

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION

§1

Postanowienia ogólne

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych warunków ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION, zwanych dalej OWU, Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, zwane dalej INTER Polska, zawiera umowy ubezpieczenia choroby (ubezpieczenie z działu II grupa 2), zgodnie z Ustawą z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity: Dz. U. z 2003r. Nr 124, poz. 1151 z późn. zm.), z osobami fizycznymi, osobami prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi nieposiadającymi osobowości prawnej na rzecz osób fizycznych.
2. Wszystkie postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU muszą być, pod rygorem ich nieważności, sporządzone na piśmie.

§2

Definicje

Przez użyte w niniejszych OWU pojęcia rozumie się:

1. **choroba** – stan zagrażający zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego, wymagający pomocy medycznej, z wyłączeniem wrodzonych wad/anomalii fizycznych lub psychicznych,
2. **data przystąpienia** – dzień oznaczony na polisie, aneksie do polisy lub świadectwie ubezpieczenia,
3. **deklaracja** – formularz INTER Polska stanowiący integralną część umowy ubezpieczenia, na którym Ubezpieczony wyraża zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia grupowego,
4. **karencja** – czasowe ograniczenie odpowiedzialności INTER Polska,
5. **karta ubezpieczenia** – karta wydana przez INTER Polska uprawniająca do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w placówkach kontraktowych, ważna tylko z zaopatrzonym w zdjęcie dokumentem potwierdzającym tożsamość Ubezpieczonego,
6. **lekarz** – lekarz medycyny lub lekarz dentysta posiadający aktualne uprawnienia do wykonywania zawodu w Polsce, wykonujący zawód w zakresie swoich kwalifikacji i uprawnień,
7. **nieszczęśliwy wypadek** – nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które nastąpiło w okresie odpowiedzialności INTER Polska, w następstwie którego Ubezpieczony, niezależnie od swojej woli, doznał trwałego uszkodzenia ciała, powodującego rozstrój zdrowia lub śmierć; za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału serca, udaru mózgu i jakichkolwiek innych chorób, w tym występujących nagle,
8. **ocena ryzyka** – procedura stosowana przez INTER Polska mająca na celu stwierdzenie możliwości oraz ustalenie warunków udzielenia ochrony ubezpieczeniowej w dniu zawierania umowy ubezpieczenia lub przedłużenia jej na kolejny rok ubezpieczeniowy, z zastrzeżeniem §21,
9. **placówka kontraktowa** – lekarz lub zakład opieki zdrowotnej, z którym INTER Polska zawarł umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION,
10. **początek ubezpieczenia** – dzień oznaczony na polisie,
11. **polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia,
12. **rocznica polisy** – każda rocznica daty początku ubezpieczenia,
13. **rok ubezpieczeniowy** – 12 kolejnych miesięcy trwania umowy ubezpieczenia licząc od początku ubezpieczenia lub od rocznicy polisy,
14. **sporty wysokiego ryzyka** – alpinizm, baloniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na linie, spadochroniarstwo, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe, rafting lub inne sporty wodne uprawiane na rzekach górskich, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, sporty motorowe i motorowodne, sporty powietrzne, sporty walki, boks, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, spaleologia, myślistwo, jeździectwo, hokej na lodzie, bobsleje, saneczkarstwo, skoki narciarskie, narciarstwo zjazdowe i snowboard poza oznakowanymi trasami zjazdowymi, futbol amerykański, jazda na czterokołowcach (quadach), rugby, uczestnictwo w wyprawach survivalowych lub wyprawach do miejsc wymagających użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego,
15. **szpital** – publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej będący zakładem lecznictwa zamkniętego, pod stałym medycznym kierownictwem lekarskim, dysponujący odpowiednimi możliwościami diagnostycznymi i terapeutycznymi oraz prowadzący historię chorób, świadczący usługi medyczne zgodnie z zasadami sztuki medycznej.

Za szpital nie uważa się domu opieki lub ośrodka dla osób psychicznie chorych, hospicjów, ośrodków leczenia uzależnień, rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych i wypoczynkowych,

16. **świadczenie zdrowotne** – konieczna z medycznego punktu widzenia procedura medyczna wykonana Ubezpieczonemu podczas leczenia lub działań profilaktycznych,
17. **świadczenie** – pokrycie lub zwrot kosztów świadczenia zdrowotnego udzielonego w okresie odpowiedzialności INTER Polska lub świadczenie pieniężne,
18. **świadectwo ubezpieczenia** – dokument potwierdzający objęcie ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego w ramach ubezpieczenia grupowego,
19. **ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka nieposiadająca osobowości prawnej zawierająca umowę ubezpieczenia,
20. **ubezpieczenie grupowe** – umowa lub umowy ubezpieczenia zawierane na rzecz grupy osób trzecich, zdefiniowanej na podstawie jednolitego kryterium w porozumieniu z INTER Polska,
21. **ubezpieczenie indywidualne** – umowa ubezpieczenia zawierana na rzecz własną, rodziny lub wskazanych osób trzecich,
22. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której zawarto umowę ubezpieczenia,
23. **umowa ubezpieczenia** – umowa zawierana pomiędzy INTER Polska a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych OWU,
24. **wiek** – różnica pomiędzy rokiem bieżącym a rokiem urodzenia,
25. **wniosek** – formularz INTER Polska stanowiący integralną część umowy ubezpieczenia, na którym Ubezpieczający wyraża wolę zawarcia umowy ubezpieczenia; dodatkowo w ubezpieczeniu indywidualnym Ubezpieczony wyraża zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową,
26. **wyczynowe lub zawodowe uprawianie sportu** – uprawianie sportów w ramach związków sportowych, kół, sekcji, klubów, ognisk, zespołów sportowych lub organizacji i stowarzyszeń kultury fizycznej i sportu, a także – z racji przynależności do ww. organizacji – uczestnictwo w zawodach i imprezach sportowych, konkursach, treningach, obozach kondycyjnych i szkoleniowych,
27. **wykaz świadczeń zdrowotnych** – lista świadczeń zdrowotnych objętych umową ubezpieczenia,
28. **zdarzenie ubezpieczeniowe** – proces diagnostyczno-leczniczy Ubezpieczonego, na który składa się jedno lub więcej świadczeń zdrowotnych. Zdarzenie ubezpieczeniowe rozpoczyna się wraz z początkiem leczenia, a kończy, gdy według orzeczenia lekarskiego nie istnieje już dalsza konieczność leczenia. Jeżeli istnieje konieczność udzielenia świadczenia zdrowotnego związanego z chorobą, która nie jest przyczynowo powiązana z dotychczasowym leczeniem, to powstaje wówczas nowe zdarzenie ubezpieczeniowe.

§3

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia są koszty świadczeń zdrowotnych oraz pozostałe świadczenia objęte umową ubezpieczenia udzielone Ubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności INTER Polska.
2. Zakres ubezpieczenia jest określony na podstawie umowy ubezpieczenia, OWU i Szczególnych Warunków Ubezpieczenia, Wykazu świadczeń zdrowotnych oraz załączników.

§4

Terytorialny zasięg ochrony ubezpieczeniowej

Na podstawie zawartej umowy ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION INTER Polska udziela ochrony ubezpieczeniowej na terytorium Polski.

