

Ubezpieczenie kosztów leczenia Panaceum



Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

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

Produkt: **Ubezpieczenie kosztów leczenia Panaceum**

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje umowne podawane są w innych dokumentach w tym w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia kosztów leczenia Panaceum 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 kosztów leczenia Panaceum to ubezpieczenie zdrowotne umożliwiające bezgotówkową realizację świadczeń medycznych w prywatnych placówkach medycznych dedykowanych przez InterRisk do obsługi Ubezpieczonych, wskazanych na stronie www.interrisk.pl. Koszty udzielonych świadczeń pokrywa InterRisk bezpośrednio na konto Partnera Medycznego.



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ koszty świadczeń medycznych, koszty pomocy doraźnej oraz koszty operacji powstałe w okresie ubezpieczenia w związku z leczeniem chorób i następstw nieszczęśliwych wypadków
- ✓ na wniosek Ubezpieczającego przedmiot ubezpieczenia może zostać rozszerzony o koszt świadczeń medycyny pracy udzielonych pracownikom Ubezpieczającego oraz osobom przyjmowanym przez niego do pracy

Suma ubezpieczenia

- ✓ górną granicę odpowiedzialności InterRisk w ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycznych, w tym w ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycznych medycyny pracy stanowią koszty świadczeń medycznych określonych w załączniku nr 1 do OWU
- ✓ w ubezpieczeniu kosztów pomocy doraźnej suma ubezpieczenia określona jest kwotowo i wynosi maksymalnie 2 000 zł
- ✓ w ubezpieczeniu kosztów operacji suma ubezpieczenia określona jest kwotowo i wynosi maksymalnie 15 000 zł



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- ✗ kosztów leków i środków medycznych, za wyjątkiem środków medycznych użytych do wykonania zabiegów ambulatoryjnych oraz środków medycznych użytych w nagłych przypadkach dla ratowa-

nia życia oraz niezbędnych do przeprowadzenia standardowych badań profilaktycznych i specjalistycznych

- ✗ w ubezpieczeniu kosztów operacji, odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje zwrotu kosztów:
 - a) przeprowadzenia operacji wtórnej
 - b) operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwych wypadków
 - c) operacji wad wrodzonych i schorzeń będącymi ich skutkiem
 - d) operacji związanych z żyłakami kończyn dolnych



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

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

- ! umyślnym popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego
- ! uczestnictwa Ubezpieczonego w badaniach klinicznych i eksperymentach medycznych
- ! chorób psychicznych
- ! leczeniem AIDS lub schorzeń związanych z tą chorobą
- ! leczeniem skutków i chorób spowodowanych spożywaniem alkoholu oraz używaniem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych.



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ na terytorium RP



Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

- w razie powstania potrzeby realizacji świadczeń medycznych w ramach ubezpieczenia kosztów świadczeń medycznych/ubezpieczenia kosztów świadczeń medycznych Medycyny Pracy, Ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się z telefoniczną infolinią medyczną, której numer podany jest na karcie identyfikacyjnej i zastosować się do zaleceń i wskazówek personelu medycznego w zakresie uzasadnionym realizowanym świadczeniem zdrowotnym



Jak i kiedy należy opłacać składki?

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



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 12 miesięcy, chyba że strony umowy się inaczej.

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

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:

- a) z dniem upływu okresu ubezpieczenia,
- b) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia,
- c) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia w wyniku wypowiedzenia,
- d) w przypadku opłacenia składki w ratach – jeżeli po upływie terminu płatności raty InterRisk wezwie Ubezpieczającego do jej zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od daty otrzymania wezwania przez Ubezpieczającego spowoduje ustanie odpowiedzialność InterRisk, a kolejna rata składki nie zostanie opłacona w tym terminie – z dniem upływu tego terminu,
- e) wobec Ubezpieczonego z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia wskutek wypłacenia świadczenia lub świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia,
- f) wobec Ubezpieczonego z dniem jego zgonu,
- g) wobec Ubezpieczonego w grupowej umowie ubezpieczenia – z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym InterRisk otrzymał informację o wystąpieniu Ubezpieczonego z ubezpieczenia.



Jak rozwiązać umowę?

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

SPIS TREŚCI

INFORMACJE, O KTÓRYCH MOWA W ART. 17 UST. 1 USTAWY O DZIAŁALNOŚCI UBEZPIECZENIOWEJ I REASEKURACYJNEJ	rewers strony 1
POSTANOWIENIA POCZĄTKOWE	1
DEFINICJE	1
PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA	3
ZAKRES UBEZPIECZENIA	4
WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	4
SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY	4
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	4
POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZycIELA	5
ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA	5
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA	5
PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY	5
ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA, USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA	6
SKARGI I REKLAMACJE	7
POSTANOWIENIA MAJĄCE ZASTOSOWANIE DO UMÓW UBEZPIECZENIA NA ODLEGŁOŚĆ W ROZUMIENIU USTAWY O PRAWACH KONSUMENTA	7
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	7
UBEZPIECZENIE KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH	9
UBEZPIECZENIE KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH MEDYCZYNY PRACY	22
UBEZPIECZENIE KOSZTÓW OPERACJI	23
UBEZPIECZENIE KOSZTÓW POMOCY DORAŻNEJ	25

POSTANOWIENIA POCZĄTKOWE

§1

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

DEFINICJE

§2

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

- 1) **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 dezorganizację życia publicznego przy użyciu przemocy lub groźby użycia przemocy,
- 2) **choroba** – zaburzenia w funkcjonowaniu narządów lub organów ciała Ubezpieczonego, niezależnie od niczyjej woli, co do której lekarz może postawić diagnozę, wymagającą leczenia, diagnostyki lub rehabilitacji,
- 3) **choroba psychiczna** – zgodnie z diagnozą lekarza prowadzącego leczenie choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenie psychiczne i zaburzenia zachowania (kod ICD:F00-F99), a także depresja i nerwica,
- 4) **choroba zawodowa** – choroba znajdująca się w wykazie chorób stanowiącym załącznik nr 1 do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 roku w sprawie chorób zawodowych,

- 5) **deklaracja przystąpienia** – pisemne oświadczenie woli osoby fizycznej na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszych OWU, składane Ubezpieczającemu przez osobę przystępującą do grupowego ubezpieczenia,
- 6) **dziecko** – każde dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko w pełni, bądź nie w pełni przez niego przysposobione, w wieku do 18 lat, a w przypadku uczęszczania do szkoły publicznej lub niepublicznej (w tym uczelni wyższej), znajdującej się na terytorium Rzeczypospolitej Polski, w trybie dziennym, zaocznym lub wieczorowym, w rozumieniu ustawy o systemie oświaty oraz ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym, z wyłączeniem kursów oraz kształcenia korespondencyjnego – w wieku do 25 lat,
- 7) **działalność gospodarcza** – zarobkowa działalność wytwórcza, budowlana, handlowa, usługowa w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia a także działalność zawodowa wykonywana w sposób zorganizowany i ciągły,
- 8) **Infolinia Medyczna** – infolinia, za pośrednictwem której Ubezpieczony może: uzyskać informację o zakresie świadczeń medycznych objętych ubezpieczeniem, ustalić placówkę medyczną, w której będzie wykonane świadczenie medyczne, uzgodnić termin wykonania świadczenia medycznego w dowolnym miejscu Rzeczypospolitej Polskiej, zarówno w Centrach Medycznych Partnera Medycznego jak i placówkach współpracujących z Partnerem Medycznym (numer telefonu podany jest na karcie identyfikacyjnej). Rejestracja świadczeń medycznych przez Ubezpieczonego u Partnera Medycznego odbywa się wyłącznie poprzez kontakt telefoniczny z Infolinią Medyczną pod numerem telefonu wskazanym na karcie identyfikacyjnej,
- 9) **karta identyfikacyjna** – dokument określający wariant ubezpieczenia wskazujący na uprawnienie do korzystania ze świadczeń medycznych w placówce Partnera Medycznego. Karta identyfikacyjna ważna jest tylko w zaopatrzoną w zdjęcie dokumentem określającym tożsamość Ubezpieczonego,
- 10) **lekarz** – osoba posiadająca formalnie potwierdzone kwalifikacje zgodnie z wymogami prawa obowiązującego w kraju, w którym świadczy usługi, wykonująca zawód w zakresie swoich uprawnień, i kwalifikacji, niebędąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub osobą bliską dla Ubezpieczonego,
- 11) **materiały wybuchowe** – substancje chemiczne stałe lub ciekłe albo mieszaniny substancji zdolne do reakcji chemicznej z wytworzeniem 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,
- 12) **narkotyki** – substancje psychotropowe oraz środki zastępcze, o których mowa w pkt. 30) i 33),
- 13) **nieszczęśliwy wypadek** – nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, na skutek której Ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała,
- 14) **ocena ryzyka** – procedura ustalona i stosowana przez Ubezpieczyciela przy obejmowaniu ochroną ubezpieczeniową osoby fizycznej lub grupy osób, mająca wpływ na wysokość składki i zakres ochrony ubezpieczeniowej, uwzględniająca: wysokość sumy ubezpieczenia, liczebność grupy,

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

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§2, §3, §4, §10, §11, §14, §15, §16, §17, §18 Załącznik nr 1 – ubezpieczenie kosztów świadczeń medycznych Załącznik nr 2 – ubezpieczenie kosztów świadczeń medycznych Medycyny Pracy Załącznik nr 3 – ubezpieczenie kosztów operacji Załącznik nr 4 – ubezpieczenie kosztów pomocy doraźnej
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§5, §6, §7, §8, §13 ust. 2, §16 ust. 4

