operacji Ubezpieczonego w wyniku choroby, o którym mowa w §8 ust. 12 niniejszych OWU,
 - 10) ubezpieczenie kosztów leczenia i pomocy w podróży, o którym mowa w §8 ust. 13 niniejszych OWU,
 - 11) ubezpieczenie opieki medycznej, o którym mowa w §8 ust. 14 niniejszych OWU,
 - 12) ubezpieczenie asystancje medycznej, o którym mowa w §8 ust. 15 niniejszych OWU.
3. W przypadku ubezpieczenia osoby, która w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia grupowego miała ukończone 65 lat, umowa ubezpieczenia może obejmować wyłącznie następujące rodzaje ubezpieczeń:

- 1) ubezpieczenie nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Ubezpieczonego, o którym mowa w §8 ust. 1 niniejszych OWU, z zastrzeżeniem postanowień w §6 ust. 7 pkt 1),
- 2) ubezpieczenie nieszczęśliwego wypadku z proporcjonalnym systemem wypłaty świadczeń, o którym mowa w §8 ust. 3 niniejszych OWU,
- 3) ubezpieczenie nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć współmałżonka lub partnera, o którym mowa w §8 ust. 5 niniejszych OWU, z zastrzeżeniem postanowień w §6 ust. 7 pkt 2),
- 4) ubezpieczenie nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć dziecka Ubezpieczonego, o którym mowa w §8 ust. 6 niniejszych OWU,
- 5) ubezpieczenie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w §8 ust. 8 niniejszych OWU, z zastrzeżeniem postanowień w §6 ust. 7 pkt 3),
- 6) ubezpieczenie poważnych zachorowań Ubezpieczonego, o którym mowa w §8 ust. 10 pkt 1) niniejszych OWU, z zastrzeżeniem postanowień w §6 ust. 7 pkt 4),
- 7) ubezpieczenie operacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w §8 ust. 11 niniejszych OWU.

WARUNKI OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

§5

1. Ochroną ubezpieczeniową mogą być objęte osoby fizyczne zamieszkałe i zatrudnione w Polsce.
2. Przystąpienie do ubezpieczenia osoby, o której mowa w ust. 1, następuje po łącznym spełnieniu następujących warunków:
 - 1) złożeniu przez nią pisemnej deklaracji przystąpienia wraz z pisemnym oświadczeniem, że nie pozostaje w okresie wypowiedzenia stosunku pracy zawartego na podstawie kodeksu pracy w oparciu o umowę pracy lub kontraktu menedżerskiego,
 - 2) zgłoszeniu do Ubezpieczyciela przez Ubezpieczającego celem objęcia ochroną ubezpieczeniową w sposób określony w niniejszych OWU oraz umowie ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§6

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) uszkodzeniami ciała zdiagnozowanymi przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego,
 - 4) chorobami, które zostały zdiagnozowane przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego, za wyjątkiem ubezpieczenia opieki medycznej, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 11) niniejszych OWU,
 - 5) przeszczepem organów, jeśli Ubezpieczony był dawcą,
 - 6) prowadzeniem pojazdu przez Ubezpieczonego będącego kierowcą pojazdu, nieposiadającego wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub jeżeli pojazd był niezarejestrowany lub nie posiadał ważnego badania technicznego, jeżeli w odniesieniu do danego pojazdu istnieje wymóg rejestracji lub dokonania okresowych badań technicznych, chyba że brak wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, brak zarejestrowania pojazdu lub stan techniczny pojazdu nie miał wpływu na zajście wypadku,
 - 7) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach, rajdach, wyścigach, pokazach, jazdach treningowych lub imprezach sportowych jako kierowca pojazdu, pomocnik kierowcy lub pasażer pojazdu,
 - 8) bójką,
 - 9) pobiciem, za wyjątkiem sytuacji, w której Ubezpieczony występuje w charakterze broniącego się,
 - 10) chorobą zawodową, chorobą psychiczną, chorobą przewlekłą,
 - 11) wadami wrodzonymi i ich następstwami,
 - 12) zawałem serca lub udarem mózgu, wyłącznie w przypadku osoby, która w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową miała ukończone 65 lat,
 - 13) wyczynowym uprawianiem sportu przez Ubezpieczonego,
 - 14) uprawianiem sportów wysokiego ryzyka przez Ubezpieczonego,
 - 15) operacją wtórną,
 - 16) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, z wyłączeniem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza, o ile pozostawanie Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych miało wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku lub choroby,

- 17) odpadami radioaktywnymi bądź materiałami wybuchowymi,
 - 18) działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami, a także aktami terroru,
 - 19) sterylizacją oraz antykoncepcją operacyjną,
 - 20) chirurgią szczękową, chirurgią zwiadowczą i eksperymentalną,
 - 21) leczeniem bezpłodności lub niepłodności,
 - 22) zylakami,
 - 23) wykonywaniem profilaktycznych badań, niewynikających z choroby lub nieszczęśliwego wypadku oraz niezaleconych przez lekarza,
 - 24) zmianą płci, chirurgią plastyczną i kosmetyczną, za wyjątkiem leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku,
 - 25) Zespołem Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS) i związanymi z tym zespołem zakażeń oportunistycznych, nowotworów, schorzeń neurologicznych oraz innych zespołów chorobowych towarzyszących AIDS, za wyjątkiem sytuacji, w których zakażenie wirusem HIV nastąpiło w okolicznościach opisanych w §2 pkt 85),
 - 26) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających, psychotropowych lub środków zastępczych,
 - 27) pandemią,
 - 28) leczeniem skutków i chorób spowodowanych spożyciem alkoholu oraz używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych.
2. W przypadku ubezpieczenia utraty pracy, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 1) niniejszych OWU, odpowiedzialność InterRisk jest wyłączona, gdy:
 - 1) rozwiązanie stosunku pracy z Ubezpieczonym nastąpiło w drodze porozumienia stron,
 - 2) rozwiązanie stosunku pracy z Ubezpieczonym nastąpiło w związku z ustawą o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników,
 - 3) wypowiedzenie lub rozwiązanie stosunku pracy lub kontraktu menedżerskiego nastąpiło w okresie od dnia podpisania deklaracji przystąpienia do dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową z uwzględnieniem karencji, o której mowa w §7 ust. 1 pkt 1) niniejszych OWU,
 - 4) z Ubezpieczonym pracodawca rozwiązał stosunek pracy za wypowiedzeniem lub bez wypowiedzenia, z winy Ubezpieczonego, w rozumieniu przepisów prawa pracy (art. 52 kodeksu pracy),
 - 5) z Ubezpieczonym rozwiązano kontrakt menedżerski z przyczyn analogicznych do rozwiązania stosunku pracy z Ubezpieczonym w rozumieniu przepisów kodeksu pracy (art. 52 kodeksu pracy),
 - 6) stosunek pracy lub kontrakt menedżerski rozwiązał się z upływem czasu na jaki był zawarty,
 - 7) rozwiązanie stosunku pracy lub kontraktu menedżerskiego nastąpiło na skutek wypowiedzenia przez Ubezpieczonego, za wyjątkiem przypadków, o których mowa w §2 pkt 75 lit. b i c,
 - 8) stosunek pracy ustał wskutek przejścia na emeryturę lub rentę,
 - 9) umowa o pracę wygasła w przypadkach przewidzianych w kodeksie pracy lub przepisach szczególnych.
 3. W przypadku ubezpieczenia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub w wyniku choroby, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 5) i 6) niniejszych OWU, z uwzględnieniem wyłączeń określonych w ust. 1 niniejszego paragrafu, dodatkowo InterRisk nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z:
 - 1) epilepsją, łuszczycą, gruźlicą, dializami,
 - 2) leczeniem otyłości, ubytkami wagi ciała, skutkami kuracji odchudzających, bulimii, anoreksji,
 - 3) leczeniem i zabiegami dentystycznymi, chyba że wynikają one z obrażeń odniesionych w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 4) leczeniem odwykowym,
 - 5) pobytem w sanatorium uzdrowiskowym,
 - 6) rehabilitacją zaleconą w związku z wypadkiem lub chorobą.
 4. W przypadku ubezpieczenia kosztów leczenia i pomocy w podróży, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 10) niniejszych OWU, z uwzględnieniem wyłączeń określonych w ust. 1 niniejszego paragrafu, dodatkowo InterRisk nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z:
 - 1) niezastosowaniem się do zaleceń lekarza dotyczących konieczności poddania się leczeniu, a także jeżeli przerwano leczenie lub pobyt w szpitalu na własne życzenie, mimo zaleceń lekarza co do jego kontynuacji,
 - 2) leczeniem przekraczającym zakres niezbędny dla przywrócenia zdrowia Ubezpieczonego do stanu umożliwiającego powrót Ubezpieczonego do kraju,
 - 3) epilepsją, śpiączką cukrzycową.
 5. W przypadku ubezpieczenia kosztów leczenia i pomocy w podróży, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 10) niniejszych OWU, ochrona ubezpieczeniowa ponadto nie obejmuje:
 - 1) kosztów, których wysokość nie przekracza 30 EURO – franszyza integralna,

- 2) kosztów zakupu środków antykoncepcyjnych,
 - 3) kosztów lekarstw przepisanych lub zażywanych przed rozpoczęciem podróży objętej ubezpieczeniem,
 - 4) kosztów wszelkiego rodzaju zabiegów lub pobyków w zakładach poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej spełniających funkcję: domów opieki, sanatoriów, zakładów rehabilitacyjnych, ośrodków leczenia odwykowego, w rozumieniu przepisów prawa danego kraju.
6. W przypadku ubezpieczenia assistance medycznego, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 12) niniejszych OWU, InterRisk nie odpowiada za:
- 1) zdarzenia, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 2) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum Assistance, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, chyba że brak powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum Assistance nastąpił z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego,
 - 3) kosztów transportu leków niezaleconych przez lekarza prowadzącego leczenie.
7. W przypadku osoby, która w dniu zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia grupowego miała ukończone 65 lat:
- 1) w ubezpieczeniu nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Ubezpieczonego, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 1) niniejszych OWU, nie przysługują świadczenia, o których mowa w §8 ust. 1 pkt 2) – 4) niniejszych OWU,
 - 2) w ubezpieczeniu nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 2) niniejszych OWU, nie przysługuje świadczenie z tytułu śmierci partnera oraz nie przysługuje świadczenie, o którym mowa w §8 ust. 5 pkt 2) niniejszych OWU,
 - 3) w ubezpieczeniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 5) niniejszych OWU, nie przysługują świadczenia, o których mowa w §8 ust. 8 pkt 2) – 5) niniejszych OWU,
 - 4) w ubezpieczeniu poważnych zachorowań Ubezpieczonego, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 7) niniejszych OWU, ochroną ubezpieczeniową objęte są wyłącznie poważne zachorowania wymienione w opcji I, o których mowa w §8 ust. 10 pkt 1) niniejszych OWU.