§5

Ograniczenia odpowiedzialności INTER Polska

1. INTER Polska nie pokrywa kosztów świadczeń zdrowotnych oraz nie wypłaca pozostałych świadczeń w przypadku chorób, których objawy wystąpiły lub były leczone przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jeśli nie zostały zgłoszone INTER Polska przed zawarciem umowy ubezpieczenia, a INTER Polska o nie wyraźnie pytał we wniosku lub innych pismach.
2. INTER Polska nie pokrywa kosztów świadczeń zdrowotnych oraz nie wypłaca pozostałych świadczeń w przypadku chorób, włącznie z ich następstwami, które powstały:

- a) w wyniku aktów terroryzmu, wydarzeń wojennych, czynnego udziału w zamieszkach wewnętrznych, rozruchach, strajkach, lokautach oraz pełnienia służby wojskowej,
 - b) w wyniku epidemii ogłoszonej przez upoważnione organy administracji państwowej, skażeń lub katastrof naturalnych,
 - c) w wyniku działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka,
 - d) wskutek działania umyślnego lub rażącego niedbalstwa, w tym również samookaleczenia i prób samobójczych, działania o charakterze przestępczym, pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających,
 - e) w wyniku chorób psychicznych,
 - f) w wyniku wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu,
 - g) w wyniku uprawiania sportów wysokiego ryzyka,
 - h) w wyniku prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, powietrznego lub wodnego bez wymaganych uprawnień lub z naruszeniem obowiązujących przepisów, lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
3. INTER Polska nie pokrywa kosztów świadczeń zdrowotnych oraz nie wypłaca pozostałych świadczeń w przypadku:
 - a) stosowania naukowo nieznanymi metod badań, leczenia oraz leków niedopuszczonych do stosowania w Polsce,
 - b) leczenia kuracyjnego, sanatoryjnego oraz pobytów rehabilitacyjnych,
 - c) pobytu w domu opieki lub innej placówce opiekuńczo–lecniczej lub leczniczo–pielęgnacyjnej, w której Ubezpieczony przebywa z przyczyn medycznych, rodzinnych lub społecznych,
 - d) zakażenia wirusem HIV,
 - e) leczenia i następstw zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS),
 - f) choroby alkoholowej,
 - g) diagnozowania i leczenia niepłodności,
 - h) leczenia z zakresu medycyny estetycznej, kosmetyki,
 - i) leczenia z zakresu chirurgii plastycznej, chyba że jest uzasadniona z medycznego punktu widzenia,
 - j) zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków i innych substancji uznanych za nielegalne oraz środków odurzających, zażyciem środków farmakologicznych niezapisanych przez lekarza lub samowolnym przekroczeniem dawek lekarstw powszechnie stosowanych w lecznictwie,
 - k) leczenia odwykowego (w tym także zabiegów odwykowych i odtruwających) łącznie z kuracją odwykową,
 - l) leczenia przez osoby bliskie (współmałżonka, rodziców, rodzeństwo lub dzieci),
 - m) niedołożenia przez Ubezpieczonego wszelkich starań o powrót do zdrowia, w szczególności jeśli Ubezpieczony nie podporządkuje się i nie wypełni wszystkich zaleceń lekarzy.
 4. Jeśli udzielone Ubezpieczonemu świadczenie zdrowotne wykracza ponad zakres konieczny z medycznego punktu widzenia, INTER Polska może odpowiednio zredukować świadczenie.
 5. INTER Polska nie ponosi odpowiedzialności za świadczenia zdrowotne w sytuacjach zagrożenia życia, wymagających działań w trybie nagłym, wchodzących w zakres medycznej pomocy doraźnej realizowanej przez pogotowie ratunkowe (karetki reanimacyjne, karetki wypadkowe).
 6. INTER Polska nie odpowiada za zdarzenia ubezpieczeniowe wynikłe z:
 - a) błędów medycznych,
 - b) błędów z nienależycie prowadzonej dokumentacji medycznej,
 - c) uczestnictwa personelu medycznego w strajkach i akcjach protestacyjnych, w szczególności polegających na nieudzieleniu świadczeń zdrowotnych.
 7. INTER Polska nie pokrywa kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych w ramach leczenia stacjonarnego, jeżeli pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 24 godziny.
 8. INTER Polska nie pokrywa kosztów świadczeń zdrowotnych, które Ubezpieczający/Ubezpieczony wyłudził lub próbował wyłudzić.

§6

Zdolność ubezpieczeniowa

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na rzecz osób fizycznych zamieszkujących na stałe w Polsce, posiadających obywatelstwo polskie oraz obywateli innych państw posiadających kartę stałego lub czasowego pobytu.

2. Umową ubezpieczenia indywidualnego mogą zostać objęte osoby, które nie ukończyły 60-tego roku życia.
3. Osoby, które nie ukończyły 6 roku życia mogą zostać objęte umową ubezpieczenia tylko łącznie z rodzicem lub opiekunem prawnym.

§7

Zawarcie umowy ubezpieczenia

1. Umową ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego, poprawnie wypełnionego wniosku.
2. W celu zawarcia umowy grupowego ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest również przedłożyć INTER Polska wypełnione i podpisane przez wszystkich Ubezpieczonych deklaracje.
3. Ubezpieczający/Ubezpieczony jest zobowiązany na prośbę INTER Polska przedłożyć dodatkowe informacje bądź dokumenty konieczne do oceny ryzyka.
4. INTER Polska może uzyskać od podmiotów, które prowadziły leczenie osoby, na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, dokumentację medyczną o jej stanie zdrowia oraz informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez tę osobę danych z wyłączeniem wyników badań genetycznych. O udzielenie informacji, o których mowa w zdaniu poprzednim występuje lekarz upoważniony przez INTER Polska. Wystąpienie takie wymaga pisemnej zgody Ubezpieczonego udzielonej na wniosku lub deklaracji.
5. INTER Polska zastrzega sobie prawo odrzucenia wniosku lub zastosowania postanowień odmiennych do umowy ubezpieczenia (np. zwyczajka składki za ryzyko, dodatkowe wyłączenia odpowiedzialności).
6. INTER Polska zobowiązany jest podjąć decyzję w sprawie akceptacji, odmowy akceptacji wniosku lub dalszego negocjowania postanowień umowy ubezpieczenia, nie później niż w ciągu 30 dni od otrzymania wniosku i wszystkich wymaganych informacji. W przypadku akceptacji wniosku INTER Polska doręczy Ubezpieczającemu polisę. W przypadku woli dalszego negocjowania warunków umowy ubezpieczenia INTER Polska poinformuje Ubezpieczającego o swojej decyzji na piśmie zwracając uwagę na proponowane zmiany i wyznaczy 7–dniowy termin do zgłoszenia na piśmie akceptacji bądź sprzeciwu. Brak pisemnej akceptacji oznacza sprzeciw Ubezpieczającego. W takim przypadku umowę ubezpieczenia uważa się za niezawartą.
7. W razie wątpliwości umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą doręczenia przez INTER Polska Ubezpieczającemu polisy, chyba że w odpowiedzi na wniosek INTER Polska doręczył Ubezpieczającemu polisę zawierającą postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonego przez niego wniosku, INTER Polska obowiązany jest zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu tej polisy, wyznaczając mu co najmniej 7–dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie są skuteczne, a umowa ubezpieczenia jest zawarta zgodnie z warunkami wniosku.
8. W przypadku ubezpieczenia grupowego potwierdzeniem objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego jest świadectwo ubezpieczenia wystawione przez INTER Polska.
9. Po zawarciu umowy ubezpieczenia Ubezpieczony otrzymuje kartę ubezpieczenia.

§8

Czas trwania umowy ubezpieczenia

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres jednego roku ubezpieczeniowego.
2. Umowę ubezpieczenia uważa się za przedłużoną na kolejny rok ubezpieczeniowy, jeśli nie zostanie wypowiedziana zgodnie z §18 ust. 3 i 4, z zastrzeżeniem §21.
3. Jeżeli żadna ze stron nie złożyła oświadczenia, o którym mowa w ust. 2, umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczeniowy, na zasadach określonych w §21.
4. Umowa ubezpieczenia wygasa wraz ze śmiercią Ubezpieczającego lub ogłoszeniem przez niego upadłości. Osoby Ubezpieczone mają prawo do kontynuacji umowy ubezpieczenia po wskazaniu przyszłego Ubezpieczającego. Oświadczenie należy złożyć na piśmie w ciągu dwóch miesięcy od śmierci Ubezpieczającego lub ogłoszenia przez niego upadłości.

§9

Czas trwania ochrony ubezpieczeniowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się od daty przystąpienia, z zastrzeżeniem §11.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do Ubezpieczonego wygasa:
 - a) z dniem wypowiedzenia lub rozwiązania umowy ubezpieczenia zgodnie z §18,
 - b) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
 - c) w ubezpieczeniu indywidualnym – w ostatnim dniu roku ubezpieczeniowego, w którym przypada 65 rocznica urodzin Ubezpieczonego,
 - d) w ubezpieczeniu grupowym – w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczający wskazał danego Ubezpieczonego jako osobę występującą z ubezpieczenia.
3. W przypadku wystąpienia z ubezpieczenia Ubezpieczonego, jego ponowne przystąpienie do ubezpieczenia w ramach tej samej umowy ubezpieczenia, będzie możliwe

po upływie minimum 6 miesięcy licząc od ostatniego dnia ochrony ubezpieczeniowej, chyba że INTER Polska postanowi inaczej.

- Zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpiły po zawarciu umowy ubezpieczenia są wyłączone z odpowiedzialności INTER Polska tylko w tej części, która przypada na okres przed początkiem ubezpieczenia i przed upływem okresu karencji.
- Ochrona ubezpieczeniowa kończy się w przypadku zdarzeń ubezpieczeniowych, które nie zakończyły się w czasie okresu ubezpieczenia, wraz z rozwiązaniem umowy ubezpieczenia zgodnie z §18.

§10

Zmiana warunków umowy ubezpieczenia

- Zmiana warunków umowy ubezpieczenia możliwa jest w rocznicę polisy, z zastrzeżeniem ust. 2.
- Ubezpieczający ma prawo zmiany wariantu ubezpieczenia na niższy nie wcześniej niż w drugą rocznicę polisy i nie częściej niż raz na 2 lata.
- INTER Polska dokonuje zmiany warunków umowy ubezpieczenia na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego, który rozpatrywany będzie zgodnie z §7 i który powinien zostać doręczony INTER Polska najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy.
- Zmiana warunków umowy ubezpieczenia jest skuteczna od dnia określonego na aneksie do polisy lub świadectwie ubezpieczenia.

§11

Karencja

- Okres karencji ma zastosowanie w ubezpieczeniach indywidualnych, chyba że postanowienia umowy ubezpieczenia stanowią inaczej.
- Okresu karencji nie stosuje się w ubezpieczeniach grupowych, chyba że postanowienia umowy ubezpieczenia stanowią inaczej.
- Okres karencji liczony jest od daty przystąpienia do ubezpieczenia.
- Ogólny okres karencji w odniesieniu do świadczeń wynosi 3 miesiące.
- Ogólnego okresu karencji nie stosuje się w przypadku uiszczenia przez Ubezpieczającego jednorazowej składki określonej w taryfie i płatnej wraz z pierwszą składką lub jej ratą zgodnie z §12 ust. 5.
- Ogólnego okresu karencji nie stosuje się w przypadku konieczności udzielenia świadczenia zdrowotnego związanego z nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem, iż koszty tych świadczeń refundowane są wyłącznie na podstawie rachunku, zgodnie z §13 ust. 5 – 10.
- Szczególny okres karencji w odniesieniu do świadczeń udzielanych w związku z ciążą i porodem, leczeniem dentystycznym, ortodontycznym lub protetycznym wynosi 8 miesięcy.
- W przypadku wprowadzenia zmian do umowy ubezpieczenia, zgodnie z §10, okres karencji w stosunku do rozszerzonego zakresu ochrony ubezpieczeniowej stosuje się odpowiednio jak w ust. 1 – 7.

§12

Składka

- Składka w ubezpieczeniach indywidualnych wynika z taryfy stosowanej przez INTER Polska w dniu zawierania umowy ubezpieczenia stosownie do wieku Ubezpieczonego oraz oceny ryzyka.
- Składka w ubezpieczeniach grupowych ustalana jest w dniu zawierania umowy ubezpieczenia na podstawie cech grupy, w szczególności struktury wiekowej i liczebności oraz oceny ryzyka.
- Zmiana wysokości składki w rocznicę polisy wynika z przejścia do nowej grupy wiekowej i/lub oceny ryzyka.
- Składka opłacana jest w terminach i z częstotliwością wskazaną na polisie.
- Składka jest opłacana rocznie lub w ratach miesięcznych, kwartalnych, półrocznych.
- Składka opłacana jest przelewem na rachunek bankowy wskazany przez INTER Polska.
- Składkę lub jej ratę uważa się za opłaconą w dniu, w którym została zarejestrowana na właściwym rachunku bankowym INTER Polska w pełnej wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia.
- Jeżeli INTER Polska ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem pierwszej składki lub pierwszej raty, a składka lub pierwsza rata nie została opłacona w terminie, INTER Polska może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty za okres, w którym ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia wygasa ona z końcem okresu, za który przypadała niezapłacona składka lub jej rata.
- Jeżeli Ubezpieczający nie opłacił składki lub raty składki w terminie o którym mowa w ust. 5, INTER Polska wzywa Ubezpieczającego do zapłaty składki lub raty składki wyznaczając mu dodatkowy 7 dniowy termin płatności liczony od dnia otrzymania

wzwania. Niezapłacenie składki lub raty składki w dodatkowym terminie powoduje ustanie odpowiedzialności INTER Polska, co jest równoznaczne z rozwiązaniem umowy ubezpieczenia. W wzwaniu podane zostaną skutki niezapłacenia składki lub raty składki w dodatkowym terminie.

- W przypadku zaległości w opłacaniu składek przekazywane wpłaty przeznaczone są w pierwszej kolejności na pokrycie należności najbardziej przeterminowanych.
- W przypadku wygaśnięcia umowy ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

§13

Realizacja świadczeń

- Ubezpieczony może skorzystać ze świadczeń zdrowotnych w placówkach kontraktowych lub innych niż placówki kontraktowe zakładach opieki zdrowotnej, lub u osób posiadających aktualne prawo wykonywania zawodów medycznych w Polsce, w tym: lekarzy, pielęgniarek, rehabilitantów.
- Zasady realizacji poszczególnych świadczeń zostały określone w Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia.
- Placówki kontraktowe realizują wybrane świadczenia zdrowotne bezgotówkowo. W tym przypadku koszty świadczeń rozliczane są bezpośrednio między INTER Polska a placówką kontraktową. INTER Polska zastrzega sobie prawo do zmiany w trakcie trwania umowy ubezpieczenia wykazu placówek kontraktowych. Aktualny wykaz placówek kontraktowych dostępny jest na stronie internetowej www.interpolska.pl.
- Ubezpieczony, przy korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych w placówkach kontraktowych, jest zobowiązany każdorazowo do okazywania karty ubezpieczenia wraz z dowodem tożsamości.
- W innym przypadku niż wskazany w ust. 3, INTER Polska zwraca poniesione koszty świadczeń zdrowotnych do wysokości określonej w wykazie świadczeń zdrowotnych, na podstawie pisemnego zgłoszenia roszczenia na formularzu INTER Polska wraz z załącznikami. Załącznikami są oryginały rachunków/faktur i inne dokumenty niezbędne do realizacji świadczenia.
- Rachunki muszą zawierać: imię, nazwisko oraz aktualny adres Ubezpieczonego, któremu zostało udzielone świadczenie zdrowotne, datę oraz pełną nazwę udzielonego świadczenia zdrowotnego wraz z ceną jednostkową, pieczęć firmową placówki oraz podpis osoby upoważnionej do wystawienia rachunku. Nazwa świadczenia, o której mowa powyżej powinna jednoznacznie identyfikować udzielone świadczenie zdrowotne zgodnie z Wykazem świadczeń zdrowotnych.
- W przypadku istniejącej zaległości w opłacaniu składek z tytułu ochrony udzielanej na rzecz Ubezpieczonego, INTER Polska może pomniejszyć świadczenie należne Ubezpieczonemu o kwotę zaległości, o ile jest on Ubezpieczającym.
- Ubezpieczający/Ubezpieczony jest zobowiązany udzielić INTER Polska dodatkowych informacji koniecznych do ustalenia okoliczności związanych ze zdarzeniem ubezpieczeniowym.
- INTER Polska wypłaca przelewem świadczenie w złotych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w terminie 30 dni, licząc od dnia otrzymania zgłoszenia roszczenia.
- Jeżeli w ciągu określonego powyżej terminu wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności INTER Polska lub wysokości świadczenia okaże się niemożliwe, to świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni po wyjaśnieniu tych okoliczności. INTER Polska jest zobowiązany do spełnienia bezspornej części świadczenia w terminie 30 dni od dnia otrzymania zgłoszenia roszczenia.
- Roszczenia z tytułu świadczeń nie mogą być ani cedowane, ani zastawiane, za wyjątkiem roszczeń pieniężnych.
- Jeżeli Ubezpieczonemu zostało udzielone świadczenie nienależne lub wykraczające poza zakres ochrony ubezpieczeniowej, INTER Polska może żądać od Ubezpieczonego zwrotu wartości tych świadczeń.
- INTER Polska może uzyskać od podmiotów, które prowadziły leczenie Ubezpieczonego, dokumentację medyczną o jego stanie zdrowia oraz informacje o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. O udzielenie informacji, o których mowa w zdaniu poprzednim występuje lekarz upoważniony przez INTER Polska. Wystąpienie takie wymaga pisemnej zgody Ubezpieczonego udzielonej na wniosku lub deklaracji.

