Ubezpieczenie **NNW 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: **Ubezpieczenie NNW Plus**

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje umowne podawane są w innych dokumentach w tym w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia NNW Plus zatwierdzonych uchwałą nr 02/23/01/2018 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 23 stycznia 2018 roku.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie NNW PLUS to kompleksowa ochrona ubezpieczeniowa przed skutkami następstw nieszczęśliwych wypadków, które mają miejsce podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✔ Następstwa nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Suma ubezpieczenia (forma indywidualna/grupowa):

- ✔ Opcja Podstawowa – od 1.000zł do 300.000 zł lub
- ✔ Podstawowa Plus – od 1.000zł do 500.000 zł lub
- ✔ Opcja Progresja – od 1.000zł do 60.000/70.000 zł

Opcje dodatkowe:

- ✔ D1 – czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy – do 10.000 / 25.000 zł
- ✔ D2 – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy – do 60.000 zł / 120.000 zł
- ✔ D3 – koszty leczenia – do 15.000 zł / 25.000 zł
- ✔ D4 – koszty leczenia stomatologicznego – do 3.000 zł / 5.000 zł
- ✔ D5 – koszty rehabilitacji – do 6.000 zł / 12.000 zł
- ✔ D6 – pobyt w szpitalu – do 25.000 zł/50.000 zł
- ✔ D7 – rekonwalescencja po pobycie w szpitalu – do 3.000 zł / 5.000 zł
- ✔ D8 – oparzenia – do 5.000 zł / 10.000 zł
- ✔ D9 – odmrożenia – do 5.000 zł / 10.000 zł
- ✔ D10 – operacje – do 5.000 zł / 10.000 zł
- ✔ D11 – koszty operacji plastycznych – do 3.000 zł / 5.000 zł
- ✔ D12 – uciążliwe leczenie – do 1.000 zł / 1.500 zł
- ✔ D13 – assistance medyczny – do 5.000 zł

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- × następstw chorób
- × rodzajów świadczeń określonych w opcjach dodatkowych D1-D13 rozszerzających zakres ubezpieczenia, jeżeli nie została opłacona dodatkowa składka
- × następstw nieszczęśliwych wypadków związanych z uprawianiem sportu wyczynowo oraz następstwa zawału serca i udaru mózgu, jeżeli nie została opłacona dodatkowa składka za rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o te ryzyka

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

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

- ! popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
- ! popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa lub samookaleczenia się,
- ! uszkodzeniami ciała zdiagnozowanymi przed datą objęcia ochrony ubezpieczeniowej,
- ! uprawianiem sportów wysokiego ryzyka przez Ubezpieczonego,
- ! prowadzeniem pojazdu bez wymaganych uprawnień lub badań technicznych,
- ! bójką,
- ! pozostawaniem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych,
- ! działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami, aktami terroru,
- ! odpowiedzialność InterRisk nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienie fizyczne oraz uszkodzeń dysków międzykręgowych.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✔ ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest przez 24 godziny na dobę na obszarze całego świata, za wyjątkiem: opcji Dodatkowej D3 (koszty leczenia), opcji Dodatkowej D4 (koszty leczenia stomatologicznego), opcji Dodatkowej D5 (koszty rehabilitacji), opcji Dodatkowej D6 (pobyt Ubezpieczonego w szpitalu), opcji Dodatkowej D7 (rekonwalescencja po pobycie w szpitalu), opcji Dodatkowej D10 (operacje), opcji Dodatkowej D11 (koszty operacji plastycznych), opcji Dodatkowej D12 (uciążliwe leczenie) oraz opcji Dodatkowej D13 (assistance medyczny), w ramach których ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest przez 24 godziny na dobę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