§7

1. Odpowiedzialność InterRisk z tytułu:

- 1) ubezpieczenia utraty pracy, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 1) niniejszych OWU, rozpoczyna się od dnia następnego po upływie karencji, która wynosi 30 dni licząc od pierwszego dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową,
 - 2) ubezpieczenia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 6) niniejszych OWU, rozpoczyna się od dnia następnego po upływie karencji, która wynosi 60 dni licząc od pierwszego dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową,
 - 3) ubezpieczenia poważnego zachorowania Ubezpieczonego, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 7) niniejszych OWU, rozpoczyna się od dnia następnego po upływie karencji, która wynosi 60 dni licząc od pierwszego dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową,
 - 4) ubezpieczenia operacji Ubezpieczonego w wyniku choroby, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 9) niniejszych OWU, rozpoczyna się od dnia następnego po upływie karencji, która wynosi 90 dni licząc od pierwszego dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową.
2. InterRisk nie stosuje karencji, w przypadku:

- 1) gdy Ubezpieczający wnioskuje o zawarcie umowy ubezpieczenia grupowego w ramach niniejszych OWU dla co najmniej 70% zatrudnionych pracowników, w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego, pod warunkiem, iż łączna liczba zatrudnionych pracowników liczy od 21 do 29 osób, za wyjątkiem ubezpieczenia utraty pracy, w którym obowiązuje karencja zgodnie z niniejszymi OWU,
- 2) gdy Ubezpieczający wnioskuje o zawarcie umowy ubezpieczenia grupowego w ramach niniejszych OWU dla co najmniej 50% zatrudnionych pracowników, w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego, pod warunkiem, iż łączna liczba zatrudnionych pracowników liczy od 30 do 49 osób, za wyjątkiem ubezpieczenia utraty pracy, w którym obowiązuje karencja zgodnie z niniejszymi OWU,
- 3) gdy Ubezpieczający wnioskuje o zawarcie umowy ubezpieczenia grupowego w ramach niniejszych OWU dla co najmniej 30% zatrudnionych pracowników, w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego, pod warunkiem, iż łączna liczba zatrudnionych pracowników liczy od 50 do 69 osób, za wyjątkiem ubezpieczenia utraty pracy, w którym obowiązuje karencja zgodnie z niniejszymi OWU,
- 4) gdy Ubezpieczający wnioskuje o zawarcie umowy ubezpieczenia grupowego w ramach niniejszych OWU dla co najmniej 70 zatrudnionych pracowników, w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego, bez względu na łączną liczbę zatrudnionych pracowników, za wyjątkiem ubezpieczenia utraty pracy, w którym obowiązuje karencja zgodnie z niniejszymi OWU,
- 5) przedłużenia umowy ubezpieczenia na następny dwunastomiesięczny okres ubezpieczenia zgodnie z postanowieniem §10 ust. 5,
- 6) indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia grupowego, z zastrzeżeniem postanowień §11 ust. 5-7,

- 7) osób nowozatrudnionych przez Ubezpieczającego, które w ciągu pierwszych 3 miesięcy od daty zatrudnienia podpiszą deklaracje przystąpienia i zostaną zgłoszone przez Ubezpieczającego do ubezpieczenia grupowego, wyłącznie w sytuacji, gdy InterRisk w umowie ubezpieczenia grupowego odstąpił od stosowania karencji, za wyjątkiem ubezpieczenia utraty pracy, w którym obowiązuje karencja zgodnie z niniejszymi OWU,
 - 8) gdy Ubezpieczający udokumentował fakt objęcia 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 i wysokość sum ubezpieczenia oraz dowodu opłaty składki za okres 6 miesięcy poprzedzających objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszych OWU, za wyjątkiem ubezpieczenia utraty pracy, w którym obowiązuje karencja zgodnie z niniejszymi OWU.
3. InterRisk nie świadczy ochrony ani nie wypłaci świadczenia w zakresie w jakim ochrona lub wypłata świadczenia naraziłyby 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 lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeśli mają zastosowanie do przedmiotu umowy.

RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§8

1. W ramach **ubezpieczenia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Ubezpieczonego**, Uprawnionemu przysługują:

- 1) świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia, jeżeli śmierć Ubezpieczonego była **następstwem nieszczęśliwego wypadku**, który wydarzył się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej i śmierć nastąpiła w ciągu 1 roku od daty nieszczęśliwego wypadku, a w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu Uprawnionemu przysługuje świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia, jeżeli śmierć Ubezpieczonego była **następstwem zawału serca lub udaru mózgu**, który wydarzył się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej i śmierć nastąpiła w ciągu 1 roku od daty zawału serca lub udaru mózgu, z zastrzeżeniem postanowienia §6 ust. 1 pkt 13),
- 2) dodatkowe świadczenie w wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia, jeżeli śmierć Ubezpieczonego była **następstwem nieszczęśliwego wypadku przy pracy**, który wydarzył się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej i śmierć nastąpiła w ciągu 1 roku od daty nieszczęśliwego wypadku,
- 3) dodatkowe świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia – jeżeli śmierć Ubezpieczonego była **następstwem wypadku komunikacyjnego** związanego z ruchem pojazdu, który wydarzył się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej i śmierć nastąpiła w ciągu 1 roku od daty wypadku komunikacyjnego,
- 4) dodatkowe świadczenie w wysokości 60% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia – jeżeli śmierć Ubezpieczonego była **następstwem wypadku komunikacyjnego przy pracy** związanego z ruchem pojazdu, który wydarzył się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej i śmierć nastąpiła w ciągu 1 roku od daty wypadku komunikacyjnego,
- 5) wyłącznie jedno z świadczeń dodatkowych określonych w pkt 2) – 4).

2. W ramach **ubezpieczenia nieszczęśliwego wypadku z progresywnym systemem wypłaty świadczeń**, Ubezpieczonemu przysługują:

- 1) w przypadku **100% uszczerbku na zdrowiu – świadczenie w wysokości 500% sumy ubezpieczenia** określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia,
- 2) w przypadku **uszczerbku na zdrowiu poniżej 20% lub w wysokości 20%** – wypłata takiego procentu sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia, w jakim Ubezpieczony doznał uszczerbku na zdrowiu,
- 3) w przypadku **uszczerbku na zdrowiu przekraczającego 20%** – taki procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia, w jakim Ubezpieczony doznał uszczerbku na zdrowiu, pomnożony przez odpowiedni współczynnik progresji wynoszący:
 - a) 1,4 – w przypadku uszczerbku na zdrowiu w przedziale: 21% – 40%,
 - b) 1,8 – w przypadku uszczerbku na zdrowiu w przedziale: 41% – 60%,
 - c) 2,5 – w przypadku uszczerbku na zdrowiu w przedziale: 61% – 80%,
 - d) 3,5 – w przypadku uszczerbku na zdrowiu w przedziale: 81% – 90%,
 - e) 5,0 – w przypadku uszczerbku na zdrowiu w przedziale: 91% – 100%,
- 4) zwrot kosztów nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych – do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia, pod warunkiem iż:
 - a) są niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane kopią zlecenia lekarskiego na zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze

oraz

b) zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku,

5) zwrot kosztów przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych – do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia, pod warunkiem iż:

a) Ubezpieczonemu, który uległ nieszczęśliwemu wypadkowi w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, na podstawie decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych przyznano rentę szkoleniową jako osobie trwale niezdolnej do pracy w dotychczasowym zawodzie lub na podstawie orzeczenia powiatowego (lub wojewódzkiego) zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności orzeczono celowość przekwalifikowania zawodowego Ubezpieczonego jako osoby niepełnosprawnej

oraz

b) zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku.

3. W ramach **ubezpieczenia nieszczęśliwego wypadku z proporcjonalnym systemem wypłaty świadczeń**, Ubezpieczonemu przysługuje:

1) w przypadku 100% uszczerbku na zdrowiu – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia,

2) w przypadku uszczerbku na zdrowiu poniżej 100% – świadczenie w ramach systemu świadczeń proporcjonalnych tj. wysokość świadczenia określona jest w takim procencie sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia, w jakim Ubezpieczony doznał uszczerbku na zdrowiu,

3) zwrot kosztów nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych – do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia, pod warunkiem iż:

a) są niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane kopią zlecenia lekarskiego na zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze

oraz

b) zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku,

4) zwrot kosztów przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych – do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia, pod warunkiem iż:

a) Ubezpieczonemu, który uległ nieszczęśliwemu wypadkowi w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, na podstawie decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych przyznano rentę szkoleniową jako osobie trwale niezdolnej do pracy w dotychczasowym zawodzie lub na podstawie orzeczenia powiatowego (lub wojewódzkiego) zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności orzeczono celowość przekwalifikowania zawodowego Ubezpieczonego jako osoby niepełnosprawnej

oraz

b) zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku.

4. W ramach **ubezpieczenia utraty pracy**, które miało miejsce w okresie ubezpieczenia, Ubezpieczonemu przysługuje wypłata świadczenia miesięcznego w wysokości ¼ sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia przez okres maksymalnie 4 miesięcy, pod warunkiem, iż Ubezpieczony nie zawarł nowego stosunku pracy lub kontraktu menedżerskiego lub nie podjął działalności gospodarczej.

5. W ramach **ubezpieczenia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego**, Uprawnionemu przysługuje:

1) świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia – jeżeli śmierć współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego była **następstwem nieszczęśliwego wypadku**, który wydarzył się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej i śmierć nastąpiła w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, a w przypadku śmierci współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu Uprawnionemu przysługuje świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia, jeżeli śmierć współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego była **następstwem zawału serca lub udaru mózgu**, który wydarzył się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej i śmierć nastąpiła w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem postanowienia §6 ust. 1 pkt 13),

2) dodatkowe świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia – jeżeli śmierć współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego była **następstwem wypadku komunikacyjnego**, związanego z ruchem pojazdu, który wydarzył się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej i śmierć nastąpiła w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

6. W ramach **ubezpieczenia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć dziecka Ubezpieczonego**, Uprawnionemu przysługuje:

1) świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia – jeżeli śmierć dziecka Ubezpieczonego

była **następstwem nieszczęśliwego wypadku**, który wydarzył się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej i śmierć nastąpiła w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, a w przypadku śmierci dziecka Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu Uprawnionemu przysługuje świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia, jeżeli śmierć dziecka Ubezpieczonego była **następstwem zawału serca lub udaru mózgu**, który wydarzył się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej i śmierć nastąpiła w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem postanowienia §6 ust. 1 pkt 13),

2) dodatkowe świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia – jeżeli śmierć dziecka Ubezpieczonego była **następstwem wypadku komunikacyjnego** związanego z ruchem pojazdu, który wydarzył się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej i śmierć nastąpiła w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

7. W ramach **ubezpieczenia krótkotrwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy**, Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie w wysokości 0,20% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia za każdy dzień krótkotrwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, będącego pracownikiem, zatrudnionym przez pracodawcę na podstawie umowy o pracę, trwającej minimum 30 dni w sposób ciągły i nieprzerwany, począwszy od 30 dnia krótkotrwałej niezdolności do pracy, powstałej w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, jednak nie więcej niż za 120 dni krótkotrwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego.