- 15) **ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Ubezpieczyciela do spełnienia świadczenia objętego niniejszą umową, w razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego określonego w umowie ubezpieczenia, za które Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność,
- 16) **odpady radioaktywne** – odpady promieniotwórcze: stałe, ciekłe lub gazowe, zawierające substancje promieniotwórcze,
- 17) **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. Wyróżnia się następujące rodzaje operacji:
- operacja metodą otwartą – polega na otwarciu przestrzeni i jam ciała lub światła narządów wewnętrznych, połączona z bezpośrednią ingerencją w ich wnętrze lekarza przeprowadzającego operację,
 - operacja metodą laparoskopową – polega na otwarciu przestrzeni i jam ciała lub światła narządów wewnętrznych, przy użyciu specjalistycznej aparatury, z pomocą której odbywa się ingerencja w ich wnętrze,
 - operacja metodą zamkniętą – bez otwierania przestrzeni i jam ciała lub światła narządów wewnętrznych (przeszkorna, endoskopowa, przeznaczy-niowa),
- 18) **operacja wtórna** – każda kolejna operacja związana przyczynowo z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem lub tą samą chorobą,
- 19) **osoba bliska** – małżonek, dzieci, partner, rodzeństwo, matka, ojciec, macocha, pasierb, pasierbica, teściowie, zięciowie, synowie, przysposabiający, przysposo-bieni Ubezpieczonego, opiekunowie ustanowieni przez sąd opiekuńczy,
- 20) **pandemia** – epidemia danej choroby zakaźnej występująca w tym samym cza-sie w różnych krajach i na różnych kontynentach, w rozumieniu Światowej Orga-nizacji Zdrowia (WHO),
- 21) **partner** – osoba fizyczna, pozostająca z Ubezpieczonym w związku pozamałżeń-skim, niepozostająca z Ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa, powinowac-twa, ani przysposobienia,
- 22) **Partner Medyczny** – podmiot wykonujący działalność leczniczą, z którym Ubezpieczyciel zawarł umowę w sprawie realizacji świadczeń medycznych na rzecz Ubezpieczonych,
- 23) **podmiot wykonujący działalność leczniczą** – podmiot leczniczy oraz prakty-ka zawodowa w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej,
- 24) **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,
- 25) **pracodawca** – jednostka organizacyjna, choćby nie posiadała osobowości prawnej, a także osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, o ile zatrudnia pracowników,
- 26) **pracownik** – osoba zatrudniona przez pracodawcę na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub innej umowy cywilnoprawnej, której przedmiotem jest zatrudnienie. Za pracownika uważa się również osobę, która jest członkiem zrzeszonym w ramach 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 tej osoby fizycznej lub spółki),
- 27) **przystąpienie do ubezpieczenia** – objęcie ochroną ubezpieczeniową osoby fizycznej w ramach ubezpieczenia grupowego na podstawie listy, o której mowa w §13 ust. 1 pkt. 5) lit. a),
- 28) **rozruchy i zamieszki** – demonstracje i starcia uliczne będące wyrazem buntu przeciwko władzy państwowej,
- 29) **sporty wysokiego ryzyka** – bouldering, wspinaczka skalna, wspinaczka lodo-wa, taternictwo, alpinizm, himalaizm, skialpinizm, trekking, zjazdy ekstremalne na nartach, freestyle, freeride, snowboarding wysokogórski, snowboarding pręd-kościowy, skoki i ewolucje narciarskie i snowboardowe, rafting, canyoning, hy-drospeed, kajakarstwo górskie, szybownictwo spadochroniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, baloniarstwo, pilotowanie samolotów lub śmigłowców, zorbing, skoki z/na bungee, nurkowanie, parkour, freerun, bug-gykitting, windsurfing, quady, kitesurfing, żegluga poza wodami terytorialnymi w odległości powyżej 12 mil morskich od brzegu, kolarstwo ekstremalne, kolar-stwo górskie, jeździectwo, speleologia, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motoro-we, rajdy pojazdów lądowych, wodnych lub powietrznych, heliskiing, heliboar-ding, 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,
- 30) **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 prze-ciwdziałaniu narkomanii w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 31) **szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wyko-nuje działalność leczniczą w postaci świadczeń szpitalnych, w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 32) **środek odurzający** – substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie stanowiącym za-łącznik nr 1 do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w brzmieniu obowiązują-cym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 33) **środek zastępczy** – substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w każdym stanie fizycznym lub produkt, roślina, grzyb lub ich część, zawiera-jące taką substancję, używane zamiast środka odurzającego lub substancji psy-chotropowej lub w takich samych celach jak środek odurzający lub substancja psychotropowa, których wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulo-wane na podstawie przepisów odrębnych w rozumieniu ustawy o przeciwdzia-łaniu narkomanii w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpie-czenia,
- 34) **świadczenia medyczne** – wykonane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, niezbędne z medycznego punktu widzenia świadczenia zdrowotne objęte umow-ą ubezpieczenia, określone w Załączniku nr 1 i 4 do niniejszych OWU, udziele-łone Ubezpieczonemu w związku z chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, a także badania profilaktyczne oraz świadczenia medyczne udzielone w związku z ciężką lub porodem,
- 35) **świadczenia medyczne medycyny pracy** – świadczenia medyczne medycyny pracy określone w Załączniku nr 2 do niniejszych OWU, udzielone w okresie ubezpieczenia pracownikowi Ubezpieczającego oraz osobom przyjmowanym przez niego do pracy,
- 36) **świadczenia szpitalne** – świadczenia w rozumieniu ustawy o działalności lecz-nicznej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, wy-konywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diag-nozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprze-kraczającym 24 godzin,
- 37) **świadczenia zdrowotne** – zgodnie z ustawą o działalności leczniczej, świad-czenia służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odręb-nych regulujących zasady ich wykonywania,
- 38) **Ubezpieczający** – jeden z podmiotów, o których mowa w §1 ust. 1, zawierający umowę ubezpieczenia i zobowiązany do opłacenia składki ubezpieczeniowej,
- 39) **ubezpieczenie grupowe** – umowa ubezpieczenia zawierana przez Ubezpiezczy-ciela z Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonego, przy czym minimalna grupa osób przystępujących do ubezpieczenia wynosi co najmniej 5 osób,
- 40) **ubezpieczenie rodzinne** – ubezpieczenie zawierane przez Ubezpieczyciela z Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonych:
- osoby fizycznej i jej współmałżonka lub partnera,
 - osoby fizycznej i jej dziecka,
 - osoby fizycznej i jej współmałżonka lub partnera oraz ich dzieci,
- wskazanych imiennie w umowie ubezpieczenia (polisie),
- 41) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia, pod warunkiem, iż osoba ta w dniu przystąpienia do ubezpiecze-nia nie ukończyła 65 lat, a w przypadku umowy ubezpieczenia rodzinnego także jej małżonek lub partner i ich dzieci. W przypadku umowy ubezpieczenia obejm-ującej koszty świadczeń medycznych medycyny pracy określone w §4 ust. 1 pkt. 2) Ubezpieczonym jest Pracodawca,
- 42) **wyczynowe uprawianie sportu** – podejmowana dobrowolnie forma aktyw-ności fizycznej człowieka polegająca na uprawianiu dyscyplin sportu poprzez regularne 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,
- 43) **wystąpienie z ubezpieczenia** – oświadczenie Ubezpieczającego o rezygnacji z ubezpieczenia Ubezpieczonego, złożone Ubezpieczycielowi w formie listy osób występujących, o której mowa w §13 ust. 1 pkt. 5) lit. b).

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§3

- Przedmiotem ubezpieczenia są koszty świadczeń medycznych, koszty pomocy doraźnej oraz koszty operacji powstałe w okresie ubezpieczenia w związku z leczeniem chorób i następstw nieszczęśliwych wypadków.
- Na wniosek Ubezpieczającego przedmiot ubezpieczenia może zostać rozszerzony o koszt świadczeń medycznych medycyny pracy udzielonych pracownikom Ubezpieczającego oraz osobom przyjmowanym przez niego do pracy.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§4

- Zakres ubezpieczenia ustalany jest na wniosek Ubezpieczającego i może obejmować:
 - koszty świadczeń medycznych, określonych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU, w wariantach **STANDARD, STANDARD PLUS, CLASSIC, SUPER, SUPER PLUS, VIP**,
 - koszty świadczeń medycznych medycyny pracy, określonych w Załączniku nr 2 do niniejszych OWU,
 - koszty operacji, określonych w Załączniku nr 3 do niniejszych OWU,
 - koszty pomocy doraźnej, określonej w Załączniku nr 4 do niniejszych OWU, w opcji podstawowej lub rozszerzonej.
- Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w formie ubezpieczenia grupowego w rozumieniu postanowienia §2 pkt. 39).
- Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, umowa ubezpieczenia rodzinnego może zostać zawarta w ramach umowy ubezpieczenia grupowego w rozumieniu postanowienia §2 pkt. 40) lit. a)–c).
- Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, jak również w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, umowa ubezpieczenia grupowego może zostać zawarta w zakresie określonym w ust. 1 pkt. 1) lub w ust. 1 pkt. 1) i pkt. 2), rozszerzonym o dowolnie wybrane ubezpieczenie określone w ust. 1 pkt. 3) lub 4) z zastrzeżeniem postanowień ust. 5.
- Umowa ubezpieczenia grupowego zawarta w zakresie określonym w ust. 1 pkt. 1) lub w ust. 1 pkt. 1) i pkt. 2) w wariantach **SUPER, SUPER PLUS, VIP** może zostać rozszerzona o ubezpieczenie określone w ust. 1 pkt. 3) z zastrzeżeniem, że w grupach do 20 pracowników ubezpieczeniem kosztów operacji muszą być objęci wszyscy pracownicy, a w grupach powyżej 20 pracowników ubezpieczeniem kosztów operacji musi być objęte minimum 20 pracowników.
- Zmiana zakresu ubezpieczenia w czasie trwania umowy ubezpieczenia wymaga zgody Ubezpieczyciela i zawarcia aneksu do obowiązującej umowy ubezpieczenia, w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
- Zmiana wariantu ubezpieczenia w przypadku ubezpieczenia kosztów świadczeń medycznych w czasie trwania umowy ubezpieczenia wymaga zgody Ubezpieczyciela i zawarcia aneksu do obowiązującej umowy ubezpieczenia, w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
- Wizyta u lekarza internisty, lekarza rodzinnego, pediatry oraz lekarza specjalisty nie wymaga skierowania. Udzielenie pozostałych świadczeń medycznych, w tym wykonanie zabiegów ambulatoryjnych i transportu medycznego określonych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU, wymaga skierowania od lekarza Partnera Medycznego.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§5

- Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z:
 - umyślnym popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
 - działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami,
 - aktami terroru,
 - uczestnictwem Ubezpieczonego w badaniach klinicznych i eksperymentach medycznych,
 - chorób psychicznych,
 - leczeniem AIDS lub schorzeń związanych z tą chorobą,
 - leczeniem skutków i chorób spowodowanych spożywaniem alkoholu oraz używaniem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych,
 - epidemiami ogłoszonymi na podstawie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,
 - pandemii.
- Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów leków i środków medycznych, za wyjątkiem środków medycznych użytych do wykonania zabiegów ambulatoryjnych oraz środków medycznych użytych w nagłych przypadkach dla ratowania życia oraz uznanych przez lekarza za niezbędne do przeprowadzenia standardowych badań profilaktycznych i specjalistycznych.
- Ubezpieczyciel nie świadczy ochrony ani nie wypłaci świadczenia w zakresie w jakim ochrona lub wypłata świadczenia naraziłyby Ubezpieczyciela na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeśli mają zastosowanie do przedmiotu umowy.

§6

- W ubezpieczeniu kosztów operacji** o którym mowa w §4 ust. 1 pkt. 3 z uwzględnieniem wyłączeń, o których mowa w §5 ust. 1 Ubezpieczyciel dodatkowo nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z:
 - uszkodzeniami ciała zdiagnozowanymi przed dniem objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczyciela,

- chorób zdiagnozowanych w okresie ostatnich 36 miesięcy przed dniem przystąpienia do umowy ubezpieczenia,
 - chorób leczonych w okresie ostatnich 36 miesięcy przed dniem przystąpienia do umowy ubezpieczenia,
 - prowadzeniem pojazdu przez Ubezpieczonego będącego kierowcą pojazdu, nieposiadającego wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub jeżeli pojazd nie był zarejestrowany lub nie posiadał ważnego badania technicznego, jeżeli w odniesieniu do danego pojazdu istnieje wymóg rejestracji lub dokonania okresowych badań technicznych, chyba że brak wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub stan techniczny pojazdu nie miał wpływu na zajście wypadku,
 - działaniem odpadów radioaktywnych bądź materiałów wybuchowych,
 - pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyłączeniem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza, o ile pozostawianie Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych miało wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku lub choroby,
 - choroby zawodowej,
 - wyczynowego uprawiania sportu,
 - uprawiania sportów wysokiego ryzyka,
 - chorobami zakaźnymi i pasożytniczymi przenoszonymi na drodze kontaktu płciowego.
- W przypadku ubezpieczenia kosztów operacji, odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje zwrotu kosztów:
 - przeprowadzenia operacji wtórnej,
 - operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba, że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwych wypadków,
 - operacji wad wrodzonych i schorzeń będącymi ich skutkiem,
 - operacji związanych z żyłakami kończyn dolnych.

