Ubezpieczenie **EDU PLUS**

InterRisk VIENNA INSURANCE GROUP

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: **EDU PLUS**

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje umowne podawane są w innych dokumentach, w tym w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia EDU PLUS zatwierdzonych uchwałą nr 01/27/03/2018 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 27.03.2018 roku.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

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

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

✓ następstwa nieszczęśliwego wypadku (NNW), który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej lub choroby i ich następstwa, które zostały zdiagnozowane w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej

Suma ubezpieczenia:

✓ Opcja Podstawowa, Podstawowa Plus, Ochrona Plus – od 1.000zł do 50.000zł

✓ Opcja Progresja – od 1.000zł do 20.000zł

✓ Opcja Ochrona – od 3.000zł do 14.000zł

Opcje dodatkowe:

✓ D1 – Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego – do 50.000zł

✓ D2 – Oparzenia – do 10.000zł

✓ D3 – Odmrożenia – do 10.000zł

✓ D4 – Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku – do 10.000zł

✓ D5 – Pobyt w szpitalu w wyniku choroby – do 10.000zł

✓ D6 – Pakiet ONKO i Poważne Choroby – do 2.000zł

✓ D7 – Koszty operacji plastycznych w wyniku nieszczęśliwego wypadku – do 10.000zł

✓ D8 – Operacja w wyniku nieszczęśliwego wypadku – do 5.000zł

✓ D9 – Operacja w wyniku choroby – do 5.000zł

✓ D10 – Koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku – do 20.000zł

✓ D11 – Czasowa niezdolność Ubezpieczonego do nauki i/lub pracy w wyniku NW – do 30.000zł

✓ D12 – Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego wady wrodzonej serca – do 1.000zł

✓ D13 – Koszty leczenia stomatologicznego w wyniku NW – do 5.000zł

✓ D14 – Uciążliwe leczenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku – do 10.000zł

✓ D15 – assistance EDU PLUS – 5.000zł

✓ D16 – Telemedycyna – 5.000zł

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

x rodzajów świadczeń określonych w opcjach dodatkowych D1-D16 rozszerzających zakres ubezpieczenia, jeżeli nie została opłacona dodatkowa składka

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

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

! umyślnym popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego

! popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa lub samookaleczenia się przez Ubezpieczonego

! chorobami, lub uszkodzeniami ciała zdiagnozowanymi przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową

! chorobą zawodową, chorobą psychiczną

! uprawianiem sportów i aktywności wysokiego ryzyka przez Ubezpieczonego

! wyczynowym uprawianiem sportu, za wyjątkiem sytuacji gdzie Ubezpieczający rozszerzył zakres ubezpieczenia o wyczynowe uprawianie sportu

! operacją wtórną

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

✓ na terytorium RP przez 24 godziny na dobę – opcje Dodatkowe: D4 (pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku), D5 (pobyt w szpitalu w wyniku choroby), D7 (koszty operacji plastycznych w wyniku nieszczęśliwego wypadku), D8 (operacje w wyniku nieszczęśliwego wypadku), D9 (operacje w wyniku choroby), D10 (koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku), D11 (czasowa niezdolność Ubezpieczonego do nauki i/lub pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku), D13 (koszty leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku), D14 (uciążliwe leczenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku), D15 (assistance EDU PLUS)

✓ na obszarze całego świata przez 24 godziny na dobę – Opcje: Podstawowa, Podstawowa Plus, Progresja, Ochrona, Ochrona Plus oraz opcje Dodatkowe: D1 (śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego), D2 (oparzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku), D3 (odmrożenia), D6 (Pakiet ONKO i Poważne Choroby), D12 (zdiagnozowanie u Ubezpieczonego wady wrodzonej serca), D16 (telemedycyna)

Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

– niezwłoczne zgłoszenie się do lekarza i zastosowania się do jego zaleceń, w razie powstania zdarzenia mogącego powodować odpowiedzialność InterRisk

– zawiadomienie InterRisk o zajściu zdarzenia

– poddanie się badaniu przez lekarza wskazanego przez InterRisk, jeżeli InterRisk zażądał takiego badania, celem rozpoznania zgłaszanych obrażeń ciała

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 umówiły się inaczej.

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

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa m. in.:

a) z dniem upływu okresu ubezpieczenia, odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenia umowy ubezpieczenia

b) w przypadku opłacenia składki w ratach – jeżeli po upływie terminu płatności raty InterRisk wezwie Ubezpieczającego do jej zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od daty otrzymania wezwania przez Ubezpieczającego spowoduje ustanie odpowiedzialność InterRisk, a kolejna rata składki nie zostanie opłacona w tym terminie – z dniem upływu tego terminu

c) z dniem wypłaty świadczenia lub świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia określonej w polisie

d) wobec Ubezpieczonego z dniem jego zgonu

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.

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.

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

W przypadku ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.

InterRisk
VIENNA INSURANCE GROUP

InterRisk Kontakt
22 575 25 25

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA EDU PLUS

SPIS TREŚCI

Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy
o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej ..... rewers str. 1
POSTANOWIENIA POCZĄTKOWE 1
CO OZNACZAJĄ OKREŚLENIA UŻYTE W OWU?
DEFINICJE 1
JAKĄ OCHRONĘ ZAPEWNIA UBEZPIECZENIE?
PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA 5
JAKĄ OPCJĘ UBEZPIECZENIA WYBIERZESZ?
ZAKRES UBEZPIECZENIA 5
KIEDY INTERRISK NIE WYPŁACI ŚWIADCZENIA?
WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI 6
CO OFERUJE OPCJA PODSTAWOWA?
RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ 6
CO OFERUJE OPCJA PODSTAWOWA PLUS?
RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ 7
CO OFERUJE OPCJA OCHRONA?
RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ 7
CO OFERUJE OPCJA OCHRONA PLUS?
RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ 9
CO OFERUJE OPCJA PROGRESJA?
RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ 11
O JAKIE OPCJE DODATKOWE MOŻESZ ROZSZERZYĆ WYBRANĄ OPCJĘ? 11
JAKĄ POMOC OTRZYMASZ W RAMACH OPCJI DODATKOWEJ D15
– ASSISTANCE EDU PLUS? 14
JAKĄ POMOC OTRZYMASZ W RAMACH OPCJI DODATKOWEJ D16
– TELEMEDYCYNA? 15
SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY 15
CO TRZEBA ZROBIĆ, ŻEBY SIĘ UBEZPIECZYĆ?
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA 16
OD KIEDY UBEZPIECZENIE GWARANTUJE OCHRONĘ I KIEDY ONA SIĘ KOŃCZY?
POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI INTERRISK 16
ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA 16
OD CZEGO ZALEŻY WYSOKOŚĆ SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ?
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA 16
JAKIE OBOWIĄZKI MA UBEZPIECZAJĄCY, UBEZPIECZONY, A JAKIE INTERRISK?
PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY UBEZPIECZENIA 17
CO ZROBIĆ, ŻEBY DOSTAĆ ŚWIADCZENIE?
ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA. USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA 17
POSTANOWIENIA MAJĄCE ZASTOSOWANIE DO UMÓW UBEZPIECZENIA
NA ODLEGŁOŚĆ W ROZUMIENIU USTAWY O PRAWACH KONSUMENTA 19
POSTANOWIENIA KOŃCOWE 19
Załącznik nr 1 - TABELA NORM USZCZERBKU NA ZDROWIU EDU PLUS 20
Załącznik nr 2 - WYMOGI TECHNICZNE URZĄDZEŃ UMOŻLIWIAJĄCYCH
KOMUNIKACJĘ W CELU SKORZYSTANIA PRZEZ UBEZPIECZONEGO
Z E-KONSULTACJI 21

POSTANOWIENIA POCZĄTKOWE

§1

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia EDU PLUS, zwane dalej „OWU" mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przez InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółkę Akcyjną Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, ul. Noakowskiego 22, wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000054136, prowadzącą działalność ubezpieczeniową i reasekuracyjną w oparciu o zezwolenie Ministra Finansów Du/905/A/KP/93 z 5 listopada 1993 roku zwaną dalej „InterRisk" z osobami fizycznymi, osobami prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi nie będącymi osobami prawnymi prowadzącymi działalność gospodarczą.

2. Umowę ubezpieczenia można zawrzeć także na cudzy rachunek, z tym że Ubezpieczony imiennie wskazany jest w umowie ubezpieczenia lub też w zależności od rodzaju zawartej umowy ubezpieczenia nie jest wskazany w umowie ubezpieczenia. Zarzuty mające wpływ na odpowiedzialność InterRisk może podnieść także przeciwko Ubezpieczonemu.

3. Do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone, za zgodą stron, postanowienia dodatkowe lub odmienne od OWU, z tym że różnice między OWU a treścią umowy ubezpieczenia InterRisk przedstawi Ubezpieczającemu na piśmie przed zawarciem umowy.

4. Do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa polskiego, w tym przepisy kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

CO OZNACZAJĄ OKREŚLENIA UŻYTE W OWU? DEFINICJE

§2

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

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 jakiejkolwiek organizacji lub rządu, skierowane przeciwko osobom, obiektom lub społeczeństwu, mające na celu wywarcie wpływu na rząd, wprowadzenie chaosu, zastraszenie ludności i dezorganizację życia publicznego przy użyciu przemocy lub groźby użycia przemocy;

2) **anemia aplastyczna** – niewydolność szpiku kostnego, rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: D60-D61;

3) **Centrum Assistance** – jednostka organizacyjna wskazana przez InterRisk (adres, numer telefonu podawany jest w umowie ubezpieczenia), która na zlecenie InterRisk organizuje świadczenia assistance – Assistance EDU PLUS;

4) **Centrum ONKO** – jednostka organizacyjna wskazana przez InterRisk (szczegółowe dane podane są w niniejszych OWU), która na zlecenie InterRisk organizuje świadczenia w ramach Pakietu ONKO;

5) **Centrum Telemedycyny** – jednostka organizacyjna wskazana przez InterRisk (szczegółowe dane podane są w niniejszych OWU), która na zlecenie InterRisk organizuje świadczenia Telemedycyny;

6) **choroba** – zaburzenia w funkcjonowaniu narządów lub organów ciała Ubezpieczonego, niezależnie od niczyjej woli, co do których lekarz może postawić diagnozę, wymagające leczenia, diagnostyki lub rehabilitacji;

7) **choroba psychiczna** – zgodnie z diagnozą lekarza prowadzącego leczenie choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania jako kod ICD: F00-F99;

8) **choroba zawodowa** – choroba znajdująca się w wykazie chorób stanowiącym załącznik do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 roku w sprawie chorób zawodowych;

9) **choroby autoimmunologiczne** – schorzenia w przebiegu których układ odpornościowy wytwarza przeciwciała skierowane przeciwko własnym tkankom, co wywołuje chroniczne zapalenie i ich trwałe uszkodzenia. Niezbędne jest wystąpienie podwyższonego ponad normę miana przeciwciał oraz wystąpienie co najmniej jednego objawu klinicznego, charakterystycznego dla danego zespołu chorobowego;

10) **cukrzyca typu I** – choroba rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: E10;

11) **czasowa niezdolność Ubezpieczonego do nauki lub do pracy** – czasowa utrata zdolności do wykonywania pracy przez Ubezpieczonego lub uczęszczania na zajęcia lekcyjne powstała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, trwająca nieprzerwanie co najmniej 10 dni, udokumentowana:

   a) kopią zaświadczenia lekarskiego wystawionego zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2015 roku w sprawie orzekania o czasowej niezdolności do pracy, wystawiania zaświadczenia lekarskiego oraz trybu i sposobu sprostowania błędu w zaświadczeniu lekarskim potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę lub placówkę medyczną, która wystawiła ww. zaświadczenie oraz zaświadczeniem stwierdzającym zatrudnienie – w przypadku Ubezpieczonego będącego pracownikiem placówki oświatowej, chyba że Ubezpieczony nie mógł go uzyskać z przyczyn od siebie niezależnych,

   b) zaświadczeniem lekarskim potwierdzającym okres niezdolności do nauki i zaświadczeniem ze szkoły potwierdzającym nieobecność na zajęciach lekcyjnych – w przypadku Ubezpieczonego będącego dzieckiem, uczniem lub studentem uczęszczającym do placówki oświatowej;

12) **droga publiczna** – droga w rozumieniu art. 1 ustawy o drogach publicznych w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;

13) **Druga Opinia Lekarska Krajowa** – jednorazowe świadczenie realizowane za pośrednictwem Centrum ONKO, polegające na przygotowaniu dla Ubezpieczonego opinii Lekarza konsultanta na temat jednej z rodzajów Poważnych Chorób wymienionych w Pakiecie ONKO, na podstawie przesłanej przez Ubezpieczonego do Centrum ONKO dokumentacji medycznej Poważnej Choroby z Pakietu ONKO, która została u niego zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;

14) **dziecko** – każde dziecko własne Ubezpieczającego 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 terenie Rzeczypospolitej Polski, w trybie dziennym, zaocznym lub wieczorowym, w rozumieniu ustawy o systemie oświaty w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia oraz ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy

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

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§2, §3 ust. 2, §4, §6, §7, §8, §9, §10, §11, §12, §13, §17, §18, §21, §22, §23
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§5, §8 pkt 3 lit. d, §8 pkt 5 lit. b, §8 pkt 7 lit. d, §9 pkt 8 lit. a, §9 pkt 9 lit. d, §14, §20 ust. 2 OWU
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

ubezpieczenia, z wyłączeniem kursów oraz kształcenia korespondencyjnego – w wieku do 25 lat;

15) **dzień pobytu w szpitalu** – pobyt na oddziale szpitalnym trwający co najmniej jeden dzień, służący przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia Ubezpieczonego, spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą. Dzień przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala i dzień wypisu Ubezpieczonego ze szpitala, w przypadku wypłaty świadczenia, liczone są oddzielnie jako pełne dni pobytu w szpitalu chyba, że przyjęcie i wypis ze szpitala nastąpiły w tym samym dniu;

16) **e–konsultacja** – świadczenie Telemedycyny organizowane przez Centrum Telemedycyny na zlecenie InterRisk realizowane drogą elektroniczną w formie:

   a) czatu internetowego –wymiany krótkich wiadomości tekstowych,

   b) telekonferencji – przekazu audio,

   c) wideokonferencji – przekazu audiowizualnego.

   E-konsultacja trwa maksimum 15 minut;

17) **jednorazowe świadczenie** – świadczenie wypłacane Ubezpieczonemu z tytułu ubezpieczenia, w ramach którego odpowiedzialność InterRisk jest ograniczona do jednego zdarzenia w okresie ubezpieczenia;

18) **kolarstwo górskie** – forma kolarstwa uprawianego za pomocą rowerów górskich, których konstrukcja umożliwia poruszanie się w trudnym terenie: górskim, leśnym poza wyznaczonymi szlakami turystycznymi dla rowerów oraz na specjalnie wyznaczonych trasach rowerowych obfitujących w liczne naturalne lub sztuczne przeszkody (muldy, koleiny, ostre wiraże, skocznie);

19) **koszty leczenia** – poniesione na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane koszty z tytułu:

   a) wizyt lekarskich,

   b) zabiegów ambulatoryjnych,

   c) badań zleconych przez lekarza prowadzącego leczenie,

   d) pobytu w szpitalu,

   e) operacji, za wyjątkiem operacji plastycznych,

   f) zakupu środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza,

   g) rehabilitacji zleconej przez lekarza prowadzącego leczenie;

20) **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;

21) **lekarz Centrum Assistance** – lekarz zatrudniony lub współpracujący z Centrum Assistance;

22) **Lekarz konsultant** – lekarz wydający w Pakiecie ONKO Drugą Opinię Lekarską Krajową oraz udzielający Telekonsultacji lekarskich specjalistycznych, będący chirurgiem, nefrologiem, kardiologiem, endokrynologiem, reumatologiem, specjalistą chorób zakaźnych, onkologiem. Wybór Lekarza konsultanta dla Ubezpieczonego będzie dokonywany przez Centrum ONKO, z uwzględnieniem specyfiki jednej z Poważnych Chorób Ubezpieczonego wymienionych w Pakiecie ONKO;

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

24) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie mające miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej wywołane przyczyną zewnętrzną, na skutek której Ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł. W rozumieniu niniejszych OWU za nieszczęśliwy wypadek uważa się również zawał serca lub udar mózgu, za wyjątkiem ubezpieczenia na wypadek śmierci opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 1 lit. g, pkt 2 lit. j oraz pkt 3 lit. f;

25) **niewydolność nerek** – choroba, w której dochodzi do upośledzenia funkcji nerek i ograniczenia współczynnika przesączania kłębuszkowego poniżej 60 ml/min/1,73 m^2 powierzchni ciała, rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: N17-N18.9;

26) **niewydolność serca** – choroba rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: I50 oraz w której funkcjonowanie serca upośledza zdolność do zapewnienia wystarczającego przepływu krwi zgodnie z zapotrzebowaniem organizmu. Prezentując przy tym objawy kliniczne, zawarte w III i IV klasie wg Skala NYHA;

   Skala NYHA:

III	Chorzy ze znacznie ograniczoną aktywnością, wskutek pojawiania się dolegliwości przy małych wysiłkach, takich jak mycie lub ubieranie się. Dolegliwości w spoczynku nie występują.
IV	Chorzy, u których najmniejszy wysiłek powoduje pojawienie się zmęczenia, duszności, kołatania serca lub bólu dławicowego, a dolegliwości pojawiają się także w spoczynku.