8. W ramach **ubezpieczenia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku**, Ubezpieczonemu przysługuje:

1) świadczenie za dzień pobytu w szpitalu w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu, począwszy od trzeciego dnia pobytu w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a w przypadku kolejnych, następujących po sobie pobytów w szpitalu w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu, począwszy od pierwszego dnia pobytu w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,

2) dodatkowe świadczenie w wysokości 50% świadczenia za dzień pobytu w szpitalu, o którym mowa w pkt 1), za każdy dzień pobytu w szpitalu, począwszy od trzeciego dnia pobytu w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, będącego następstwem wypadku komunikacyjnego, związanego z ruchem pojazdu. Dodatkowe świadczenie przysługuje za okres nie dłuższy niż 14 dni,

3) dodatkowe świadczenie w wysokości 100% świadczenia za dzień pobytu w szpitalu, o którym mowa w pkt 1), za każdy dzień pobytu w szpitalu, począwszy od trzeciego dnia pobytu w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pod warunkiem przebywania w oddziale OIOM/ OIT będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku. Dodatkowe świadczenie przysługuje za okres nie dłuższy niż 14 dni,

4) świadczenie w wysokości 50% świadczenia za dzień pobytu w szpitalu, o którym mowa w pkt 1), za każdy dzień pobytu w szpitalu, począwszy od trzeciego dnia pobytu w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pod warunkiem przebywania Ubezpieczonego w szpitalu w związku z zaleconą rehabilitacją w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Świadczenie przysługuje za okres nie dłuższy niż 14 dni,

5) świadczenie w wysokości 20% świadczenia za dzień pobytu w szpitalu, o którym mowa w pkt 1), za każdy dzień pobytu w szpitalu, począwszy od trzeciego dnia pobytu w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pod warunkiem przebywania Ubezpieczonego w szpitalu uzdrowiskowym, bezpośrednio po leczeniu szpitalnym tj. pobyt w szpitalu uzdrowiskowym rozpoczął się w okresie 30 dni od dnia wypisu ze szpitala i pobyt w szpitalu uzdrowiskowym jest kontynuacją leczenia szpitalnego będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku,

6) w przypadku zbiegu świadczeń dodatkowych, o których mowa w pkt 2) i 3) wyłącznie świadczenie określone w pkt 3),

7) w przypadku świadczeń, o których mowa w pkt 1) i 5), świadczenie za dzień pobytu w szpitalu, jednak nie więcej niż za 90 dni pobytu w szpitalu.

9. W ramach **ubezpieczenia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby**, Ubezpieczonemu przysługuje:

1) świadczenie za dzień pobytu w szpitalu w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu, począwszy od trzeciego dnia pobytu w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a w przypadku kolejnych, następujących po sobie pobytów w szpitalu w związku z tą samą chorobą Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu, począwszy od pierwszego dnia pobytu w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,

2) dodatkowe świadczenie w wysokości 100% świadczenia za dzień pobytu w szpitalu, o którym mowa w pkt 1), za każdy dzień pobytu w szpitalu, począwszy od trzeciego dnia pobytu w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pod warunkiem przebywania w oddziale OIOM/OIT w wyniku choroby. Dodatkowe świadczenie przysługuje za okres nie dłuższy niż 14 dni,

3) świadczenie w wysokości 50% świadczenia za dzień pobytu w szpitalu, o którym mowa w pkt 1), za każdy dzień pobytu w szpitalu, począwszy od trzeciego dnia pobytu w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pod warunkiem przebywania Ubezpieczonego w szpitalu w związku z zaleconą rehabilitacją w wyniku choroby. Świadczenie przysługuje za okres nie dłuższy niż 14 dni,

4) świadczenie w wysokości 20% świadczenia za dzień pobytu w szpitalu, o którym

mowa w pkt 1), za każdy dzień pobytu w szpitalu, począwszy od trzeciego dnia pobytu w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pod warunkiem przebywania Ubezpieczonego w szpitalu uzdrowiskowym, bezpośrednio po leczeniu szpitalnym tj. pobyt w szpitalu uzdrowiskowym rozpoczął się w okresie 30 dni od dnia wypisu ze szpitala i pobyt w szpitalu uzdrowiskowym jest kontynuacją leczenia szpitalnego będącego wynikiem choroby,

- 5) w przypadku świadczeń, o których mowa w pkt 1) i 4), świadczenie za dzień pobytu w szpitalu, jednak nie więcej niż za 90 dni pobytu w szpitalu.

10. W ramach ubezpieczenia poważnych zachorowań Ubezpieczonego, Ubezpieczonemu przysługuje:

- 1) **w opcji I** – świadczenie z tytułu następujących poważnych zachorowań: choroba Creutzfeldta-Jakoba, paraliż, oparzenie, pomostowanie naczyń wieńcowych, niewydolność nerek, utrata mowy, utrata słuchu, utrata wzroku, w wysokości 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia,
- 2) **w opcji II** – świadczenie z tytułu następujących poważnych zachorowań: choroba Creutzfeldta-Jakoba, paraliż, oparzenie, pomostowanie naczyń wieńcowych, niewydolność nerek, utrata mowy, utrata słuchu, utrata wzroku, śpiączka, transplantacja głównych organów, zakażenie wirusem HIV, nowotwór złośliwy, zawał serca, udar mózgu, poliomielitis, anemia aplastyczna, stwardnienie rozsiane, w wysokości 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia.

11. W ramach ubezpieczenia operacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie z tytułu operacji w wyniku nieszczęśliwego wypadku, którą przeszedł Ubezpieczony podczas pobytu w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i która została wyszczególniona w TABELI NR 1, w wysokości odpowiedniego procentu sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia.

12. W ramach ubezpieczenia operacji Ubezpieczonego w wyniku choroby, Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie z tytułu operacji w wyniku choroby, którą przeszedł Ubezpieczony podczas pobytu w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i która została wyszczególniona w TABELI NR 1, w wysokości odpowiedniego procentu sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia.

TABELA NR 1

Lp.	RODZAJ OPERACJI	Procent sumy ubezpieczenia
1.	UKŁAD NERWOWY	
1.1	Wycięcie zmiany w tkance mózgowej	100%
1.2	Drenaż zmiany w tkance mózgowej	70%
1.3	Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentykulo stomii)	50%
1.4	Wycięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	100%
	Rdzeń kręgowy	
1.5	Operacje rdzenia kręgowego	70%
1.6	Operacje korzeni nerwów rdzeniowych	50%
	Nerwy obwodowe	
1.7	Operacje nerwu obwodowego	20%
2.	UKŁAD WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO	
	Przysadka i szyszynka	
2.1	Wycięcie przysadki całkowite lub częściowe	100%
2.2	Operacje szyszynki	100%
	Inne gruczoły wydzielania wewnętrznego	
2.3	Operacje tarczycy	50%
2.4	Operacje grasicy	50%
2.5	Operacje dotyczące nieprawidłowej tkanki nadnerczy	50%
	Sutek	
2.6	Całkowita amputacja sutka	70%
2.7	Kwadrantektomia	20%
3.	OKO	
	Oczodół	
3.1	Usunięcie oka (gałki ocznej) - enukleacja	50%
3.2	Wszczepienie protezy oka	20%
	Siatkówka	
3.3	Odklejenie siatkówki - leczenie fotokoagulacją	70%
3.4	Zniszczenie zmiany siatkówki	50%
	Mięsień oka	
3.5	Operacje mięśni oka	50%
	Rogówka	
3.6	Zeszycie rogówki oka	10%
3.7	Usunięcie ciała obcego z rogówki	10%
	Twardówka i tęczówka	
3.8	Wycięcie zmiany w obrębie twardówki	20%

Lp.	RODZAJ OPERACJI	Procent sumy ubezpieczenia
3.9	Wycięcie tęczówki	20%
	Komora przednia gałki ocznej i soczewka	
3.10	Wycięcie ciała rzęskowego	20%
3.11	Wycięcie soczewki (zewnątrz - lub wewnątrzorebkowe)	20%
4.	UCHO	
	Wyrostek sutkowaty i ucho środkowe	
4.1	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	70%
4.2	Operacje wyrostka sutkowego	50%
4.3	Operacje naprawcze błony bębenkowej	50%
5.	UKŁAD ODDECHOWY	
	Nos	
5.1	Amputacja (resekcja) nosa	50%
	Zatoki przynosowe	
5.2	Operacje zatoki szczękowej	10%
5.3	Operacje zatoki czołowej	10%
5.4	Operacje zatoki klinowej i sitowej	10%
	Krtani	
5.5	Wycięcie krtani	70%
	Tchawica i drzewo oskrzelowe	
5.6	Częściowe wycięcie tchawicy	100%
5.7	Tracheostomia	20%
5.8	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w obrębie dolnych dróg oddechowych	10%
	Płuca	
5.9	Przeszczep płuca	100%
5.10	Operacje płuca	100%
6.	JAMA USTNA	
6.1	Operacja języka	20%
6.2	Wycięcie migdałków podniebiennych	10%
6.3	Wycięcie ślinianki	20%
6.4	Usunięcie kamienia ze światła ślinianki i przewodu ślinianki	10%
7.	GÓRNY ODCINEK PRZEWODU POKARMOWEGO	
	Przełyk	
7.1	Operacje żyłaków przełyku	20%
	Żołądek	
7.2	Całkowite wycięcie żołądka	70%
7.3	Częściowe wycięcie żołądka	50%
7.4	Operacje wrzodu żołądka	50%
7.5	Zespoleń żołądkowo-jelitowe	50%
	Dwunastnica	
7.6	Wycięcie dwunastnicy	50%
7.7	Operacje wrzodu dwunastnicy	50%
	Jelito czcze	
7.8	Wycięcie jelita czczego	50%
7.9	Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomii)	50%
7.10	Zespoleń omijające jelito czcze	50%
	Jelito kręte	
7.11	Wycięcie jelita krętego	50%
7.12	Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomii)	50%
7.13	Zespoleń omijające jelito kręte	50%
8.	DOLNY ODCINEK PRZEWODU POKARMOWEGO	
	Wyrostek robaczkowy	
8.1	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	10%
	Okreźnica	
8.2	Całkowite lub częściowe wycięcie okreźnicy	100%
	Odbytnica	
8.3	Wycięcie odbytnicy	100%
9.	INNE NARZĄDY JAMY BRZUSZNEJ - GŁÓWNE UKŁADU POKARMOWEGO	
	Wątroba	
9.1	Przeszczep wątroby	100%
9.2	Częściowe wycięcie wątroby	70%
	Trzustka	
9.3	Przeszczep trzustki	100%
9.4	Całkowite lub częściowe wycięcie trzustki	50%