§7

W ubezpieczeniu kosztów pomocy doraźnej, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt. 4), z uwzględnieniem wyłączeń, o których mowa w §5 ust. 1 Ubezpieczyciel nie odpowiada dodatkowo za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z:

- prowadzeniem pojazdu przez Ubezpieczonego jeżeli Ubezpieczony nie posiadał uprawnień do jego prowadzenia, o ile posiadanie uprawnień przez Ubezpieczonego do prowadzenia pojazdu miało wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku lub choroby,
- pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyłączeniem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza, o ile pozostawianie Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych miało wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku lub choroby,
- wyczynowego uprawiania sportu,
- uprawiania sportów wysokiego ryzyka.

SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY

§8

- Górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela w ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycznych, w tym w ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycznych medycyny pracy stanowią koszty świadczeń medycznych określonych w Załącznikach nr 1 i 2 do niniejszych OWU.
- W ubezpieczeniu kosztów operacji oraz kosztów pomocy doraźnej, stanowiących Załączniki nr 3 i 4 do niniejszych OWU, sumy ubezpieczenia określone są kwotowo, oddzielnie dla każdego rodzaju ubezpieczenia.
- Wysokość sum ubezpieczenia, o których mowa w ust. 2 ustalana jest na wniosek Ubezpieczającego.
- Sumy ubezpieczenia, o których mowa w ust. 2 określone są w umowie ubezpieczenia i stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela dla danego rodzaju ubezpieczenia.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§9

- Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego, który powinien zawierać co najmniej następujące dane:
 - imię, nazwisko (nazwę) oraz adres (siedzibę) Ubezpieczającego,
 - zakres ubezpieczenia,
 - wariant ubezpieczenia,
 - liczbę osób przystępujących do umowy ubezpieczenia grupowego,
 - propozycję sumy ubezpieczenia dla ubezpieczenia kosztów operacji oraz kosztów pomocy doraźnej,
 - okres ubezpieczenia,

- 7) propozycję postanowień dodatkowych lub odmiennych od postanowień niniejszych OWU, które chce wprowadzić do umowy Ubezpieczający.
2. Warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego jest przekazanie przez Ubezpieczającego Ubezpieczycielowi przed zawarciem umowy ubezpieczenia listy osób przystępujących do ubezpieczenia wraz z ich deklaracjami przystąpienia.
3. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji, mających wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, o czym informuje Ubezpieczającego na piśmie.
4. Jeżeli wniosek nie zawiera wszystkich danych określonych w ust. 1 lub ust. 3 albo został sporządzony wadliwie lub niezgodnie z warunkami ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest na wezwanie Ubezpieczyciela odpowiednio go uzupełnić, względnie sporządzić nowy wniosek, w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma Ubezpieczyciela w tej sprawie. Niedotrzymanie powyższego terminu powoduje, że umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta.
5. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres dwunastu miesięcy, chyba że strony umówiły się inaczej.
6. Umowa ubezpieczenia może być kontynuowana za zgodą Ubezpieczyciela na następny 12-miesięczny okres ubezpieczenia na warunkach obowiązujących w dniu jej przedłużenia i zostaje potwierdzona w sposób, o którym mowa w ust. 8.
7. Okres ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia.
8. Ubezpieczyciel potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia (polisą).
9. Po zawarciu umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający otrzymuje karty identyfikacyjne przeznaczone dla każdego Ubezpieczonego.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§10

1. W umowie ubezpieczenia określa się datę początkową i końcową okresu ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, wskazanego w umowie jako początek ochrony ubezpieczeniowej (okresu ubezpieczenia), jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub pierwszej raty składki, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.
3. W przypadku ubezpieczenia na cudzy rachunek, w stosunku do nowo przystępujących osób do ubezpieczenia grupowego w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym osoba została zgłoszona do Ubezpieczyciela przez Ubezpieczającego do ubezpieczenia grupowego.
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela 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 §11 ust. 2 i 3,
 - 4) w przypadku opłacania składki w ratach – jeżeli po upływie terminu płatności raty InterRisk wezwie Ubezpieczającego do jej zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania przez Ubezpieczającego spowoduje ustanie odpowiedzialności InterRisk, a kolejna rata składki nie zostanie opłacona w tym terminie – z dniem upływu tego terminu,
 - 5) wobec Ubezpieczonego z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia wskutek wypłacenia świadczenia lub świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia – dotyczy ubezpieczenia kosztów operacji i ubezpieczenia kosztów pomocy doraźnej,
 - 6) wobec Ubezpieczonego z dniem jego zgonu,
 - 7) 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 §13 ust. 1 pkt. 5) lit. b). Ubezpieczony może wystąpić z ubezpieczenia w każdym czasie.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§11

1. Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres dłuższy niż sześć miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. 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.
3. Jeżeli Ubezpieczyciel ponosił odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona przez Ubezpieczającego w terminie, Ubezpieczyciel może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpo-

wiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia wygasa ona z końcem okresu, za który przypadła niezapłacona składka.

4. Umowa ubezpieczenia wygasa z dniem bezskutecznego upływu terminu, o którym mowa w §10 ust. 4 pkt. 4.
5. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§12

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej należnej za okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela określona jest w umowie ubezpieczenia.
2. Wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej uzależniona jest od czynników oceny ryzyka, a w szczególności:
 - 1) zakresu ubezpieczenia,
 - 2) wariantu ubezpieczenia,
 - 3) formy ubezpieczenia,
 - 4) liczby osób przystępujących,
 - 5) okresu ubezpieczenia,
 - 6) wnioskowanej przez Ubezpieczającego wysokości sum ubezpieczenia.
4. Składka ubezpieczeniowa określona jest kwotowo dla danego rodzaju ubezpieczenia. Składka ubezpieczeniowa określona jest w złotych polskich.
5. Wysokość składki ubezpieczeniowej obliczana jest według taryfy 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 Ubezpieczyciela.
7. Ubezpieczyciel może zastosować zniżki i/lub zwwyżki podstawowej składki ubezpieczeniowej.
8. Wysokość ostatecznej składki ubezpieczeniowej oblicza się stosując zwwyżki i zniżki składki.
9. Ubezpieczyciel może zastosować zwwyżki składki w umowach ubezpieczeń grupowych, w szczególności z tytułu wprowadzenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od zapisów niniejszych OWU, o które wnioskował Ubezpieczający.
10. Ubezpieczyciel może zastosować zniżki składki, w szczególności z tytułu liczby osób przystępujących do ubezpieczenia oraz 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. Terminy płatności wysokości kolejnych rat określa się w umowie ubezpieczenia.
13. Składka lub pierwsza rata składki za ubezpieczenie powinna być zapłacona w dniu zawierania umowy, jednak nie później niż do 25 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc kalendarzowy, w którym nastąpi początek okresu ubezpieczenia, chyba że strony ustaliły w umowie ubezpieczenia (polisie) inne terminy płatności. Kolejne raty składki ubezpieczeniowej płatne są w terminach płatności określonych w umowie ubezpieczenia (polisie).
14. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenia umowy przez którąkolwiek ze stron, Ubezpieczycielowi należy się składka za okres, w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
15. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na który została zawarta Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

§13

1. Ubezpieczający obowiązany jest do:
 - 1) podania Ubezpieczycielowi, przed zawarciem umowy ubezpieczenia, znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał w formularzu wniosku lub w pismach skierowanych do niego. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane,
 - 2) zgłaszania Ubezpieczycielowi zmian okoliczności, o których Ubezpieczający informował Ubezpieczyciela przed zawarciem umowy ubezpieczenia, niezwłocznie po powzięciu o nich wiadomości,
 - 3) opłacenia składki ubezpieczeniowej lub jej rat w ustalonym terminie,
 - 4) umożliwienia Ubezpieczycielowi zasięgnięcia informacji odnoszących się do okoliczności wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 5) przekazywania w uzgodnionych i określonych w umowie ubezpieczenia terminach do Ubezpieczyciela wszystkich danych, wskazanych przez Ubezpieczyciela, niezbędnych do należytego wykonywania postanowień umowy ubezpieczenia grupowego, a w szczególności:

- a) listy osób przystępujących wraz z deklaracjami przystąpienia,
- b) listy osób występujących,
- 6) przestrzegania obowiązków określonych w niniejszych OWU,
2. Jeżeli Ubezpieczający nie podał do wiadomości Ubezpieczyciela znanych sobie okoliczności, o których mowa w ust. 1 pkt. 1) lub nie dopełnił obowiązku, o którym mowa w ust. 1 pkt. 2), Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, za skutki tych okoliczności.
3. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek:
 - a) Ubezpieczający jest zobowiązany do doręczenia Ubezpieczonemu OWU i udzielenia niezbędnych informacji dotyczących ochrony ubezpieczeniowej;
 - b) 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;
 - c) 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 Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego;
 - d) niezależnie od innych postanowień OWU, w sytuacji zaniechania lub zaprzestania dochodzenia świadczenia od Ubezpieczyciela przez Ubezpieczającego, Ubezpieczony albo jego spadkobiercy są uprawnieni do bezpośredniego dochodzenia świadczenia.
4. Jeśli umowa ubezpieczenia grupowego zawarta została na rachunek pracowników Ubezpieczającego lub osób wykonujących pracę na podstawie umów cywilnoprawnych oraz członków ich rodzin lub na rachunek członków stowarzyszeń, samorządów zawodowych lub związków zawodowych i Ubezpieczający otrzymuje od Ubezpieczyciela 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:
 - a) firmie Ubezpieczyciela i adresie siedziby Ubezpieczyciela;
 - b) charakterze wynagrodzenia lub innych korzyści otrzymywanych w związku z proponowanym przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego;
 - c) możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.
5. Ubezpieczyciel 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 przypadku zgłoszenia 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) udostępnienia Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu informacji i dokumentów, gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez InterRisk udostępnionych informacji, a także sporządzać na swój koszt kserokopie dokumentów i żądać potwierdzania ich zgodności z oryginałem przez Ubezpieczyciela,
 - 6) objęcia ochroną ubezpieczeniową osób, które zostały zgłoszone przez Ubezpieczającego i za które została zapłacona składka ubezpieczeniowa,
 - 7) wypłaty świadczenia na warunkach i zasadach określonych w niniejszych OWU i umowie ubezpieczenia,
 - 8) zabezpieczenia danych osobowych, otrzymanych w wyniku realizacji umowy ubezpieczenia zgodnie z przepisami prawa,
 - 9) informowania osoby występującej z roszczeniem pisemnie jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania, zgodnie z §17 ust. 6,
 - 10) pisemnego informowania Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi zawiadomieniem o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z §17 ust. 6,
 - 11) przekazania Ubezpieczającemu kart identyfikacyjnych, wskazujących na uprawnienie do korzystania przez każdego Ubezpieczonego ze świadczeń medycznych udzielanych przez Partnera Medycznego.
6. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony mają prawo wglądu do informacji i dokumentów, gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

lub wysokości świadczenia, żądania pisemnego potwierdzenia przez Ubezpieczyciela udostępnionych informacji i sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich za zgodność z oryginałem przez Ubezpieczyciela.