27) **nowotwór złośliwy** – choroba rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: C00-C97, za wyjątkiem chorób zakwalifikowanych jako kod: C76-C80 oraz nowotworu nieinwazyjnego (carcinoma in situ);

28) **odmrożenie** – uszkodzenie skóry, powstałe w wyniku działania niskiej temperatury. Stopień odmrożenia określany jest w dokumentacji medycznej przez lekarza zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10;

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

30) **oparzenie** – uszkodzenie skóry, powstałe w wyniku działania ciepła, żrących substancji chemicznych (stałych, płynnych, gazowych) prądu elektrycznego, promieni słonecznych – UV, promieniowania (RTG, UV i innych czynników promieniotwórczych), wysokiej temperatury.

   Stopień oparzenia określany jest w dokumentacji medycznej przez lekarza zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10;

31) **operacja** – inwazyjny zabieg chirurgiczny, wykonany w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, przez uprawnionego lekarza o specjalności zabiegowej, przeprowadzony podczas co najmniej trzydniowego pobytu w szpitalu w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, 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 co najmniej trzydniowego pobytu w szpitalu oraz zabieg niewynikający ze wskazań medycznych;

32) **operacja plastyczna** – operacja mająca na celu usunięcie oszpeceń lub okaleczeń Ubezpieczonego, powstałych wskutek nieszczęśliwego wypadku, zalecona przez lekarza prowadzącego leczenie jako niezbędna część procesu leczenia;

33) **operacja wtórna** – każda następna operacja związana przyczynowo z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą;

34) **opiekun prawny** – osoba sprawująca opiekę nad Ubezpieczonym ustanowiona przez sąd opiekuńczy zgodnie z przepisami kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;

35) **osoby bliskie** – małżonek, dzieci, partner, rodzeństwo, matka, ojciec, ojczym, macocha, pasierb, pasierbica, teściowie, zięciowie, synowe, przysposabiający i przysposobieni Ubezpieczonego, opiekunowie ustanowieni przez sąd opiekuńczy;

36) **padaczka** – choroba rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod G40-G40.9;

37) **Pakiet ONKO** – świadczone przez InterRisk za pośrednictwem Centrum ONKO usługi obejmujące Drugą Opinię Lekarską Krajową oraz Telekonsultacje lekarskie specjalistyczne, pod warunkiem zachorowania i zdiagnozowania u Ubezpieczonego po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej jednej z następujących rodzajów Poważnych Chorób: nowotworu złośliwego, cukrzycy typu I, niewydolności serca, niewydolności nerek, choroby autoimmunologicznej, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, sepsy;

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

39) **paraliż** – całkowita, nieodwracalna utrata funkcji ruchowej co najmniej dwóch kończyn. Choroba rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: G81-G83.0;

40) **partner** – osoba fizyczna, pozostająca z Ubezpieczonym w związku pozamałżeńskim, niepozostająca z Ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa, ani przysposobienia, zamieszkująca pod tym samym adresem przez okres co najmniej dwóch lat, pod warunkiem, iż Ubezpieczony oraz partner nie pozostają w związku małżeńskim z innymi osobami;

41) **placówka oświatowa** – żłobek lub klub dziecka, w rozumieniu ustawy o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3, oraz przedszkole, szkoła, placówka oświatowo-wychowawcza, placówka kształcenia ustawicznego, placówka kształcenia praktycznego, ośrodek kształcenia i doskonalenia zawodowego, placówka artystyczna, w rozumieniu ustawy o systemie oświaty w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;

42) **pobyt w szpitalu** – pobyt na oddziale szpitalnym służący przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia Ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym

wypadkiem lub chorobą. Gdy wypis ze szpitala nastąpi po zakończeniu okresu ubezpieczenia pobyt w szpitalu jest objęty odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, pod warunkiem, że przyjęcie do szpitala nastąpiło w okresie ubezpieczenia;

43) **podmiot wykonujący działalność leczniczą** – podmiot leczniczy oraz praktyka zawodowa, w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;

44) **pogryzienie** – uszkodzenie ciała wskutek pogryzienia przez psa;

45) **pojazd** – w rozumieniu niniejszych OWU, wyłącznie na potrzeby ubezpieczenia śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego (Opcja Dodatkowa D1), o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 1 niniejszych OWU za pojazd uznaje się wyłącznie: samochód osobowy, samochód ciężarowy, autobus, pociąg, tramwaj, trolejbus, metro;

46) **pokąsanie** – uszkodzenie ciała przez zwierzęta inne niż psy;

47) **poliomyelitis** – infekcja wywołana wirusem polio, której skutkiem jest paraliż mięśni oddechowych lub mięśni kończyn lub zajęcie ośrodka oddechowego w pniu mózgu, z trwałym następstwem w postaci nasilonego niedowładu lub paraliżu. Choroba rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: A80 lub B91;

48) **Poważna Choroba** – wyłącznie poniżej wymienione choroby, które zostały zdiagnozowane po raz pierwszy w trakcie okresu ubezpieczenia: nowotwór złośliwy, paraliż, niewydolność nerek, poliomyelitis, utrata wzroku, utrata mowy, utrata słuchu, anemia aplastyczna, stwardnienie rozsiane, cukrzyca typu I, niewydolność serca, choroby autoimmunologiczne, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, sepsa. Za Poważną Chorobę uważa się również transplantację głównych organów;

49) **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 dm^3 w wydychanym powietrzu;

50) **praca zawodowa** – forma świadczenia pracy lub usług za wynagrodzeniem w ramach stosunku pracy, na podstawie umowy cywilnoprawnej, stosunku służbowego o charakterze administracyjno-prawnym lub w zakresie wykonywania działalności gospodarczej we własnym imieniu;

51) **przekwalifikowanie zawodowe osób niepełnosprawnych** – przeszkolenie zawodowe osoby, w stosunku do której Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub powiatowy (wojewódzki) zespół ds. orzekania o niepełnosprawności orzekł celowość przekwalifikowania zawodowego ze względu na niezdolność do pracy Ubezpieczonego w jego dotychczas wykonywanym zawodzie;

52) **przystąpienie do ubezpieczenia** – objęcie ochroną ubezpieczeniową osoby fizycznej zgłoszonej przez Ubezpieczającego do ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWU;

53) **rana** – przerwanie ciągłości powłoki ciała w wyniku działania ostrego lub tępego przedmiotu, prowadzące do linijnego lub nieregulowanego uszkodzenia tkanki, powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku. W rozumieniu niniejszych OWU za rany nie uważa się ran związanych z leczeniem operacyjnym Ubezpieczonego;

54) **rekreacyjne uprawianie sportu** – podejmowana dobrowolnie, nie w celach zarobkowych, forma aktywności fizycznej Ubezpieczonego polegająca na uprawianiu sportu w celu odpoczynku lub rozrywki, niezwiązana z uczestniczeniem w treningach, zawodach, zgrupowaniach i obozach kondycyjnych lub szkoleniowych organizowanych przez kluby, związki, organizacje sportowe, wykonywana w czasie wolnym od pracy/nauki;

55) **rehabilitacja** – zlecone przez lekarza prowadzącego leczenie specjalistyczne zabiegi udzielane przez osoby uprawnione do udzielania w/w świadczeń, mające na celu wyleczenie lub zmniejszenie dysfunkcji narządów, a także przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej, utraconej w następstwie nieszczęśliwego wypadku;

56) **rodzic Ubezpieczonego** – ojciec lub matka Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów kodeksu rodzinnego i opiekuńczego w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;

57) **ruch pojazdu** – sytuacje, gdy pojazd porusza się wskutek pracy silnika lub siłą bezwładności;

58) **sepsa** – rozpoznany przez lekarza zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej (SIRS) wywołanej zakażeniem, spowodowanym obecnością drobnoustrojów i ich toksycznych produktów we krwi, potwierdzony posiewem krwi;

59) **sporty i aktywnosci wysokiego ryzyka** – bouldering, wspinaczka skalna, wspinaczka lodowa, taternictwo, alpinizm, himalaizm, skialpinizm, trekking, zjazdy ekstremalne na nartach, freestyle, freeride, snowboarding wysokogórski, snowboarding prędkościowy, skoki i ewolucje narciarskie i snowboardowe, rafting, canyoning, hydrospeed, kajakarstwo górskie, szybownictwo, spadochroniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, baloniarstwo, pilotowanie samolotów lub śmigłowców, zorbing, skoki z/na bungee, nurkowanie, parkour, freerun, buggykitting, windsurfing, jazda quadami, kitesurfing, żegluga poza wodami terytorialnymi w odległości powyżej 12 mil morskich od brzegu, kolarstwo ekstremalne, kolarstwo górskie, speleologia, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe, rajdy pojazdów lądowych, wodnych lub powietrznych, heliskiing, heliboarding, freefall, downhill, b.a.s.e. jumping, dream jumping oraz zjazdy na nartach lub snowboardzie poza wyznaczonymi trasami, jazda na nartach wodnych, skeleton, hokej na lodzie, short track, jazda szybka na lodzie, bojery, biathlon, jazda skibobem oraz sporty, w których wykorzystywane są skutery śnieżne przeznaczone do poruszania się po śniegu lub lodzie;

60) **stwardnienie rozsiane** – choroba charakteryzująca się demielinizacją włókien nerwowych w obrębie mózgu i rdzenia kręgowego, rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: G35;

61) **substancja psychotropowa** – każda substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie substancji psychotropowych stanowiącym załącznik nr 2 do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;

62) **szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w postaci świadczeń szpitalnych w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej;

63) **środek odurzający** – substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego działającą na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie stanowiącym załącznik nr 1 do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;

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

65) **świadczenie** – kwota pieniężna wypłacana Ubezpieczonemu, a w przypadku śmierci Ubezpieczonego kwota pieniężna wypłacana Uprawnionemu przez InterRisk w przypadku uznania roszczenia powstałego w wyniku zajścia zdarzenia, które jest objęte ochroną ubezpieczeniową;

66) **świadczenia szpitalne** – świadczenia w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia wykonywane całą dobę, kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych;

67) **świadczenie Telemedycyny** – świadczenie zdrowotne w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia realizowane przez lekarza internistę, pediatrę lub dietetyka za pomocą systemów teleinformatycznych lub systemów łączności;

68) **Telekonsultacje lekarskie specjalistyczne** – przysługujące Ubezpieczonemu w ramach Pakietu ONKO świadczenie zdrowotne w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia realizowane przez Lekarza konsultanta za pomocą systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, pod warunkiem zachorowania i zdiagnozowania u Ubezpieczonego po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej jednej z rodzajów Poważnych Chorób z Pakietu ONKO. Ubezpieczonemu przysługuje 12 Telekonsultacji lekarskich specjalistycznych w okresie ubezpieczenia;

69) **transplantacja głównych organów** – przebycie jako biorca operacji przeszczepu serca, serca i płuc, wątroby lub jej części, nerki lub przeszczepu szpiku kostnego;

70) **trekking** – forma turystyki pieszej, uprawiana w trudnych warunkach terenowych i klimatycznych: rzecznych, bagiennych, na wulkanach, pustyniach, terenach tropikalnych, lodowcach, górach powyżej wysokości 1 500 n.p.m. lub poza wyznaczonymi górskimi szlakami turystycznymi;

71) **trwałe inwalidztwo częściowe** – uszkodzenia ciała, wymienione w TABELI nr 1 w §8 pkt 3, a także w TABELI nr 4 w §9 pkt 8 powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku;

72) **Ubezpieczający** – jeden z podmiotów, o których mowa w §1 ust. 1, zawierający umowę ubezpieczenia i zobowiązany do opłacenia składki ubezpieczeniowej;

73) **ubezpieczenie grupowe** – umowa ubezpieczenia zawierana na rachunek osób fizycznych, przy czym minimalna grupa osób przystępujących do ubezpieczenia wynosi co najmniej 3 osoby, a w przypadku rozszerzenia Opcji Podstawowej, Opcji Podstawowej Plus, Opcji Ochrona, Opcji Ochrona Plus lub Opcji Progresja o Opcje Dodatkowe (D1-D16), o których mowa w §11, §12, §13 minimalna grupa osób przystępujących do ubezpieczenia wynosi co najmniej 5 osób;

74) **ubezpieczenie indywidualne** – umowa ubezpieczenia zawierana przez Ubezpieczającego będącego osobą fizyczną na rachunek dziecka lub w przypadku gdy Ubezpieczający ukończył 18 rok życia i spełnia definicję dziecka określoną w niniejszych OWU na rachunek własny;

75) **ubezpieczenie rodzinne** – umowa ubezpieczenia zawierana przez Ubezpieczającego będącego osobą fizyczną na rachunek dzieci, przy czym minimalna liczba osób objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach w/w umowy ubezpieczenia wynosi co najmniej 2 osoby;

76) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, która w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyła 65 lat, na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia;

77) **uciążliwe leczenie** – leczenie Ubezpieczonego będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, w wyniku którego nie nastąpił uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego (0% uszczerbku na zdrowiu), bądź trwałego inwalidztwa częściowego, złamania kości, ran ciętych lub szarpanych, urazów narządów ruchu,

wstrząśnienia mózgu, ale przebieg leczenia spowodował czasową niezdolność do nauki lub pracy przez okres nie krótszy niż 10 dni;

78) **udar mózgu** – rozpoznany przez lekarza i zakwalifikowany w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: I60-I64;

79) **ukąszenie/użądlenie** – naruszenie tkanki skóry przez owada;

80) **Uprawniony** – podmiot wskazany przez Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku. W przypadku niewyznaczenia Uprawnionego, w razie śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, za Uprawnionego uważa się członków najbliższej rodziny Ubezpieczonego według następującej kolejności i udziałów:
   a) współmałżonek Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem że nie została orzeczona separacja,
   b) dzieci Ubezpieczonego (w częściach równych),
   c) rodzice Ubezpieczonego (w częściach równych) albo opiekunowie prawni (w częściach równych) sprawujący opiekę w momencie śmierci Ubezpieczonego,
   d) pozostali członkowie najbliższej rodziny Ubezpieczonego będący spadkobiercami Ubezpieczonego (w częściach równych);

81) **uraz narządu ruchu** – powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku uraz narządu ruchu, w wyniku którego nie nastąpiło złamanie kości, ale zgodnie z zaleceniem lekarza narząd ruchu został unieruchomiony z zastosowaniem środka medycznego (gipsu, gipsu syntetycznego (lekkiego), szyny, gorsetu, kołnierza ortopedycznego, stabilizatora, ortezy, tutora gipsowego, kamizelki ortopedycznej);

82) **uszczerbek na zdrowiu** – naruszenie sprawności organizmu powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku, polegające na trwałym, nierokującym poprawy w świetle aktualnego stanu wiedzy medycznej, uszkodzeniu danego organu, narządu lub układu;

83) **utrata mowy** – rozpoznana przez lekarza całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy, oznaczająca niemożność artykułowania zrozumiałych słów lub zrozumiale mówionego języka, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy;

84) **utrata słuchu** – rozpoznana przez lekarza całkowita i nieodwracalna utrata słuchu dla wszystkich dźwięków jako następstwo choroby lub nieszczęśliwego wypadku, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy;

85) **utrata wzroku** – rozpoznana przez lekarza całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach (VO=0, z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji) powstała w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem, że o trwałości schorzenia orzeka się po upływie co najmniej 6 miesięcy od daty jego wystąpienia;

86) **wada wrodzona** – nieprawidłowość anatomiczna zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe (kod ICD: Q00-Q99);

87) **wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej podejmowana w celu uzyskania, w drodze indywidualnej lub zbiorowej rywalizacji, maksymalnych wyników sportowych, polegająca na uprawianiu przez Ubezpieczonego sportu:
   a) poprzez uczestniczenie w treningach, zawodach, zgrupowaniach i obozach kondycyjnych lub szkoleniowych w ramach pozaszkolnych klubów, związków i organizacji sportowych,
   b) podczas zajęć wychowania fizycznego odbywających się w ramach obowiązującego planu lekcji w szkołach sportowych,
   c) za wynagrodzeniem, tj. w przypadku otrzymywania wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej z tytułu uprawiania sportu, zarówno w formie indywidualnej, jak i zespołowej.