§14

Obowiązki Ubezpieczającego / Ubezpieczonego

- Ubezpieczający/Ubezpieczony jest zobowiązany podać do wiadomości INTER Polska wszystkie znane sobie okoliczności, o które INTER Polska zapytywał we wniosku albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia w innych pismach.
- Ubezpieczający/Ubezpieczony jest zobowiązany do zgłaszania zmian okoliczności, o których informował we wniosku lub innych pismach.

3. Na żądanie INTER Polska Ubezpieczony zobowiązuje się do poddania badaniom (z wyłączeniem badań genetycznych) u wyznaczonego przez INTER Polska lekarza na koszt INTER Polska w celu oceny ryzyka, ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacenia składki w określonym w umowie ubezpieczenia terminie.
5. Ubezpieczony jest zobowiązany używać karty ubezpieczenia tylko zgodnie z jej przeznaczeniem i nie udostępniać jej osobom trzecim. Ubezpieczony jest zobowiązany do zaprzestania używania karty ubezpieczenia w przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.
6. W ubezpieczeniu grupowym Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać INTER Polska imienny wykaz osób przystępujących do ubezpieczenia i występujących z ubezpieczenia oraz deklaracje i inne dokumenty wskazane przez INTER Polska, najpóźniej do 20 dnia miesiąca poprzedzającego kolejny miesięczny okres ubezpieczenia.

§15

Skutki naruszenia obowiązków

1. W przypadku, gdy Ubezpieczający/Ubezpieczony nie dopełni obowiązków określonych w §14 ust. 1 i 2:
 - a) INTER Polska nie odpowiada za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości z naruszeniem powołanego zapisu,
 - b) INTER Polska może żądać zwrotu kosztów świadczeń spełnionych w wykonaniu umowy ubezpieczenia.
2. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.
3. W przypadku, gdy Ubezpieczający nie dopełni obowiązku określonego w §14 ust. 6 zmiany zgłoszone przez Ubezpieczającego będą skuteczne z początkiem następnego miesięcznego okresu ubezpieczenia.

§16

Przedawnienie roszczeń

Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia przedawniają się z upływem 3 lat od dnia realizacji świadczenia zdrowotnego. Bieg przedawnienia roszczenia wobec INTER Polska o świadczenie z umowy ubezpieczenia przerywa się także przez zgłoszenie INTER Polska tego roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem. Bieg przedawnienia rozpoczyna się na nowo od dnia, w którym zgłaszający roszczenie lub zdarzenie otrzymał na piśmie oświadczenie INTER Polska o przyznaniu lub odmowie świadczenia.

§17

Postępowanie w sprawie skarg i zażaleń

Ubezpieczającemu oraz Ubezpieczonemu przysługuje prawo składania skarg i zażaleń na piśmie do Zarządu INTER Polska. Skargi i zażalenia są rozpatrywane w terminie 30 dni od dnia ich wpływu do Zarządu INTER Polska.

§18

Wypowiedzenie i rozwiązanie umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni (osoba fizyczna) lub 7 dni (przedsiębiorca) od daty jej zawarcia.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłaty składki za okres, w jakim INTER Polska udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
3. Każda ze stron może nie wyrazić woli kontynuacji umowy ubezpieczenia na następny rok ubezpieczeniowy. Oświadczenie woli w przedmiotowym zakresie powinno być przedłożone drugiej stronie na piśmie najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy. Ubezpieczający może dodatkowo wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w przypadku i terminie określonym w §21.

4. Jeśli INTER Polska dokonuje zmian OWU lub wysokości składek ubezpieczeniowych zgodnie z postanowieniem §21, Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia względem Ubezpieczonego (Ubezpieczonych), którego zmiany dotyczą, w ciągu 30 dni od daty otrzymania informacji o zmianach ze skutkiem od dnia początku obowiązywania zmian. W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego na zaproponowane warunki, umowę uważa się za przedłużoną na nowych warunkach na następny rok ubezpieczeniowy.
5. Jeżeli w przypadku umowy ubezpieczenia, obejmującej więcej niż jednego Ubezpieczonego istnieją przesłanki do zmiany wysokości składki zgodnie §15 ust. 2, to wykonanie ww. uprawnień może zostać ograniczone tylko do tych osób.
6. W przypadku wypowiedzenia lub odstąpienia od umowy ubezpieczenia, ponowne jej zawarcie będzie możliwe po upływie minimum 6 miesięcy licząc od ostatniego dnia ochrony ubezpieczeniowej, chyba że INTER Polska postanowi inaczej.
7. Umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana przez INTER Polska ze skutkiem na koniec miesiąca z ważnych powodów, gdy:
 - a) Ubezpieczający/Ubezpieczony nie podał do wiadomości INTER Polska wszystkich znanych sobie okoliczności, o które INTER Polska zapytywał we wniosku albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia w innych pismach,
 - b) Ubezpieczony nie używał karty ubezpieczenia zgodnie z jej przeznaczeniem, w szczególności jeśli udostępnił ją osobom trzecim,
 - c) Ubezpieczający/Ubezpieczony wyłudził lub próbował wyłudzić świadczenie.

§19

Oświadczenia woli

1. Zawiadomienia i oświadczenia Ubezpieczającego/ Ubezpieczonego mające związek z umową ubezpieczenia powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem ich przyjęcia lub przesłane listem poleconym.
2. Strony oraz Ubezpieczony mają obowiązek informowania się nawzajem o każdej zmianie adresu.

§20

Właściwość terytorialna sądu

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

§21

Zmiany ogólnych warunków ubezpieczenia i składek

OWU i wysokości składek mogą zostać zmienione przez INTER Polska ze skutkiem od kolejnej rocznicy polisy pod warunkiem, że:

1. co najmniej 30 dni przed rocznicą polisy INTER Polska poinformował Ubezpieczającego o zmianie i przedstawił na piśmie, na czym zmiany polegały,
2. Ubezpieczający nie wypowiedział umowy ubezpieczenia w terminie do kolejnej rocznicy polisy, od której zmiany mają obowiązywać.

§22

Postanowienia końcowe

Do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy prawa polskiego, w szczególności Kodeks Cywilny i ustawy regulujące działalność ubezpieczeniową.

§23

Zatwierdzenie i wejście w życie ogólnych warunków ubezpieczenia

1. Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone Uchwałą nr 40/2009 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 24.09.2009 r., zmienione Uchwałą nr 61/2012 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 29.11.2012 r. i zmienione Uchwałą nr 35/2013 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 23.07.2013 r.
2. Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 01.09.2013 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01.09.2013 r.

Janusz Szulik
Prezes Zarządu

Roberto Svenda
Członek Zarządu

Szczególne Warunki Ubezpieczenia INTER VISION Assistance

Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia INTER VISION Assistance, zwane dalej SWU, mają zastosowanie wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A.