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 o zajściu zdarzenia InterRisk
– 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. W umowie ubezpieczenia określa się datę początkową i końcową okresu ubezpieczenia. Odpowiedzialność rozpoczyna się pierwszego dnia okresu ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty. W przypadku ubezpieczenia na cudzy rachunek, w stosunku do osób zgłaszanych do objęcia ochroną ubezpieczeniową w trakcie trwania umowy grupowej, odpowiedzialność InterRisk rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym osoba została zgłoszona do InterRisk przez Ubezpieczającego do ubezpieczenia grupowego. Ochrona ubezpieczeniowa ustaje:

a) z dniem upływu okresu ubezpieczenia, odstąpienia lub wypowiedzenia przez Ubezpieczającego umowy ubezpieczenia, wypłaty świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia określonej w polisie,
b) w przypadku wypowiedzenia przez Ubezpieczyciela umowy w związku z nieopłaceniem przez Ubezpieczającego raty składki,
c) wobec Ubezpieczonego z dniem jego zgonu,
d) wobec Ubezpieczonego, który wystąpił z umowy 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.

Jak rozwiązać umowę?

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

a) w przypadku umów zawartych na okres minimum 12 miesięcy ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia,
b) w przypadku umów zawartych na okres krótszy niż 12 miesięcy ze skutkiem natychmiastowym.

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.

InterRisk
VIENNA INSURANCE GROUP

InterRisk Kontakt
22 575 25 25

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NATĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW PLUS

SPIS TREŚCI

INFORMACJE, O KTÓRYCH MOWA W ART. 17 UST. 1 USTAWY
O DZIAŁALNOŚCI UBEZPIECZENIOWEJ I REASEKURACYJNEJ ..... rewers strony 1
POSTANOWIENIA POCZĄTKOWE 1
DEFINICJE 1
PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA 4
ZAKRES UBEZPIECZENIA 4
WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI 5
RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ 5
SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY 8
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA 9
POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI INTERRISK 9
ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA 9
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA 9
PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY 10
ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA. USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA 10
SKARGI I REKLAMACJE 12
POSTANOWIENIA MAJĄCE ZASTOSOWANIE DO UMÓW UBEZPIECZNIA NA ODLEGŁOŚĆ W ROZUMIENIU USTAWY O PRAWACH KONSUMENTA 12
POSTANOWIENIA KOŃCOWE 12

POSTANOWIENIA POCZĄTKOWE

§1

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków 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 (polisie) lub też w zależności od rodzaju zawartej umowy ubezpieczenia, nie jest wskazany w umowie (polisie). Zarzuty mające wpływ na odpowiedzialność InterRisk może InterRisk podnieść także przeciwko Ubezpieczonemu.
3. Do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone, za zgodą stron, postanowienia dodatkowe lub odmienne, z tym że różnice między niniejszymi OWU, a treścią umowy InterRisk przedstawi Ubezpieczającemu na piśmie przed zawarciem umowy.
4. Wszystkie postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU muszą być, pod rygorem ich nieważności, sporządzone na piśmie w formie aneksu lub załącznika do umowy ubezpieczenia.
5. Wszystkie zmiany umowy ubezpieczenia muszą być, pod rygorem ich nieważności, sporządzone na piśmie w formie aneksu do umowy ubezpieczenia.
6. Do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa polskiego, w tym przepisy kodeksu cywilnego oraz ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