   W rozumieniu niniejszych OWU za wyczynowe uprawianie sportu nie uważa się aktywności fizycznej Ubezpieczonego polegającej na:
   a) uczestniczeniu w treningach, zawodach, zgrupowaniach i obozach kondycyjnych lub szkoleniowych w ramach szkolnych (uczniowskich) klubów sportowych,
   b) uprawianiu sportu podczas zajęć wychowania fizycznego (również w klasach sportowych) odbywających się w ramach obowiązującego planu lekcji, za wyjątkiem sytuacji, gdy Ubezpieczony jest uczniem szkoły sportowej,
   c) udziale Ubezpieczonego w zawodach wewnątrzszkolnych lub międzyszkolnych, za wyjątkiem sytuacji, gdy Ubezpieczony jest uczniem szkoły sportowej,
   d) rekreacyjnym uprawianiu sportu;

88) **wypadek komunikacyjny** – nagłe zdarzenie wywołane ruchem pojazdu, na skutek którego Ubezpieczony, będący pasażerem pojazdu, pieszym lub osobą kierującą pojazdem, niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł;

89) **wyroby medyczne wydawane na zlecenie** – wyłącznie wyroby medyczne wydawane na zlecenie, wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie;

90) **zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** – choroba rozpoznana przez lekarza, wywoływana przez wirusy i bakterie, powodująca stan zapalny, potwierdzony badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego, obejmujący: oponę miękką, oponę pajęczą oraz przestrzeń podpajęczynówkową, zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: G00-G05;

91) **zawał serca** – rozpoznany przez lekarza i zakwalifikowany w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: I21-I22;

92) **złamanie** – przerwanie ciągłości tkanki kostnej stwierdzone przez lekarza;

93) **zwichnięcie nawykowe** – co najmniej trzecie już zwichnięcie tego samego stawu.

JAKĄ OCHRONĘ ZAPEWNIA UBEZPIECZENIE? PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§3

1. Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej lub choroby i ich następstwa, które zostały zdiagnozowane w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

2. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest przez 24 godziny na dobę na obszarze całego świata, za wyjątkiem:
opcji Dodatkowej D4 (pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku), opcji Dodatkowej D5 (pobyt w szpitalu w wyniku choroby), opcji Dodatkowej D7 (koszty operacji plastycznych w wyniku nieszczęśliwego wypadku), opcji Dodatkowej D8 (operacje w wyniku nieszczęśliwego wypadku), opcji Dodatkowej D9 (operacje w wyniku choroby), opcji Dodatkowej D10 (koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku), opcji Dodatkowej D11 (czasowa niezdolność Ubezpieczonego do nauki i/lub pracy), opcji Dodatkowej D13 (koszty leczenia stomatologicznego w wyniku NNW), opcji Dodatkowej D14 (uciążliwe leczenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku) oraz opcji Dodatkowej D15 (assistance medyczny), w ramach których ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest przez 24 godziny na dobę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

JAKĄ OPCJĘ UBEZPIECZENIA WYBIERZESZ? ZAKRES UBEZPIECZENIA

§4

1. Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, jak również w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, umowa ubezpieczenia może być zawarta w:
   1) **Opcji Podstawowej** lub **Opcji Podstawowej Plus** lub **Opcji Progresja** obejmującej:
      a) uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
      b) koszty nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie,
      c) koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych,
      d) uszczerbek na zdrowiu w wyniku padaczki,
      e) śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
      f) zdiagnozowanie u Ubezpieczonego sepsy,
      g) śmierć opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
      h) pogryzienie przez psa, pokąsania, ukąszenie/użądlenie,
      i) wstrząśnienie mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
   2) **Opcji Ochrona**, w jednym z wariantów (01-11), obejmującym:
      a) śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
      b) zdiagnozowanie u Ubezpieczonego sepsy,
      c) trwałe inwalidztwo częściowe,
      d) zwrot kosztów zakupu wózka inwalidzkiego w przypadku inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem,
      e) złamanie jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
      f) rany będące następstwem nieszczęśliwego wypadku,
      g) urazy narządu ruchu będące następstwem nieszczęśliwego wypadku,
      h) pogryzienie przez psa, pokąsania, ukąszenie/użądlenie,
      i) wstrząśnienie mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
      j) śmierć opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
   3) **Opcji Ochrona Plus** obejmującej:
      a) śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
      b) koszty nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie,
      c) koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych,
      d) uszczerbek na zdrowiu w wyniku padaczki,
      e) zdiagnozowanie u Ubezpieczonego sepsy,

f) śmierć opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,

g) pogryzienie przez psa, pokąsania, ukąszenie/użądlenie,

h) trwałe inwalidztwo częściowe,

i) złamanie kości, zwichnięcia lub skręcenia stawów,

j) nagłe zatrucie gazami, bądź z tytułu porażenia prądem lub piorunem,

k) uszkodzenia ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, które wymagały interwencji lekarskiej w placówce medycznej i co najmniej dwóch wizyt kontrolnych,

l) wstrząśnienie mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

2. Za zapłatą dodatkowej składki, Opcja Podstawowa, Opcja Podstawowa Plus, Opcja Ochrona, Opcja Ochrona Plus lub Opcja Progresja, może zostać rozszerzona o Opcje Dodatkowe D1-D16:

1) **Opcja Dodatkowa D1** – śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego,

2) **Opcja Dodatkowa D2** – oparzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku,

3) **Opcja Dodatkowa D3** – odmrożenia,

4) **Opcja Dodatkowa D4** – pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,

5) **Opcja Dodatkowa D5** – pobytu w szpitalu w wyniku choroby,

6) **Opcja Dodatkowa D6** – Pakiet ONKO i Poważne Choroby,

7) **Opcja Dodatkowa D7** – koszty operacji plastycznych w wyniku nieszczęśliwego wypadku,

8) **Opcja Dodatkowa D8** – operacje w wyniku nieszczęśliwego wypadku,

9) **Opcja Dodatkowa D9** – operacje w wyniku choroby,

10) **Opcja Dodatkowa D10** – koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku,

11) **Opcja Dodatkowa D11** – czasowa niezdolność Ubezpieczonego do nauki lub pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku,

12) **Opcja Dodatkowa D12** – zdiagnozowanie u Ubezpieczonego wady wrodzonej serca,

13) **Opcja Dodatkowa D13** – koszty leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,

14) **Opcja Dodatkowa D14** – uciążliwe leczenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku,

15) **Opcja Dodatkowa D15** – Assistance Edu Plus,

16) **Opcja Dodatkowa D16** – Telemedycyna.

3. Za zapłatą dodatkowej składki, zakres ubezpieczenia Ubezpieczonego w umowie zawartej w formie indywidualnej lub rodzinnej, który w momencie zawierania umowy ubezpieczenia nie ukończył 20 roku życia może zostać rozszerzony na warunkach określonych w niniejszych OWU o następstwa nieszczęśliwych wypadków doznane w związku z wyczynowym uprawianiem sportu.

4. Za zapłatą dodatkowej składki, zakres ubezpieczenia Ubezpieczonego w umowie zawartej w formie grupowej niezależnie od wieku Ubezpieczonego może zostać rozszerzony na warunkach określonych w niniejszych OWU o następstwa nieszczęśliwych wypadków doznane w związku z wyczynowym uprawianiem sportu.

KIEDY INTERRISK NIE WYPŁACI ŚWIADCZENIA? WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§5

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

1) umyślnym popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego;

2) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa lub samookaleczenia się przez Ubezpieczonego;

3) uszkodzeniami ciała zdiagnozowanymi przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego;

4) chorobami, które zostały zdiagnozowane przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową;

5) działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami a także aktami terroru;

6) prowadzeniem pojazdu przez Ubezpieczonego będącego kierowcą pojazdu, nieposiadającego wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu jeżeli pojazd był niezarejestrowany lub nie posiadał ważnego badania technicznego, jeżeli w odniesieniu do danego pojazdu istnieje wymóg rejestracji lub dokonania okresowych badań technicznych, chyba ze brak wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, brak zarejestrowania pojazdu lub stan techniczny pojazdu nie miał wpływu na zajście wypadku;

7) jazdą rowerem po drogach publicznych przez Ubezpieczonego w wieku do lat 10 bez opieki osoby dorosłej;

8) chorobą zawodową, chorobą psychiczną;

9) wadami wrodzonymi i ich następstwami, za wyjątkiem postanowień §11 ust. 1 pkt 12;

10) zawałem serca lub udarem mózgu, w przypadku ubezpieczenia śmierci opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w §6 pkt 5, §7 pkt 5, §8 pkt 10, §9 pkt 6, §10 pkt 5;

11) wyczynowym uprawianiem sportu, za wyjątkiem sytuacji, gdzie Ubezpieczający rozszerzył zakres ubezpieczenia o wyczynowe uprawianie sportu, zgodnie z §4 ust. 3-4;

12) uprawianiem sportów i aktywności wysokiego ryzyka przez Ubezpieczonego;

13) nawykowym zwichnięciem;

14) wykonywaniem profilaktycznych badań, niewynikających z choroby lub nieszczęśliwego wypadku oraz niezaleconych przez lekarza;

15) Zespołem Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS) i związanymi z tym zespołem zakażeń oportunistycznych, nowotworów, schorzeń neurologicznych oraz innych zespołów chorobowych towarzyszących AIDS;

16) pozostawaniem 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 pozostawanie Ubezpieczonego pod wypływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych miało wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku lub choroby;

17) odpadami radioaktywnymi bądź materiałami wybuchowymi, za wyjątkiem sytuacji, gdy do zdarzenia powstałego w następstwie lub w związku z materiałami wybuchowymi wykorzystywanymi do zajęć lekcyjnych;

18) operacją wtórną.

2. W przypadku Opcji DODATKOWEJ D4 (pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku) i Opcji DODATKOWEJ D5 (pobyt w szpitalu w wyniku choroby), o których mowa w §11 ust. 1 pkt 4 i 5 niniejszych OWU, z uwzględnieniem wyłączeń określonych w ust. 1 niniejszego paragrafu, dodatkowo InterRisk nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z rehabilitacją zaleconą w związku z wypadkiem lub chorobą.

3. W przypadku Opcji DODATKOWEJ D6 (Pakiet ONKO i Poważne Choroby), InterRisk dodatkowo nie odpowiada za zdiagnozowanie nowotworu nieinwazyjnego (carcinoma in situ).

4. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienie fizyczne.

5. InterRisk nie odpowiada za koszty leczenia, a także koszty leczenia stomatologicznego poniesione poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

6. InterRisk nie pokrywa kosztów dojazdów do placówek medycznych przez Ubezpieczonego, zakupu leków oraz kosztów poniesionych w związku z uzyskaniem dokumentacji medycznej.

7. Zakres świadczeń Assistance EDU PLUS (opcja DODATKOWA D15) nie obejmuje:

1) zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

2) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum Assistance, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, chyba że brak powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum Assistance nastąpił z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego;

3) kosztów transportu leków nieprzepisanych przez lekarza prowadzącego leczenie.

8. InterRisk przysługuje prawo do odmowy wypłaty świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do nauki lub pracy, którym mowa w §11 ust. 1 pkt 11, w przypadku stwierdzenia, iż w czasie niezdolności do nauki lub pracy Ubezpieczony uczęszczał na zajęcia lekcyjne lub wykonywał pracę zawodową.

CO OFERUJE OPCJA PODSTAWOWA? RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§6

Opcja Podstawowa obejmuje następujące świadczenia:

1) w przypadku **uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku**:

a) w przypadku **100% uszczerbku na zdrowiu** – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia,

b) w przypadku **uszczerbku na zdrowiu poniżej 100%** – świadczenie w wysokości takiego procentu sumy ubezpieczenia, w jakim nastąpił uszczerbek na zdrowiu,

c) **koszty nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem iż:

– są niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane kopią zlecenia lekarskiego na zaopatrzenie w wyroby medyczne wydawane na zlecenie

oraz

– zostały poniesione na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku,

d) **koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 30% sumy ubezpieczenia

określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem iż:

- Ubezpieczonemu na podstawie decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych przyznano rentę szkoleniową jako osobie trwale niezdolnej do pracy w dotychczasowym zawodzie lub orzeczenie powiatowego (lub wojewódzkiego) zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności, w którym orzeczono o celowości przekwalifikowania zawodowego osoby niepełnosprawnej

  oraz

- zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku;

2) w przypadku **uszczerbku na zdrowiu w wyniku ataku padaczki** – jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż padaczka została zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
3) w przypadku **śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:
   a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej

      oraz

   b) śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku;
4) w przypadku **zdiagnozowania u Ubezpieczonego sepsy** – jednorazowe świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż sepsa została zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
5) w przypadku **śmierci opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:
   a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej

      oraz

   b) śmierć nastąpiła w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

   Odpowiedzialność InterRisk ograniczona jest do dwóch zdarzeń w okresie ubezpieczenia;
6) w przypadku **pogryzienia przez psa, pokąsania, ukąszenia/użądlenia** – jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem co najmniej dwudniowego pobytu w szpitalu w wyniku pogryzienia przez psa, pokąsania, ukąszenia/użądlenia;
7) w przypadku **wstrząśnienia mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony doznał wstrząśnienia mózgu, w wyniku którego konieczny był co najmniej trzydniowy pobyt Ubezpieczonego w szpitalu przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości stanowiącej 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.

CO OFERUJE OPCJA PODSTAWOWA PLUS? RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§7

Opcja Podstawowa Plus obejmuje następujące świadczenia:

1) w przypadku **uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku**:
   a) w przypadku **100% uszczerbku na zdrowiu** – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia,
   b) w przypadku **uszczerbku na zdrowiu poniżej 100%** – świadczenie w wysokości takiego procentu sumy ubezpieczenia, w jakim nastąpił uszczerbek na zdrowiu wyłącznie za zdarzenia określone w Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu EDU PLUS, stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych OWU,
   c) **koszty nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem iż:
      - są niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane kopią zlecenia lekarskiego na zaopatrzenie w wyroby medyczne wydawane na zlecenie

        oraz

      - zostały poniesione na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku,

   d) **koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem iż:
      - Ubezpieczonemu na podstawie decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych przyznano rentę szkoleniową jako osobie trwale niezdolnej do pracy w dotychczasowym zawodzie lub orzeczenie powiatowego (lub wojewódzkiego) zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności, w którym orzeczono o celowości przekwalifikowania zawodowego osoby niepełnosprawnej

        oraz

      - zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku;

2) w przypadku **uszczerbku na zdrowiu w wyniku ataku padaczki** – jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż padaczka została zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
3) w przypadku **śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:
   a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej

      oraz

   b) śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku;
4) w przypadku **zdiagnozowania u Ubezpieczonego sepsy** – jednorazowe świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż sepsa została zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
5) w przypadku **śmierci opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – jednorazowe świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:
   a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej

      oraz

   b) śmierć nastąpiła w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

   Odpowiedzialność InterRisk ograniczona jest do dwóch zdarzeń w okresie ubezpieczenia;
6) w przypadku **pogryzienia przez psa, pokąsania, ukąszenia/użądlenia** – jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem co najmniej dwudniowego pobytu w szpitalu w wyniku pogryzienia przez psa, pokąsania, ukąszenia/użądlenia;
7) w przypadku **wstrząśnienia mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony doznał wstrząśnienia mózgu, w wyniku którego konieczny był co najmniej trzydniowy pobyt Ubezpieczonego w szpitalu przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości stanowiącej 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.