§1 Definicje

Użyтым w niniejszym SWU określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe określenia oznaczają zaś:

- Centrum Operacyjne** – przedstawiciel INTER Polska udzielający pomocy 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu w zakresie i na zasadach określonych w niniejszych SWU,
- lekarz uprawniony** – lekarz konsultant zatrudniony w Centrum Operacyjnym,
- nagle zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu Ubezpieczonego, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej,
- osoba wyznaczona do opieki nad dzieckiem (dziećmi) lub osobami niesamodzielnymi** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego w czasie rozmowy telefonicznej z konsultantem Centrum Operacyjnego do opieki nad jego dzieckiem (dziećmi) lub osobami niesamodzielnymi na czas pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, zamieszkała na terenie kraju zamieszkania Ubezpieczonego,
- usługi assistance** – usługi polegające na zorganizowaniu i pokryciu kosztów pomocy udzielonej Ubezpieczonemu oraz zapewnieniu usług informacyjnych w zakresie i na zasadach określonych w niniejszych SWU,
- zdarzenie ubezpieczeniowe** – nieszczęśliwy wypadek lub nagle zachorowanie Ubezpieczonego powodujące uszkodzenie ciała lub rozstrój jego zdrowia, zaistniałe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wymagające pomocy medycznej, z wyłączeniem sytuacji zagrożenia życia, wymagających działań w trybie nagłym, wchodzących w zakres medycznej pomocy doraźnej realizowanej przez pogotowie ratunkowe (karetki reanimacyjne, karetki wypadkowe).

§ 2

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

- Przedmiotem ubezpieczenia są udzielone Ubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności INTER Polska usługi assistance polegające na:
 - zorganizowaniu i pokryciu kosztów pomocy medycznej dla Ubezpieczonego w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - udzielaniu usług informacyjnych zgodnie z ust. 3 niniejszego paragrafu.
- W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie odpowiedzialności INTER Polska Centrum Operacyjne zapewni Ubezpieczonemu:
 - wizytę domową** lekarza w miejscu pobytu Ubezpieczonego – Centrum Operacyjne zorganizuje, pokryje koszty dojazdu do miejsca pobytu Ubezpieczonego oraz koszty honorariów.
W ramach jednego zdarzenia ubezpieczeniowego przysługuje Ubezpieczonemu 1 wizyta domowa,
 - transport medyczny** do i z placówki medycznej oraz pomiędzy placówkami medycznymi – Centrum Operacyjne zorganizuje i pokryje koszty transportu medycznego Ubezpieczonego,
 - wizytę pielęgniarki** w miejscu pobytu Ubezpieczonego – Centrum Operacyjne zorganizuje, pokryje koszty dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego oraz pokryje koszty honorariów,
 - pomoc psychologa** – jeżeli na skutek nieszczęśliwego wypadku lub trudnych sytuacji losowych takich jak: zgon dziecka lub urodzenie martwego dziecka, zgon współmałżonka, zgon konkubiny/konkubenta, zgon rodziców/teściów, będzie wskazana konsultacja z psychologiem, Centrum Operacyjne zorganizuje i pokryje koszty wizyt u psychologa.
Centrum Operacyjne, na prośbę Ubezpieczonego, udzieli informacji w zakresie możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego.

Limit dla usług assistance wymienionych w § 2 ust. 2 pkt 1 – 4 wynosi 1 000 PLN na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe.

- organizację procesu rehabilitacyjnego** w domu lub w poradni rehabilitacyjnej – Centrum Operacyjne:
 - zorganizuje i pokryje koszty wizyt fizyoterapeuty w domu Ubezpieczonego lub
 - zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej do łącznej kwoty 800 PLN w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
- organizację wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego** – Centrum Operacyjne zorganizuje i pokryje koszty zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego do łącznej kwoty 600 PLN w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
- dostawę leków** – jeśli Ubezpieczony w następstwie choroby wymaga leżenia zgodnie ze wskazaniem lekarza określonym w zwolnieniu lekarskim, Centrum Operacyjne zorganizuje dostawę leków dla Ubezpieczonego i pokryje jej koszty do łącznej kwoty 250 PLN w okresie danej choroby.
Leki muszą zostać przepisane przez lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego. Centrum Operacyjne nie pokrywa kosztów zakupu leków, środków opatrunkowych i innych medykamentów,
- organizację opieki nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi** – w przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu trwającego dłużej niż 3 doby, Centrum Operacyjne zorganizuje i pokryje koszty opieki nad dziećmi (osobami niesamodzielnymi) w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego do łącznej kwoty 400 PLN w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
- Usługi informacyjne – Centrum Operacyjne udzieli Ubezpieczonemu informacji telefonicznej o:
 - informacji teledoresowych o placówkach kontraktowych INTER Polska,
 - zakresu wariantów ubezpieczenia INTER VISION,
 - placówek służby zdrowia na terenie RP,
 - apteek na terenie RP czynnych przez 24h/na dobę,
 - diet,
 - cięży,
 - profilaktyki,
 - leków,
 - instrukcji przygotowania do zabiegów i badań medycznych,
 - profilaktyki zachorowań na gripę,
 - grup wsparcia i telefonach zaufania w Polsce,
 - informacji dla podróżnych (szczepień, zagrożeń epidemiologicznych).

Infolinia medyczna na życzenie Ubezpieczonego zapewni mu możliwość rozmowy z lekarzem dyżurującym.

§ 3

Realizacja usługi assistance

(postępowanie w przypadku wystąpienia zdarzenia)

- W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w celu skorzystania ze świadczenia zdrowotnego Ubezpieczony jest zobowiązany, przed podjęciem działań we własnym zakresie, skontaktować się z Centrum Operacyjnym pod numerem telefonu (022) 333 77 77.
- Ubezpieczony powinien podać następujące informacje:
 - potrzebne do celów identyfikacyjnych: imię i nazwisko, PESEL lub datę urodzenia, adres zamieszkania lub adres pobytu,

- 2) numer telefonu do skontaktowania się z Ubezpieczonym,
 - 3) krótki opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
 - 4) dane dotyczące osoby wyznaczonej do opieki nad dzieckiem (dziećmi) lub osobami niesamodzielnymi,
 - 5) inne informacje niezbędne do zorganizowania pomocy w ramach usług assistance.
3. Lekarz uprawniony dokonuje oceny, czy ma miejsce zdarzenie ubezpieczeniowe oraz weryfikuje uprawnienia Ubezpieczonego do usługi assistance, w szczególności wykorzystanie limitów określonych w § 2.
 4. W przypadku, gdy Ubezpieczony nie wypełnił obowiązków określonych w ust. 2, Centrum Operacyjne ma prawo odmówić spełnienia usługi assistance, o ile wskutek braku niezbędnych informacji realizacja tego zlecenia byłaby niemożliwa.
 5. Centrum Operacyjne nie podejmuje żadnych czynności, a Ubezpieczyciel jest zwolniony z pokrycia kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego, jeżeli uprzednio nie zostało poinformowane o zdarzeniu, chyba że powiadomienia nie dokonano z powodu siły wyższej lub nadzwyczajnych okoliczności.
 6. Jeśli Ubezpieczony nie może wykonać czynności wymienionych w niniejszym paragrafie, czynności te może wykonać osoba wskazana przez Ubezpieczonego lub inna działająca na jego rzecz.

§ 4

Wyłączenia odpowiedzialności

1. INTER Polska nie odpowiada za skutki zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych z przyczyn określonych w §5 OWU. Ponadto INTER Polska nie odpowiada za następstwa zdarzeń ubezpieczeniowych jeśli:

- 1) konieczność udzielenia Ubezpieczonemu usługi assistance nie jest bezpośrednio lub pośrednio związana z nieszczęśliwym wypadkiem lub nagłym zachorowaniem Ubezpieczonego,
- 2) są skutkiem zdarzeń wynikających z uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych,
- 3) są następstwem chorób psychicznych, encefalopatii pourazowych (pourazowych uszkodzeń mózgu), nerwic.

§ 5

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych SWU stosuje się OWU.
2. Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone Uchwałą nr 40/2009 Zarządu INTER Polska S.A. z dnia 24.09.2009 r., zmienione Uchwałą nr 4/2011 Zarządu INTER Polska S.A. z dnia 15.03.2011 r. i zmienione Uchwałą nr 61/2012 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 29.11.2012 r.
3. Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 21.12.2012 r. i mają zastosowanie do umów zawieranych od dnia 21.12.2012 r.



Janusz Szulik
Prezes Zarządu



Roberto Svenda
Członek Zarządu

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION BASIC

Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION BASIC, zwane dalej SWU, stosuje się do umów ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A.