7. Niezależnie od innych postanowień OWU w sytuacji zaniechania lub zaprzestania dochodzenia świadczenia od zakładu ubezpieczeń przez Ubezpieczającego Ubezpieczony albo jego spadkobiercy są uprawnieni do bezpośredniego dochodzenia świadczenia.
8. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu ubezpieczeń regulują ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych.

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA, USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§14

1. **Świadczenia medyczne**, określone w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU oraz świadczenia medyczne medycyny pracy określone w Załączniku nr 2 do niniejszych OWU, udzielane są Ubezpieczonemu w placówkach Partnera Medycznego współpracującego z Ubezpieczycielem. Informacja o adresach placówek medycznych, w których realizowane są świadczenia dostępna jest pod numerem telefonu wskazanym na karcie identyfikacyjnej oraz na stronie internetowej www.interrisk.pl. Warunkiem skorzystania ze świadczeń objętych ubezpieczeniem jest kontakt z Infolinią Medyczną. Konsultant Infolinii uzgodnia z Ubezpieczonym preferowany termin realizacji świadczenia i oddzwania do Ubezpieczonego z potwierdzeniem. W dniu konsultacji/badania wysyłany jest sms przypominający o wyznaczonym terminie.
2. W ramach ubezpieczenia kosztów świadczeń medycznych, o których mowa w ust. 1 Ubezpieczający/ Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) skontaktować się z Infolinią Medyczną,
 - 2) zastosować się do zaleceń i wskazówek personelu medycznego Partnera Medycznego w zakresie uzasadnionym realizowanym świadczeniem zdrowotnym.
3. Koszty świadczeń, o których mowa w ust. 1 pokrywane są przez Ubezpieczyciela bezpośrednio na konto Partnera Medycznego, udzielającego świadczenie.

§15

1. **W ramach ubezpieczenia kosztów operacji**, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt. 3) Ubezpieczonemu przysługuje zwrot kosztów operacji określonych w Załączniku nr 3 do niniejszych OWU, przeprowadzonych u Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia podczas co najmniej dwudniowego pobytu w szpitalu.
2. W razie powstania zdarzenia, mogącego powodować odpowiedzialność Ubezpieczyciela, z tytułu kosztów operacji, Ubezpieczający/ Ubezpieczony obowiązany jest do:
 - 1) zgłoszenia się do lekarza i zastosowania się do jego zaleceń,
 - 2) zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową do jednostki organizacyjnej Ubezpieczyciela, nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia zajścia zdarzenia lub uzyskania o nim informacji.
3. Ubezpieczyciel zapewnia zwrot kosztów operacji w oparciu o postanowienia niniejszych OWU do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia (polisie).

§16

1. **W ramach ubezpieczenia kosztów pomocy doraźnej**, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt. 4) Ubezpieczonemu przysługuje zwrot 90% kosztów świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 4 do niniejszych OWU, udzielanych Ubezpieczonemu w placówkach innych niż wskazane przez Partnera Medycznego współpracującego z Ubezpieczycielem.
2. **W ubezpieczeniu kosztów pomocy doraźnej** Ubezpieczony ma dowolny wybór podmiotu wykonującego działalność leczniczą, z zastrzeżeniem ust. 1.
3. **W ramach ubezpieczenia kosztów pomocy doraźnej**, Ubezpieczający/ Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) skontaktować lub zgłosić się do podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w celu uzyskania świadczenia medycznego,
 - 2) pokryć koszty udzielonych świadczeń medycznych,
 - 3) zawiadomić o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową do jednostki organizacyjnej Ubezpieczyciela, nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia zajścia zdarzenia lub uzyskania o nim informacji.
4. Umowa ubezpieczenia zapewnia zwrot 90% poniesionych kosztów świadczeń medycznych, w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia (polisie).

§17

1. Postanowienia sformułowane w niniejszym paragrafie dotyczą **ubezpieczenia kosztów operacji** oraz **kosztów pomocy doraźnej**, o których mowa w §4 ust. 1 pkt. 3) i 4).
2. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia, powinno zawierać poniższe podstawowe informacje i dokumenty:
 - 1) numer polisy,
 - 2) dane Ubezpieczonego: imię i nazwisko, adres zamieszkania, datę urodzenia,
 - 3) datę rozpoznania choroby, o ile jest znana Ubezpieczonemu,

- 4) w przypadku nieszczęśliwego wypadku – datę oraz szczegółowy opis okoliczności jego zaistnienia,
 - 5) posiadane zaświadczenia lekarskie opisujące proces leczenia oraz zawierające dokładną diagnozę,
 - 6) skierowanie na operację, o ile jest w posiadaniu Ubezpieczonego,
 - 7) posiadane zaświadczenia szpitalne opisujące rodzaj i rozległość obrażeń oraz zawierające dokładną diagnozę, kartę informacyjną ze szpitala,
 - 8) rachunki/faktury poniesionych kosztów leczenia, rachunek/faktura powinien/powinna zawierać: datę, dane placówki oraz podpis osoby upoważnionej do wystawienia faktury/rachunku, imię i nazwisko Ubezpieczonego, adres, datę oraz nazwę udzielonego świadczenia wraz z cenami jednostkowymi,
 - 9) raporty policyjne dotyczące zdarzenia, o ile zostały sporządzone i są w posiadaniu Ubezpieczonego,
 - 10) inne dokumenty określone w postanowieniach dodatkowych lub odmiennych wprowadzonych do umowy ubezpieczenia lub w piśmie skierowanym do Ubezpieczonego w trybie określonym w ust. 6.
3. Ubezpieczyciel może na swój koszt, kierować Ubezpieczonego na badania lekarskie z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi.
 4. Ubezpieczyciel 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 Ubezpieczyciela, 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.
 5. Wystąpienie Ubezpieczyciela o informację, o której mowa w ust. 4, wymaga pisemnej zgody Ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, albo jego przedstawiciela ustawowego.
 6. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z zawiadomieniem o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
 7. W przypadku powzięcia przez Ubezpieczyciela nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności zgłoszonych roszczeń lub wysokości świadczenia, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.

§18

1. Ustalenie zasadności świadczeń następuje na podstawie przedłożonych dokumentów, jednakże Ubezpieczyciel ma prawo do ich weryfikacji i zasięgnięcia opinii specjalistów.
2. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia, po uprzednim przeprowadzeniu własnego postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zasadności zgłoszonego roszczenia i wysokości świadczenia, zawartej ugody lub prawomocnego orzeczenia sądowego.
3. Świadczenie może być wypłacone: przelewem bankowym lub przekazem pocztowym.
4. Świadczenia wypłacane są w złotych polskich.
5. Ubezpieczyciel spełnia świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
6. Jeżeli w terminie określonym w ust. 5 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela 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 Ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
7. Jeżeli w terminie określonym w ust. 5 Ubezpieczyciel 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.
8. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, w terminach określonych w ust. 5 lub 6, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz poucza o możliwości złożenia skargi lub reklamacji do Ubezpieczyciela lub dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

SKARGI I REKLAMACJE

§19

1. Poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uposażonemu lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do występowania z zastrzeżeniami dotyczącymi usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, w tym do zgłaszania skarg i zażaleń, zwanych dalej łącznie reklamacjami.
2. Reklamacja może być złożona:
 - a) na piśmie – osobiście w każdej jednostce organizacyjnej Ubezpieczyciela obsługującej klientów lub 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 Ubezpieczyciela obsługującej klientów;
 - c) w postaci elektronicznej - wysyłając e-mail na adres: szkody@interrisk.pl.
3. Ubezpieczyciel 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. Ubezpieczyciel informując o przedłużeniu terminu odpowiedzi na reklamację wskazuje przyczynę opóźnienia, okoliczności, które muszą zostać ustalone oraz określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji.
5. Ubezpieczyciel odpowiada na reklamację osoby fizycznej na piśmie, a na wniosek tej osoby - pocztą elektroniczną. Na reklamacje złożone przez podmioty inne niż osoby fizyczne, Ubezpieczyciel 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. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

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

§20

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 Ubezpieczycielowi przysługuje wyłącznie część składki obliczonej proporcjonalnie za każdy dzień udzielania przez Ubezpieczyciela 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 Ubezpieczycielem 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 Ubezpieczycielem a konsumentem jest język polski,
- 7) prawem właściwym dla stosunków Ubezpieczyciela z konsumentem przed zawarciem umowy jak również prawem właściwym dla zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§21

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia złożone przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Ubezpieczyciela w związku z umową ubezpieczenia (dotyczące zarówno wykonania jak i rozwiązania lub wystąpienia z umowy ubezpieczenia) powinny być złożone na piśmie pod rygorem nieważności, za wyjątkiem przypadku, gdy podmioty te wyrażą zgodę na przekazywanie zawiadomień i oświadczeń w formie elektronicznej.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamie-

szkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

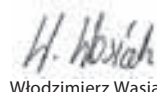
3. Wszelkie spory wynikające z umowy ubezpieczenia lub powstające w związku z nią mogą być przedmiotem rozstrzygnięcia przez Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego. Powyższe postanowienie nie stanowi zapisu na sąd polubowny.
4. Ubezpieczyciel zobowiązany jest na podstawie ustawy o pozasądowym rozwiązaniu sporów konsumenckich do pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy konsumentami a Ubezpieczycielem jest Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
5. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU jest prawo polskie.
6. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia kosztów leczenia Panaceum 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.
7. Integralną częścią niniejszych OWU są następujące Załączniki:
 - 1) Załącznik nr 1 – Ubezpieczenie kosztów świadczeń medycznych,
 - 2) Załącznik nr 2 – Ubezpieczenie kosztów świadczeń medycznych medycyny pracy,
 - 3) Załącznik nr 3 – Ubezpieczenie kosztów operacji,
 - 4) Załącznik nr 4 – Ubezpieczenie kosztów pomocy doraźnej.

Wiceprezes Zarządu



Józef Winiarski

Członek Zarządu



Włodzimierz Wasiak

Załącznik nr 1

do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia kosztów leczenia Panaceum zatwierdzone uchwałą nr 05/06/07/2021 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 6 lipca 2021 roku.