CO OFERUJE OPCJA OCHRONA? RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§8

Opcja Ochrona obejmuje następujące świadczenia:

1) w przypadku **śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:
   a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej

      oraz

   b) śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku;
2) w przypadku **zdiagnozowania u Ubezpieczonego sepsy** – jednorazowe świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż sepsa została zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie ochrony ubezpieczeniowej;
3) w przypadku **trwałego inwalidztwa częściowego** – w zależności od rodzaju uszkodzenia ciała doznanego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, które wystąpiło w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku, przysługuje - zgodnie z TABELĄ nr 1 – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla trwałego inwalidztwa częściowego;

TABELA nr 1

Lp.	Rodzaj uszkodzenia ciała	Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla trwałego inwalidztwa częściowego
Całkowita fizyczna utrata lub całkowita i trwała utrata funkcji poszczególnych narządów:		
1.	wzroku w obu oczach	100
2.	wzroku w jednym oku	40
3.	słuchu w obu uszach	100
4.	słuchu w jednym uchu	20
5.	mowy (obejmuje całkowitą utratę języka oraz afazję motoryczną i sensoryczną)	40
6.	nosa (łącznie z kośćmi nosa)	20

7.	małżowiny usznej	10	
8.	utrata kończyny dolnej na poziomie:		
a)	stawu biodrowego, uda, stawu kolanowego, podudzia, stopy	50	
b)	palucha	5	
c)	innego palca u stopy	2	
9.	niedowład kończyny dolnej	25	
10.	ograniczenie ruchomości stawu biodrowego	20	
11.	ograniczenie ruchomości stawu kolanowego	10	
12.	utrata kończyny górnej na poziomie:		
a)	stawu barkowego, ramienia, stawu łokciowego, przedramienia, dłoni	prawy	lewy
		50	40
b)	kciuka	20	15
c)	palca wskazującego	15	10
d)	innego palca u dłoni	5	5
13.	porażenie nerwu promieniowego	30	25
14.	porażenie nerwu łokciowego	30	25
15.	ograniczenie ruchomości kończyny górnej w stawie barkowym	40	30
16.	ograniczenie ruchomości kończyny górnej w stawie łokciowym	35	30
17.	ograniczenie ruchomości nadgarstka	20	15
18.	narządów moczowo-płciowych:		
a)	usunięcie macicy w wieku do 45 lat	35	
b)	usunięcie macicy w wieku powyżej 45 lat	20	
c)	usunięcie jajnika lub jądra	20	
d)	całkowita utrata prącia	40	
19.	trwały i nieuleczalny paraliż wszystkich kończyn	100	

a) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, wystąpi więcej niż jeden rodzaj trwałego inwalidztwa częściowego wymienionego w TABELI nr 1, przysługuje – zgodnie z TABELĄ nr 1 – świadczenie będące sumą kwot za każdy rodzaj trwałego inwalidztwa częściowego, ale wysokość świadczenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia dla trwałego inwalidztwa częściowego,

b) w odniesieniu do kończyn – przez utratę należy rozmieć również amputację całej kończyny lub jej części,

c) jeżeli Ubezpieczony jest leworęczny, w zależności od rodzaju uszkodzenia doznanego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, które wystąpiło w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku:

- w przypadku uszkodzenia kończyny górnej lewej, przysługuje świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia jak dla kończyny górnej prawej – zgodnie z TABELĄ nr 1,
- w przypadku uszkodzenia kończyny górnej prawej, przysługuje świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia jak dla kończyny górnej lewej – zgodnie z TABELĄ nr 1,

d) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, wystąpi złamanie jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w pkt 5, za które InterRisk wypłacił Ubezpieczonemu świadczenie, a następnie w związku z tym złamaniem jednej lub więcej kości wystąpi trwałe inwalidztwo częściowe określone w TABELI nr 1, powstałe na skutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, wówczas świadczenie wypłacone z tytułu złamania zostanie zaliczone na poczet świadczenia przysługującego w przypadku trwałego inwalidztwa częściowego, a Ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczenia w wysokości różnicy pomiędzy świadczeniem przysługującym z tytułu trwałego inwalidztwa częściowego, a wypłaconym świadczeniem w przypadku złamania jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku;

4) w przypadku **zwrotu kosztów zakupu wózka inwalidzkiego na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem** – jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczony dozna uszkodzenia ciała, powodującego trwałe inwalidztwo częściowe wymienione w TABELI nr 1, które zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie będzie wymagało zakupu wózka inwalidzkiego, to InterRisk zwróci koszty zakupu wózka inwalidzkiego maksymalnie do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia;

5) w przypadku **złamania jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku**, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, w zależności od rodzaju złamania, przysługuje – zgodnie z TABELĄ nr 2 – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej umowie ubezpieczenia dla złamania jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku:

TABELA nr 2

Lp.	Rodzaj złamania jednej lub więcej kości	Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla złamania jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku
1.	Złamanie kości czaszki (podstawy, sklepienia, twarzoczaszki), złamanie kości miednicy (z wyjątkiem izolowanych złamań kości łonowej lub kulszowej oraz ogonowej), kości w obrębie stawu biodrowego (panewka stawu, nasady bliższej kości udowej, krętarzy, złamania pod- i nad-krętarzowe) oraz kości talerza biodrowego:	
a)	wieloodłamowe otwarte	100
b)	inne złamania otwarte	50
c)	inne wieloodłamowe	30
d)	inne złamania	20
e)	złamanie nosa	10
2.	Złamanie kości udowej, piętowej:	
a)	wieloodłamowe otwarte	50
b)	inne złamania otwarte	40
c)	inne wieloodłamowe	30
d)	inne złamania	20
3.	Złamanie kości podudzia, obojczyka, kostki bocznej i przyśrodkowej, kości ramiennej lub przedramienia (w tym nadgarstka):	
a)	wieloodłamowe otwarte	50
b)	inne złamania otwarte	40
c)	inne wieloodłamowe	30
d)	inne złamania	20
4.	Złamania dolnej szczęki:	
a)	wieloodłamowe otwarte	50
b)	inne złamania otwarte	40
c)	inne wieloodłamowe	30
d)	inne złamania	20
5.	Złamania łopatki, rzepki, mostka, śródręcza, śródstopia, kości stępu:	
a)	złamania otwarte	30
b)	inne złamania	20
6.	Złamania kręgosłupa (trzonów kręgów):	
a)	złamania kompresyjne	20
b)	złamania kręgosłupa	20
c)	inne złamania wyrostków kolczystych i poprzecznych	10
7.	Złamania żebra lub żeber, kości ogonowej, kulszowej, łonowej, górnej szczęki:	
a)	wieloodłamowe otwarte	20
b)	inne złamania	10
8.	Złamania zębów stałych (za każdy ząb):	5
a)	łącznie nie więcej niż	20
9.	Złamania palca	5 nie mniej jednak niż 100 PLN

a) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, nastąpi więcej niż jedno złamanie, przysługuje – zgodnie z TABELĄ NR 2 – świadczenie będące sumą kwot za każdy rodzaj złamania, ale wysokość świadczenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia za złamanie jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku,

b) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej wystąpi złamanie jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku, za które InterRisk wypłacił Ubezpieczonemu świadczenie, a następnie w związku z tym złamaniem jednej lub więcej kości wystąpi trwałe inwalidztwo częściowe określone w TABELI nr 1, powstałe na skutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, wówczas świadczenie wypłacone z tytułu złamania zostanie zaliczone na poczet świadczenia przysługującego w przypadku trwałego inwalidztwa częściowego, a Ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczenia w wysokości różnicy pomiędzy świadczeniem przysługującym w przypadku trwałego inwalidztwa częściowego, a wypłaconym świadczeniem w przypadku złamania jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku;

6) w przypadku **ran będących następstwem nieszczęśliwego wypadku**:

a) jeżeli w ciągu okresu ubezpieczenia Ubezpieczony dozna rany w następstwie nieszczęśliwego wypadku i zostanie poddany **zabiegowi założenia co najmniej dwóch szwów** (szycie rany) – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt b),

b) jeżeli w ciągu okresu ubezpieczenia Ubezpieczony dozna rany palca kończyny górnej w następstwie nieszczęśliwego wypadku i zostanie poddany **zabiegowi założenia co najmniej dwóch szwów** (szycie rany) – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia;

7) w przypadku **urazów narządu ruchu będących następstwem nieszczęśliwego wypadku**:

a) jeżeli w okresie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony dozna urazu ciała, w wyniku którego nie nastąpi złamanie kości narządu ruchu, ale zgodnie z zaleceniem lekarza **narząd ruchu zostanie unieruchomiony na dłużej niż 7 dni** wyłącznie z zastosowaniem następującego środka medycznego: gipsu, gipsu syntetycznego (lekkiego), szyny, gorsetu, powodującego wyłączenie czynności narządu ruchu – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia,

b) jeżeli w okresie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony dozna urazu ciała, w wyniku którego nie nastąpi złamanie kości narządu ruchu, ale zgodnie z zaleceniem lekarza **narząd ruchu zostanie unieruchomiony na dłużej niż 7 dni** wyłącznie z zastosowaniem następującego środka medycznego: kołnierza ortopedycznego, stabilizatora, ortezy, tutora gipsowego, longety, kamizelki ortopedycznej, powodującego wyłączenie czynności narządu ruchu – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia,

c) jeżeli w okresie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony dozna **urazu palca lub palców u nóg lub palca lub palców dłoni**, w wyniku którego nie nastąpi złamanie kości, ale zgodnie z zaleceniem lekarza palec lub palce zostaną unieruchomione na dłużej niż 7 dni wyłącznie z zastosowaniem następującego środka medycznego: gipsu, gipsu syntetycznego (lekkiego), szyny, powodującego wyłączenie funkcji palca lub palców – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 25% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia,

d) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, dojdzie do urazu narządu ruchu, za które InterRisk wypłacił Ubezpieczonemu świadczenie, a następnie w związku z tym urazem narządu ruchu wystąpi trwałe inwalidztwo częściowe określone w TABELI nr 1, powstałe w skutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, wówczas świadczenie wypłacone w przypadku urazu narządu ruchu zostanie zaliczone na poczet świadczenia przysługującego w przypadku trwałego inwalidztwa częściowego, a Ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczenia w wysokości różnicy pomiędzy wysokością świadczenia przysługującego w przypadku trwałego inwalidztwa częściowego, a wypłaconym świadczeniem w przypadku urazu narządu ruchu;

8) w przypadku **pogryzienia przez psa, pokąsania, ukąszenia/użądlenia** – jednorazowe świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem co najmniej dwudniowego pobytu w szpitalu w wyniku **pogryzienia przez psa, pokąsania, ukąszenia/użądlenia**;

9) w przypadku **wstrząśnienia mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony doznał wstrząśnienia mózgu, w wyniku którego konieczny był pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwający co najmniej trzy dni – zgodnie z TABELĄ nr 3 - przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla wstrząśnienia mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, uzależnione od liczby dni pobytu w szpitalu:

TABELA nr 3

Liczba dni pobytu w szpitalu	Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla wstrząśnienia mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku
od 3 do 4 dni	20
od 5 do 6 dni	40
od 7 do 8 dni	60
od 9 do 10 dni	80
powyżej 10 dni	100

10) w przypadku **śmierci opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – jednorazowe świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:

a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej

oraz

b) śmierć nastąpiła w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

Odpowiedzialność InterRisk ograniczona jest do dwóch zdarzeń w okresie ubezpieczenia.

CO OFERUJE OPCJA OCHRONA PLUS? RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§9

Opcja Ochrona Plus obejmuje następujące świadczenia:

1) w przypadku **śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:

a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej

oraz

b) śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku;

2) **koszty nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem iż:

a) są niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane kopią zlecenia lekarskiego na zaopatrzenie w wyroby medyczne wydawane na zlecenie

oraz

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

3) **koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem iż:

a) Ubezpieczonemu na podstawie decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych przyznano rentę szkoleniową jako osobie trwale niezdolnej do pracy w dotychczasowym zawodzie lub orzeczenie powiatowego (lub wojewódzkiego) zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności, w którym orzeczono o celowości przekwalifikowania zawodowego osoby niepełnosprawnej

oraz

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

4) w przypadku **uszczerbku na zdrowiu w wyniku ataku padaczki** – jednorazowe świadczenie w okresie ubezpieczenia w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż padaczka została zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie ochrony ubezpieczeniowej;

5) w przypadku **zdiagnozowania u Ubezpieczonego sepsy** – jednorazowe świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż sepsa została zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie ochrony ubezpieczeniowej;

6) w przypadku **śmierci opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:

a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej

oraz

b) śmierć nastąpiła w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

Odpowiedzialność InterRisk ograniczona jest do dwóch zdarzeń w okresie ubezpieczenia;

7) w przypadku **pogryzienia przez psa, pokąsania, ukąszenia/użądlenia** – jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem co najmniej dwudniowego pobytu w szpitalu w wyniku pogryzienia przez psa, pokąsania, ukąszenia/użądlenia;

8) w przypadku **trwałego inwalidztwa częściowego** – w zależności od rodzaju uszkodzenia ciała doznanego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, które wystąpiło w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku, przysługuje – zgodnie z TABELĄ nr 4 – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Ochrona Plus;

TABELA nr 4

Lp.	Rodzaj uszkodzenia ciała	Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Ochrona Plus
1.	utrata kończyny górnej na poziomie barku lub ramienia	80
2.	utrata kończyny górnej na poziomie łokcia lub przedramienia	60
3.	utrata dłoni	50
4.	całkowita utrata palców ręki II, III, IV, V	8 - za każdy palec
5.	całkowita utrata kciuka	22
6.	utrata kończyny dolnej na poziomie stawu biodrowego lub kości udowej	75
7.	całkowita utrata kończyny dolnej na poziomie stawu kolanowego, podudzia lub stawu skokowego	60
8.	całkowita utrata stopy	40
9.	całkowita utrata palców stopy II - V	3 - za każdy palec
10.	całkowita utrata palucha	15
11.	całkowita utrata wzroku w jednym oku	50
12.	całkowita utrata słuchu w jednym uchu	30
13.	całkowita utrata słuchu w obu uszach	50
14.	całkowita utrata mowy	100
15.	całkowita utrata małżowiny usznej	15
16.	całkowita utrata nosa	20
17.	całkowita utrata zębów stałych	2 - za każdy ząb, 20 - maksymalnie za utratę kilku zębów
18.	usunięcie śledziony	20
19.	usunięcie jednej nerki	35
20.	usunięcie obu nerek	75
21.	usunięcie macicy	40
22.	usunięcie jajnika lub jądra	20
23.	niedowład co najmniej dwóch kończyn poniżej 3 stopnia w skali Lovette'a	100
24.	śpiączka trwająca dłużej niż 30 dni	100

a) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, wystąpi trwałe inwalidztwo częściowe, za które InterRisk wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie, a następnie w związku z tym samym uszkodzeniem ciała powodującym trwałe inwalidztwo częściowe wystąpi złamanie lub zwichnięcie lub skręcenie określone w TABELI nr 5, powstałe na skutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, wówczas świadczenie wypłacone w przypadku trwałego inwalidztwa częściowego zostanie zaliczone na poczet świadczenia przysługującego w przypadku złamania lub zwichnięcia lub skręcenia, a Ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczenia w wysokości różnicy pomiędzy wysokością świadczenia przysługującego w przypadku złamania lub zwichnięcia lub skręcenia, a wypłaconym świadczeniem w przypadku trwałego inwalidztwa częściowego;

9) w przypadku **złamań kości, zwichnięć lub skręceń stawów w wyniku nieszczęśliwego wypadku**:

a) w przypadku **złamania jednej lub więcej kości, zwichnięcia stawu lub skręcenia stawu w wyniku nieszczęśliwego wypadku**, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej – w zależności od rodzaju złamania, przysługuje – zgodnie z TABELĄ nr 5 – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej umowie ubezpieczenia dla Opcji Ochrona Plus:

TABELA nr 5

Lp.	Rodzaj złamania jednej lub więcej kości, zwichnięcia lub skręcenia stawu	Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Ochrona Plus
1.	Złamania kości sklepienia i podstawy czaszki	5
2.	Złamania kości twarzoczaszki	4
3.	Złamania łopatki, obojczyka, mostka	4,5 - za każdą kość
4.	Złamania żebra, żeber	2 - za każde żebro 10 - maksymalnie w przypadku złamania wielu żeber
5.	Zwichnięcie stawu barkowego, ramiennego	5
6.	Złamania kości ramienia	5
7.	Złamania kości przedramienia (każda kość)	3
8.	Zwichnięcie w obrębie stawu łokciowego	3
9.	Złamania w obrębie śródręcza, nadgarstka	3
10.	Złamania kości palców ręki II -V	2 - za każdy palec
11.	Zwichnięcia stawów palców ręki II-V	1 - za każdy palec
12.	Złamania kciuka	3
13.	Zwichnięcie kciuka	3
14.	Niestabilne złamania miednicy	10
15.	Stabilne złamania miednicy	4,5
16.	Zwichnięcie stawu biodrowego	10
17.	Złamania kości udowej	6
18.	Złamania kości podudzia (każda kość)	4
19.	Złamania rzepki	4
20.	Zwichnięcie, skręcenie stawu kolanowego wymagające przeprowadzenia operacji	4
21.	Złamania w obrębie śródstopia, kości stępu	3
22.	Złamania palucha	2,5
23.	Złamania kości palców stopy II-V	2 - za każdy palec
24.	Złamanie kości piętowej, kostki bocznej, przyśrodkowej	3
25.	Zwichnięcie, skręcenie stawu skokowego wymagające przeprowadzenia operacji	4
26.	Złamania w obrębie kręgosłupa – dotyczy trzonów, łuków kręgów (z wyłączeniem kości ogonowej)	11 - za każdy krąg
27.	Złamania w obrębie kręgosłupa – dotyczy wyrostków poprzecznych, kolczystych kręgów	2,5 - za każdy krąg
28.	Złamania kości ogonowej	3,5
29.	Złamanie zęba stałego	0,5 – za każdy ząb 5 – maksymalnie w przypadku złamania wielu zębów stałych
30.	Skręcenie stawu skokowego niewymagające przeprowadzenia operacji	1

b) za wyjątkiem uszkodzeń o których mowa w pkt 20 i 25 TABELI nr 5, w przypadku, gdy złamanie, zwichnięcie lub skręcenie wymagało przeprowadzania operacji, Ubezpieczonemu przysługuje oprócz świadczenia wynikającego z TABELI nr 5 dodatkowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Ochrona Plus,

c) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, nastąpi więcej niż jedno złamanie lub zwichnięcie lub skręcenie, przysługuje – zgodnie z TABELĄ nr 5 – świadczenie będące sumą kwot za każdy rodzaj złamania lub zwichnięcia lub skręcenia, ale

wysokość świadczenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie dla Opcji Ochrona Plus,

d) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, wystąpi złamanie lub zwichnięcie lub skręcenie, za które InterRisk wypłacił Ubezpieczonemu świadczenie, a następnie w związku z tym złamaniem, zwichnięciem lub skręceniem wystąpi trwałe inwalidztwo częściowe określone w TABELI nr 4, powstałe na skutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, wówczas świadczenie wypłacone w przypadku złamania lub zwichnięcia lub skręcenia zostanie zaliczone na poczet świadczenia przysługującego w przypadku trwałego inwalidztwa częściowego, a Ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczenia w wysokości różnicy pomiędzy wysokością świadczenia przysługującego w przypadku trwałego inwalidztwa częściowego, a wypłaconym świadczeniem w przypadku złamania lub zwichnięcia lub skręcenia;

10) w przypadku **nagłego zatrucia gazami, bądź w przypadku porażenia prądem lub piorunem** – jeżeli w wyniku nagłego zatrucia gazami, bądź w przypadku porażenia prądem lub piorunem, w następstwie którego nastąpił co najmniej trzydniowy pobyt Ubezpieczonego w szpitalu – przysługuje świadczenie w wysokości 5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Ochrona Plus;

11) w przypadku **uszkodzeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, które wymagały interwencji lekarskiej w placówce medycznej oraz leczenia i co najmniej dwóch wizyt kontrolnych** – świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Ochrona Plus, a z tytułu których nie przysługuje świadczenie, o którym mowa w pkt 4) oraz pkt 7)-10) i 12);

12) w przypadku **wstrząśnienia mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony doznał wstrząśnienia mózgu, w wyniku którego konieczny co najmniej trzydniowy pobyt Ubezpieczonego w szpitalu przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości stanowiącej 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.