§1

Zakres świadczeń INTER Polska

1. Zakres świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach ubezpieczenia INTER VISION BASIC określony jest w wykazie świadczeń zdrowotnych. Zasady realizacji świadczeń zdrowotnych określone są w §13 OWU.
2. W ramach ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION BASIC INTER Polska pokrywa:
 - 1) **Koszty ambulatoryjnych konsultacji lekarskich** (z wyłączeniem lekarza dentystry, lekarza rehabilitacji medycznej oraz lekarza medycyny pracy) **oraz leczenia ambulatoryjnego** zgodnie z Wykazem nr 1 „Konsultacje i zabiegi ambulatoryjne”.
 - 2) **Koszty ambulatoryjnie przeprowadzonych badań laboratoryjnych** zaleconych przez lekarza specjalistę, zgodnie z Wykazem nr 2 „Laboratorium”.
 - 3) **Koszty ambulatoryjnie przeprowadzonych badań diagnostycznych** zaleconych przez lekarza specjalistę, zgodnie z Wykazem nr 3 „Diagnostyka”.
 - 4) **Koszty profilaktycznego przeglądu stanu zdrowia** zgodnie z Wykazem nr 8 „Profilaktyka”.
3. Usługi Assistance:
 - wizyta domowa lekarza,
 - transport medyczny,

- wizyta pielęgniarki,
- pomoc psychologa,
- organizacja procesu rehabilitacyjnego,
- organizacja wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego,
- dostawa leków,
- organizację opieki nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi,
- infolinia medyczna.

Usługi assistance realizowane są na zasadach określonych w odrębnych Szczególnych warunkach ubezpieczenia.

4. Ubezpieczenia dodatkowe:

- 1) W ramach ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION BASIC Ubezpieczający może rozszerzyć zakres ochrony o ubezpieczenia dodatkowe.
- 2) Zakres ochrony ubezpieczenia dodatkowego regulują odrębne Szczególne warunki dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego.

§ 2

Zatwierdzenie i wejście w życie szczególnych warunków ubezpieczenia

1. Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone Uchwałą nr 40/2009 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 24.09.2009 r. i zmienione Uchwałą nr 61/2012 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 29.11.2012 r.
2. Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 21.12.2012 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 21.12.2012 r.



Janusz Szulik
Prezes Zarządu



Roberto Svenda
Członek Zarządu

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION SILVER

Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION SILVER, zwane dalej SWU, stosuje się do umów ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A.

§1 Zakres świadczeń INTER Polska

1. Zakres świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach ubezpieczenia INTER VISION SILVER określony jest w wykazie świadczeń zdrowotnych. Zasady realizacji świadczeń zdrowotnych określone są w §13 OWU.
2. W ramach ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION SILVER INTER Polska pokrywa:

- 1) **Koszty ambulatoryjnych konsultacji lekarskich** (z wyłączeniem lekarza dentystry, lekarza rehabilitacji medycznej oraz lekarza medycyny pracy) oraz leczenia ambulatoryjnego zgodnie z Wykazem nr 1 „Konsultacje i zabiegi ambulatoryjne”.
- 2) **Koszty ambulatoryjnie przeprowadzonych badań laboratoryjnych** zaleconych przez lekarza specjalistę, zgodnie z Wykazem nr 2 „Laboratorium”.
- 3) **Koszty ambulatoryjnie przeprowadzonych badań diagnostycznych** zaleconych przez lekarza specjalistę, zgodnie z Wykazem nr 3 „Diagnostyka”.
- 4) **Koszty leczenia dentystycznego**

INTER Polska pokrywa koszty świadczeń (koszty materiałów i robocizny) zgodnie z Wykazem nr 6 „Dentystyka”.

- 5) **Koszty leczenia ortodontycznego**

Koszty leczenia ortodontycznego (koszty materiałów i robocizny) objęte są ochroną w przypadku Ubezpieczonych do 18 roku życia do wysokości:

- 1 000 PLN w ciągu pierwszego roku ubezpieczeniowego,
- 2 000 PLN w ciągu dwóch pierwszych lat ubezpieczeniowych,
- 3 000 PLN w ciągu trzech pierwszych lat ubezpieczeniowych,
- 4 000 PLN w ciągu czterech pierwszych lat ubezpieczeniowych,
- 4 000 PLN w ciągu każdego kolejnych czterech lat ubezpieczeniowych.

Powyższe limity dotyczą czasu trwania umowy w wariantcie INTER VISION SILVER.

W przypadku ubezpieczenia dzieci bez rodzica lub opiekuna prawnego, koszty leczenia ortodontycznego są wyłączone z zakresu ochrony ubezpieczeniowej.

Ubezpieczony jest zobowiązany przed rozpoczęciem leczenia przedłożyć INTER Polska plan przebiegu leczenia wraz z kosztorysem oraz z uzasadnieniem medycznej konieczności przeprowadzenia zabiegu. INTER Polska zobowiązuje się do bezzwłocznego zbadania tego planu. INTER Polska pokrywa koszty świadczeń ortodontycznych powstałe po akceptacji planu leczenia wyłącznie na podstawie rachunku na zasadach określonych w § 13 pkt 5 – 10 OWU.

- 6) **Koszty środków pomocniczych**

INTER Polska pokrywa koszt zakupu lub wypożyczenia środków pomocniczych koniecznych do zastosowania w związku z zabiegiem chirurgicznym wykonywanym w trakcie leczenia szpitalnego, na podstawie rachunku (na zasadach określonych w § 13 pkt 5–10 OWU) oraz kopii potwierdzenia medycznej konieczności zakupu danego środka, zgodnie z Wykazem nr 4 „Środki pomocnicze”.

Świadczenie związane ze środkiem pomocniczym danego rodzaju przysługuje raz w roku ubezpieczeniowym.

- 7) **Dzienny zasiłek szpitalny**

INTER Polska wypłaca w razie choroby Ubezpieczonego, jego wypadku lub leczenia związanego z ciążą i porodem dzienny zasiłek w wysokości 100 PLN za każdą dobę koniecznego z punktu widzenia medycznego leczenia szpitalnego Ubezpieczonego, jeśli pobyt w szpitalu był dłuższy niż 24 godziny, z zastrzeżeniem, iż INTER Polska wypłaca dzienny zasiłek szpitalny za maksymalnie 90 dób pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w roku ubezpieczeniowym.

Przy zgłoszeniu roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu dziennego zasiłku szpitalnego, INTER Polska wymaga przedłożenia kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub kopii karty wypisu ze szpitala.

W przypadku leczenia Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobami psychicznymi i psychiatrycznymi nie przysługuje prawo do otrzymania dziennego zasiłku szpitalnego.

- 8) **Koszty profilaktycznego przeglądu stanu zdrowia** zgodnie z Wykazem nr 8 „Profilaktyka”

3. Usługi Assistance:

- wizyta domowa lekarza,
- transport medyczny,
- wizyta pielęgniarki,
- pomoc psychologa,
- organizacja procesu rehabilitacyjnego,
- organizacja wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego,
- dostawa leków,
- organizację opieki nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi,
- infolinia medyczna.

Usługi assistance realizowane są na zasadach określonych w odrębnych Szczególnych warunkach ubezpieczenia.

4. **Ubezpieczenia dodatkowe:**

- 1) W ramach ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION SILVER Ubezpieczający może rozszerzyć zakres ochrony o ubezpieczenia dodatkowe.
- 2) Zakres ochrony ubezpieczenia dodatkowego regulują odrębne Szczególne warunki dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego.

§ 2

Zatwierdzenie i wejście w życie szczególnych warunków ubezpieczenia

1. Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone Uchwałą nr 40/2009 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 24.09.2009 r. i zmienione Uchwałą nr 61/2012 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 29.11.2012 r.
2. Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 21.12.2012 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 21.12.2012 r.



Janusz Szulik
Prezes Zarządu



Roberto Svenda
Członek Zarządu

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION GOLD

Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION GOLD, zwane dalej SWU, stosuje się do umów ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A.

§1

Zakres świadczeń INTER Polska

1. Zakres świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach ubezpieczenia INTER VISION GOLD określony jest w wykazie świadczeń zdrowotnych. Zasady realizacji świadczeń zdrowotnych określone są w §13 OWU.