UBEZPIECZENIE KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH
PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA
TABELA nr 1

Lp.		STANDARD	STANDARD PLUS	CLASSIC	SUPER	SUPER PLUS	VIP
1	INFOLINIA MEDYCZNA						
	Infolinia Medyczna, za pośrednictwem której Ubezpieczony może: 1) uzyskać informację o zakresie świadczeń medycznych objętych ubezpieczeniem, 2) ustalić placówkę medyczną, w której będzie wykonane świadczenie medyczne, 3) uzgodnić termin wykonania świadczenia medycznego w dowolnym miejscu Polski, zarówno w Centrach Medycznych Partnera Medycznego jak i placówkach współpracujących z Partnerem Medycznym.	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
2	PODSTAWOWA OPIEKA LEKARSKA						
		TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	1) Nielimitowane konsultacje lekarzy podstawowej opieki lekarskiej:						
	a) internista	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	b) lekarz medycyny rodzinnej	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
c) pediatra	TAK w umowach ubezpieczenia rodzinnego	TAK w umowach ubezpieczenia rodzinnego	TAK w umowach ubezpieczenia rodzinnego	TAK w umowach ubezpieczenia rodzinnego	TAK w umowach ubezpieczenia rodzinnego	TAK w umowach ubezpieczenia rodzinnego	TAK w umowach ubezpieczenia rodzinnego
3	SPECJALISTYCZNA OPIEKA LEKARSKA						
		TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	1) Bezpośrednie (bez skierowania od internisty) i nielimitowane konsultacje lekarzy specjalistów następujących specjalizacji lekarskich:						
	a) alergolog (+ testy alergiczne metodą nakłóć, do 20 alergenów + odczulanie z lekiem Ubezpieczonego)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	b) angiolog	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	c) chirurg	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	d) chirurg naczyniowy	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	e) chirurg onkolog	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	f) dermatolog	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	g) diabetolog	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	h) endokrynolog	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	i) gastrolog	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	j) ginekolog	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	k) hematolog	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	l) kardiochirurg	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	m) kardiolog	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	n) laryngolog	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	o) lekarz chorób zakaźnych	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	p) neurolog	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	q) okulista	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	r) onkolog	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	s) ortopeda	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	t) pulmonolog	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	u) psychiatra	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	v) lekarz rehabilitacji	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	w) neurochirurg	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK

Lp.		STANDARD	STANDARD PLUS	CLASSIC	SUPER	SUPER PLUS	VIP
	x) nefrolog	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	y) reumatolog	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	z) urolog	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	2) W przypadku, gdy Ubezpieczonym jest dziecko – bezpośrednio (bez skierowania od pediatry) i nielimitowane konsultacje lekarzy specjalistów następujących specjalizacji lekarskich:						
	a) alergolog (testy alergiczne metodą nakłóć, do 20 alergenów + odczulanie z lekiem Ubezpieczonego)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	b) angiolog	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	c) chirurg	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	d) dermatolog	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	e) kardiolog	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	f) laryngolog	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	g) neurolog	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	h) okulista	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	i) onkolog	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	j) ortopeda	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	k) hematolog	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	l) kardiochirurg	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	m) pulmonolog	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	n) psychiatra	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	o) lekarz rehabilitacji	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	p) neurochirurg	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	q) nefrolog	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
4	KONSULTACJE PROFESORSKIE	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
5	WIZYTY DOMOWE* Internistyczne bądź pediatryczne wizyty domowe. Wizyty domowe realizowane są wyłącznie w oparciu o wskazania medyczne, w przypadku: ostrych infekcji, wysokiej gorączki, bólów brzucha, zaostrzeniu dolegliwości przewlekłych. Niedogodny dojazd do Centrum Medycznego lub wypisanie recepty nie są okolicznościami uzasadniającymi wizytę w domu Ubezpieczonego. Wizyty domowe odbywają się w granicach administracyjnych powiatów ziemskich, w których znajdują się Centra Medyczne Partnera Medycznego oraz placówek z nim współpracujących jednak nie dalej niż do 30 km od centrum miasta.	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
6	PROWADZENIE CIĄŻY Opieka w okresie ciąży fizjologicznej obejmuje badania, testy, analizy, konsultacje specjalistyczne mające na celu zapewnienie opieki nad kobietą i jej nienarodzonym dzieckiem w tym opiekę lekarza ginekologa oraz badania diagnostyczne zgodnie z danym wariantem ubezpieczenia.	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
7	SZCZEPIENIA P/ GRYPIE I TĘŻCOWI Profilaktyczne szczepienie przeciw grypie i przeciw tężcowi. Świadczenie obejmuje:						
	a) konsultację przed wykonaniem szczepienia	TAK – 50% zniżki	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	b) koszt szczepionki (preparatu)	TAK – 50% zniżki	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	c) wykonanie iniekcji	TAK – 50% zniżki	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
8	DODATKOWE SZCZEPIENIA Świadczenie realizowane w placówce medycznej prowadzącej leczenie i obejmuje: nieodpłatną konsultację kwalifikacyjną przed szczepieniem, iniekcje oraz szczepionkę (preparat) przeciwko odkleszczowemu zapaleniu opon mózgowych, szczepienie przeciwko WZW typu A, szczepienie przeciwko WZW typu B. Świadczenie dostępne we własnych Centrach Medycznych Partnera Medycznego na terenie Polski.	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK

Lp.		STANDARD	STANDARD PLUS	CLASSIC	SUPER	SUPER PLUS	VIP
9	BADANIA LABORATORYJNE I DIAGNOSTYCZNE						
	Nielimitowane badania diagnostyczne wykonane ze wskazań medycznych na podstawie skierowania od lekarza Partnera Medycznego w zakresie:						
	1) hematologia i koagulologia:						
	a) OB	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	b) eozynofilia bezwzględna	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	c) morfologia krwi	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	d) płytki krwi	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	e) retikulocyty	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	f) leukocyty	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	g) rozmaz krwi manualny	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	h) antytrombina III (AT III)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	i) białko C (PC)	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	j) czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	k) czas protrombinowy PT (z wartością INR)	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	l) czas trombinowy (TT)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	m) D-dimery ilościowo	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	n) fibrynogen	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	2) analityka ogólna						
	a) badanie kału na obecność lamblii – ELISA	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	b) badanie kału w kierunku jaj pasożytów	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	c) badanie ogólne kału	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	d) kał na resztki pokarmowe – skrobia, tłuszcze, włókna	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	e) krew utajona w kale	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	f) badanie ogólne moczu	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	g) białko w dobowej zbiórce moczu	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	h) glukoza w moczu	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	i) liczba Addisa	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	3) chemia kliniczna:						
	a) albuminy	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	b) białko całkowite	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	c) bilirubina bezpośrednia (związana)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	d) bilirubina całkowita	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	e) BUN	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	f) chlorki	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	g) cholinesteraza	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	h) dehydrogenaza mleczanowa (LDH)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	i) diastaza w moczu (Amylaza)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	j) diastaza w surowicy (Amylaza)	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	k) fosfataza alkaliczna – ALP	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	l) fosfataza kwaśna – AcP	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	m) fosfataza sterczowa – AcP-P	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	n) fosfor w moczu	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	o) fosfor w surowicy (P)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	p) gamma-glutamylotraspeptydaza – GGTP	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	q) glukoza	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	r) krzywa wchłaniania glukozy po obciążeniu doustnym 50 g („0” i „60 min”)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	s) krzywa wchłaniania glukozy po obciążeniu doustnym 75 g („0” i „120 min”)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	t) jonogram (sód i potas)	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	u) kinaza kreatynowa – CPK	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	v) kreatynina w moczu	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	w) kreatynina w surowicy	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK

Lp.		STANDARD	STANDARD PLUS	CLASSIC	SUPER	SUPER PLUS	VIP
	x) krzywa cukrowa	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	y) kwas moczowy	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	z) lipaza	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	aa) lipoproteina a – Lp (a)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	bb) magnez całkowity	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	cc) mocznik	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	dd) proteinogram	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	ee) transaminaza asparaginowa GOT/AspAT	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	ff) transaminaza alaninowa GPT/AlAT	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	gg) wapń w moczu	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	hh) wapń w surowicy (Ca)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	ii) żelazo (Fe)	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
4) diagnostyka miażdżycy:							
	a) cholesterol całkowity – TC	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	b) HDL cholesterol (HDL-C)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	c) homocysteina	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	d) lipidogram (TC, TG, HDL-C, LDL-C)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	e) trójglicerydy – TG	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
5) badania serologiczne i diagnostyka infekcji:							
	a) antystreptolizyna „0” – ASO (miano)	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	b) białko ostrej fazy – CRP (ilościowo)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	c) ceruloplazmina	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	d) czynnik reumatoidalny – RF (test lateksowy)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	e) odczyn biernej hemaglutynacji krętków (TPHA)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	f) odczyn FTA-AB	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	g) odczyn Waalera-Rosego (test hemaglutynacji)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	h) seromukoid	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	i) VDRL – WR	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	j) bordetella pertussis IgA	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	k) bordetella pertussis IgG	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	l) bordetella pertussis IgM	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	m) borelioza – IgG/IgM	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	n) bruceloza IgG	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	o) bruceloza IgM	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	p) chlamydia trachomatis PC IgA	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	q) cytomegalowirus (CMV) – PC IgM test ilościowy	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	r) cytomegalowirus (CMV) IgG – test ilościowy	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	s) EBV IgG/IgM	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	t) helicobacter pylori – PC IgG test ilościowy	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	u) herpes Virus IgG (HSV IgG)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	v) herpes Virus IgM (HSV IgM)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	w) listerioza – test jakościowy	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	x) mononukleoz – test lateksowy	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	y) mykogram z oznaczeniem MIC	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	z) mykoplasma pneumoniae IgG	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	aa) mykoplasma pneumoniae IgM	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	bb) przeciwciała anty Chlamydia Pneumonia IgM	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	cc) przeciwciała anty Chlamydia Pneumonia IgG	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	dd) przeciwciała anty Chlamydia trachomatis IgG – test jakościowy	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	ee) posiew moczu + antybiogram	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	ff) przeciwciała anty HIV1 / HIV 2	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK

Lp.		STANDARD	STANDARD PLUS	CLASSIC	SUPER	SUPER PLUS	VIP
	gg) różyczka IgG – test ilościowy	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	hh) różyczka IgM – test jakościowy	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	ii) toksoplazmoza IgG – test ilościowy	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	jj) toksoplazmoza IgM – test jakościowy	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	kk) toxocaroz – IgG	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	ll) wymaz i posiew z wydalnin, wydzielin oraz treści ran	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	mm) wymaz w kierunku Escherichia Coli – szczepy enteropatogenne	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	nn) wymaz w kierunku pałeczek jelitowych SS	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	oo) wymazy i posiewy ze skóry, błon śluzowych	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	pp) Yersinia – przeciwciała IgA, IgM, IgG	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
6) diagnostyka cukrzycy:							
	a) C-peptyd	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	b) fruktozamina	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	c) hemoglobina glikozylowana – HbA1c	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	d) insulina	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
7) diagnostyka niedokrwistości:							
	a) ferrytyna	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	b) kwas foliowy	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	c) TIBC – całkowita zdolność wiązania żelaza	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	d) transferyna	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	e) witamina B12	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
8) ocena stężenia leków:							
	a) digoksyna	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	b) fenytoina	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	c) karbamazepina	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	d) kwas walproinowy	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	e) teofilina	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
9) diagnostyka wirusowego zapalenia wątroby – WZW:							
	a) wirus A przeciwciała p/Hepatitis A Virus (anty HAV) IgM, przeciwciała p/Hepatitis A Virus (anty HAV) Total	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	b) wirus B przeciwciała anty HBe, antygen HBe, antygen HBs – test jakościowy, HBV-DNA (metoda PCR), przeciwciała anty HBs – test ilościowy, przeciwciała anty HBVc	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	c) wirus C przeciwciała anty HCV	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
10) diagnostyka chorób tarczycy:							
	a) anty-tyreoglobuliny – anty TG	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	b) przeciwciała anty peroksydazie tarczycowej – anty TPO	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	c) przeciwciała anty receptorom TSH	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	d) Trójiodotyronina (T3)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	e) TSH III generacji	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	f) tyroksyna (T4)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	g) wolne T3 – FT3	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	h) wolne T4 – FT4	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
11) hormony płciowe:							
	a) estradiol (E2)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	b) estriol wolny	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	c) globulina wiążąca hormony płciowe – SHBG	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	d) HCG-beta ilościowo	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	e) hormon folikulotropowy (FSH)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	f) hormon luteinizujący (LH)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	g) progesteron	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK

Lp.		STANDARD	STANDARD PLUS	CLASSIC	SUPER	SUPER PLUS	VIP
	h) prolaktyna (PRL)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	i) siarczan dehydroepiandrosteronu – DHEA-S	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	j) testosteron	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	k) wolna podjednostka HCG – F-HCG-beta	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
12) inne hormony:							
	a) 17-KS	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	b) adrenalina	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	c) adrenalina – dobowa zbiórka moczu	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	d) aldosteron	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	e) aldosteron – dobowa zbiórka moczu	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	f) androstendion	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	g) hormon adrenokortykotropowy (ACTH)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	h) hormon wzrostu	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	i) kortyzol	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	j) kortyzol – dobowa zbiórka moczu	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	k) kwas wanilinomigdałowy – VAM dobowa zbiórka moczu	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	l) noradrenalina	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	m) noradrenalina – dobowa zbiórka moczu	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	n) parathormon (PTH)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
13) markery nowotworowe:							
	a) 21,1 – marker nowotworów płuc	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	b) 72.4 – marker nowotworu jelita grubego	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	c) alfa-fetoproteina – AFP	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	d) antygen karcynoembrionalny – CEA	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	e) Ca-125	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	f) Ca – 15-3	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	g) Ca – 19-9	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	h) marker Scc	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	i) PSA – wolny	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	j) specyficzny antygen prostaty – PSA	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	k) specyficzny polipeptyd tkankowy – TPS	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	l) tyreoglobulina	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
14) diagnostyka choroby niedokrwiennej serca:							
	a) CK-MB (kinaza kreatynowa-frakcja sercowa)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	b) mioglobina	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	c) troponina I – TI	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
15) diagnostyka laboratoryjna osteoporozy:							
	a) Beta-Cross Laps	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	b) kalcytonina	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	c) osteokalcyna – marker tworzenia kości	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	d) parathormon – PTH	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
16) toksykologia:							
	a) cynkoprotoporfiryny	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	b) fenol	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	c) koproporfiryny – moczu	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	d) kwas deltaaminolewulinowy (ALA)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	e) porfiryny – frakcje	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	f) porfobilinogen	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	g) stężenie cynku	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	h) stężenie ołowiu	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	i) stężenie ołowiu – dobowa zbiórka moczu	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK

Lp.		STANDARD	STANDARD PLUS	CLASSIC	SUPER	SUPER PLUS	VIP
	17) alergologia:						
	a) IgE całkowite	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	b) IgE specyficzne – pojedynczy alergen	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	c) panel mieszany	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	d) panel oddechowy	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	e) panel pokarmowy	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	f) testy skórne	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	18) serologia grup krwi:	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	a) oznaczenie grupy krwi	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	b) odczyn Coombsa (Przeciwciała przeciw czynnikowi Rh)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	19) immunoglobuliny:						
	a) & antytrypsyna	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	b) C- 3c (składnik dopełniacza)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	c) C- 4 (składnik dopełniacza)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	d) C1 inhibitor	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	e) immunoglobulina A (IgA)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	f) immunoglobulina G (IgG)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	g) immunoglobulina M (IgM)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	20) autoimmunologia:						
	a) antykoagulant toczniowy	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	b) przeciwciała przeciwjądrowe, przeciwjądrowe i cytoplazmatyczne/ds. DNA, ss CNA, RNP5m, Scl-70, La, Ro, Jo-1, histonowe, mitochondrialne	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	c) przeciwciała gliadynowe w klasie IgA	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	d) przeciwciała gliadynowe w klasie IgG	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	e) przeciwciała – pemfigus (Pf,Pv) IMF	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	f) przeciwciała anty GMB IMF	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	g) przeciwciała antykardiopidowe IgG	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	h) przeciwciała antykardiopidowe IgG i IgM	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	i) przeciwciała antykardiopidowe IgM	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	j) przeciwciała anty-mikrosomalne (MAB)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	k) przeciwciała gliadynowe w klasie IgG i IgA (łącznie)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	l) przeciwciała p/ ds. DNA	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	m) przeciwciała p/ komórkom okładzinowym żółądka IMF	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	n) przeciwciała p/cytoplazmie leukocytów – ANCA	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	o) przeciwciała p/endomysium i gliadynowe w klasie IgG i IgA (łącznie)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	p) przeciwciała p/endomysium i gliadynowe w klasie IgA	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	q) przeciwciała p/endomysium i gliadynowe w klasie IgG	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	r) przeciwciała p/endomysium IgA EmA	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	s) przeciwciała p/endomysium IgG EmA	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	t) przeciwciała p/endomysium IgG i IgA EmA (łącznie)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	u) przeciwciała p/jądrowe – test przesiewowy ANA	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	v) przeciwciała p/mięśniom gładkim IMF ASMA	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	w) przeciwciała p/mięśniom poprzecznie prążkowanym IMF	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	x) przeciwciała p/mięśniu sercowemu	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	y) przeciwciała p/mitochondrialne – AMA typu – M2	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	z) przeciwciała p/mitochondrialne (M2, M4, M9) AMA	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	aa) przeciwciała p/nadnerczom	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	bb) przeciwciała p/retikulinie w klasie IgA	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	cc) przeciwciała p/retikulinie w klasie IgA i IgG	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK

Lp.		STANDARD	STANDARD PLUS	CLASSIC	SUPER	SUPER PLUS	VIP
	dd) przeciwciała p/retikulinie w klasie IgG	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	ee) przeciwciała p/tyreoglobulinie (ATG)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
21) RTG:							
	klatki piersiowej	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	czaszki, jamy brzusznej oraz kości: nosa, podudzia, udowej, ramienia, przedramienia, skroniowych, kości krzyżowej i krzyżowo-ogonowej	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	kręgosłupa: lędźwiowego, krzyżowo-biodrowego, piersiowego, szyjnego, w kierunku skoliozy, łopatk, miednicy, mostka, żuchwy, zatok, żeber, stawów, kończyn, nosogardła, barku	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
22) RTG kontrastowe:							
	a) przewodu pokarmowego (1 i 2 kontrastowe) – kontrast używany do badań diagnostycznych w zakresie ubezpieczenia	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	b) układu moczowego (urografia, cystografia – kontrast używany do badań diagnostycznych w zakresie ubezpieczenia)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	23) mammografia	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
24) badania ultrasonograficzne:							
	a) USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne, ginekologiczne – ocena ciąży, ginekologiczne trans waginalne, ginekologiczne scriningowe, jamy brzusznej	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	b) USG gałki ocznej, jąder, gruczołu krokowego transrektalne, gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne, piersi, sutków, układu moczowego, tarczycy, miednicy, stawów: biodrowego, kolanowego, łokciowego, skokowego, barkowego, więzadeł, ślinianek, tkanek miękkich, węzłów chłonnych, krtani, nadgarstka, palca, ścięgna Achillesa	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	c) USG naczyń z kolorowym Dopplerem: tętnic szyi, tętnic kończyn, tętnic nerkowych, tętnic wewnątrzczaszkowych, żył kończyn, żył szyi	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	d) USG serca (badanie echokardiograficzne), USG zmian skórnych w tym USG 3D/4D	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	25) densytometria	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	26) cytologia ginekologiczna	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	27) spirometria	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	28) EKG spoczynkowe	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	29) EKG wysiłkowe	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	30) EKG 24 h – Holter	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	31) 24-godzinna rejestracja ciśnienia tętniczego	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
32) diagnostyka laryngologiczna:							
	a) badanie słuchu – audiometria tonalna	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	b) tympanometria	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
33) diagnostyka ginekologiczna:							
	a) test ciążowy (mocz)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	b) badanie czystości pochwy	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	c) rozmaz cytohormonalny	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
34) diagnostyka histopatologiczna:							
	badanie histopatologiczne materiału pobranego chirurgicznie, endoskopowo, podczas biopsji cienkoigłowej: guzka, prostaty, piersi, tarczycy, węzłów chłonnych wraz z oceną histopatologiczną	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
35) endoskopia:							
	a) anoskopia	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	b) gastroskopia	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	c) kolonoskopia	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	d) rektoskopia	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	e) sigmoidoskopia	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK

Lp.		STANDARD	STANDARD PLUS	CLASSIC	SUPER	SUPER PLUS	VIP
	f) cystoskopia	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	36) tomografia komputerowa z kontrastem (ubezpieczenie obejmuje koszt kontrastu)	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	37) rezonans magnetyczny (ubezpieczenie obejmuje koszt kontrastu)	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
10	OPIEKA PIELĘGNIARSKA W DOMU						
	1) Opieka i zabiegi pielęgniarskie w domu Ubezpieczonego, w odległości do 30 km od miejsca, w którym zlokalizowane są Centra Medyczne Partnera Medycznego. Domowe wizyty pielęgniarskie świadczone są 7 dni w tygodniu w godzinach 8-20. Świadczenie obejmuje:	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
	a) wykonanie iniekcji – przez maksymalnie 7 dni	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
	b) oznaczenie poziomu glukozy – przez maksymalnie 7 dni	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
	c) zabiegi pielęgnacyjne – przez maksymalnie 7 dni	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
11	ROCZNY BILANS STANU ZDROWIA						
	Badania wykonywane raz w ciągu 12 miesięcy mające na celu ocenę aktualnego stanu zdrowia. Bilans dostosowany jest do indywidualnych potrzeb, wieku i płci Ubezpieczonego. Świadczenie dostępne we własnych Centrach Medycznych Partnera Medycznego na terenie Polski.	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	a) Świadczenie obejmuje: badania laboratoryjne (kał na krew utajoną, ogólne badanie moczu + osad, mocznik, morfologia krwi, OB, glukoza, kreatynina, kwas moczowy, sód, potas, lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG), HCV przeciwciała, HBs Antygen, ALAT – aminotransferaza alaninowa, ASPAT – aminotransferaza asparaginianowa, TSH III generacji)	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	b) EKG spoczynkowe	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	c) EKG wysiłkowe	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	d) EKG 24 h – Holter	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	e) USG serca „echo serca”	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	f) USG jamy brzusznej	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	g) USG tarczycy	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	h) USG piersi – kobiety do 40 roku życia	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	i) mammografia – kobiety po 40 roku życia	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	j) USG transwaginalne – kobiety	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	k) USG transrektalne gruczołu krokowego – mężczyźni po 40 roku życia	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	l) cytologia – kobiety	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	m) RTG klatki piersiowej	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	n) konsultacja kardiologiczna	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	o) konsultacja ginekologiczna – kobiety	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	p) konsultacja urologiczna – mężczyźni po 40 roku życia	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	q) konsultacja okulistyczna	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	r) konsultacja stomatologiczna – przegląd stomatologiczny	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	s) końcowa konsultacja internistyczna – kompleksowa informacja i zaświadczenie o stanie zdrowia oraz zalecenia na przyszłość	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
12	ZNIECZULENIE DO BADAŃ ENDOSKOPOWYCH	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
13	INDYWIDUALNY OPIEKUN REHABILITACJI	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
14	REHABILITACJA	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	Rehabilitacja w związku lub w następstwie wypadku, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia. Świadczenia rehabilitacyjne udzielane są Ubezpieczonemu po określeniu zakresu rehabilitacji przez lekarzy lub rehabilitantów własnych Centrów Medycznych Partnera Medycznego . Ubezpieczenie obejmuje 20 zabiegów rehabilitacyjnych w ciągu 12 miesięcy na jedną okolicę ciała.	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	1) konsultacja rehabilitanta	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	2) konsultacja fizykoterapeuty	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK

Lp.		STANDARD	STANDARD PLUS	CLASSIC	SUPER	SUPER PLUS	VIP
	3) kinezyterapia:						
	a) ćwiczenia bierne, czynno-bierne, wspomagane, pionizacja (indywidualna praca z Ubezpieczonym) – co najmniej 15 minut	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	b) ćwiczenia ogólnousprawniające inne (z ograniczeniem czasu trwania i ilości zabiegów na rok)	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	c) ćwiczenia różne (czynne w odciążeniu, czynne w odciążeniu z oporem, czynne wolne, czynne z oporem, izometryczne) – co najmniej 15 minut	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	d) mobilizacje i manipulacje	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	e) nauka poruszania się	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	f) wyciągi	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	4) elektrolecznictwo:						
	a) elektrostymulacja	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	b) galwanizacja	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	c) jonoforeza	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	d) prądy diadynamiczne	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	e) prądy interferencyjne	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	f) prądy Kotza	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	g) prądy TENS	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	h) prądy Treberta	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	i) tonoliza	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	j) ultradźwięki miejscowe	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	k) ultrafonoreza	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	5) leczenie polem elektromagnetycznym:						
	a) diatermia krótkofalowa, mikrofalowa	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	b) impulsowe pole elektromagnetyczne niskiej częstotliwości	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	c) impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	6) światłolecznictwo:						
	a) laseroterapia – skaner	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	b) laseroterapia punktowa	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	c) naświetlanie promieniami IR, UV, Sollux	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	d) światło spolaryzowane	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	7) kąpiele: kąpiel wirowa kończyn	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	8) krioterapia: krioterapia – miejscowa (azot, dwutlenek węgla)	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
15	KONSULTACYJNE ZABIEGI AMBULATORYJNE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	Ubezpieczenie obejmuje zabiegi, które mogą być wykonywane podczas konsultacji lekarskiej w warunkach ambulatoryjnych. Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne obejmują:						
	1) zabiegi ambulatoryjne chirurgiczne:						
	a) założenie i zmiana prostego opatrunku – nie wymagającego opracowania chirurgicznego	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	b) nacięcie i drenaż ropnia, krwiaka, założenie sączka w przypadkach wymagających niezwłocznej pomocy	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	c) założenie szwów w nagłych przypadkach wymagających niezwłocznej pomocy	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	d) usunięcie szwów po zabiegach wykonanych w własnych Centrach Medycznych Partnera Medycznego	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	e) usunięcie szwów po zabiegach wykonywanych poza placówką Centrum Medycznego Partnera Medycznego kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza (ubezpieczenie nie obejmuje zdejmowania szwów po poroździe)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	2) zabiegi ambulatoryjne laryngologiczne:						
	a) założenie i usunięcie przedniej tamponady nosa	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	b) koagulacja naczyń przegrody nosa	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK

Lp.		STANDARD	STANDARD PLUS	CLASSIC	SUPER	SUPER PLUS	VIP
	c) przedmuchiwanie (kateteryzacja) trąbki słuchowej	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	d) usunięcie ciała obcego z nosa, ucha	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	3) zabiegi ambulatoryjne okulistyczne:						
	a) badanie dna oka	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	b) pomiar ciśnienia w oku	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	c) usunięcie ciała obcego z oka	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	d) badanie ostrości widzenia	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	e) iniekcja podspojówkowa	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	4) zabiegi ambulatoryjne ortopedyczne:						
	a) blokada dostawowa i okołostawowa (lek Ubezpieczonego)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	b) unieruchomienie żeber opatrunkiem plastrowym	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	c) założenie gipsu – kończyna dolna i górna	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	d) usunięcie gipsu – kończyna dolna i górna	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	e) założenie opaski elastycznej	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	f) założenie temblaka (opaska elastyczna	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	g) założenie szyny Kramera (transportowej)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	h) założenie szyny Zimmera	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	i) zmiana opatrunku	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	j) punkcja (zmiany urazowe)	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	5) zabiegi ambulatoryjne pielęgniarskie (wykonywane wyłącznie na podstawie zlecenia lekarskiego):						
	a) iniekcja domięśniowa	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	b) iniekcja dożylna	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	c) iniekcja dostawowa	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	d) iniekcja podskórna	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	e) podłączenie kroplówki (wlew dożylny)	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	6) pozostałe zabiegi ambulatoryjne:						
	a) podanie kontrastu	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
	b) odczulanie	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	c) znieczulenie miejscowe	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	d) usunięcie kleszcza	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	e) pomiar ciśnienia tętniczego	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	f) pomiar wzrostu i wagi ciała	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	g) pobranie krwi	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
16	POZAKONSULTACYJNE ZABIEGI AMBULATORYJNE						
	Ubezpieczenie obejmuje zabiegi, które nie są integralną częścią konsultacji i są wykonywane w warunkach ambulatoryjnych. Pozakonsultacyjne zabiegi ambulatoryjne obejmują:						
	1) Zabiegi ambulatoryjne chirurgiczne:						
	a) biopsja chirurgiczna (cienkoigłowa) guzka, prostaty, piersi, tarczycy, węzła chłonnego wraz z oceną histopatologiczną	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	b) założenie szwów w nagłych przypadkach wymagających niezwłocznej pomocy	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	2) Zabiegi ambulatoryjne ortopedyczne:						
	a) unieruchomienie typu Dessault mały/duży	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	b) dobór i założenie ortozy: stawu kolanowego, stawu łokciowego, stawu skokowego, lędźwiowo-krzyżowe, nadgarstka	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	c) dobór i założenie kołnierza ortopedycznego	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	d) założenie gipsu syntetycznego: udowego, podudzia, przedramiennego, ramiennego, typu rękawiczka	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	e) założenie gipsu typu gorset	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	f) założenie longiety	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	g) założenie temblaka uniwersalnego	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	h) założenie prosto trzymacza – opatrunek ósemkowy	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK

Lp.		STANDARD	STANDARD PLUS	CLASSIC	SUPER	SUPER PLUS	VIP
	i) założenie szyny Stocka	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	j) założenie szyny na palec	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	k) założenie ochrony na gips – kończyzna dolna	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	l) dobór kul łokciowych	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	3) Zabiegi ambulatoryjne dermatologiczne:						
	a) elektrokoagulacja dermatologiczna (1 punkt)	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	b) krioterapia dermatologiczna	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	c) ścięcie i koagulacja włókniaków skóry	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	d) wyłyżczkowanie/laserochirurgia zmiany skóry	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	e) lampa PUVA	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	4) Zabiegi ambulatoryjne ginekologiczne:						
	a) elektrokoagulacyjne leczenie nadżerek	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	b) kriochirurgiczne leczenie nadżerek	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	c) założenie wkładki domacicznej	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	d) usunięcie wkładki domacicznej	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	5) Zabiegi ambulatoryjne laryngologiczne:						
	a) laryngologiczne zabiegi kriochirurgiczne	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	b) punkcja zatok	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	c) zabieg płukania zatok metodą Petza	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	d) wlewka krtaniowa	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	e) nastawienie nosa zamknięte	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	f) nacięcie krwiałków małżowiny usznej	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	g) nacięcie krwiałków przegrody nosa	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	h) obliteracja żyłaków nasady języka	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	i) podcięcie wędzidełka języka	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	6) Pozostałe zabiegi ambulatoryjne:						
	a) premedykacja	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	b) enema	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	c) założenie/zmiana cewnika	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
	d) kule łokciowe – wypożyczenie	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
17	TRANSPORT MEDYCZNY						
	Transport medyczny Ubezpieczonego wynikający ze wskazań medycznych realizowany ambulansem sanitarnym na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
18	PROFILAKTYKA STOMATOLOGICZNA						
	a) przegląd stomatologiczny 1 raz w trakcie 12 miesięcy	NIE	NIE	TAK – 15% zniżki	TAK	TAK	TAK
	b) instruktaż higieny jamy ustnej	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
	c) Zniżka obowiązuje we własnych Centrach Medycznych Partnera Medycznego . Świadczenia medyczne w zakresie profilaktyki stomatologicznej: fluoryzacja zębów, usuwanie kamienia nazębnego (scaling), uszczelnianie bruzd, piaskowanie	NIE	NIE	TAK – 50% zniżki	TAK – 50% zniżki	TAK – 50% zniżki	TAK – 50% zniżki
19	STOMATOLOGIA ZACHOWAWCZA						
	Zniżka obowiązuje w Centrach Medycznych Partnera Medycznego . W zakres zabiegów stomatologii zachowawczej wchodzi leczenie próchnicy zębów, odbudowa tkanek zęba materiałami światłoutwardzalnymi (wypełnienia) oraz leczenie endodontyczne (kanałowe)	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK – 50% zniżki	TAK – 50% zniżki
20	RTG STOMATOLOGICZNY – PANTOMOGRAM	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK – 50% zniżki	TAK – 50% zniżki
21	PROTETYKA	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK – 50% zniżki	TAK – 50% zniżki

Lp.		STANDARD	STANDARD PLUS	CLASSIC	SUPER	SUPER PLUS	VIP
22	ORTODONTA/PERIODONTOLOGIA	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK – 50% zniżki	TAK – 50% zniżki
23	CHIRURGIA STOMATOLOGICZNA	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK – 50% zniżki	TAK – 50% zniżki

*Wizyty domowe i transport medyczny nie zastępują świadczeń Pogotowia Ratunkowego w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, czyli w stanach w rozumieniu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym polegających na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagających podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. W takich stanach Ubezpieczony powinien bezwzględnie skontaktować się z Pogotowiem Ratunkowym.

Załącznik nr 2

do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia kosztów leczenia Panaceum zatwierdzone uchwałą nr 05/06/07/2021 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 6 lipca 2021 roku.

UBEZPIECZENIE KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH MEDYCyny PRACY

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

TABELA NR 2

	STANDARD	STANDARD PLUS	CLASSIC	SUPER	SUPER PLUS	VIP
Zakres świadczeń medycznych MEDYCyny PRACY obejmuje świadczenia, do których zapewnienia pracodawca jest zobowiązany na podstawie Kodeksu pracy, ustawy o Służbie medycyny pracy oraz przepisów wykonawczych do tych ustaw. Obejmuje wykonywanie badań wstępnych, okresowych, kontrolnych, innych, przewidzianych w kodeksie Pracy oraz innych zadań realizowanych w ramach służby medycyny pracy. Świadczenia realizowane na rzecz pracowników Ubezpieczającego oraz osób przyjmowanych przez niego do pracy.	TAK – w umowach ubezpieczenia kosztów świadczeń medycznych medycyny pracy	TAK – w umowach ubezpieczenia kosztów świadczeń medycznych medycyny pracy	TAK – w umowach ubezpieczenia kosztów świadczeń medycznych medycyny pracy	TAK – w umowach ubezpieczenia kosztów świadczeń medycznych medycyny pracy	TAK – w umowach ubezpieczenia kosztów świadczeń medycznych medycyny pracy	TAK – w umowach ubezpieczenia kosztów świadczeń medycznych medycyny pracy

Załącznik nr 3

do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia kosztów leczenia Panaceum zatwierdzone uchwałą nr 05/06/07/2021 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 6 lipca 2021 roku.