CO OFERUJE OPCJA PROGRESJA? RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§10

Opcja Progresja obejmuje następujące świadczenia:

1) w przypadku **uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku**:

a) **w przypadku 100% uszczerbku na zdrowiu** – świadczenie w wysokości 250% sumy ubezpieczenia,

b) **w przypadku uszczerbku na zdrowiu poniżej 100%** – świadczenie w ramach systemu świadczeń progresywnych, tj. w wysokości uzależnionej od wysokości uszczerbku na zdrowiu i wynoszące:

– 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PROGRESJA za każdy procent uszczerbku na zdrowiu – w przypadku uszczerbku na zdrowiu wynoszącego w przedziale 1% – 25%,

– 1,5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PROGRESJA za każdy procent uszczerbku na zdrowiu – w przypadku uszczerbku na zdrowiu w przedziale 26% – 50%,

– 2,0% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PROGRESJA za każdy procent uszczerbku na zdrowiu – w przypadku uszczerbku na zdrowiu w przedziale 51% – 75%,

– 2,5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PROGRESJA za każdy procent uszczerbku na zdrowiu – w przypadku uszczerbku na zdrowiu powyżej 75%,

c) **koszty nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem iż:

– są niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane kopią zlecenia lekarskiego na zaopatrzenie w wyroby medyczne wydawane na zlecenie

oraz

– zostały poniesione na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku,

d) **koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem iż:

– Ubezpieczonemu na podstawie decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych przyznano rentę szkoleniową jako osobie trwale niezdolnej do pracy w dotychczasowym zawodzie lub orzeczenie powiatowego (lub wojewódzkiego) zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności, w którym orzeczono o celowości przekwalifikowania zawodowego osoby niepełnosprawnej

oraz

– zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku;

2) w przypadku **uszczerbku na zdrowiu w wyniku ataku padaczki** – jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż padaczka została zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;

3) w przypadku **śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości 250% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:

a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej

oraz

b) śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku;

4) w przypadku **zdiagnozowania u Ubezpieczonego sepsy** – jednorazowe świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż sepsa została zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;

5) w przypadku **śmierci opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:

a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej

oraz

b) śmierć nastąpiła w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

Odpowiedzialność InterRisk ograniczona jest do dwóch zdarzeń w okresie ubezpieczenia;

6) w przypadku **pogryzienia przez psa, pokąsania, ukąszenia/użądlenia** – jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem co najmniej dwudniowego pobytu w szpitalu;

7) w przypadku **wstrząśnienia mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony doznał wstrząśnienia mózgu, w wyniku którego konieczny był co najmniej trzydniowy pobyt Ubezpieczonego w szpitalu przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości stanowiącej 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.

O JAKIE OPCJE DODAKTOWE MOŻESZ ROZSZERZYĆ WYBRANĄ OPCJĘ?

§11

1. Za zapłatą dodatkowej składki **Opcja Podstawowa**, **Opcja Podstawowa Plus**, **Opcja Ochrona**, **Opcja Ochrona Plus** lub **Opcja Progresja** może zostać rozszerzona o poniższe **Opcje Dodatkowe (D1-D14)**, obejmujące następujące świadczenia:

1) **Opcja Dodatkowa D1 – śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego** – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D1, pod warunkiem, iż:

a) wypadek komunikacyjny w związku z ruchem pojazdu, o którym mowa w §2 pkt 88 niniejszych OWU wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej

oraz

b) śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku;

2) **Opcja Dodatkowa D2 – oparzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D2, uzależnione od stopnia oparzenia określonego wyłącznie w TABELI nr 6:

TABELA nr 6

Stopień oparzenia	Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D2
II stopień	10
III stopień	30
IV stopień	50

3) **Opcja Dodatkowa D3 – odmrożenia** – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D3, uzależnione od stopnia odmrożenia określonego wyłącznie w TABELI nr 7:

TABELA nr 7

Stopień odmrożenia	Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D3
II stopień	10
III stopień	30
IV stopień	50

4) **Opcja Dodatkowa D4 – pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D4, za każdy następny dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, począwszy od trzeciego dnia pobytu w szpitalu, będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku kolejnych, następujących po sobie pobytów w szpitalu w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem świadczenie szpitalne przysługuje od pierwszego dnia pobytu w szpitalu. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku przysługuje maksymalnie za 90 dni pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Gdy wypis ze szpitala nastąpi po zakończeniu okresu ubezpieczenia pobyt w szpitalu jest objęty odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, pod warunkiem, że przyjęcie do szpitala nastąpiło w okresie ubezpieczenia;

5) **Opcja Dodatkowa D5 – pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia w wyniku choroby** – świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D5, za każdy następny dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, począwszy od trzeciego dnia pobytu w szpitalu, w związku z chorobą, która została zdiagnozowana w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku kolejnych, następujących po sobie pobytów w szpitalu w związku z tą samą chorobą świadczenie szpitalne przysługuje od pierwszego dnia pobytu w szpitalu. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku choroby przysługuje maksymalnie za 60 dni pobytu w szpitalu. Gdy wypis ze szpitala nastąpi po zakończeniu okresu ubezpieczenia pobyt w szpitalu jest objęty odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, pod warunkiem, że przyjęcie do szpitala nastąpiło w okresie ubezpieczenia;

6) **Opcja Dodatkowa D6 – Pakiet ONKO i Poważne Choroby**:

   a) w przypadku **Pakietu ONKO** – pod warunkiem zachorowania i zdiagnozowania u Ubezpieczonego po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej jednej z następujących rodzajów Poważnych Chorób: nowotworu złośliwego, cukrzycy typu I, niewydolności serca, niewydolności nerek, choroby autoimmunologicznej, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, sepsy, InterRisk za pośrednictwem Centrum ONKO zorganizuje i pokryje koszt:

      i. **Drugiej Opinii Lekarskiej Krajowej**, polegającej na:

         – udzieleniu Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej umożliwiającej wydanie Drugiej Opinii Lekarskiej Krajowej,

         – przygotowaniu Drugiej Opinii Lekarskiej Krajowej przez Lekarza konsultanta,

         – udostępnieniu Drugiej Opinii Lekarskiej Krajowej Ubezpieczonemu,

      ii. **Telekonsultacji lekarskich specjalistycznych** z Lekarzem konsultantem będącym lekarzem chirurgiem, nefrologiem, kardiologiem, endokrynologiem, reumatologiem, specjalistą chorób zakaźnych lub onkologiem. W ramach Telekonsultacji lekarskich specjalistycznych InterRisk za pośrednictwem Centrum ONKO zorganizuje i pokryje koszt 12 telekonsultacji, z zastrzeżeniem, że pomiędzy dwoma następującymi po sobie telekonsultacjami musi nastąpić minimum 12 godzinna przerwa. Koszty połączeń Ubezpieczony ponosi we własnym zakresie,

   b) w przypadku **Poważnych Chorób** – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D6, pod warunkiem zachorowania i zdiagnozowania u Ubezpieczonego po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, następującego rodzaju Poważnej Choroby:

      i. **nowotwór złośliwy**,

      ii. **paraliż**,

      iii. **niewydolność nerek**,

      iv. **transplantacja głównych organów**,

      v. **poliomyelitis**,

      vi. **utrata mowy**,

      vii. **utrata słuchu**,

      viii. **utrata wzroku**,

      ix. **anemia aplastyczna**,

      x. **stwardnienie rozsiane**,

      xi. **cukrzyca typu I**,

      xii. **niewydolność serca**,

      xiii. **choroba autoimmunologiczna**,

      xiv. **zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych**,

      xv. **sepsa**;

7) **Opcja Dodatkowa D7 – koszty operacji plastycznych w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 20% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D7, pod warunkiem, iż:

   a) operacja plastyczna została zalecona przez lekarza jako niezbędna część procesu leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej

      oraz

   b) koszty operacji plastycznej zostały poniesione w okresie nie dłuższym niż jeden rok od daty nieszczęśliwego wypadku;

8) **Opcja Dodatkowa D8 – operacje w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D8, uzależnione od rodzaju operacji określonej wyłącznie w TABELI nr 8, pod warunkiem iż operacja:

   a) została zalecona przez lekarza jako niezbędna część procesu leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej

      oraz

   b) została przeprowadzona w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej w trakcie co najmniej trzydniowego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu,

TABELA nr 8

Rodzaj operacji	Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D8
Operacje powłok ciała:	
operacje plastyczne/rekonstrukcyjne następstw nieszczęśliwych wypadków	15
Operacje przewodu pokarmowego i jamy brzusznej:	
operacje przełyku	100
resekcja żołądka	70
resekcja jelita	40
operacje wątroby	90
operacje trzustki	90
operacje śledziony	40
Amputacje:	
amputacja palców rąk i nóg - każdy	10
amputacja dłoni, przedramienia, stopy	30
amputacja na poziomie podudzia, ramienia	50
amputacja na poziomie uda	70
amputacja kończyny na poziomie stawu biodrowego	100
Operacje związane z otwarciem klatki piersiowej:	
operacje płuca	100
Operacje narządów zmysłu:	
operacje oka:	
urazowe uszkodzenie gałki ocznej	20
usunięcie gałki ocznej	40
odwarstwienie siatkówki	20
operacje ucha:	
zabiegi w obrębie ucha środkowego	40
zabiegi w obrębie ucha wewnętrznego	65
operacje nosa:	
operacja zatok	15
operacje przegrody nosowej i małżowin nosa	10
Operacyjne leczenie złamań:	
kości czaszki	50
kości twarzoczaszki	30
nosa	10
kręgosłupa	50
obręczy barkowej	30
żeber, mostka	10
kości przedramienia	15
kości stępu, śródstopia	10

uda	30
ramienia lub podudzia	25
rzepki lub miednicy	20
nadgarstka, śródręcza	10
Operacyjne leczenie zwichnięć/skręceń stawu:	
biodrowego lub kręgosłupa	45
barkowego	30
kolanowego, łokciowego, skokowego lub nadgarstka	20
Operacje układu moczowo - płciowego:	
operacje nerki, dróg moczowych	65
operacje ginekologiczne: jajnika i jajowodu w obrębie sromu, pochwy i szyjki macicy macicy	 20 20 65
operacje męskich narządów płciowych	20
Operacje neurochirurgiczne:	
operacje centralnego układu nerwowego – mózg i rdzeń kręgowy	100
Przeszczepy:	
przeszczep serca	100
przeszczep wątroby	100
przeszczep nerki	100
przeszczep innych narządów	65

c) **jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku została wykonana więcej niż jedna operacja, przysługuje – zgodnie z TABELĄ nr 8 – świadczenie będące sumą kwot za każdy rodzaj operacji, ale wysokość świadczenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D8;**

9) **Opcja Dodatkowa D9 – operacje w wyniku choroby** – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D9, uzależnione od rodzaju operacji, określonej wyłącznie w TABELI nr 9, pod warunkiem iż operacja:

a) **została zalecona przez lekarza jako niezbędna część procesu leczenia choroby, która została zdiagnozowania po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia**

oraz

b) **została przeprowadzona w trakcie trwania okresu ubezpieczenia w trakcie co najmniej trzydniowego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu,**

TABELA nr 9

Rodzaj operacji	Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D9
Operacje przewodu pokarmowego i narządów jamy brzusznej:	
operacje przełyku: częściowa resekcja przełyku całkowita resekcja przełyku zespolenie omijające przełyk operacja naprawcza przełyku / wszczepienie endoprotezy przełyku	 80 100 80 80
operacje żołądka: częściowa resekcja żołądka / wycięcie zmiany żołądka całkowita resekcja żołądka	 80 100
operacje jelit	40
operacja wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	10
operacje wątroby: częściowa resekcja wątroby / wycięcie zmiany wątroby całkowita resekcja wątroby	 80 90
operacje trzustki: wycięcie zmiany trzustki całkowita resekcja trzustki /wycięcie głowy trzustki	 90 100
całkowita resekcja śledziony	40
Amputacje:	
amputacja kciuka	10
amputacja dłoni	35
amputacja na poziomie przedramienia	40
amputacja na poziomie ramienia	50
amputacja stopy	40
amputacja na poziomie uda, podudzia	65
całkowita amputacja kończyny z wyłuszczeniem w stawie biodrowym	100
amputacja prosta sutka	40
amputacja całkowita sutka / ów z doszczętnym usunięciem węzłów pachowych	80
Operacje układu oddechowego:	
operacje nosa: operacja zatok operacja przegrody nosowej i małżowin nosa	 20 20
wycięcie krtani	90
operacje tchawicy: częściowe wycięcie tchawicy plastyka tchawicy protezowanie tchawicy metodą otwartą tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej) otwarta operacja tchawicy	 90 80 80 10 30
częściowe usunięcie oskrzela	30
wycięcie płuca (całego lub fragmentu tkanki płucnej)	100
operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznej)	80
Operacje jamy ustnej:	
operacje warg	10
wycięcie języka	40
wycięcie migdałków	1
operacje ślinianek/ przewodów ślinowych	5
Operacje oka:	
usunięcie gałki ocznej	40
operacje oczodołu	50
protezowanie gałki ocznej	30
operacje dotyczące powiek lub gruczołu łzowego	20
operacje spojówek	10
operacje na rogówce lub twardówce	10
zabieg naprawczy odklejenia siatkówki	5
Operacje ucha:	
operacje wyrostka sutkowatego	80
zabiegi w obrębie ucha środkowego	40
zabiegi w obrębie ucha wewnętrznego	30

zabiegi w obrębie ucha zewnętrznego	10
operacje ślimaka	80
operacje aparatu przedsionkowego	70
Operacje układu nerwowego:	
kraniotomia – otwarcie czaszki	100
trepanacja czaszki	20
wycięcie zmiany / resekcja tkanki mózgowej	90
stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	90
wszczepienie stymulatora mózgu	90
wentrykulostomia	80
operacje na oponach mózgu i przestrzeni okołooponowej	90
operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	80
operacje nerwów czaszkowych	80
operacja nerwów rdzeniowych	30
operacje rdzenia kręgowego	100
sympatektomia	80
Operacje układu moczowego:	
operacje nerki:	
całkowite wycięcie nerki	80
częściowe wycięcie nerki/ usunięcie zmiany nerki	80
nacięcie nerki	50
operacje moczowodu	50
operacja w zakresie ujścia moczowodu	30
operacje pęcherza moczowego:	
całkowite wycięcie pęcherza moczowego	90
częściowe wycięcie pęcherza moczowego	80
plastyka ujścia pęcherza	40
wycięcie cewki moczowej	70
Operacje naczyń tętniczych i żylnych:	
operacje dużych naczyń tętniczych (aorty, tętnicy płucnej, szyjnej, podobojczykowej, nerkowej, biodrowej, udowej)	100
operacja tętniaka tętnic mózgu	100
zespolenie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	90
Operacje serca:	
plastyka przedsionka serca	90
pomostowanie tętnic wieńcowych	80
otwarta operacja układu bodźcoprzewodzącego serca	100
wszczepienie rozrusznika/stymulatora	40
operacje osierdzia	40

c) jeżeli w wyniku tej samej choroby zostanie wykonana więcej niż jedna operacja, przysługuje – zgodnie z TABELĄ nr 9 – świadczenie będące sumą kwot za każdy rodzaj operacji, ale wysokość świadczenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D9;

10) **Opcja Dodatkowa D10 – koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 20% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D10, a w przypadku kosztów rehabilitacji nie więcej niż 500 zł pod warunkiem, iż koszty leczenia:

a) powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej

oraz

b) zostały poniesione na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;

11) **Opcja Dodatkowa D11 – czasowa niezdolność Ubezpieczonego do nauki lub pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości 0,1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D11, za każdy dzień czasowej niezdolności do pracy lub nauki, powstałej w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, począwszy od:

a) 10-go dnia czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy lub nauki, w przypadku gdy czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub nauki trwała nieprzerwanie do 30 dni, za wyjątkiem dni wolnych od nauki lub pracy,

lub

b) 1-go dnia czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy lub nauki, w przypadku gdy czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub nauki trwała nieprzerwanie powyżej 30 dni, za wyjątkiem dni wolnych od nauki lub pracy.