2. W ramach ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION GOLD INTER Polska pokrywa:

1) **Koszty ambulatoryjnych konsultacji lekarskich** (z wyłączeniem lekarza dentystry, lekarza rehabilitacji medycznej oraz lekarza medycyny pracy) oraz leczenia ambulatoryjnego zgodnie z Wykazem nr 1 „Konsultacje i zabiegi ambulatoryjne”.

2) **Koszty domowych wizyt lekarskich** internistów, pediatrów i lekarzy rodzinnych, w wyniku nieszczęśliwego wypadku i nagłego zachorowania.

Koszty domowych wizyt lekarskich pokrywane są na podstawie rachunku na zasadach określonych w § 13 pkt 5–10 OWU oraz realizowane są w ramach usług assistance na zasadach określonych w odrębnych Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia.

3) **Koszty ambulatoryjnie przeprowadzonych badań laboratoryjnych** zaleconych przez lekarza specjalistę, zgodnie z Wykazem nr 2 „Laboratorium”.

4) **Koszty ambulatoryjnie przeprowadzonych badań diagnostycznych** zaleconych przez lekarza specjalistę, zgodnie z Wykazem nr 3 „Diagnostyka”.

5) **Koszty leczenia dentystrycznego**

INTER Polska pokrywa koszty świadczeń (koszty materiałów i robocizny) zgodnie z Wykazem nr 6 „Dentystyka”.

6) **Koszty leczenia ortodontycznego**

Koszty leczenia ortodontycznego (koszty materiałów i robocizny) objęte są ochroną w przypadku Ubezpieczonych do 18 roku życia do wysokości:

- 1 000 PLN w ciągu pierwszego roku ubezpieczeniowego,
- 2 000 PLN w ciągu dwóch pierwszych lat ubezpieczeniowych,
- 3 000 PLN w ciągu trzech pierwszych lat ubezpieczeniowych,
- 4 000 PLN w ciągu czterech pierwszych lat ubezpieczeniowych,
- 4 000 PLN w ciągu każdych kolejnych czterech lat ubezpieczeniowych.

Powyższe limity dotyczą czasu trwania umowy w wariantcie INTER VISION GOLD.

W przypadku ubezpieczenia dzieci bez rodzica lub opiekuna prawnego, koszty leczenia ortodontycznego są wyłączone z zakresu ochrony ubezpieczeniowej.

Ubezpieczony jest zobowiązany przed rozpoczęciem leczenia przedłożyć INTER Polska plan przebiegu leczenia wraz z kosztorysem oraz z uzasadnieniem medycznej konieczności przeprowadzenia zabiegu. INTER Polska zobowiązuje się do bezwzględnego zbadania tego planu. INTER Polska pokrywa koszty świadczeń ortodontycznych powstałe po akceptacji planu leczenia wyłącznie na podstawie rachunku na zasadach określonych w § 13 pkt 5 – 10 OWU.

7) **Koszty środków pomocniczych**

INTER Polska pokrywa koszt zakupu lub wypożyczenia środków pomocniczych koniecznych do zastosowania w związku z zabiegiem chirurgicznym wykonywanym w trakcie leczenia szpitalnego, na podstawie rachunku (na zasadach określonych w § 13 pkt 5 – 10 OWU) oraz kopii potwierdzenia medycznej konieczności zakupu danego środka, zgodnie z Wykazem nr 4 „Środki pomocnicze”.

Świadczenie związane ze środkiem pomocniczym danego rodzaju przysługuje raz w roku ubezpieczeniowym.

8) **Dzienny zasiłek szpitalny**

INTER Polska wypłaca w razie choroby Ubezpieczonego, jego wypadku lub leczenia związanego z ciążą i porodem dzienny zasiłek w wysokości 150 PLN za każdą dobę koniecznego z punktu widzenia medycznego leczenia szpitalnego Ubezpieczonego, jeśli pobyt w szpitalu był dłuższy niż 24 godziny, z zastrzeżeniem, iż INTER Polska wypłaca dzienny zasiłek szpitalny za maksymalnie 90 dób pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w roku ubezpieczeniowym.

Przy zgłoszeniu roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu dziennego zasiłku szpitalnego, INTER Polska wymaga przedłożenia kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub kopii karty wypisu ze szpitala.

W przypadku leczenia Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobami psychicznymi i psychiatrycznymi nie przysługuje prawo do otrzymania dziennego zasiłku szpitalnego.

9) **Koszty zabiegów protetycznych**

INTER Polska pokrywa koszty zabiegów protetycznych określonych w Wykazie nr 7 „Protetyka”.

Koszty zabiegów protetycznych pokrywane są wyłącznie na podstawie rachunku na zasadach określonych w § 13 pkt 5–10 OWU w wysokości 25% wartości świadczenia określonej w wykazie z jednoczesnym ograniczeniem do:

- 1 000 PLN w ciągu pierwszego roku ubezpieczeniowego,
- 2 000 PLN w ciągu dwóch pierwszych lat ubezpieczeniowych,
- 3 000 PLN w ciągu trzech pierwszych lat ubezpieczeniowych,
- 4 000 PLN w ciągu czterech pierwszych lat ubezpieczeniowych,
- 5 000 PLN w ciągu każdego kolejnego roku ubezpieczeniowego.

Powyższe limity dotyczą czasu trwania umowy w wariantcie INTER VISION GOLD.

Ubezpieczony jest zobowiązany przed rozpoczęciem leczenia przedłożyć INTER Polska plan leczenia wraz z kosztorysem. INTER Polska zobowiązuje się do bezwzględnego zbadania tego planu. INTER Polska pokrywa koszty świadczeń protetycznych powstałe po akceptacji planu leczenia.

10) **Koszty leków**

INTER Polska pokrywa koszty leków aktualnie zarejestrowanych i dopuszczonych do obrotu w Polsce, koniecznych do zastosowania przez Ubezpieczonego, pozostałe po potrąceniu refundacji NFZ maksymalnie do kwoty 500 PLN w roku ubezpieczeniowym. Leki muszą zostać zlecone przez lekarza i zakupione w aptece.

Za leki nie uważa się, nawet jeśli zostały przepisane przez lekarza: witamin i mikroelementów, znieczuleń, szczepionek (za wyjątkiem szczepionki przeciw żółtacze typu AB), preparatów odżywczych i wzmacniających, środków dezynfekcyjnych i kosmetycznych, wody mineralnej, dodatków do kąpielii itp.

11) Koszty profilaktycznego przeglądu stanu zdrowia zgodnie z Wykazem nr 8 „Profilaktyka”

3. **Usługi Assistance:**

- wizyta domowa lekarza,
- transport medyczny,
- wizyta pielęgniarki,
- pomoc psychologa,
- organizacja procesu rehabilitacyjnego,
- organizacja wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego,
- dostawa leków,
- organizację opieki nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi,
- infolinia medyczna.

Usługi assistance realizowane są na zasadach określonych w odrębnych Szczególnych warunkach ubezpieczenia.

4. Ubezpieczenia dodatkowe:
- 1) W ramach ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION GOLD Ubezpieczający może rozszerzyć zakres ochrony o ubezpieczenia dodatkowe.
 - 2) Zakres ochrony ubezpieczenia dodatkowego regulują odrębne Szczególne warunki dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego.

§ 2

Zatwierdzenie i wejście w życie szczególnych warunków ubezpieczenia

1. Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone Uchwałą nr 40/2009 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 24.09.2009 r. i zmienione Uchwałą nr 61/2012 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 29.11.2012 r.
2. Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 21.12.2012 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 21.12.2012 r.



Janusz Szulik
Prezes Zarządu



Roberto Svenda
Członek Zarządu

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION DIAMOND

Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION DIAMOND, zwane dalej SWU, stosuje się do umów ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A.

§1

Zakres świadczeń INTER Polska

1. Zakres świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach ubezpieczenia INTER VISION DIAMOND określony jest w wykazie świadczeń zdrowotnych. Zasady realizacji świadczeń zdrowotnych określone są w §13 OWU.