Lp.	RODZAJ OPERACJI	Procent sumy ubezpieczenia
10.	SERCE	
10.1	Operacje na otwartym sercu	100%
10.2	Pomostowanie aortalno-wieńcowe	100%
10.3	Przeszkórna angioplastyka wieńcowa	70%
10.4	Wszczepienie rozrusznika/stymulatora	50%
10.5	Drenaż osierdza	70%
	Aorta	
10.6	Operacja tętniaka aorty	100%
10.7	Zabiegi operacyjne aorty	70%
	Tętnice mózgowe	
10.8	Operacje tętniaka tętnicy mózgowej	100%
	Odgałęzienia aorty brzusznej	
10.9	Zabiegi operacyjne tętnicy nerkowej	100%
	Tętnica biodrowa i tętnica udowa	
10.10	Operacja tętniaka tętnicy biodrowej	100%
10.11	Zabiegi operacyjne tętnicy biodrowej	50%
10.12	Operacja tętniaka tętnicy udowej	100%
10.13	Zabiegi operacyjne tętnicy udowej	50%
11.	UKŁAD MOCZOWY	
	Nerki	
11.1	Przeszczep nerki	70%
11.2	Całkowite wycięcie nerki	70%
11.3	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące kamieni nerkowych	10%
11.4	Otwarta naprawcza operacja nerki	50%
	Moczowód	
11.5	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą ureteroskopii	10%
11.6	Wycięcie moczowodu	50%
11.7	Odprowadzenie moczu przez przetokę	70%
11.8	Operacja naprawcza moczowodu	50%
11.9	Operacja ujścia moczowodu	20%
	Pęcherz moczowy	
11.10	Wycięcie zmiany w obrębie pęcherza moczowego	50%
11.11	Całkowite lub częściowe wycięcie pęcherza moczowego	70%
11.12	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego z dostępu brzuszego i/lub przezpochwowego u kobiet	50%
11.13	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne ujścia pęcherza moczowego u kobiet	20%
11.14	Endoskopowe zabiegi ujścia pęcherza moczowego u mężczyzn	50%
	Gruczoł krokowy (prostate)	
11.15	Otwarte wycięcie gruczołu krokowego	50%
	Cewka moczowa	
11.16	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące cewki moczowej	10%
11.17	Operacje ujścia cewki moczowej	10%
12.	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE	
	Jądra	
12.1	Obustronne lub jednostronne wycięcie jąder	20%
12.2	Obustronna implantacja jąder do moszny	50%
12.3	Proteza jądra	20%
	Powróżek nasienny	
12.4	Operacje najądrza	20%
12.5	Operacje nasieniowodu	10%
12.6	Operacja żyłaków powróżka nasiennego	10%
	Prącie	
12.7	Amputacja prącia	20%
12.8	Wycięcie zmiany w obrębie prącia	10%
12.9	Proteza prącia	20%
13.	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE	
	Pochwa	
13.1	Wycięcie pochwy	10%
13.2	Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy	10%

Lp.	RODZAJ OPERACJI	Procent sumy ubezpieczenia
	Macica	
13.3	Amputacja szyjki macicy	20%
13.4	Usunięcie macicy	20%
	Jajowód	
13.5	Obustronne wycięcie jajowodów	20%
13.6	Jednostronne wycięcie jajowodów	10%
13.7	Częściowe wycięcie jajowodu	10%
	Jajnik	
13.8	Wycięcie jajnika jedno - lub obustronne	20%
13.9	Operacje jajnika (za wyjątkiem torbieli jajnika)	10%
14.	TKANKI MIĘKKIE	
	Ściana klatki piersiowej, opłucna i przepona	
14.1	Operacje z otwarciem klatki piersiowej	50%
14.2	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej	20%
	Ściana brzucha	
14.3	Pierwotna operacja przepukliny pachwinowej	10%
14.4	Operacja przepukliny udowej	20%
14.5	Operacja przepukliny pępkowej oraz brzusznej	10%
14.6	Otwarcie jamy brzusznej (za wyjątkiem laparotomii zwiadowczej)	20%
	Ścięgna	
14.7	Pierwotna operacja ścięgna	20%
14.8	Zmiana długości ścięgna	10%
	Mięśnie	
14.9	Operacja mięśnia	10%
	Wiązadła	
14.10	Rekonstrukcja więzadeł stawu kolanowego	20%
15.	KOŚCI I STAWY CZASZKI I KRĘGOSŁUPA	
	Kości i stawy czaszki i twarzy	
15.1	Kraniotomia - otwarcie czaszki	100%
15.2	Nastawienie złamania kości twarzoczaszki	20%
15.3	Stabilizacja złamania żuchwy	20%
	Kości i stawy kręgosłupa	
15.4	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w każdym odcinku	100%
15.5	Operacyjne leczenie złamania kompresyjnego kręgu - jednego lub więcej	50%
15.6	Pierwotne zespolenie/usztywnienie (artrodeza) kręgów w odcinku szyjnym	70%
15.7	Pierwotne zespolenie/usztywnienie (artrodeza) kręgów w innym odcinku	50%
15.8	Odbarczenie złamania kręgosłupa	50%
15.9	Stabilizacja złamania kręgosłupa	50%
16.	INNE KOŚCI I STAWY	
	Złamania kości	
16.1	Zespolenia, przeszczep kości w leczeniu złamań wieloodłamowych	20%
16.2	Operacyjne leczenie złamania kości:	
16.2.1	Podudzia - kość strzałkowa i piszczelowa	10%
16.2.2	Kolana	10%
16.2.3	Udowej	20%
16.3	Przedramienia - kość łokciowa i promieniowa	10%
16.4	Ramiennej	10%
16.5	Obręczy barkowej	10%
16.6	Osteotomia przecięcie kości	20%
	Amputacje	
16.7	Amputacja w zakresie ramienia, przedramienia	50%
16.8	Amputacja ręki: nadgarstka, dłoni, palców	20%
16.9	Amputacja nogi	50%
16.10	Amputacja stopy	20%
16.11	Amputacja palucha, palców stopy	10%
17.	OPERACJE DOTYCZĄCE STAWÓW	
	Wycięcie, umocowanie w stawie:	
17.1	łokciowym, nadgarstka, skokowym	10%
17.2	barkowym, biodrowym, kolanowym	10%

13. W ramach **ubezpieczenia kosztów leczenia i pomocy w podróży**, umowa ubezpieczenia zapewnia:

- 1) pokrycie niezbędnych z medycznego punktu widzenia i udokumentowanych kosztów leczenia, poniesionych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, do których zalicza się:
 - a) koszty leczenia prowadzonego w szpitalu,
 - b) operacje, zabiegi,
 - c) usługi świadczone przez pogotowie ratunkowe,
 - d) leczenie ambulatoryjne,
 - e) honoraria lekarskie,
 - f) koszty leczenia prowadzonego poza szpitalem, pod stałą kontrolą lekarza, gdy konieczność leczenia jest następstwem nieszczęśliwego wypadku lub nagłego stanu bólowego, z zastrzeżeniem że odpowiedzialność InterRisk ogranicza się do wysokości 150 EURO w czasie jednego pobytu poza granicami kraju,

w sytuacji, gdy Ubezpieczony przebywając poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej musiał bezzwłocznie poddać się leczeniu w związku z chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem do wysokości 10.000 EURO,

- 2) pokrycie udokumentowanych kosztów pomocy w podróży w sytuacji, gdy Ubezpieczony przebywając poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej musiał bezzwłocznie poddać się leczeniu w związku z chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, do wysokości 10.000 EURO, z uwzględnieniem limitów, o których mowa w lit. d). Koszty pomocy w podróży obejmują wyłącznie:
 - a) transport chorego Ubezpieczonego za granicę – Centrum Assistance zapewni Ubezpieczonemu transport między najbliższymi zakładami medycznymi, których wyposażenie zapewni właściwe leczenie. Tylko Centrum Assistance w porozumieniu z lekarzem udzielającym pomocy Ubezpieczonemu dokonuje wyboru odpowiedniego środka transportu najbardziej odpowiedniego do stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - b) transport chorego Ubezpieczonego do kraju – InterRisk pokryje wszystkie niezbędne i uzasadnione koszty przewozu chorego Ubezpieczonego do Polski, przy zachowaniu następujących warunków:
 - i. lekarz prowadzący leczenie wyrazi pisemną zgodę na transport Ubezpieczonego do Polski,
 - ii. Centrum Assistance organizuje przewóz Ubezpieczonego,
 - c) transport zwłok Ubezpieczonego do kraju – w przypadku śmierci Ubezpieczonego w trakcie podróży poza granicami Polski, Centrum Assistance zorganizuje transport zwłok Ubezpieczonego do dotychczasowego miejsca jego zamieszkania w Polsce oraz pokryje koszty zakupu trumny,
 - d) koszt podróży i pobytu członka rodziny Ubezpieczonego do wysokości 1.000 EURO – jeżeli w trakcie odbywania przez Ubezpieczonego podróży poza granicami Polski ulegnie on nieszczęśliwemu wypadkowi lub chorobie i w świetle aktualnej wiedzy medycznej stan zdrowia i wynikający z niego rodzaj wymaganej pomocy medycznej uniemożliwia mu powrót do domu, InterRisk zapewni Ubezpieczonemu świadczenie na poczet dodatkowych kosztów podróży i pobytu członka rodziny w kraju zdarzenia. Dodatkowe koszty podróży i pobytu oznaczają uzasadnione koszty (bilety klasy ekonomicznej) poniesione przez członka rodziny, który zgodnie z zaleceniami lekarza pojedzie do Ubezpieczonego w celu zaopiekowania się nim, z zastrzeżeniem, iż odpowiedzialność ogranicza się:
 - i. do pobytu do 7 dni w wysokości do 100 EURO za jeden dzień pobytu,
 - ii. do wysokości kosztów odpowiadającej kosztom podróży z Polski,
- 3) w okresie ubezpieczenia ochronę ubezpieczeniową na jednorazowy pobyt Ubezpieczonego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej trwający nie dłużej niż 30 dni.