Świadczenia przysługuje maksymalnie za 10 miesięcy czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy lub nauki w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;

12) **Opcja Dodatkowa D12 – zdiagnozowanie u Ubezpieczonego wady wrodzonej serca** – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D12, pod warunkiem że wada wrodzona serca została zdiagnozowana po raz pierwszy w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej;

13) **Opcja Dodatkowa D13 – koszty leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D13, pod warunkiem, iż koszty leczenia stomatologicznego:

a) powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej

oraz

b) zostały poniesione na odbudowę stomatologiczną uszkodzonego lub utraconego zęba stałego

oraz

c) zostały poniesione w okresie ubezpieczenia na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, w okresie maksymalnie 6 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;

14) **Opcja Dodatkowa D14 – uciążliwe leczenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – wypłata świadczenia w wysokości 2% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D14, pod warunkiem, iż:

a) nieszczęśliwy wypadek nie pozostawił uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego (0% uszczerbku na zdrowiu), bądź trwałego inwalidztwa częściowego, złamania kości, ran ciętych lub szarpanych, urazów narządów ruchu, wstrząśnienia mózgu

oraz

b) przebieg leczenia spowodował czasową niezdolność do nauki lub pracy przez okres nie krótszy niż 10 dni.

JAKĄ POMOC OTRZYMASZ W RAMACH OPCJI DODATKOWEJ D15 – ASSISTANCE EDU PLUS?

§12

Za zapłatą dodatkowej składki Opcja Podstawowa, Opcja Podstawowa Plus Opcja Ochrona, Opcja Ochrona Plus, Opcja Progresja dodatkowo może zostać rozszerzona o Opcję Dodatkową D15 – **Assistance EDU PLUS** obejmującą:

1) **pomoc medyczną:**

a) wizyta lekarza Centrum Assistance – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszty dojazdu lekarza Centrum Assistance oraz jego honorarium za pierwszą wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego,

b) organizacja wizyty u lekarza specjalisty – jeżeli stan zdrowia Ubezpieczonego i rodzaj wymaganej pomocy medycznej wymaga organizacji wizyty lekarza specjalisty, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance zorganizuje wizytę w terminie wskazanym przez Ubezpieczonego,

c) wizyta pielęgniarki – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, na zlecenie lekarza Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt dojazdu pielęgniarki oraz jej honorarium za wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego. InterRisk pokrywa koszty wizyt pielęgniarki do wysokości sumy ubezpieczenia,

d) dostawa leków – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową i w następstwie którego wymaga leżenia zgodnie z zaleceniem lekarza Centrum Assistance, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt transportu leków przepisanych przez lekarza Centrum Assistance. Koszt leków ponosi Ubezpieczony,

e) opieka domowa po hospitalizacji – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu

wypadkowi, w następstwie którego przebywał w szpitalu przez okres co najmniej 7 dni, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, po uzyskaniu zalecenia lekarza prowadzącego leczenie zorganizuje i pokryje koszt opieki domowej po zakończeniu hospitalizacji, który łącznie nie może przekroczyć 96 godzin, do wysokości sumy ubezpieczenia. Usługa opieki domowej obejmuje:

i. robienie zakupów spożywczo-przemysłowych pierwszej potrzeby – koszty zakupów realizowanych na zlecenie Ubezpieczonego pokrywa Ubezpieczony,

ii. przygotowywanie posiłków – przy użyciu produktów, środków i sprzętów udostępnionych przez Ubezpieczonego,

iii. pomoc w utrzymaniu czystości w domu: sprzątanie podłóg, dywanów i wykładzin dywanowych, ścieranie kurzy, wyrzucanie śmieci, zmywanie naczyń, czyszczenie powierzchni roboczych w kuchni (blatów, płyty kuchennej oraz zlewu), sprzątanie łazienki; podlewanie roślin w domu i ogrodzie – przy użyciu środków i sprzętów udostępnionych przez Ubezpieczonego,

f) transport medyczny – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt transportu z miejsca pobytu Ubezpieczonego do placówki medycznej,

g) infolinia medyczna – InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance zapewni Ubezpieczonemu możliwość rozmowy z lekarzem Centrum Assistance, który udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji co do dalszego postępowania. Informacje udzielone przez lekarza Centrum Assistance nie mają charakteru diagnostycznego. Ponadto za pośrednictwem Centrum Assistance Ubezpieczony uzyska:

– informacje medyczne o danym schorzeniu, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,

– informacje o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,

– informacje o działaniu leków (stosowanie, odpowiedniki, skutki uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży i laktacji) w ramach obowiązujących w Polsce przepisów;

2) **indywidualne korepetycje** – jeżeli Ubezpieczony uczeń lub student uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, w wyniku którego nie mógł uczęszczać na zajęcia lekcyjne nieprzerwanie przez okres co najmniej 7 dni, udokumentowane zaświadczeniem lekarskim, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance zorganizuje i pokryje koszt indywidualnych korepetycji z wybranych przez Ubezpieczonego ucznia lub studenta przedmiotów wchodzących w zakres programowy realizowany w szkole lub uczelni maksymalnie do 10 godzin lekcyjnych w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku;

3) **pomoc rehabilitacyjną** – jeżeli Ubezpieczony, będący pracownikiem placówki oświatowej, za wyjątkiem uczniów i studentów, uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, w wyniku którego czasowo utracił zdolność do wykonywania pracy trwającą nieprzerwanie co najmniej 7 dni, udokumentowaną zaświadczeniem lekarskim, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie zorganizuje i pokryje koszt pracy rehabilitanta w miejscu pobytu Ubezpieczonego maksymalnie do 8 godzin rehabilitacji w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku.

JAKĄ POMOC OTRZYMASZ W RAMACH OPCJI DODATKOWEJ D16 – TELEMEDYCYNA?

§13

1. Za zapłatą dodatkowej składki Opcja Podstawowa, Opcja Podstawowa Plus, Opcja Ochrona, Opcja Ochrona Plus, Opcja Progresja może zostać rozszerzona o Opcję Dodatkową D16 – Telemedycyna.

2. W ramach Opcji Dodatkowej D16 – Telemedycyna – InterRisk za pośrednictwem Centrum Telemedycyny zorganizuje i pokryje, z zastrzeżeniem §14 ust. 4, koszt 12 e-konsultacji internistycznych, pediatrycznych lub dietetycznych w ciągu okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że pomiędzy dwoma następującymi po sobie e-konsultacjami musi nastąpić minimum 12 godzinna przerwa.

3. Warunkiem skorzystania przez Ubezpieczonego z e-konsultacji jest posiadanie przez Ubezpieczonego urządzeń umożliwiających komunikację w formie w jakiej prowadzona będzie konsultacja spełniających wymagania określone w załączniku nr 2 do OWU. Koszty połączeń i usług internetowych Ubezpieczony ponosi we własnym zakresie.

SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY

§14

1. Wysokość sumy ubezpieczenia ustalana jest na wniosek Ubezpieczającego osobno dla Opcji Podstawowej lub Opcji Podstawowej Plus lub Opcji Ochrona Plus lub Opcji Progresja oraz dla poszczególnych Opcji Dodatkowych (D1-D14), o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 1), 3) i ust. 2 pkt 1) – 14).

2. Dla Opcji Ochrona, o której mowa w §4 ust. 1 pkt 2, sumy ubezpieczenia ustalone są dla każdego zdarzenia, za które InterRisk ponosi odpowiedzialność ubezpieczeniową. Odrębne sumy ubezpieczenia, określone w umowie ubezpieczenia, które w zależności od wybranego wariantu – zgodnie z TABELĄ nr 10 – wynoszą:

TABELA nr 10

Rodzaj ubezpieczenia	SUMA UBEZPIECZENIA (PLN)										
	Wariant										
	0-1	0-2	0-3	0-4	0-5	0-6	0-7	0-8	0-9	0-10	0-11
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	3.000	5.000	6.000	7.000	8.000	9.000	10.000	11.000	12.000	13.000	14.000
Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego sepsy	300	500	600	700	800	900	1.000	1.100	1.200	1.300	1.400
Trwałe inwalidztwo częściowe	3.000	5.000	6.000	7.000	8.000	9.000	10.000	11.000	12.000	13.000	14.000
Zwrot kosztów zakupu wózka inwalidzkiego na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000
Złamania jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku	500	1.000	1.250	1.500	1.750	2.000	2.250	2.500	2.750	3.000	3.250
Rany będące następstwem nieszczęśliwego wypadku	50	100	150	200	250	300	350	400	500	600	700
Urazy narządów ruchu będące następstwem nieszczęśliwego wypadku	50	100	150	200	250	300	350	400	500	600	700
Pogryzienie przez psa, pokąsania, ukąszenie/użądlenie	50	60	70	80	90	100	110	120	130	140	150
Wstrząśnienie mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	300	500	750	1.000	1.250	1.500	1.750	2.000	2.250	2.500	2.750
Śmierć opiekuna prawnego lub rodzica w następstwie nieszczęśliwego wypadku	3.000	5.000	6.000	7.000	8.000	9.000	10.000	11.000	12.000	13.000	14.000

3. Dla Opcji DODATKOWEJ D15 – **Assistance EDU PLUS**, o której mowa w §4 ust. 2 pkt 15 oraz §12, suma ubezpieczenia jest stała i wynosi 5.000 PLN.

4. Dla Opcji DODATKOWEJ D16 – **Telemedycyna**, o której mowa w §4 ust. 2 pkt 16 oraz §13, sumę ubezpieczenia stanowi koszt 12 e-konsultacji, o których mowa w §13 ust. 2, ale nie więcej niż 5.000 PLN.

5. Suma ubezpieczenia ustalana jest dla każdego Ubezpieczonego i określona jest w umowie ubezpieczenia.

6. Górną granicą odpowiedzialności InterRisk jest kwota stanowiąca 100% sumy ubezpieczenia w przypadku Opcji Podstawowej, Opcji Podstawowej Plus, Opcji Ochrona Plus, Opcji Progresja, Opcji Dodatkowych (D1-D16), za wyjątkiem:

1) Opcji Progresja, gdzie górną granicą odpowiedzialności InterRisk jest kwota stanowiąca 250% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Progresja;

2) Opcji Ochrona, gdzie górną granicą odpowiedzialności jest 100% sumy ubezpieczenia ustalonej odrębnie dla każdego zdarzenia.

7. W ramach ubezpieczenia wypłacone świadczenie lub łączna kwota wypłaconych świadczeń nie mogą przekroczyć łącznie górnej granicy odpowiedzialności określonej osobno dla Opcji Podstawowej, Opcji Podstawowej Plus, Opcji Ochrona, Opcji Ochrona Plus lub Opcji Progresja oraz wybranej Opcji Dodatkowej (D1-D16).

CO TRZEBA ZROBIĆ, ŻEBY SIĘ UBEZPIECZYĆ? ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§15

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku Ubezpieczającego, który powinien zawierać co najmniej następujące dane:

1) imię, nazwisko (nazwę) oraz adres (siedzibę) Ubezpieczającego;
2) imię i nazwisko Ubezpieczonego, jeżeli umowa zawierana jest w formie imiennej;
3) liczbę dzieci, uczniów, studentów i pracowników placówek oświatowych zgłoszonych do ubezpieczenia;
4) przedmiot i zakres (opcja, wariant) ubezpieczenia;
5) propozycję sum ubezpieczenia dla Opcji Podstawowej, Opcji Podstawowej Plus, Opcji Ochrona Plus, Opcji Progresja, a w przypadku Opcji Ochrona propozycję odrębnych sum ubezpieczenia dla każdego zdarzenia;
6) propozycję sum ubezpieczenia dla opcji Dodatkowych (D1-D14) – w przypadku, gdy Ubezpieczający wnioskuje o rozszerzenie zakresu o Opcje Dodatkowe (D1-D14);
7) okres ubezpieczenia;
8) propozycję postanowień dodatkowych lub odmiennych od postanowień OWU, o ile Ubezpieczający chce je wprowadzić do umowy ubezpieczenia.

2. InterRisk może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji, mających wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego.

3. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres dwunastu miesięcy, chyba że strony umówiły się inaczej.

4. Okres ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia.

5. InterRisk potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia.

§16

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w formie ubezpieczenia grupowego, ubezpieczenia indywidualnego lub rodzinnego w rozumieniu §2 pkt 65-67.

2. Umowa ubezpieczenia indywidualnego lub rodzinnego może zostać zawarta wyłącznie w formie imiennej.

3. Umowa ubezpieczenia grupowego zawierana jest w formie imiennej lub za zgodą Ubezpieczyciela w formie bezimiennej, pod warunkiem ubezpieczenia co najmniej 90% osób w danej placówce oświatowej oraz z zastrzeżeniem ust. 4.

4. W przypadku rozszerzenia zakresu o opcję Dodatkową D15 – Assistance EDU PLUS i D16 – Telemedycyna, o których mowa w §12 i 13, umowę ubezpieczenia grupowego zawiera się w formie imiennej.

5. Warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego w formie imiennej jest dołączenie do wniosku Ubezpieczającego imiennej listy osób przystępujących do ubezpieczenia.

OD KIEDY UBEZPIECZENIE GWARANTUJE OCHRONĘ I KIEDY ONA SIĘ KOŃCZY? POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI INTERRISK

§17

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

2. Odpowiedzialność InterRisk z tytułu mowy ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia wskazanego w umowie jako początek okresu ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty.

3. Odpowiedzialność InterRisk ustaje:

1) z dniem upływu okresu ubezpieczenia;
2) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia;
3) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia w wyniku wypowiedzenia, o którym mowa w §18 ust. 2-4;
4) w przypadku opłacania składki w ratach - jeżeli po upływie terminu płatności raty InterRisk wezwie Ubezpieczającego do jej zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania przez Ubezpieczającego spowoduje ustanie odpowiedzialności InterRisk, a kolejna rata składki nie zostanie opłacona w tym terminie – z dniem upływu tego terminu;
5) z dniem wypłaty świadczenia lub świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia określonej w polisie;
6) wobec Ubezpieczonego – z dniem jego zgonu;
7) wobec Ubezpieczonego w grupowej umowie ubezpieczenia – z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym InterRisk otrzymał oświadczenie o wystąpieniu Ubezpieczonego z ubezpieczenia. Ubezpieczony może wystąpić z ubezpieczenia w każdym czasie.

4. Wznowienie odpowiedzialności InterRisk z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia następuje następnego dnia po zapłacie dodatkowej składki za doubezpieczenie, w przypadku gdy odpowiedzialność InterRisk ustała wskutek wyczerpania sumy ubezpieczenia, pod warunkiem że InterRisk, nie później niż w terminie 7 dni od dnia zapłaty dodatkowej składki, potwierdzi w formie pisemnej wznowienie ochrony.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§18

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

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

3. W przypadku ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, 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.

4. Jeżeli InterRisk ponosił odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona przez Ubezpieczającego w terminie, InterRisk może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia wygasa ona z końcem okresu, za który przypadała niezapłacona składka.

5. Umowa ubezpieczenia wygasa z dniem bezskutecznego upływu terminu, o którym mowa w §17 ust. 3 pkt 4.

OD CZEGO ZALEŻY WYSOKOŚĆ SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ? SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§19

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej określona jest w umowie ubezpieczenia.

2. Wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej uzależniona jest od:

1) przedmiotu ubezpieczenia;
2) zakresu ubezpieczenia;
3) okresu ubezpieczenia;
4) wnioskowanych przez Ubezpieczającego wysokości sum ubezpieczenia;
5) liczby osób przystępujących do ubezpieczenia;
6) informacji o szkodowości.

3. Podstawową składkę ubezpieczeniową oblicza się mnożąc, określoną sumę ubezpieczenia przez właściwą dla danej Opcji stawkę określoną w złotych polskich, uzależnioną od czynników określonych w ust. 2. Postanowienie to nie dotyczy:

1) Opcji Ochrona;
2) Opcji DODATKOWEJ D 15 – Assistance Edu Plus;
3) Opcji DODATKOWEJ D 16 – Telemedycyna,

w których obowiązuje jedna stawka składki określona kwotowo dla każdego Ubezpieczonego.

4. Wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej obliczana jest według taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia:

1) dla Opcji Podstawowej, Opcji Podstawowej Plus, Opcji Ochrona Plus oraz Opcji Progresja ustala się w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia. Wysokość składki dla każdego Ubezpieczonego ustalana jest kwotowo za każdy 1.000 zł sumy ubezpieczenia;
2) dla Opcji Ochrona ustala się w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia;
3) dla poszczególnych Opcji Dodatkowych ustala się w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia. Wysokość składki za każde świadczenie dodatkowe i dla każdego Ubezpieczonego ustalana jest kwotowo za każdy 1.000 zł sumy ubezpieczenia;
4) dla Opcji DODATKOWEJ D15 – Assistance Edu Plus oraz Opcji DODATKOWEJ D16 – Telemedycyna, wysokość składki dla każdego Ubezpieczonego ustalana jest kwotowo.

5. InterRisk może zastosować zwyżki składki, w szczególności z tytułu:

1) objęcia ochroną ubezpieczeniową osób uprawiających sport wyczynowo;
2) wprowadzenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od postanowień OWU.

6. InterRisk może zastosować zniżki składki, w szczególności z tytułu:

1) liczby osób przystępujących do ubezpieczenia;
2) niskiej szkodowości w poprzednich okresach ubezpieczenia;
3) wprowadzenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od postanowień OWU.