2. W ramach ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION DIAMOND INTER Polska pokrywa:

1) **Koszty ambulatoryjnych konsultacji lekarskich** (z wyłączeniem lekarza dentystry, oraz lekarza medycyny pracy) oraz leczenia ambulatoryjnego zgodnie z Wykazem nr 1 „Konsultacje i zabiegi ambulatoryjne”.

2) **Koszty domowych wizyt lekarskich** internistów, pediatrów i lekarzy rodzinnych, w wyniku nieszczęśliwego wypadku i nagłego zachorowania.

Koszty domowych wizyt lekarskich pokrywane są na podstawie rachunku na zasadach określonych w § 13 pkt 5–10 OWU oraz realizowane są w ramach usług assistance na zasadach określonych w odrębnych Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia

3) **Koszty ambulatoryjnie przeprowadzonych badań laboratoryjnych** zaleconych przez lekarza specjalistę, zgodnie z Wykazem nr 2 „Laboratorium”.

4) **Koszty ambulatoryjnie przeprowadzonych badań diagnostycznych** zaleconych przez lekarza specjalistę, zgodnie z Wykazem nr 3 „Diagnostyka”.

5) **Koszty leczenia dentystycznego**

INTER Polska pokrywa koszty świadczeń (koszty materiałów i robocizny) zgodnie z Wykazem nr 6 „Dentystyka”.

6) **Koszty leczenia ortodontycznego**

Koszty leczenia ortodontycznego (koszty materiałów i robocizny) objęte są ochroną w przypadku Ubezpieczonych do 18 roku życia do wysokości:

- 1 000 PLN w ciągu pierwszego roku ubezpieczeniowego,
- 2 000 PLN w ciągu dwóch pierwszych lat ubezpieczeniowych,
- 3 000 PLN w ciągu trzech pierwszych lat ubezpieczeniowych,
- 4 000 PLN w ciągu czterech pierwszych lat ubezpieczeniowych,
- 4 000 PLN w ciągu każdych kolejnych czterech lat ubezpieczeniowych.

Powyższe limity dotyczą czasu trwania umowy w wariantcie INTER VISION DIAMOND.

W przypadku ubezpieczenia dzieci bez rodzica lub opiekuna prawnego, koszty leczenia ortodontycznego są wyłączone z zakresu ochrony ubezpieczeniowej.

Ubezpieczony jest zobowiązany przed rozpoczęciem leczenia przedłożyć INTER Polska plan przebiegu leczenia wraz z kosztorysem oraz z uzasadnieniem medycznej konieczności przeprowadzenia zabiegu. INTER Polska zobowiązuje się do bezzwłocznego zbadania tego planu. INTER Polska pokrywa koszty świadczeń ortodontycznych powstałe po akceptacji planu leczenia wyłącznie na podstawie rachunku na zasadach określonych w § 13 pkt 5 – 10 OWU.

7) **Koszty środków pomocniczych**

INTER Polska pokrywa koszt zakupu lub wypożyczenia środków pomocniczych na podstawie rachunku (na zasadach określonych w § 13 pkt 5 – 10 OWU) oraz kopii potwierdzenia medycznej konieczności zakupu danego środka, zgodnie z Wykazem nr 4 „Środki pomocnicze”.

Świadczenie związane ze środkiem pomocniczym danego rodzaju przysługuje raz w roku ubezpieczeniowym.

8) **Dzienny zasiłek szpitalny**

INTER Polska wypłaca w razie choroby Ubezpieczonego, jego wypadku lub leczenia związanego z ciążą i porodem dzienny zasiłek w wysokości 200 PLN za każdą dobę koniecznego z punktu widzenia medycznego leczenia szpitalnego

Ubezpieczonego, jeśli pobyt w szpitalu był dłuższy niż 24 godziny, z zastrzeżeniem, iż INTER Polska wypłaca dzienny zasiłek szpitalny za maksymalnie 90 dób pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w roku ubezpieczeniowym.

Przy zgłoszeniu roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu dziennego zasiłku szpitalnego, INTER Polska wymaga przedłożenia kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub kopii karty wypisu ze szpitala.

W przypadku leczenia Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobami psychicznymi i psychiatrycznymi nie przysługuje prawo do otrzymania dziennego zasiłku szpitalnego.

9) **Koszty zabiegów protetycznych**

INTER Polska pokrywa koszty zabiegów protetycznych określonych w Wykazie nr 7 „Protetyka”.

Koszty zabiegów protetycznych pokrywane są wyłącznie na podstawie rachunku na zasadach określonych w § 13 pkt 5–10 OWU w wysokości 50% wartości świadczenia określonej w wykazie z jednoczesnym ograniczeniem do:

- 2 000 PLN w ciągu pierwszego roku ubezpieczeniowego,
- 4 000 PLN w ciągu dwóch pierwszych lat ubezpieczeniowych,
- 6 000 PLN w ciągu trzech pierwszych lat ubezpieczeniowych,
- 8 000 PLN w ciągu czterech pierwszych lat ubezpieczeniowych,
- 10 000 PLN w ciągu każdego kolejnego roku ubezpieczeniowego.

Powyższe limity dotyczą czasu trwania umowy w wariantcie INTER VISION DIAMOND.

Ubezpieczony jest zobowiązany przed rozpoczęciem leczenia przedłożyć INTER Polska plan leczenia wraz z kosztorysem. INTER Polska zobowiązuje się do bezzwłocznego zbadania tego planu. INTER Polska pokrywa koszty świadczeń protetycznych powstałe po akceptacji planu leczenia.

10) **Koszty leków**

INTER Polska pokrywa koszty leków aktualnie zarejestrowanych i dopuszczonych do obrotu w Polsce, koniecznych do zastosowania przez Ubezpieczonego, pozostałe po potrąceniu refundacji NFZ maksymalnie do kwoty 700 PLN w roku ubezpieczeniowym. Leki muszą zostać zlecone przez lekarza i zakupione w aptece.

Za leki nie uważa się, nawet jeśli zostały przepisane przez lekarza: witamin i mikroelementów, znieczuleń, szczepionek (za wyjątkiem szczepionki przeciw żółtacze typu AB), preparatów odżywczych i wzmacniających, środków dezynfekcyjnych i kosmetycznych, wody mineralnej, dodatków do kąpieli itp.

11) **Koszty zabiegów leczniczo–rehabilitacyjnych** zleconych przez lekarza w ramach leczenia ambulatoryjnego określonych zgodnie z Wykazem nr 5 „Rehabilitacja”.

Zabiegi leczniczo–rehabilitacyjne mogą być wykonane wyłącznie przez lekarza lub osobę posiadającą stosowne wykształcenie i uprawnienia do wykonywania tego typu zabiegów.

12) **Koszty ambulatoryjnego leczenia psychoterapeutycznego**

INTER Polska pokrywa koszty 20 spotkań psychoterapeutycznych z lekarzem lub osobą posiadającą aktualne uprawnienia do prowadzenia tego typu terapii w Polsce w ciągu roku ubezpieczeniowego.

13) **Koszty profilaktycznego przeglądu stanu zdrowia** zgodnie z Wykazem nr 8 „Profilaktyka”

3. Usługi Assistance:

- wizyta domowa lekarza,
- transport medyczny,
- wizyta pielęgniarki,
- pomoc psychologa,
- organizacja procesu rehabilitacyjnego,

- organizacja wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego,
- dostawa leków,
- organizację opieki nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi,
- infolinia medyczna.

Usługi assistance realizowane są na zasadach określonych w odrębnych Szczególnych warunkach ubezpieczenia.

4. Ubezpieczenia dodatkowe:

- 1) W ramach ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION DIAMOND Ubezpieczający może rozszerzyć zakres ochrony o ubezpieczenia dodatkowe.

- 2) Zakres ochrony ubezpieczenia dodatkowego regulują odrębne Szczególne warunki dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego.

§ 2

Zatwierdzenie i wejście w życie szczególnych warunków ubezpieczenia

1. Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone Uchwałą nr 40/2009 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 24.09.2009 r. i zmienione Uchwałą nr 61/2012 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 29.11.2012 r.
2. Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 21.12.2012 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 21.12.2012 r.



Janusz Szulik
Prezes Zarządu



Roberto Svenda
Członek Zarządu