UBEZPIECZENIE KOSZTÓW OPERACJI

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia są koszty operacji, wykonanej u Ubezpieczonego podczas co najmniej dwudniowego pobytu w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w okresie objętym odpowiedzialnością ubezpieczeniową Ubezpieczyciela lub choroby, która nie była zdiagnozowana lub leczona w okresie ostatnich 36 miesięcy przed datą przystąpienia do umowy ubezpieczenia.
2. Do kosztów operacji, o których mowa w ust. 1 zaliczamy niezbędne z medycznego punktu widzenia:
 - 1) koszty operacji wymienionych w Tabeli nr 3,
 - 2) koszty znieczulenia,
 - 3) koszty pobytu w szpitalu,
 - 4) koszty opieki pielęgniarskiej,
 - 5) koszty jednej wizyty kontrolnej po wykonaniu operacji.
3. Ubezpieczyciel pokrywa koszty operacji, o których mowa w ust. 2:
 - 1) jeżeli są one niezbędne z medycznego punktu widzenia,
 - 2) jeżeli zostały poniesione w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w postaci świadczeń szpitalnych, w rozumieniu definicji określonych w §2 pkt. 31), 36), 37).
4. Zwrot kosztów operacji przysługuje, pod warunkiem pisemnego zalecenia przeprowadzenia operacji przez lekarza prowadzącego leczenie.

TABELA NR 3

RODZAJ OPERACJI
1. OPERACJE POWŁOK CIAŁA:
1) operacje plastyczne rekonstrukcyjne następstw nieszczęśliwych wypadków
2) przepukliny nabyte
2. OPERACJE PRZEWODU POKARMOWEGO I NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ:
1) operacje przełyku
2) resekcja żołądka: <ul style="list-style-type: none"> ● częściowa resekcja żołądka ● całkowita resekcja żołądka
3) operacje jelit
4) operacja wyrostka robaczkowego
5) operacje wątroby
6) operacje trzustki
7) operacje śledziony
3. AMPUTACJE:
1) amputacja kciuka
2) amputacja na poziomie ręki, przedramienia, stopy
3) amputacja na poziomie podudzia, ramienia, uda
4) całkowita amputacja kończyny z wyluszczeniem w stawie
5) amputacja prosta sutka
6) amputacja doszczętna sutka / ów z usunięciem węzłów dołu pachowego
4. OPERACJE ZWIĄZANE Z OTWARCIEM KLATKI PIERSIOWEJ:
1) operacja płuca
5. OPERACJE NARZĄDÓW ZMYŚŁU:
1) operacje oka: <ul style="list-style-type: none"> ● urazowe uszkodzenie gałki ocznej ● usunięcie gałki ocznej ● jaskra, zaćma, odwarstwienie siatkówki
2) operacje ucha: <ul style="list-style-type: none"> ● zabiegi w obrębie ucha środkowego ● zabiegi w obrębie ucha wewnętrznego
3) operacje nosa: <ul style="list-style-type: none"> ● wewnątrznosowa operacja zatok ● zewnątrznosowa operacja zatok ● operacja przegrody nosowej i małżowin nosa

6. OPERACYJNE LECZENIE KOŚĆCA:
1) operacje czaszki: <ul style="list-style-type: none"> ● usunięcie kości, trepanacja lub odbarczenie ● otwarcie jamy czaszki
2) operacje twarzoczaszki
3) operacje kręgosłupa, obręczy barkowej i miednicy
4) operacje kończyn
7. OPERACJE UKŁADU MOCZOWO-PŁCIOWEGO:
1) operacje nerki, dróg moczowych
2) operacje ginekologiczne: <ul style="list-style-type: none"> ● jajnika i jajowodu ● w obrębie sromu, pochwy i szyjki macicy ● macicy
3) operacje męskich narządów płciowych
8. OPERACJE GUZÓW NOWOTWOROWYCH:
1) usunięcie guzów złośliwych
2) usunięcie guzów złośliwych skóry, tkanki podskórnej, błony śluzowej
9. OPERACJE NACZYŃ UKŁADU KRWIONOŚNEGO:
1) operacje tętnic
2) operacje żył
10. OPERACJE KARDIOCHIRURGICZNE:
1) chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej – by pass
2) wymiana zastawek wskutek wad nabytych
3) wszczepienie rozrusznika serca
4) operacja tętniaka serca
5) zabieg udroźnienia tętnic wieńcowych – PTCA
11. OPERACJE NEUROCHIRURGICZNE:
1) operacje centralnego układu nerwowego – mózg i rdzeń kręgowy
2) operacje obwodowego układu nerwowego
12. PRZESZCZEPY:
1) przeszczep serca
2) przeszczep wątroby
3) przeszczep nerki
4) przeszczep innych narządów

Załącznik nr 4

do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia kosztów leczenia Panaceum zatwierdzone uchwałą nr 05/06/07/2021 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 6 lipca 2021 roku.

UBEZPIECZENIE KOSZTÓW POMOCY DORAŻNEJ
PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA
§1

- Przedmiotem ubezpieczenia są koszty świadczeń medycznych poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, określone w Tabeli nr 4 udzielone Ubezpieczonemu w placówce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej nie występującej na liście placówek Partnera Medycznego współpracującego z Ubezpieczycielem, powstałe w następstwie chorób, których objawy wystąpiły w okresie objętym odpowiedzialnością Ubezpieczyciela lub następstw nieszczęśliwych wypadków, które wydarzyły się Ubezpieczonemu w okresie objętym odpowiedzialnością Ubezpieczyciela.
- Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, w oparciu o postanowienia niniejszych OWU umowa ubezpieczenia kosztów pomocy dorażnej może zostać zawarta w opcjach: podstawowej i rozszerzonej.
- W opcji podstawowej ubezpieczenia kosztów pomocy dorażnej odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest ograniczona do zwrotu kosztów świadczeń medycznych powstałych wyłącznie w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się Ubezpieczonemu w okresie objętym odpowiedzialnością Ubezpieczyciela lub w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego w okresie objętym odpowiedzialnością Ubezpieczyciela:
 - ostrej choroby infekcyjnej przebiegającej z gorączką (rozpoczęcie objawów w ciągu 72 godzin poprzedzających zgłoszenie się do lekarza),
 - wymiotów i objawów ostrej biegunki,
 - ostrych bólów brzucha (w tym napadów kolki nerkowej, kolki żółciowej),
 - zawrotów głowy,
 - bólów w klatce piersiowej,
 - zespołu korzeniowego.

TABELA NR 4

UBEZPIECZENIE KOSZTÓW POMOCY DORAŻNEJ			
Świadczenie medyczne:		Opcja podstawowa	Opcja rozszerzona
1	Konsultacje lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:		
	internista	TAK	TAK
	pediatra	TAK	TAK
	lekarz rodzinny	TAK	TAK
2	Konsultacje specjalistyczne		
	chirurg	TAK	TAK
	chirurg ortopeda	TAK	TAK
	dermatolog	NIE	TAK
	endokrynolog	NIE	TAK
	gastrolog	NIE	TAK
	ginekolog	NIE	TAK
	kardiolog	NIE	TAK
	laryngolog	NIE	TAK
	neurolog	NIE	TAK
	okulista	NIE	TAK
	pulmonolog	NIE	TAK
	urolog	NIE	TAK
3	Badania diagnostyczne		
3.1	badania laboratoryjne (analizy):		
3.1.1	badania hematologiczne i układu krzepnięcia		
	OB	TAK	TAK
	morfologia z rozmazem	TAK	TAK
	APTT (czas kefalinowo-kaolinowy)	NIE	TAK
	wskaźnik protrombinowy	NIE	TAK
	fibrynogen	NIE	TAK
	produkty degradacji fibryny, inhibitory krzepnięcia, plazminogen	NIE	TAK
	badanie ogólne moczu	TAK	TAK
	albuminy	NIE	TAK
	aminotransferaza asparaginianowa aminotransferaza alaninowa	NIE	TAK
	amylaza	NIE	TAK
	ASO	NIE	TAK
	białko całkowite	NIE	TAK

UBEZPIECZENIE KOSZTÓW POMOCY DORAŻNEJ			
Świadczenie medyczne:		Opcja podstawowa	Opcja rozszerzona
	bilirubina bezpośrednia	TAK	TAK
	bilirubina całkowita	TAK	TAK
	cholesterol całkowity	NIE	TAK
	cholesterol HDL	NIE	TAK
	elektrolity NA, K	NIE	TAK
	fosfatazy (kwaśna, zasadowa i sterczowa)	NIE	TAK
	glukoza	TAK	TAK
	glutamylotranspeptydaza (GGTP)	NIE	TAK
	hemoglobina glikowana	NIE	TAK
	kinaza kreatynowa całkowita	NIE	TAK
	kreatynina	TAK	TAK
	kwas moczowy	NIE	TAK
	magnez	NIE	TAK
	mocznik	TAK	TAK
	odczyn Waalera-Rosego	NIE	TAK
	trójglicerydy	NIE	TAK
	wapń	NIE	TAK
	zdolność wiązania żelaza	NIE	TAK
3.1.2	badania enzymatyczne		
	kinaza fosfokreatynowa izoenzym CK-MB	NIE	TAK
3.1.3	badania immunologiczne		
	IgE całkowite	NIE	TAK
	WZW typu B – Antygen Hbe	NIE	TAK
	WZW typu B – Antygen Hbs	NIE	TAK
	aldosteron	NIE	TAK
	estradiol	NIE	TAK
	FSH	NIE	TAK
3.1.4	hormony płciowe i metaboliczne		
	insulina	NIE	TAK
	kortyzol	NIE	TAK
	LH	NIE	TAK
	osteokalcyna	NIE	TAK
	progesteron	NIE	TAK
	prolaktyna	NIE	TAK
	testosteron	NIE	TAK
3.1.5	diagnostyka chorób tarczycy		
	hormony tarczycy – TSH, T3, T4, fT3, fT4	NIE	TAK
3.1.6	markery nowotworowe		
	PSA	NIE	TAK
3.2	badania RTG		
	zdjęcia czaszki i zatok	NIE	TAK
	zdjęcia górnego odcinka przewodu pokarmowego	NIE	TAK
	zdjęcia klatki piersiowej	NIE	TAK
	zdjęcia kończyn, stawów, miednicy	NIE	TAK
	zdjęcia kręgosłupa	NIE	TAK
	zdjęcia przeglądowe jamy brzusznej	NIE	TAK
3.3	badania USG		
	macicy, jajników	NIE	TAK
	nerek, pęcherza, prostaty	NIE	TAK
	serca (echo serca)	NIE	TAK
	sutków	NIE	TAK

UBEZPIECZENIE KOSZTÓW POMOCY DORAŻNEJ			
Świadczenie medyczne:		Opcja podstawowa	Opcja rozszerzona
	tarczycy	NIE	TAK
	transrektalne	NIE	TAK
	trans waginalne	NIE	TAK
	jamy brzusznej	TAK	TAK
	EKG spoczynkowe (bez opisu)	NIE	TAK
	naczynia szyjne tętnicze	NIE	TAK
	stawów biodrowych i kolanowych	NIE	TAK
	wątroby, nerek	NIE	TAK

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.