7. Składka ubezpieczeniowa płatna jest jednorazowo, chyba że strony umówiły się inaczej.

8. Składka ubezpieczeniowa, na wniosek Ubezpieczającego, może zostać rozłożona na raty. Terminy płatności i wysokość kolejnych rat określa się w umowie ubezpieczenia.

9. Składka za ubezpieczenie powinna być zapłacona w dniu zawierania umowy, chyba że strony umowy ustaliły w umowie ubezpieczenia późniejszy termin płatności. W przypadku płatności ratalnej, pierwsza rata składki jest płatna w dniu zawierania umowy ubezpieczenia, natomiast kolejne raty składki ubezpieczeniowej płatne są w terminach płatności określonych w umowie ubezpieczenia.

10. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenia umowy przez którąkolwiek ze stron, InterRisk należy się składka za okres, w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

11. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na który została zawarta Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

JAKIE OBOWIĄZKI MA UBEZPIECZAJĄCY, UBEZPIECZONY, A JAKIE INTERRISK? PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY UBEZPIECZENIA

§20

1. Ubezpieczający obowiązany jest do:

1) przed zawarciem umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości InterRisk wszystkie znane sobie okoliczności, o które InterRisk zapytywał w formularzu wniosku albo przed zawarciem umowy w innych pismach;
2) zgłaszania InterRisk zmian okoliczności, o których Ubezpieczający informował InterRisk przed zawarciem umowy ubezpieczenia, niezwłocznie po powzięciu o nich wiadomości;
3) opłacenia składki lub jej rat w ustalonym terminie;
4) umożliwienia InterRisk zasięgnięcia informacji odnoszących się do okoliczności wystąpienia wypadku;
5) przekazywania InterRisk w terminie ustalonym w umowie ubezpieczenia wszystkich danych niezbędnych do należytego wykonywania postanowień umowy ubezpieczenia, a w szczególności listy osób przystępujących do ubezpieczenia – w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej w formie imiennej;
6) przestrzegania obowiązków określonych w niniejszych OWU.

2. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek:

1) Ubezpieczający jest zobowiązany do doręczenia Ubezpieczonemu OWU i udzielenia niezbędnych informacji dotyczących ochrony ubezpieczeniowej;
2) Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać osobie zainteresowanej przystąpieniem do umowy ubezpieczenia informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przed przystąpieniem przez tę osobę do umowy ubezpieczenia, na piśmie, lub jeżeli osoba zainteresowana przystąpieniem do umowy ubezpieczenia wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku;
3) Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Ubezpieczonego na jego żądanie o sposobie obliczenia i opłacenia składki ubezpieczeniowej oraz doręczyć Ubezpieczonemu warunki umowy, w szczególności postanowień umowy w zakresie stanowiącym o prawach i obowiązkach Ubezpieczonego, przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na finansowanie składki ubezpieczeniowej (o ile Ubezpieczony finansuje składkę). Informacje powinny zawierać także opis obowiązków Ubezpieczającego i InterRisk względem Ubezpieczonego;
4) niezależnie od innych postanowień OWU, w sytuacji zaniechania lub zaprzestania dochodzenia świadczenia od InterRisk przez Ubezpieczającego, Ubezpieczony albo jego spadkobiercy są uprawnieni do bezpośredniego dochodzenia świadczenia.

3. Jeśli umowa ubezpieczenia grupowego zawarta została na rachunek pracowników Ubezpieczającego lub osób wykonujących pracę na podstawie umów cywilnoprawnych oraz członków ich rodzin lub na rachunek członków stowarzyszeń, samorządów zawodowych lub związków zawodowych i Ubezpieczający otrzymuje od InterRisk wynagrodzenie lub inne korzyści w związku z oferowaniem możliwości skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej lub czynnościami związanymi z wykonywaniem umowy ubezpieczenia grupowego, przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego Ubezpieczający przekazuje osobie zainteresowanej przystąpieniem do takiej umowy informacje o:

1) firmie InterRisk i adresie siedziby InterRisk;
2) charakterze wynagrodzenia lub innych korzyści otrzymywanych w związku z proponowanym przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego;
3) możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.

4. Jeżeli Ubezpieczający nie podał do wiadomości InterRisk okoliczności znanych sobie, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lub nie dopełnił obowiązku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, InterRisk nie odpowiada za skutki tych okoliczności.

5. InterRisk obowiązany jest do:

1) przekazywania Ubezpieczającemu informacji niezbędnych do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, a w przypadku zgłoszenia roszczenia zobowiązany jest do terminowej likwidacji;
2) dostarczenia Ubezpieczającemu przed zawarciem umowy ubezpieczenia tekstu niniejszych OWU, a także innych dokumentów i formularzy niezbędnych z punktu widzenia wykonywania umowy ubezpieczenia;
3) na żądanie Ubezpieczonego, udzielenia informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz OWU w zakresie praw i obowiązków Ubezpieczonego;
4) udostępniania Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu w taki sposób, aby Ubezpieczający lub Ubezpieczony mógł zapoznać się z nią przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
5) udostępnienia Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu informacji i dokumentów, gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez InterRisk udostępnionych informacji, a także sporządzać na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem przez InterRisk;
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 przepisami prawa;
9) pisemnego informowania osoby występującej z roszczeniem, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania, zgodnie z §22 ust. 7;
10) pisemnego informowania Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z zawiadomieniem o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z §22 ust. 7.

6. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony mają prawo wglądu do informacji i dokumentów, gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości świadczenia, żądania pisemnego potwierdzenia przez InterRisk udostępnionych informacji i sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich za zgodność z oryginałem przez InterRisk.

7. Niezależnie od innych postanowień OWU, w sytuacji zaniechania lub zaprzestania dochodzenia świadczenia od InterRisk przez Ubezpieczającego, Ubezpieczony albo jego spadkobiercy są uprawnieni do bezpośredniego dochodzenia świadczenia.

CO ZROBIĆ ŻEBY DOSTAĆ ŚWIADCZENIE? ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA. USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA.

§21

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

1) niezwłocznego zgłoszenia się do lekarza i zastosowania się do jego zaleceń;
2) zawiadomienia o zajściu tego zdarzenia InterRisk nie później niż w terminie 14 dni od dnia zajścia zdarzenia lub uzyskania o nim informacji, o ile stan zdrowia mu na to pozwala;
3) poddania się badaniu przez lekarza wskazanego przez InterRisk celem rozpoznania zgłaszanych obrażeń ciała. Koszt takiego badania pokrywa InterRisk.

§22

1. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczający lub Ubezpieczony może złożyć w każdej jednostce organizacyjnej InterRisk.

2. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia powinno zawierać poniższe podstawowe informacje:

1) imię i nazwisko lub nazwę i adres Ubezpieczającego;
2) imię i nazwisko, adres Ubezpieczonego;
3) imię i nazwisko, adres Uprawnionego, jeżeli z roszczeniem występuje Uprawniony;
4) datę wypadku oraz szczegółowy opis okoliczności jego zaistnienia;
5) imię i nazwisko, adres świadków zdarzenia, o ile są w posiadaniu zgłaszającego roszczenie.

3. W celu ustalenia odpowiedzialności InterRisk Ubezpieczający lub Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć poniższe podstawowe dokumenty, o ile są w posiadaniu zgłaszającego roszczenie:

1) kopię zgłoszenia zdarzenia Policji, o ile zostało dokonane;
2) dokumentacją medyczną z przebiegu leczenia opisującą rodzaj doznanych obrażeń oraz zawierającą dokładną diagnozę;
3) kartę informacyjną ze szpitala;
4) celem refundacji poniesionych kosztów nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie:
   a) kopię zlecenia lekarskiego na zaopatrzenie w wyroby medyczne wydawane na zlecenie,
   b) okazać Ubezpieczycielowi oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty;
5) celem refundacji poniesionych kosztów przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych:

a) kopię decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, na podstawie której przyznano rentę szkoleniową osobie trwale niezdolnej do pracy w dotychczasowym zawodzie lub orzeczenie powiatowego (lub wojewódzkiego) zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności, w którym orzeczono o celowości przekwalifikowania zawodowego osoby niepełnosprawnej,

b) okazać Ubezpieczycielowi oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty;

6) celem refundacji poniesionych: kosztów leczenia, kosztów leczenia stomatologicznego – okazać Ubezpieczycielowi oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty a także dokumentację medyczną z odbytych wizyt, zabiegów, pobytu w szpitalu, operacji. Dodatkowo celem refundacji poniesionych kosztów rehabilitacji – okazać dokumentację lekarską zawierającą skierowanie na zabiegi rehabilitacyjne;

7) w przypadku wypadku komunikacyjnego, o ile Ubezpieczony był kierowcą pojazdu:

a) kopię prawa jazdy i uprawnień wymaganych zgodnie z przepisami prawa,

b) kopię dowodu rejestracyjnego pojazdu;

8) w przypadku pogryzienia przez psa, pokąsania, ukąszenia/użądlenia – kartę informacyjną ze szpitala;

9) w przypadku czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy lub nauki:

a) kopię zaświadczenia lekarskiego wystawionego zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2005 r. w sprawie orzekania o czasowej niezdolności do pracy, potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę lub placówkę medyczną, która wystawiła ww. zaświadczenie oraz zaświadczeniem stwierdzającym zatrudnienie – w przypadku Ubezpieczonego będącego pracownikiem placówki oświatowej, chyba że Ubezpieczony nie mógł go uzyskać z przyczyn od siebie niezależnych,

b) zaświadczenie lekarskie potwierdzające okres niezdolności do nauki i zaświadczenie ze szkoły potwierdzające nieobecność na zajęciach lekcyjnych – w przypadku uczniów i studentów;

10) w przypadku uciążliwego leczenia – zaświadczenie lekarskie zawierające informację o okresie niezdolności do nauki lub pracy oraz potwierdzenie nieobecności Ubezpieczonego w pracy lub na zajęciach lekcyjnych przez zakład pracy lub szkołę.

4. InterRisk może na swój koszt, kierować Ubezpieczonego na badania lekarskie z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi.

5. InterRisk może uzyskać odpłatnie od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu, za pośrednictwem lekarza upoważnionego przez InterRisk informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją danych o jego stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, w zakresie określonym w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

6. Wystąpienie InterRisk o informację, o której mowa w ust. 5, wymaga pisemnej zgody Ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, albo jego przedstawiciela ustawowego.

7. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, InterRisk w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

8. W przypadku powzięcia przez InterRisk nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności zgłaszanych roszczeń lub wysokości świadczenia, InterRisk w terminie 7 dni od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.

9. W razie powstania zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach Opcji DODATKOWEJ D15 – **Assistance EDU PLUS**, Ubezpieczający lub Ubezpieczony obowiązany jest telefonicznie skontaktować się z Centrum Assistance (adres, numer telefonu podany jest w umowie ubezpieczenia) i przekazać następujące informacje:

1) imię i nazwisko lub nazwę i adres Ubezpieczającego;

2) imię i nazwisko Ubezpieczonego;

3) adres zamieszkania Ubezpieczonego;

4) krótki opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy;

5) numer telefonu kontaktowego Ubezpieczonego.

10. W razie powstania zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach Opcji DODATKOWEJ D15 – **Assistance EDU PLUS**, Ubezpieczony, na wniosek Centrum Assistance, zobowiązany jest przedstawić lekarzom Centrum Assistance posiadane: zaświadczenia medyczne, skierowania, zwolnienia lekarskie, dokumenty medyczne, recepty, a także okazać Ubezpieczycielowi oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty.

11. W celu zrealizowania świadczenia w ramach Opcji DODATKOWEJ D16 – **Telemedycyna**, Ubezpieczony zobowiązany jest zarejestrować się na portalu Centrum Telemedycyny dostępnego na stronie internetowej www.interrisk.pl i postępować zgodnie ze wskazaniami aplikacji.

12. W celu zrealizowania świadczeń z Pakietu ONKO w ramach Opcji DODATKOWEJ D6 – **Pakiet ONKO i Poważne Choroby**, Ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się z InterRisk Kontakt telefonicznie pod numerem telefonu: (22) 575 25 25 (koszt połączenia zgodny z taryfą danego operatora) i postępować zgodnie ze wskazówkami udzielonymi przez konsultanta.

§23

1. Stopień uszczerbku na zdrowiu lub rodzaj inwalidztwa powinien być ustalony niezwłocznie po zakończeniu leczenia z uwzględnieniem, zaleconego przez lekarza leczenia powypadkowego, najpóźniej w 24 miesiącu od dnia wypadku.

2. Stopień uszczerbku na zdrowiu lub rodzaj inwalidztwa, w ramach Opcji Podstawowej, Opcji Progresja, jest ustalany na podstawie zgłoszonego roszczenia i dostarczonej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia oraz na podstawie Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu InterRisk S.A. Vienna Insurance Group obowiązującej w dniu zawarcia umowy.

3. Stopień uszczerbku na zdrowiu w ramach Opcji Podstawowej i Opcji Progresja ustalany jest wyłącznie na podstawie Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu udostępnianej Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu, na każdy ich wniosek zgodnie z postanowieniami §20 ust. 5 pkt 4.

4. Stopień uszczerbku na zdrowiu w ramach Opcji Podstawowej Plus ustalany jest na podstawie Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu Edu Plus i wyłącznie za uszkodzenia ciała wyszczególnione w Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu Edu Plus, która stanowi załącznik nr 1 do niniejszych OWU.

5. Stopień trwałego inwalidztwa, złamań kości, zwichnięć i skręceń stawów w ramach Opcji Ochrona i Opcji Ochrona Plus, ustalany jest na podstawie Tabel 1-5 wskazanych w niniejszych OWU i wyłącznie za trwałe inwalidztwo, złamania kości, zwichnięcia i skręcenia stawów wyszczególnione w Tabelach 1-5.

6. Przy ustaleniu stopnia (procentu) uszczerbku na zdrowiu lub trwałego inwalidztwa częściowego nie bierze się pod uwagę charakteru czynności zawodowych wykonywanych przez Ubezpieczonego.

7. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje przed wypadkiem były już upośledzone, świadczenie wypłaca się z uwzględnieniem różnicy pomiędzy stopniem (procentem) uszczerbku na zdrowiu właściwym dla danego organu, narządu lub układu po wypadku, a istniejącym bezpośrednio przed wypadkiem.

§24

1. InterRisk wypłaca Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu świadczenie na podstawie uznania roszczenia, po uprzednim przeprowadzeniu własnego postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zasadności zgłoszonego roszczenia i wysokości świadczenia, zawartej z Ubezpieczonym lub Uprawnionym ugody lub prawomocnego orzeczenia sądowego.

2. Świadczenia wypłacane są w złotych polskich.

3. InterRisk spełnia świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.

4. Jeżeli w terminie określonym w ust. 3 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności InterRisk albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia InterRisk wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.

5. Jeżeli w terminie określonym w ust. 3 InterRisk nie wypłaci świadczenia, zawiadamia na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub części w powyższym terminie.

6. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, InterRisk informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, w terminach określonych w ust. 3 lub 4, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz poucza o możliwości złożenia skargi lub reklamacji do InterRisk lub dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

§25

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uposażonemu lub Uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do składania skarg i zastrzeżeń dotyczących usług świadczonych przez InterRisk zwanych dalej łącznie reklamacjami.

2. Reklamację można złożyć w każdej jednostce organizacyjnej InterRisk obsługującej klientów. Reklamacja może być złożona:

1) w formie pisemnej – osobiście lub za pośrednictwem operatora pocztowego lub kuriera;

2) ustnie – telefonicznie poprzez InterRisk Kontakt (nr tel.: 22 575 25 25) lub osobiście do protokołu w jednostce InterRisk obsługującej klientów.

3. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrywania reklamacji reklamacje dotyczące likwidacji szkód powinno składać się w formie pisemnej za pośrednictwem operatora pocztowego lub kuriera na adres do korespondencji wskazany w decyzji o wypłacie lub odmowie wypłaty odszkodowania lub świadczenia lub innym dokumencie, którego dotyczy reklamacja.
4. InterRisk udziela odpowiedzi na reklamację w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
5. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do maksymalnie 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. InterRisk informując o przedłużeniu terminu odpowiedzi na reklamację wskazuje przyczynę opóźnienia, okoliczności, które muszą zostać ustalone oraz określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji.
6. InterRisk udziela odpowiedzi na reklamację w formie papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Odpowiedź na reklamację osoby fizycznej może zostać dostarczona pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek tej osoby.
7. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uposażonemu i Uprawnionemu z umowy ubezpieczenia będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo skierowania wniosku do Rzecznika Finansowego o podjęcie czynności. Konsumentom przysługuje także prawo zwrócenia się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.
8. InterRisk podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

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

§26

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

1. Konsument, który zawarł na odległość umowę ubezpieczenia, może od niej odstąpić bez podania przyczyn, składając oświadczenie na piśmie, w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane. W przypadku odstąpienia przez konsumenta od umowy ubezpieczenia InterRisk przysługuje wyłącznie część składki obliczonej proporcjonalnie za każdy dzień udzielania przez InterRisk ochrony ubezpieczeniowej.
2. Umowa ubezpieczenia nie wiąże się z ryzykiem finansowym wynikającym z jej szczególnych cech lub charakteru czynności, które mają być wykonane, a składka ubezpieczeniowa nie zależy od ruchu cen na rynku finansowym.
3. Konsument ponosi koszty wynikające ze środków porozumiewania się na odległość według taryfy operatora konsumenta.
4. Spory wynikające z umów zawartych pomiędzy konsumentami a InterRisk za pośrednictwem strony internetowej lub innych środków elektronicznych mogą być rozwiązywane przez właściwe organy za pomocą europejskiej platformy pozasądowego rozwiązywania sporów dostępnej pod adresem: http://ec.europa.eu/consumers/odr/.
5. Umowa ubezpieczenia nie jest objęta funduszem gwarancyjnym lub innym systemem gwarancyjnym.
6. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy InterRisk a konsumentem jest język polski.
7. Prawem właściwym dla stosunków InterRisk z konsumentem przed zawarciem umowy jak również prawem właściwym dla zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§27

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia złożone przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub InterRisk w związku z umową ubezpieczenia (dotyczące zarówno wykonania jak i rozwiązania lub wystąpienia z umowy ubezpieczenia) powinny być złożone na piśmie pod rygorem nieważności, za wyjątkiem przypadku, gdy podmioty te wyrażą zgodę na przekazywanie zawiadomień i oświadczeń w formie elektronicznej.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
3. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu ubezpieczeń regulują ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych.
4. InterRisk zobowiązany jest na podstawie ustawy o pozasądowym rozwiązaniu sporów konsumenckich do pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy konsumentami a InterRisk jest Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
5. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU jest prawo polskie.
6. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr 01/27/03/2018 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 27 marca 2018 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01.05.2018 r.