14. W ramach **ubezpieczenia opieki medycznej**, Ubezpieczonemu przysługuje zwrot kosztów świadczeń medycznych wyszczególnionych w TABELI nr 2, które zostały poniesione w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, zgodnie z definicją zawartą w §2 pkt 41) niniejszych OWU, na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i powstały w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej w związku z leczeniem:

- 1) w ramach opcji I – następstw nieszczęśliwych wypadków,
- 2) w ramach opcji II – następstw nieszczęśliwych wypadków lub chorób.

TABELA nr 2

ŚWIADCZENIA MEDYCZNE	
1. PORADY LEKARSKIE	
	Lekarza rodzinnego
	Internisty
	Pediatry
	Chirurga
	Endokrynologa
	Gastrologa
	Ginekologa/położnika
	Kardiologa

ŚWIADCZENIA MEDYCZNE	
	Nefrologa
	Neurologa
	Okulisty
	Ortopedy
	Laryngologa
	Pulmonologa
	Urologa
2. BADANIA KRWI	
1) Enzymatyczne	AIAT
	Amylaza
	AspAT
	Fosfataza kwaśna
	Fosfataza kwaśna - frakcja sterczowa
	Fosfataza zasadowa alfa
	GGTP
	Kinaza kreatynowa (CPK, CK)
	Kinaza kreatynowa frakcja sercowa (CPK, CK – MB)
	LDH
	Lipaza
2) Jony	Fosforany (F)
	Magnez (Mg)
	Potas (K)
	Sód (Na)
	Wapń całkowity (Ca)
	Żelazo(Fe)
3) Biochemiczne	Albuminy
	Białko całkowite
	Bilirubina bezpośrednia
	Bilirubina całkowita
	Całkowita zdolność wiązania żelaza (TIBC)
	Cholesterol całkowity
	Cholesterol HDL
	C-peptyd
	Glukoza
	Hemoglobina glikolizowana
	Kreatynina
	Kwas moczowy
	Mocznik
	Proteinogram
	Test doustnego obciążenia glukozą
	Trójglicerydy
4) Morfologia i układ krzepnięcia	Czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)
	Czas protrombinowy (Wskaźnik Quicka)
	Fibrynogen
	Morfologia z rozmazem
	Przeciwciała anty-Rh
5) Hormonalne	Aldosteron
	Estradiol
	FSH
	FT3
	FT4
	Insulina
	Kortyzol
	LH
	Progesteron
	Prolaktyna (PRL)
	T3
	T4
	Testosteron
	TSH
6) Przeciwnowotworowe	AFP
	CEA
	PSA
	S-DHEA
	Przeciwciała anty-TPO (przeciwkfosforylacyjne)

ŚWIADCZENIA MEDYCZNE	
	Przeciwciała anty-TG
7) Serologiczne i immunologiczne	IgA
	IgG
	IgM
	WZW t. B - Antygen HBe
	WZW t. B - Antygen Hbs
8) Inne badania krwi	ASO
	Beta HCG w surowicy
	C3 składnik dopełniacza
	C4 składnik dopełniacza
	CRP
	Czynnik reumatoidalny (Odczyn Waalera-Rosego)
	Komórki LE
	OB
9) Badania rentgenowskie	Kość piętowa
	Kość ramienna - AP i L
	Kość udowa
	Kości podudzia - AP i L
	Kości przedramienia - AP i L
	Kości ręki - PA - zdjęcie porównawcze rąk
	Kości stopy - AP
	Kręgosłup lędźwiowy - krzyżowy - AP i L
	Kręgosłup piersiowy - AP i L
	Kręgosłup szyjny - AP i L
	Nadgarstek
	Palec
	Stawy barkowe AP i L
	Stawy kolanowe - AP i L - zdjęcie porównawcze
	Stawy łokciowe - AP i L - zdjęcie porównawcze
Stawy ramienne - AP - zdjęcie porównawcze	
Stawy skokowe - AP i L - zdjęcie porównawcze	
10) Inne badania diagnostyczne	Audiogram
	Cytologia ginekologiczna
	EEG
	EKG
	EKG - próba wysiłkowa
	Pomiar ciśnienia śródgałkowego
	Spirometria
	Wycinki histopatologiczne
3. BADANIA MOCZU	
	Mocz badanie ogólne
	Białko całkowite - dobowe wydalanie
	Mikroalbuminuria
	Glukoza - dobowe wydalanie
	Kreatynina - dobowe wydalanie
	Potas - dobowe wydalanie
	Kwas moczowy - dobowe wydalanie
	Alfa-amylaza - porcja moczu
	Glukoza - porcja moczu
	Ciała ketonowe - porcja moczu
4. BADANIA KAŁU	
	Kał - badanie ogólne
	Krew utajona w kale
	Kał - resztki pokarmowe
5. AMBULATORYJNA OPIEKA PIELĘGNIARSKA	
	Opatrunek
	Zdjęcie szwów
	Zastrzyk domięśniowy
	Zastrzyk podskórny
	Podanie leku dożylnie
	Chirurgiczne zaopatrzenie rany
	Nacięcie ropnia
	Pomiar ciśnienia tętniczego krwi
	Podanie leku dostawowo

15. W ramach **ubezpieczenia assistance medycznego**, umowa ubezpieczenia zapewnia:

- 1) pomoc medyczną:
 - a) wizyta lekarza Centrum Assistance – w przypadku choroby bądź nieszczęśliwego wypadku, które są objęte ochroną ubezpieczeniową, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje 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, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego. InterRisk pokrywa łączne koszty do wysokości 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia,
 - b) wizyta pielęgniarki – w przypadku choroby bądź nieszczęśliwego wypadku, które są objęte ochroną ubezpieczeniową, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie, zorganizuje 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 nieszczęśliwego wypadku,
 - c) dostawa leków przepisanych przez lekarza – w przypadku choroby bądź nieszczęśliwego wypadku, które są objęte ochroną ubezpieczeniową i w następstwie których Ubezpieczony zgodnie z dokumentacją medyczną wystawioną przez lekarza prowadzącego wymaga leczenia, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt transportu leków przepisanych przez lekarza prowadzącego leczenie do miejsca pobytu Ubezpieczonego,
 - d) transport medyczny do placówki medycznej – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt transportu z miejsca pobytu Ubezpieczonego do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego leczenie,
 - e) 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, zorganizuje i pokryje koszt odpowiedniego środka transportu zalecanego przez lekarza prowadzącego leczenie,
 - f) pomoc psychologiczna – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, InterRisk na zlecenie lekarza zorganizuje i pokryje koszt wizyty u psychologa. InterRisk pokrywa koszt maksymalnie 3 wizyt w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku,
 - g) przekazywanie wiadomości rodzinie Ubezpieczonego lub pracodawcy – w przypadku choroby, bądź nieszczęśliwego wypadku, które są objęte ochroną ubezpieczeniową, w następstwie których Ubezpieczony przebywa w szpitalu, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, na życzenie Ubezpieczonego, przekazuje wiadomości pomiędzy Ubezpieczonym, a jego rodziną lub pracodawcą,
- 2) pomoc rehabilitacyjną:
 - a) wizyta fizykoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie zorganizuje i pokryje koszt wizyt fizykoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku,
 - b) wizyta Ubezpieczonego u fizykoterapeuty w poradni rehabilitacyjnej – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie zorganizuje i pokryje koszt wizyt Ubezpieczonego u fizykoterapeuty w poradni rehabilitacyjnej do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku,
 - c) organizacja oraz pokrycie kosztów transportu sprzętu rehabilitacyjnego – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w miejscu zamieszkania, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego do łącznej kwoty 200 zł w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku,
 - d) zakup lub wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w miejscu zamieszkania, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, pokryje koszt zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego do łącznej kwoty 200 zł w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku,
- 3) pomoc domową – w przypadku choroby bądź nieszczęśliwego wypadku, które są objęte ochroną ubezpieczeniową i w następstwie których Ubezpieczony przebywał w szpitalu przez okres co najmniej 5 dni, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt pomocy domowej po zakończeniu hospitalizacji, do łącznej kwoty 300 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego. Usługa pomocy domowej obejmuje:
 - a) robienie drobnych zakupów spożywczo-przemysłowych pierwszej potrzeby – koszty zakupów realizowanych na zlecenie Ubezpieczonego pokrywa Ubezpieczony,

- b) przygotowywanie posiłków – przy użyciu produktów, środków i sprzętów udostępnionych przez Ubezpieczonego,
 - c) pomoc w utrzymaniu czystości w domu: sprzątanie podłóg, dywanów i wykładzin dywanowych, ścieraniu kurzy, wyrzucaniu śmieci, zmywaniu naczyń, czyszczeniu powierzchni roboczych w kuchni (blatów, płyty kuchennej oraz zlewu), sprzątaniu łazienki; podlewaniu roślin w domu i ogrodzie – przy użyciu środków i sprzętów udostępnionych przez Ubezpieczonego,
- 4) opiekę nad dziećmi – w przypadku choroby bądź nieszczęśliwego wypadku, które są objęte ochroną ubezpieczeniową i w następstwie których nastąpił pobyt Ubezpieczonego 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 zdarzenia ubezpieczeniowego. 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,
- 5) opiekę nad kotami i psami – w przypadku choroby bądź nieszczęśliwego wypadku, które są objęte ochroną ubezpieczeniową i w następstwie których nastąpił pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, organizuje i pokryje koszt opieki nad kotami i psami w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego do kwoty 300 zł za dzień, maksymalnie do 3 dni w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego. 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,
- 6) medyczne usługi informacyjne – za pośrednictwem Centrum Assistance Ubezpieczony uzyska:
- a) informacje medyczne o danej chorobie, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
 - b) informacje o działaniu leków (stosowanie, odpowiedniki, skutki uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży i laktacji),
 - c) informacje o aptekach na terytorium całego kraju (adresy, godziny pracy i numery telefonów),
 - d) informacje o rekomendowanych placówkach medycznych na terytorium kraju,
 - e) informacje o rekomendowanych placówkach diagnostycznych,
 - f) informacje o rekomendowanych placówkach odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych,
 - g) informacje o rekomendowanych placówkach lecznictwa zamkniętego,
 - h) informacje o dietach, zdrowym żywieniu,
 - i) informacje o grupach wsparcia w Polsce, dla osób dotkniętych alkoholizmem, trudną sytuacją rodzinną, cierpiących na określone schorzenia, dla kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych dzieci,
 - j) informacje o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
 - k) dostęp do infolinii medycznej polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem Centrum Assistance, który udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji, co do dalszego postępowania.

SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY

§9

1. Wysokość sumy ubezpieczenia ustalana jest na wniosek Ubezpieczającego osobno dla każdego ryzyka, o których mowa w §4 niniejszych OWU, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.
2. Suma ubezpieczenia ustalana jest dla każdego Ubezpieczonego i określona jest w umowie ubezpieczenia.
3. Górną granicą odpowiedzialności InterRisk jest kwota stanowiąca 100% sumy ubezpieczenia, określona osobno dla każdego ryzyka, za wyjątkiem:
 - 1) ubezpieczenia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Ubezpieczonego, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 1) niniejszych OWU, w którym górną granicą odpowiedzialności InterRisk jest kwota stanowiąca 160% sumy ubezpieczenia określona dla tego ryzyka,
 - 2) ubezpieczenie nieszczęśliwego wypadku z progresywnym systemem wypłaty świadczeń, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 2) niniejszych OWU, w którym górną granicą odpowiedzialności InterRisk jest kwota stanowiąca 500% sumy ubezpieczenia określona dla tego ryzyka,
 - 3) ubezpieczenia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 2) niniejszych OWU, w którym górną granicą odpowiedzialności InterRisk jest kwota stanowiąca 150% sumy ubezpieczenia określona dla tego ryzyka,
 - 4) ubezpieczenia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć dziecka Ubezpieczonego, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 3) niniejszych OWU, w którym górną granicą odpowiedzialności InterRisk jest kwota stanowiąca 150% sumy

ubezpieczenia określona dla tego ryzyka.

4. W ramach ubezpieczenia wypłacone świadczenie lub łączna kwota wypłaconych świadczeń nie mogą przekroczyć łącznie górnej granicy odpowiedzialności, określanej osobno dla każdego ryzyka.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§10

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego, który powinien zawierać co najmniej następujące dane:
 - 1) imię, nazwisko (nazwę) oraz adres (siedzibę) Ubezpieczającego,
 - 2) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - 3) imię i nazwisko oraz adres Ubezpieczonego – dotyczy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia grupowego,
 - 4) imię, nazwisko oraz PESEL Uprawnionego,
 - 5) zakres ubezpieczenia,
 - 6) propozycję sumy ubezpieczenia,
 - 7) okres ubezpieczenia,
 - 8) liczbę osób przystępujących do ubezpieczenia,
 - 9) propozycję postanowień dodatkowych lub odmiennych od postanowień niniejszych OWU, o ile Ubezpieczający chce je wprowadzić do umowy ubezpieczenia.
2. InterRisk może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji, mających wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, o czym informuje Ubezpieczającego na piśmie.
3. Jeżeli wniosek nie zawiera wszystkich danych określonych w ust. 1 lub ust. 2 albo został sporządzony wadliwie lub niezgodnie z warunkami ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest na wezwanie InterRisk do dokonania jego uzupełnienia, względnie sporządzić nowy wniosek, w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma od InterRisk w tej sprawie. Niedotrzymanie powyższego terminu powoduje, że umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta.
4. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres dwunastu miesięcy.
5. Umowa ubezpieczenia może zostać przedłużona na następny dwunastomiesięczny okres ubezpieczenia, za zgodą InterRisk na podstawie OWU obowiązujących w dniu jej przedłużenia i zostaje potwierdzona w sposób, o którym mowa w ust. 7 niniejszego paragrafu.
6. Okres ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia.
7. InterRisk potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia (polisą).

§11

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta w formie ubezpieczenia grupowego lub jako indywidualna kontynuacja ubezpieczenia grupowego w rozumieniu §2 pkt 68) i 16).
2. Umowa ubezpieczenia grupowego lub indywidualna kontynuacja ubezpieczenia grupowego może zostać zawarta wyłącznie w formie imiennej.
3. W przypadku grup liczących od 3 do 10 pracowników umowa ubezpieczenia grupowego może być zawarta, pod warunkiem iż stanowią oni 100% ogółu pracowników zatrudnionych przez Ubezpieczającego.
4. Warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego jest dołączenie do wniosku Ubezpieczającego:
 - 1) deklaracji przystąpienia,
 - 2) imiennej listy osób przystępujących do ubezpieczenia grupowego.
5. Ubezpieczony występujący z ubezpieczenia grupowego może w ciągu miesiąca od dnia wystąpienia z ubezpieczenia złożyć wniosek o indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia grupowego, pod warunkiem, że do dnia wystąpienia z ubezpieczenia był objęty ochroną ubezpieczeniową i składka została opłacona za okres co najmniej sześciu miesięcy.
6. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia grupowego przez Ubezpieczającego, Ubezpieczony może w ciągu miesiąca od dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia złożyć wniosek o indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia grupowego, pod warunkiem, że do dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową i składka została opłacona przez okres co najmniej sześciu miesięcy.
7. Indywidualna kontynuacja ubezpieczenia grupowego zawierana jest za zgodą InterRisk na podstawie obowiązujących OWU w dniu jej zawarcia i zostaje potwierdzona w sposób o którym mowa w §10 ust. 7, za wyjątkiem ubezpieczenia utraty pracy oraz z zastrzeżeniem postanowień §4 ust. 3, §6 ust. 7, §14 ust. 9 pkt 2) oraz §14 ust. 14.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI INTERRISK

§12

1. W umowie ubezpieczenia określa się datę początkową i końcową okresu ubezpieczenia.

2. Odpowiedzialność InterRisk z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia wskazanego w umowie jako początek ochrony ubezpieczeniowej (okresu ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku ubezpieczenia na cudzy rachunek, w stosunku do nowo przystępujących osób do ubezpieczenia grupowego, odpowiedzialność InterRisk rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca, w którym osoba została zgłoszona do InterRisk przez Ubezpieczającego do ubezpieczenia grupowego, z zastrzeżeniem ust. 4 - 5.
4. Odpowiedzialność InterRisk z tytułu ubezpieczenia kosztów leczenia i pomocy w podróży, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 10), zawartej przed rozpoczęciem podróży rozpoczyna się od chwili przekroczenia granicy w celu wyjazdu poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, do chwili przekroczenia granicy Rzeczypospolitej Polskiej, w drodze powrotnej, z tym, że:
 - 1) w przypadku komunikacji lotniczej przekroczenie granicy następuje w chwili startu samolotu z ostatniego lotniska w Rzeczypospolitej Polskiej, a w drodze powrotnej, w chwili lądowania samolotu na pierwszym lotnisku w Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 2) w przypadku komunikacji morskiej przekroczenie granicy następuje w chwili wyjścia statku/promu z portu polskiego, a w drodze powrotnej w chwili wejścia statku/promu do portu polskiego,
 - 3) jednorazowy pobyt Ubezpieczonego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, licząc od momentu rozpoczęcia podróży w celu wyjazdu poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, do momentu powrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, trwa nie dłużej niż 30 dni w ciągu okresu ubezpieczenia.
5. W poszczególnych ryzykach, w których ma zastosowanie karencja, odpowiedzialność InterRisk z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia następnego po upływie karencji.
6. Karencja, o której mowa w ust. 5 nie ma zastosowania przy przedłużeniu umowy ubezpieczenia na podstawie OWU obowiązujących w dniu jej przedłużenia.
7. Odpowiedzialność InterRisk ustaje:
 - 1) z dniem upływu okresu ubezpieczenia,
 - 2) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia,
 - 3) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia w wyniku wypowiedzenia, o którym mowa w §13 ust. 2 - 4,
 - 4) w przypadku opłacania składki w ratach – jeżeli po upływie terminu płatności raty InterRisk wezwie Ubezpieczającego do jej zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania przez Ubezpieczającego spowoduje ustanie odpowiedzialności InterRisk, a kolejna rata składki nie zostanie opłacona w tym terminie – z dniem upływu tego terminu,
 - 5) wobec Ubezpieczonego z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia wskutek wypłacenia świadczenia lub świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia lub górnej granicy odpowiedzialności,
 - 6) wobec Ubezpieczonego z dniem jego zgonu,
 - 7) w przypadku ubezpieczenia utraty pracy z dniem przejścia Ubezpieczonego na emeryturę lub rentę,
 - 8) wobec Ubezpieczonego w grupowej umowie ubezpieczenia – z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym InterRisk otrzymał informację o wystąpieniu Ubezpieczonego z ubezpieczenia w formie listy osób ubezpieczonych, o której mowa w §15 ust. 1 pkt 5 lit. b). Ubezpieczony może wystąpić z ubezpieczenia w każdym czasie,
 - 9) W przypadku gdy odpowiedzialność InterRisk ustala wskutek wyczerpania sumy ubezpieczenia, wznowienie odpowiedzialności InterRisk z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia następuje w drodze aneksu do umowy ubezpieczenia, od dnia wskazanego w tym aneksie jednak nie wcześniej niż po zapłacie dodatkowej składki za doubezpieczenie.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§13

1. Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres dłuższy niż sześć miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem §21 ust. 1.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia.
3. W przypadku ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, począwszy od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.
4. Jeżeli InterRisk ponosił odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona przez Ubezpieczającego w terminie, InterRisk może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia wygasa ona z końcem okresu, za który przypadła niezapłacona składka.

5. Umowa ubezpieczenia wygasa z dniem bezskutecznego upływu terminu, o którym mowa w §12 ust. 7 pkt 4) niniejszych OWU.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§14

1. Wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej należnej za okres odpowiedzialności InterRisk określona jest w umowie ubezpieczenia.
2. Wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej uzależniona jest od czynników oceny ryzyka, a w szczególności:
 - 1) zakresu ubezpieczenia,
 - 2) okresu ubezpieczenia, z uwzględnieniem okresu karencji,
 - 3) wnioskowanej przez Ubezpieczającego wysokości sumy ubezpieczenia,
 - 4) liczby osób objętych umową ubezpieczenia,
 - 5) informacji o szkodowości.
3. Ponadto w ustaleniu wysokości podstawowej składki ubezpieczeniowej uwzględnia się koszty związane z zawarciem umowy ubezpieczenia, z jej wykonywaniem oraz koszty reasekuracji ryzyka.
4. Podstawową składkę ubezpieczeniową oblicza się mnożąc określoną sumę ubezpieczenia przez właściwą dla danego ryzyka stawkę określoną w procentach (%), uzależnioną od czynników określonych w ust. 2. Postanowienie to nie dotyczy:
 - 1) ubezpieczenia kosztów leczenia i pomocy w podróży, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 10) niniejszych OWU,
 - 2) ubezpieczenia assistance medycznego, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 12) niniejszych OWU, w których obowiązuje jedna stawka składki określona kwotowo.
5. Wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej obliczana jest według taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia (lub zmiany) umowy ubezpieczenia.
6. Jeżeli taryfa składek nie uwzględnia ubezpieczonego ryzyka, wówczas wysokość składki ubezpieczeniowej ustalana jest na podstawie indywidualnej oceny ryzyka przez InterRisk.
7. InterRisk może zastosować zniżki i/lub zwykiki podstawowej składki ubezpieczeniowej.
8. Wysokość ostatecznej składki ubezpieczeniowej oblicza się stosując zwykiki i zniżki składki.
9. InterRisk może zastosować zwykiki składki, w szczególności z tytułu:
 - 1) wprowadzenia postanowień dodatkowych i/lub odmiennych od postanowień niniejszych OWU, o które wnioskował Ubezpieczający,
 - 2) indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia grupowego,
 - 3) wysokiej częstotliwości zaistniałych zdarzeń ubezpieczeniowych, z tytułu których InterRisk wypłacił świadczenia.
10. InterRisk może zastosować zniżki składki, w szczególności z tytułu:
 - 1) liczby osób przystępujących do umowy ubezpieczenia,
 - 2) jednorazowej, półrocznej lub kwartalnej płatności składki ubezpieczeniowej, za wyjątkiem indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia grupowego,
 - 3) wprowadzenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od postanowień niniejszych OWU, 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.
13. Składka płatna jest w terminie:
 - 1) do 12 dnia każdego miesiąca obowiązywania umowy ubezpieczenia – w przypadku płatności ratalnej miesięcznej,
 - 2) do 12 dnia pierwszego miesiąca każdego kwartału (rozumianego jako trzy kolejne miesiące) obowiązywania umowy ubezpieczenia – w przypadku płatności ratalnej kwartalnej,
 - 3) do 12 dnia pierwszego miesiąca każdego półrocza (rozumianego jako sześć kolejnych miesięcy) obowiązywania umowy ubezpieczenia – w przypadku płatności ratalnej półrocznej,
 - 4) do 12 dnia pierwszego miesiąca obowiązywania umowy ubezpieczenia – w przypadku płatności jednorazowej.
14. W przypadku indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia grupowego, składka ubezpieczeniowa płatna jest przez Ubezpieczającego kwartalnie w terminie do 12 dnia pierwszego miesiąca każdego kwartału (rozumianego jako trzy kolejne miesiące) obowiązywania umowy ubezpieczenia.
15. Składka lub rata składki za ubezpieczenie płatna jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego.
16. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenia umowy przez którąkolwiek ze stron, InterRisk należy się składka za okres, w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
17. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na

który została zawarta Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

§15

1. Ubezpieczający obowiązany jest do:
 - 1) podania do wiadomości InterRisk przed zawarciem umowy ubezpieczenia wszystkich znanych sobie okoliczności, o które InterRisk zapytywał w formularzu wniosku albo przed zawarciem umowy w innych pismach,
 - 2) zgłaszania InterRisk zmian okoliczności, o których Ubezpieczający informował InterRisk przed zawarciem umowy ubezpieczenia, niezwłocznie po powzięciu o nich wiadomości,
 - 3) opłacenia składki lub jej rat w ustalonym terminie,
 - 4) umożliwienia InterRisk zasięgnięcia informacji odnoszących się do okoliczności wystąpienia wypadku lub choroby,
 - 5) przekazywania do InterRisk w terminie do 3 dnia roboczego każdego miesiąca, danych niezbędnych do należytego wykonywania postanowień umowy ubezpieczenia, a w szczególności:
 - a) list osób przystępujących wraz z deklaracjami przystąpienia,
 - b) list osób występujących z ubezpieczenia,
 - c) miesięcznego rozliczenia składek (na druku InterRisk),
 - 6) przestrzegania obowiązków określonych w niniejszych OWU.
2. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek:
 - 1) Ubezpieczający jest zobowiązany do doręczenia Ubezpieczonemu OWU i udzielenia niezbędnych informacji dotyczących ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać osobie zainteresowanej przystąpieniem do umowy ubezpieczenia informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przed przystąpieniem przez tę osobę do umowy ubezpieczenia, na piśmie, lub jeżeli osoba zainteresowana przystąpieniem do umowy ubezpieczenia wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku,
 - 3) Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Ubezpieczonego na jego żądanie o sposobie obliczenia i opłacenia składki ubezpieczeniowej oraz doręczyć Ubezpieczonemu warunki umowy, w szczególności postanowień umowy w zakresie stanowiącym o prawach i obowiązkach Ubezpieczonego, przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na finansowanie składki ubezpieczeniowej (o ile Ubezpieczony finansuje składkę). Informacje powinny zawierać także opis obowiązków Ubezpieczającego i InterRisk względem Ubezpieczonego,
 - 4) niezależnie od innych postanowień OWU, w sytuacji zaniechania lub zaprzestania dochodzenia świadczenia od InterRisk przez Ubezpieczającego, Ubezpieczony albo jego spadkobiercy są uprawnieni do bezpośredniego dochodzenia świadczenia.
3. Jeśli umowa ubezpieczenia grupowego zawarta została na rachunek pracowników Ubezpieczającego lub osób wykonujących pracę na podstawie umów cywilnoprawnych oraz członków ich rodzin lub na rachunek członków stowarzyszeń, samorządów zawodowych lub związków zawodowych i Ubezpieczający otrzymuje od InterRisk wynagrodzenie lub inne korzyści w związku z oferowaniem możliwości skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej lub czynnościami związanymi z wykonywaniem umowy ubezpieczenia grupowego, przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego Ubezpieczający przekazuje osobie zainteresowanej przystąpieniem do takiej umowy informacje o:
 - 1) firmie InterRisk i adresie siedziby InterRisk,
 - 2) charakterze wynagrodzenia lub innych korzyści otrzymywanych w związku z proponowanym przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego,
 - 3) możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie podał do wiadomości InterRisk okoliczności znanych sobie, o których mowa w ust. 1 pkt 1) lub nie dopełnił obowiązku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2), InterRisk nie odpowiada za skutki tych okoliczności.
5. InterRisk obowiązany jest do:
 - 1) zachowania należytej staranności przy zawieraniu i wykonywaniu umowy ubezpieczenia,
 - 2) przekazywania Ubezpieczającemu informacji niezbędnych do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, a w razie powstania roszczenia zobowiązany jest do terminowej likwidacji,
 - 3) dostarczenia Ubezpieczającemu przed zawarciem umowy ubezpieczenia tekstu niniejszych OWU, a także innych dokumentów i formularzy niezbędnych z punktu widzenia wykonywania umowy ubezpieczenia,
 - 4) na żądanie Ubezpieczonego, udzielenia informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz OWU w zakresie praw i obowiązków Ubezpieczonego,
 - 5) udostępniania Ubezpieczającemu/Ubezpieczonemu Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu InterRisk we wszystkich jednostkach organizacyjnych InterRisk, w taki sposób, aby Ubezpieczający mógł zapoznać się z nią przed zawarciem umowy

ubezpieczenia. Na wniosek Ubezpieczającego/Ubezpieczonego tekst Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu InterRisk dostarczany jest Ubezpieczającemu/Ubezpieczonemu pod wskazany adres,

- 6) udostępnienia Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu 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 potwierdzania ich zgodności z oryginałem przez InterRisk,
 - 7) objęcia ochroną ubezpieczeniową osób, które zostały zgłoszone przez Ubezpieczającego i za których została zapłacona składka ubezpieczeniowa,
 - 8) wypłaty świadczenia na warunkach i zasadach określonych w niniejszych OWU i umowie ubezpieczenia,
 - 9) zabezpieczenia danych osobowych, otrzymanych w wyniku realizacji umowy ubezpieczenia zgodnie z przepisami prawa,
 - 10) 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 §17 ust. 10,
 - 11) pisemnego informowania Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z zawiadomieniem o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z §17 ust. 10.
6. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony mają prawo wglądu do informacji i dokumentów, gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości świadczenia, żądania pisemnego potwierdzenia przez InterRisk udostępnionych informacji i sporządzenia na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich za zgodność z oryginałem przez InterRisk.
 7. Niezależnie od innych postanowień OWU, w sytuacji zaniechania lub zaprzestania dochodzenia świadczenia od zakładu ubezpieczeń przez Ubezpieczającego, Ubezpieczony albo jego spadkobiercy są uprawnieni do bezpośredniego dochodzenia świadczenia.

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA. USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA.

§16

W razie powstania zdarzenia mogącego powodować odpowiedzialność InterRisk, Ubezpieczający/Ubezpieczony obowiązany jest do:

- 1) niezwłocznego zgłoszenia się do lekarza i zastosowania się do jego zaleceń,
- 2) zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową jednostkę organizacyjną InterRisk, nie później niż w terminie 14 dni od dnia zajścia zdarzenia lub uzyskania o nim informacji, o ile stan zdrowia mu na to pozwala, a w przypadku ubezpieczenia utraty pracy obowiązany jest do zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową jednostkę organizacyjną InterRisk, nie później niż w terminie 14 dni od dnia w którym Ubezpieczony uzyskał status osoby bezrobotnej, w związku z utratą pracy rozumianą zgodnie z niniejszymi OWU,
- 3) poddania się badaniu przez lekarza wskazanego przez InterRisk, celem rozpoznania zgłaszanych obrażeń ciała. Koszt takich badań pokrywa InterRisk.

§17

1. 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) imię i nazwisko, adres Uprawnionego, jeżeli z roszczeniem występuje Uprawniony,
 - 4) datę zdiagnozowania choroby oraz szczegółowy opis okoliczności jej wystąpienia lub datę nieszczęśliwego wypadku oraz szczegółowy opis okoliczności jego zaistnienia,
 - 5) imię i nazwisko, adres świadków nieszczęśliwego wypadku, o ile są w posiadaniu zgłaszającego roszczenie.
2. W razie powstania zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia assistance medycznego, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 12) niniejszych OWU, Ubezpieczający/Ubezpieczony obowiązany jest skontaktować z Centrum Assistance (adres, numer telefonu podany jest w umowie ubezpieczenia) i przekazać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko lub nazwę i adres Ubezpieczającego,
 - 2) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - 3) adres zamieszkania Ubezpieczonego,
 - 4) krótki opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
 - 5) numer telefonu kontaktowego Ubezpieczonego.
 3. W razie powstania zdarzenia, o którym mowa w ust. 2, Ubezpieczony, na wniosek Centrum Assistance, zobowiązany jest przedstawić lekarzom Centrum Assistance posiadane: zaświadczenia medyczne, skierowania, zwolnienia lekarskie, dokumenty medyczne, recepty, a także oryginały rachunków lub faktur i dowody ich zapłaty.
 4. W celu ustalenia odpowiedzialności InterRisk, Ubezpieczony/Uprawniony zobowiązany

jest dostarczyć poniższe podstawowe dokumenty, o ile są w posiadaniu zgłaszającego roszczenie:

- 1) zgłoszenie zdarzenia Policji, o ile było zgłoszone,
- 2) dokumentację medyczną opisującą rodzaj doznanych obrażeń oraz zawierającą dokładną diagnozę,
- 3) zaświadczenia lekarskie z przebiegu procesu leczenia zawierające dokładną diagnozę,
- 4) kartę informacyjną ze szpitala,
- 5) w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku:
 - a) zaświadczenie lekarskie – karta zgonu,
 - b) akt zgonu Ubezpieczonego lub orzeczenie sądu uznające Ubezpieczonego za osobę zmarłą,
- 6) w przypadku wypadku komunikacyjnego, o ile Ubezpieczony był kierowcą pojazdu:
 - a) prawo jazdy i odpowiednich uprawnień do prowadzenia pojazdu,
 - b) dowód rejestracyjny pojazdu,
- 7) celem refundacji poniesionych kosztów nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych:
 - a) zlecenie lekarskiego na zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze,
 - b) oryginały rachunków lub faktur,
- 8) celem refundacji poniesionych kosztów przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych:
 - a) decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o przyznaniu renty szkoleniowej osobie trwale niezdolnej do pracy w dotychczasowym zawodzie lub orzeczenie powiatowego (lub wojewódzkiego) zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności, w którym orzeczono o celowości przekwalifikowania zawodowego osoby niepełnosprawnej,
 - b) oryginały rachunków lub faktur,
- 9) w przypadku utraty pracy:
 - a) wypowiedzenie stosunku pracy lub kontraktu menedżerskiego oraz świadectwo pracy,
 - b) zaświadczenie o wyrejestrowaniu działalności gospodarczej z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej lub postanowienie sądu o ogłoszeniu o upadłości lub odmowie jej ogłoszenia wskutek braku wystarczającego majątku do przeprowadzenia procesu upadłości,
 - c) zaświadczenie z właściwego urzędu potwierdzające zarejestrowanie Ubezpieczonego, jako osoby bezrobotnej,
 - d) każdorazowo przed wypłatą świadczenia miesięcznego – zaświadczenie z właściwego urzędu potwierdzające posiadanie przez Ubezpieczonego statusu osoby bezrobotnej,
- 10) w przypadku śmierci współmałżonka lub partnera lub dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku:
 - a) zaświadczenie lekarskie – karta zgonu,
 - b) akt zgonu lub orzeczenie sądu uznające osobę za zmarłą,
- 11) w przypadku krótkotrwałej niezdolności do wykonywania pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku:
 - a) potwierdzoną przez pracodawcę za zgodność z oryginałem kopię zaświadczenia lekarskiego wystawionego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2005 r. w sprawie orzekania o czasowej niezdolności do pracy, o którym mowa w §2 pkt 48) niniejszych OWU lub placówkę medyczną, która wystawiła w/w zaświadczenie,
 - b) zaświadczenie potwierdzające zatrudnienie,
- 12) celem refundacji poniesionych kosztów leczenia i pomocy w podróży – oryginały rachunków lub faktur,
- 13) celem refundacji poniesionych kosztów świadczeń medycznych:
 - a) oryginały rachunków lub faktur,
 - b) skierowanie na badania,
- 14) w przypadku zdarzeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy dodatkowo:
 - a) orzeczenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o przyznaniu odszkodowania Ubezpieczonemu z tytułu wypadku przy pracy, lub
 - b) protokół ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku – wg wzoru protokołu zgodnego z Rozporządzeniem Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 16 września 2004 r. w sprawie wzoru protokołu ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy sporządzony przez zespół powypadkowy powołany zgodnie z zasadami określonymi w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 1 lipca 2009 r. w sprawie ustalania okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy, a w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą karta wypadku przy pracy sporządzona zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki

Społecznej z dnia 19 grudnia 2002 r. w sprawie trybu uznawania zdarzenia powstałego w okresie ubezpieczenia wypadkowego za wypadek przy pracy, kwalifikacji prawnej zdarzenia, wzoru karty wypadku i terminu jej sporządzenia,

- 15) inne dokumenty określone w postanowieniach dodatkowych lub odmiennych od OWU wprowadzonych do umowy ubezpieczenia lub w piśmie, o którym mowa w ust. 9 i 10.
5. Dokumenty, o których mowa w ust. 4, powinny być doręczone jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę występującą z roszczeniem, za wyjątkiem dokumentów, które zaznaczono o dostarczenie w oryginale.
6. Wykaz podstawowych dokumentów może zostać uzupełniony w piśmie, o którym mowa w ust. 10 i 11.
7. InterRisk może na swój koszt, kierować Ubezpieczonego na badania lekarskie z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi.
8. InterRisk może uzyskać odpłatnie od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu, za pośrednictwem lekarza upoważnionego przez InterRisk, informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją danych o jego stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, w zakresie określonym w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
9. Wystąpienie InterRisk o informację, o której mowa w ust. 8, wymaga pisemnej zgody Ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, albo jego przedstawiciela ustawowego.
10. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego 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 tym zawiadomieniem 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.
11. W przypadku powzięcia przez InterRisk nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności zgłaszanych roszczeń lub wysokości świadczenia, InterRisk w terminie siedmiu dni od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.

§18

1. Stopień uszczerbku na zdrowiu powinien być ustalony niezwłocznie po zakończeniu leczenia z uwzględnieniem, zaleconego przez lekarza leczenia powypadkowego, najpóźniej w 24 miesiącu od dnia wypadku.
2. Przy ustaleniu stopnia (procentu) uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę charakteru czynności zawodowych wykonywanych przez Ubezpieczonego.
3. Stopień uszczerbku na zdrowiu jest ustalany na podstawie zgłoszenia roszczenia i dostarczonej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia oraz na podstawie Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu InterRisk S.A Vienna Insurance Group obowiązującej w dniu zawarcia umowy.
4. Stopień uszczerbku ustalany jest na podstawie Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group udostępnianej Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu, na każdy ich wniosek.
5. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje przed wypadkiem były już upośledzone, świadczenie wypłaca się z uwzględnieniem różnicy pomiędzy stopniem (procentem) uszczerbku na zdrowiu właściwym dla danego organu, narządu lub układu po wypadku, a istniejącym bezpośrednio przed wypadkiem.
6. Koszty nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi, środków pomocniczych, koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych, koszty leczenia i pomocy w podróży, koszty świadczeń medycznych zwracane są osobie, która je poniosła.
7. Wypłaty świadczeń Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu, na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej dokonywane są w PLN. Za granicą świadczenia przekazywane są we właściwych walutach wymienialnych bezpośrednio przez InterRisk lub Centrum Assistance.
8. Przeliczenie na PLN wydatków poniesionych w walutach obcych dokonywane jest według średniego kursu walut ustalonego przez NBP obowiązującego w dniu zajścia zdarzenia.
9. Świadczenia medyczne wymienione w Tabeli nr 2 niniejszych OWU jako Porady lekarskie nie wymaga skierowania, pozostałe świadczenia medyczne wymienione w TABELI nr 2, o której mowa w §8 ust. 14 wymagają pisemnego zalecenia ich przez lekarza prowadzącego leczenie.

§19

1. Świadczenie może być wypłacone: przelewem bankowym lub przekazem pocztowym.
2. Świadczenia wypłacane są w złotych polskich, z zastrzeżeniem postanowień §18 ust. 7 - 8 niniejszych OWU.
3. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu ubezpieczeń regulują ustawy

o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych.

4. InterRisk spełnia świadczenie w terminie trzydziestu (30) dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
5. Jeżeli w terminie określonym w ust. 4 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności InterRisk albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia InterRisk wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
6. Jeżeli w terminie określonym w ust. 4 InterRisk nie wypłaci świadczenia, zawiadamia na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub części w powyższym terminie.
7. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, InterRisk informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, w terminach określonych w ust. 4 lub 5, wskazując na okoliczności oraz na podstawie prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz poucza o możliwości złożenia skargi lub reklamacji do InterRisk lub dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

SKARGI I REKLAMACJE

§20

1. Poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uposażonemu lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do występowania z zastrzeżeniami dotyczącymi usług świadczonych przez InterRisk, w tym do zgłaszania skarg i zażaleń, zwanych dalej łącznie reklamacjami.
2. Reklamacja może być złożona:
 - a) na piśmie – osobiście, w każdej jednostce organizacyjnej InterRisk obsługującej klientów, za pośrednictwem operatora pocztowego lub kuriera, albo wysłana na adres do doręczeń elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych,
 - b) ustnie – telefonicznie poprzez InterRisk Kontakt (nr tel.: 22 575 25 25) lub osobiście do protokołu w każdej jednostce organizacyjnej InterRisk obsługującej klientów,
 - c) w postaci elektronicznej – wysyłając e-mail na adres: szkody@interrisk.pl.
3. InterRisk udziela odpowiedzi na reklamację bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do maksymalnie 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. InterRisk informując o przedłużeniu terminu odpowiedzi na reklamację wskazuje przyczynę opóźnienia, okoliczności, które muszą zostać ustalone oraz określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji.
5. InterRisk odpowiada na reklamację osoby fizycznej na piśmie, a na wniosek tej osoby – pocztą elektroniczną. Na reklamacje złożone przez podmioty inne niż osoby fizyczne, InterRisk odpowiada w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku.
6. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego. Konsumentom przysługuje także prawo zwrócenia się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.
7. InterRisk podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

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

§21

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

1. Konsument, który zawarł na odległość umowę ubezpieczenia, może od niej odstąpić

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

2. Umowa ubezpieczenia nie wiąże się z ryzykiem finansowym wynikającym z jej szczególnych cech lub charakteru czynności, które mają być wykonane, a składka ubezpieczeniowa nie zależy od ruchu cen na rynku finansowym.
3. Konsument ponosi koszty wynikające ze środków porozumiewania się na odległość według taryfy operatora konsumenta.
4. Spory wynikające z umów zawartych pomiędzy konsumentami a InterRisk za pośrednictwem strony internetowej lub innych środków elektronicznych mogą być rozwiązywane przez właściwe organy za pomocą europejskiej platformy pozasądowego rozwiązywania sporów dostępnej pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.
5. Umowa ubezpieczenia nie jest objęta funduszem gwarancyjnym lub innym systemem gwarancyjnym.
6. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy InterRisk a konsumentem jest język polski.
7. Prawem właściwym dla stosunków InterRisk z konsumentem przed zawarciem umowy jak również prawem właściwym dla zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§22

1. 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.
2. 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.
3. InterRisk zobowiązany jest na podstawie ustawy o pozasądowym rozwiązywaniu 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).
4. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia złożone przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub InterRisk w związku z umową ubezpieczenia (dotyczące zarówno wykonania jak i rozwiązania lub wystąpienia z umowy ubezpieczenia) powinny być złożone na piśmie pod rygorem nieważności, za wyjątkiem przypadku, gdy podmioty te wyrażą zgodę na przekazywanie zawiadomień i oświadczeń w formie elektronicznej.
5. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU jest prawo polskie.
6. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr 05/06/07/2021 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 6 lipca 2021 roku i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 sierpnia 2021 roku.

Wiceprezes Zarządu

Józef Winiarski

Członek Zarządu

Włodzimierz Wasiak

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.