Prezes Zarządu
Piotr Narloch

Członek Zarządu
Katarzyna Grześkowiak

Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia EDU PLUS

TABELA NORM USZCZERBKU NA ZDROWIU EDU PLUS

I. USZKODZENIA GŁOWY	Procent uszczerbku na zdrowiu
1. ZŁAMANIE KOŚCI POKRYWY CZASZKI	5
2. ZŁAMANIE KOŚCI PODSTAWY CZASZKI	10
3. USZKODZENIA CZĘŚCI MIĘKKICH GŁOWY (BEZ USZKODZEŃ KOSTNYCH) - RANY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY (BLIZNY I UBYTKI)	1
II. USZKODZENIA TWARZY	**Procent uszczerbku na zdrowiu**
1. USZKODZENIA POWŁOK TWARZY (BLIZNY I UBYTKI)	2
2. ZŁAMANIA KOŚCI TWARZOCZASZKI	3
3. ZŁAMANIE KOŚCI NOSA	2
4. CAŁKOWITA UTRATA NOSA	20
5. UTRATA SKRZYDEŁKA NOSA	8
6. CZĘŚCIOWA UTRATA ZĘBA STAŁEGO - za każdy	1
7. CAŁKOWITA UTRATA ZĘBA STAŁEGO - za każdy	2
8. ZŁAMANIE KOŚCI SZCZĘKI LUB ŻUCHWY	2
9. CZĘŚCIOWA UTRATA SZCZĘKI LUB ŻUCHWY	10
10. CAŁKOWITA UTRATA SZCZĘKI LUB ŻUCHWY	40
11. CAŁKOWITA UTRATA JĘZYKA	30
III. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU	**Procent uszczerbku na zdrowiu**
1. CAŁKOWITA UTRATA WZROKU W JEDNYM OKU	50
2. CAŁKOWITA UTRATA WZROKU W OBU OCZACH	100
3. USZKODZENIE GAŁKI OCZNEJ - ciała obce	5
4. USZKODZENIE GAŁKI OCZNEJ - odwarstwienie siatkówki jednego oka	15
IV. USZKODZENIE MOWY	**Procent uszczerbku na zdrowiu**
1. CAŁKOWITA UTRATA MOWY	100
V. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU	**Procent uszczerbku na zdrowiu**
1. UTRATA SŁUCHU W JEDNYM UCHU	30
2. CAŁKOWITA UTRATA SŁUCHU W OBU USZACH	70
3. CZĘŚCIOWA UTRATA MAŁŻOWINY USZNEJ LUB ZNIEKSZTAŁCENIE (blizny, oparzenia, odmrożenia)	2
4. CAŁKOWITA UTRATA MAŁŻOWINY USZNEJ	8
5. UTRATA OBU MAŁŻOWIN USZNYCH	10
VI. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZEŁYKU	**Procent uszczerbku na zdrowiu**
1. USZKODZENIE LUB ZWĘŻENIE KRTANI POZWALAJĄCE NA OBCHODZENIE SIĘ BEZ RURKI TCHAWICZEJ	5
2. USZKODZENIE KRTANI, POWODUJĄCE KONIECZNOŚĆ STAŁEGO STOSOWANIA RURKI TCHAWICZEJ	25
3. USZKODZENIE TCHAWICY - ZWĘŻENIE	2
4. USZKODZENIE PRZEŁYKU POWODUJĄCE CAŁKOWITĄ NIEDROŻNOŚĆ PRZEŁYKU ZE STAŁĄ PRZETOKĄ ŻOŁĄDKOWĄ	40
5. USZKODZENIE SZYI: MIĘŚNI LUB TKANEK MIĘKKICH SKÓRY WYMAGAJĄCE ZSZYCIA	1

VII. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I JEJ NASTĘPSTWA	Procent uszczerbku na zdrowiu
1. CZĘŚCIOWA UTRATA BRODAWKI SUTKOWEJ U KOBIET	1
2. CAŁKOWITA UTRATA BRODAWKI SUTKOWEJ U KOBIET	8
3. CZĘŚCIOWA UTRATA GRUCZOŁU PIERSIOWEGO	5
4. CAŁKOWITA UTRATA GRUCZOŁU PIERSIOWEGO	8
5. ZŁAMANIE ŻEBER - za każde (maksymalnie 10%)	1
6. ZŁAMANIE MOSTKA	3
7. USZKODZENIE SERCA LUB OSIERDZIA (POURAZOWE, POZAWAŁOWE):	10
VIII. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA	**Procent uszczerbku na zdrowiu**
1. USZKODZENIA POWŁOK JAMY BRZUSZNEJ - blizny nie będące następstwem zabiegów operacyjnych	1
2. USZKODZENIE ŻOŁĄDKA, JELIT - bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego	2
3. USZKODZENIE ŻOŁĄDKA, JELIT - odżywianie wyłącznie parenteralne	20
4. USZKODZENIA ZWIERACZA ODBYTU	5
5. USZKODZENIE ŚLEDZIONY	3
6. CAŁKOWITA UTRATA ŚLEDZIONY	10
7. USZKODZENIA WĄTROBY - resekcja fragmentu wątroby	10
8. USZKODZENIA TRZUSTKI	10
IX. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOPŁCIOWYCH	**Procent uszczerbku na zdrowiu**
1. CAŁKOWITA UTRATA JEDNEJ NERKI PRZY DRUGIEJ ZDROWEJ I PRAWIDŁOWO DZIAŁAJĄCEJ	20
2. CAŁKOWITA UTRATA JEDNEJ NERKI PRZY UPOŚLEDZENIU FUNKCJONOWANIA DRUGIEJ NERKI LUB USZKODZENIE OBU NEREK PROWADZĄCE DO ICH SCHYŁKOWEJ NIEWYDOLNOŚCI - schyłkowa niewydolność nerek	50
3. USZKODZENIE MOCZOWODU	10
4. USZKODZENIE CEWKI MOCZOWEJ	5
5. CAŁKOWITA UTRATA PRĄCIA	30
6. CZĘŚCIOWA UTRATA PRĄCIA	10
7. CAŁKOWITA UTRATA JEDNEGO JĄDRA LUB JAJNIKA	10
8. CAŁKOWITA UTRATA OBU JĄDER LUB JAJNIKÓW	30
9. POURAZOWY WODNIAK JĄDRA	5
10. CAŁKOWITA UTRATA MACICY	40
11. USZKODZENIE POCHWY	5
12. USZKODZENIE MACICY	10
X. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA I RDZENIA KRĘGOWEGO	**Procent uszczerbku na zdrowiu**
1. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA - następstwa urazów skrętnych	2
2. ZŁAMANIA TRZONÓW KRĘGÓW - za każdy	5
3. ZŁAMANIA KRĘGOSŁUPA - ŁUKÓW, WYROSTKÓW POPRZECZNYCH, KOLCZYSTYCH - za każdy	2
XI. USZKODZENIA MIEDNICY	**Procent uszczerbku na zdrowiu**
1. ZŁAMANIE MIEDNICY	10

XII. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	prawa	lewa
1. ZŁAMANIE ŁOPATKI	3	2
2. ZŁAMANIE OBOJCZYKA	3	2
3. ZWICHNIĘCIE STAWU OBOJCZYKOWO-BARKOWEGO LUB OBOJCZYKOWO-MOSTKOWEGO	1	1
4. USZKODZENIE STAWU ŁOPATKOWO - RAMIENNEGO	1	1
5. CAŁKOWITA UTRATA KOŃCZYNY W STAWIE BARKOWYM	70	60
6. ZŁAMANIE NASADY BLIŻSZEJ KOŚCI RAMIENNEJ	1	1
7. UTRATA KOŃCZYNY NA POZIOMIE RAMIENIA	65	60
8. ZŁAMANIE NASADY DALSZEJ KOŚCI RAMIENNEJ, WYROSTKA ŁOKCIOWEGO, GŁOWY KOŚCI PROMIENIOWEJ	4	3
9. ZŁAMANIA KOŚCI PRZEDRAMIENIA	3	2
10. USZKODZENIA CZĘŚCI MIEKKICH WYMAGAJĄCE ZSZYCIA NA POZIOMIE PRZEDRAMIENIA ORAZ PALCÓW (rany cięte, szarpane)	1	1
11. ZWICHNIĘCIA, SKRĘCENIA W STAWIE ŁOKCIOWYM	2	1
12. UTRATA KOŃCZYNY W OBRĘBIE PRZEDRAMIENIA	55	50
13. ZŁAMANIE, SKRĘCENIE NADGARSTKA	1	1
14. UTRATA RĘKI NA POZIOMIE NADGARSTKA	50	40
15. ZŁAMANIA JEDNEJ KOŚCI ŚRÓDRĘCZA	1	1
16. ZŁAMANIE PALCA	1	1
17. CZĘŚCIOWA UTRATA OPUSZKI KCIUKA	1	1
18. UTRATA PALICZKA PAZNOKCIOWEGO KCIUKA	3	2
19. UTRATA KCIUKA	10	8
20. CZĘŚCIOWA UTRATA OPUSZKI PALCA WSKAZUJĄCEGO PALCA TRZECIEGO, CZWARTEGO LUB PIĄTEGO - za każdy	1	1
21. UTRATA PALICZKA PAZNOKCIOWEGO PALCA WSKAZUJĄCEGO, PALCA TRZECIEGO, CZWARTEGO LUB PIĄTEGO - za każdy	2	1,5
22. UTRATA PALCA WSKAZUJĄCEGO	7	5
23. UTRATA PALCA TRZECIEGO, CZWARTEGO LUB PIĄTEGO – za każdy	6	4

XIII. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ	Procent uszczerbku na zdrowiu
A. STAW BIODROWY, UDO	
1. UTRATA KOŃCZYNY DOLNEJ W STAWIE BIODROWYM	70
2. UTRATA KOŃCZYNY DOLNEJ NA POZIOMIE UDA	50
3. USZKODZENIE TKANEK MIĘKKICH WYMAGAJĄCE ZSZYCIA, APARATU WIĘZADŁOWEGO, MIĘŚNI, ŚCIĘGIEN, NACZYŃ, NERWÓW - następstwa uszkodzeń urazów skrętnych	1
4. USZKODZENIA STAWU BIODROWEGO (ZWICHNIĘĆ, ZŁAMAŃ BLIŻSZEJ NASADY KOŚCI UDOWEJ, ZŁAMAŃ SZYJKI, ZŁAMAŃ PRZEZKRĘTARZOWYCH I PODKRĘTARZOWYCH, ZŁAMAŃ KRĘTARZY, URAZOWYCH ZŁUSZCZEŃ GŁOWY KOŚCI UDOWEJ)	5
5. ENDOPROTEZA STAWU BIODROWEGO	15
6. ZŁAMANIE KOŚCI UDOWEJ	8
7. USZKODZENIA SKÓRY, MIĘŚNI, ŚCIĘGIEN - następstwa oparzeń, ran ciętych	1
B. STAW KOLANOWY	
1. ZŁAMANIE STRUKTUR KOSTNYCH TWORZĄCYCH STAW KOLANOWY I RZEPKI	1
2. USZKODZENIA WIĘZADEŁ	4
3. CAŁKOWITA UTRATA KOŃCZYNY DOLNEJ NA POZIOMIE STAWU KOLANOWEGO	40
C. PODUDZIE	
1. ZŁAMANIE KOŚCI PODUDZIA (PISZCZELOWEJ LUB PISZCZELOWEJ I STRZAŁKOWEJ)	8
2. ZŁAMANIE KOSTKI BOCZNEJ, PRZYŚRODKOWEJ	3
3. ZŁAMANIE KOŚCI STRZAŁKOWEJ	2
4. USZKODZENIA TKANEK MIĘKKICH i SKÓRY WYMAGAJĄCE ZSZYCIA, MIĘŚNI I INNYCH ŚCIĘGIEN	1
5. UTRATA KOŃCZYNY NA POZIOMIE PODUDZIA	30
D. STAW SKOKOWO-GOLENIOWY I SKOKOWO-PIĘTOWY	
1. USZKODZENIA STAWU SKOKOWO-GOLENIOWEGO I SKOKOWO-PIĘTOWEGO - SKRĘCENIA, ZWICHNIĘCIA	1
2. ZŁAMANIA KOŚCI SKOKOWEJ LUB PIĘTOWEJ	5
3. ZŁAMANIA KOŚCI ŚRÓDSTOPIA (za każdą kość)	1
4. USZKODZENIA ŚCIĘGNA ACHILLESA	1
5. CAŁKOWITA UTRATA STOPY	50
6. UTRATA STOPY NA POZIOMIE STAWU CHOPARTA	40
7. UTRATA STOPY W STAWIE LISFRANCA	30
8. UTRATA STOPY W OBRĘBIE KOŚCI ŚRÓDSTOPIA	20
E. PALCE STOPY	
1. ZŁAMANIE PALCA	1
2. UTRATA PALICZKA PAZNOKCIOWEGO PALUCHA	1
3. UTRATA PALUCHA	8
4. UTRATA PALCÓW II, III, IV I V - za każdy	1

XIV. NIEDOWŁADY I PORAŻENIA	Procent uszczerbku na zdrowiu
1. PORAŻENIE lub NIEDOWŁAD KOŃCZYNY GÓRNEJ PRAWEJ	40
2. PORAŻENIE lub NIEDOWŁAD KOŃCZYNY GÓRNEJ LEWEJ	30
3. PORAŻENIE lub NIEDOWŁAD KOŃCZYNY DOLNEJ	25
4. PORAŻENIE lub NIEDOWŁAD POŁOWICZY PRAWOSTRONNY	70
5. PORAŻENIE lub NIEDOWŁAD POŁOWICZY LEWOSTRONNY	60
6. PORAŻENIE CAŁKOWITE KOŃCZYN GÓRNYCH I DOLNYCH (czterokończynowe)	100
7. PORAŻENIE NERWU TWARZOWEGO	5

U osób leworęcznych uszkodzenie kończyny górnej ocenia się wg pozycji tabeli dla kończyny górnej prawej, zaś kończyny prawej jak dla lewej.

Załącznik nr 2 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia EDU PLUS

WYMOGI TECHNICZNE URZĄDZEŃ UMOŻLIWIAJĄCYCH KOMUNIKACJĘ W CELU SKORZYSTANIA PRZEZ UBEZPIECZONEGO Z E-KONSULTACJI

1. W celu skorzystania przez Ubezpieczonego z e-konsultacji należy dysponować:
   1) urządzenie z dostępem do sieci Internet z systemem operacyjnym Microsoft Windows, iOS lub Android i minimalną prędkością łącza 1 Mbps;
   2) zainstalowana aktualna wersja przeglądarki internetowej Chrome z włączoną obsługą aplikacji niezbędnych do poprawnego połączenia z systemem teleinformatycznym;
   3) uruchomienie obsługi JavaScript (najnowszy i włączony JavaScript);
   4) aktywny adres e-mail;
   5) telefon stacjonarny lub komórkowy.
2. W przypadku korzystania z aplikacji mobilnej, urządzenie powinno posiadać system Android lub iOS, zaktualizowany do najnowszej wersji.
3. W przypadku korzystania z aplikacji na urządzeniach mobilnych wymagane jest posiadanie zainstalowanej aplikacji Telemedi.co, dostępnej w serwisie Google Play (www. play.google.com) lub Appstore (www.appstore.com).
4. Rekomendowana minimalna rozdzielczość ekranu, w przypadku korzystania z aplikacji za pomocą przeglądarki to 1024x768 pikseli.

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.

InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, KRS: 0000054136, Sąd Rejonowy dla M. St. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy, NIP: 526-00-38-806, Kapitał zakładowy i kapitał wpłacony: 137.640.100 PLN, Centrala, ul. Noakowskiego 22, 00-668 Warszawa, InterRisk Kontakt: 22 575 25 25, interrisk.pl