DEFINICJE

§2

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

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) **bójka** – starcie między co najmniej trzema osobami, które atakują się wzajemnie i tym samym występują zarazem w roli napastników i napadniętych;
3) **całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy** – utrata zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy przez Ubezpieczonego powstała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej orzeczona przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, w okresie nie później niż 24 m-ce od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku;
4) **Centrum Assistance** – jednostka organizacyjna wskazana przez InterRisk, która na zlecenie InterRisk udziela świadczeń Assistance. Adres, numer telefonu podawany jest w umowie ubezpieczenia (polisie);
5) **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;
6) **choroba psychiczna** – zgodnie z diagnozą lekarza prowadzącego leczenie choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (kod ICD: F00-F99);
7) **choroba zawodowa** – choroba znajdująca się w wykazie chorób stanowiącym załącznik do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 roku w sprawie chorób zawodowych;
8) **czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy** – czasowa utrata zdolności do wykonywania pracy przez Ubezpieczonego powstała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, udokumentowana:
   a) kopią 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 w/w zaświadczenie, chyba że Ubezpieczony nie mógł go uzyskać z przyczyn od siebie niezależnych,
   b) zaświadczeniem stwierdzającym prowadzenie działalności gospodarczej lub zatrudnienie, chyba że Ubezpieczony nie mógł go uzyskać z przyczyn od siebie niezależnych,
   c) dowodem potwierdzającym zapłatę składki za ubezpieczenie zdrowotne za okres, w którym miało miejsce zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową – w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej;
9) **działalność gospodarcza** – zarobkowa działalność wytwórcza, budowlana, handlowa, usługowa w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, a także działalność zawodowa wykonywana w sposób zorganizowany i ciągły;
10) **dzień pobytu w szpitalu** – pobyt na oddziale szpitalnym trwający co najmniej 24 godziny, służący przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia Ubezpieczonego, spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem. Dzień przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala i dzień wypisu ze szpitala w przypadku wypłaty świadczenia liczone są jako pełne dni pobytu w szpitalu;
11) **koszty leczenia** – poniesione w następstwie nieszczęśliwego wypadku na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane koszty z tytułu:
   a) wizyt lekarskich,
   b) zabiegów ambulatoryjnych, za wyjątkiem rehabilitacji,
   c) badań zleconych przez lekarza prowadzącego leczenie,
   d) pobytu w szpitalu,
   e) operacji przeprowadzonej w trakcie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, za wyjątkiem operacji plastycznych,
   f) zakupu lekarstw i środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza;
12) **lekarz** – osoba posiadająca formalnie potwierdzone kwalifikacje zgodnie z wymogami prawa obowiązującego w kraju w którym świadczy usługi, wykonująca

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

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§2; §4; §6, §10, §11, §14, §15
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§5, §6, §7, §13 ust. 2
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

zawód w zakresie swoich uprawnień i kwalifikacji, niebędąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub osobą bliską dla Ubezpieczonego;

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

14) **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;

15) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie mające miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, wywołane przyczyną zewnętrzną, na skutek którego Ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł – w przypadku wyboru przez Ubezpieczającego **zakresu PEŁNEGO**, o którym mowa w 4 ust. 1 pkt. 1 niniejszych OWU. W rozumieniu niniejszych OWU, w przypadku wyboru przez Ubezpieczającego **zakresu OGRANICZONEGO**, o którym mowa w 4 ust. 1 pkt. 2) niniejszych OWU, pod pojęciem nieszczęśliwego wypadku rozumie się wyłącznie:

    a) nieszczęśliwy wypadek przy pracy – wypadek przy pracy w rozumieniu ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, mający miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej;

    b) za zapłatą dodatkowej składki również nieszczęśliwy wypadek w drodze do lub z pracy – wypadek w rozumieniu ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, mający miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

    Za nieszczęśliwy wypadek, w zakresie PEŁNYM lub OGRANICZONYM, o którym mowa w 4 ust. 1 niniejszych OWU, uważa się również zawał serca lub udar mózgu, pod warunkiem, iż zawał serca lub udar mózgu został zdiagnozowany po raz pierwszy u Ubezpieczonego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej i Ubezpieczony nie przekroczył 67 roku życia w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową, a także pod warunkiem zapłaty dodatkowej składki, o którym mowa w §4 ust. 4 niniejszych OWU;

16) **ocena ryzyka** – procedura ustalona i stosowana przez InterRisk przy obejmowaniu ochroną ubezpieczeniową osoby fizycznej lub grupy osób, mająca wpływ na wysokość składki i zakres ochrony ubezpieczeniowej, uwzględniająca: wysokość sumy ubezpieczenia, liczebność grupy, rodzaj prowadzonej działalności/wykonywanej pracy, rodzaju wyczynowo i/lub rekreacyjnie uprawianego sportu oraz informacji o szkodowości;

17) **ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie InterRisk do wypłaty świadczenia w razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego określonego w umowie ubezpieczenia, za które InterRisk ponosi odpowiedzialność ubezpieczeniową. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest przez 24 godziny na dobę na obszarze całego świata, za wyjątkiem: opcji Dodatkowej D3 (koszty leczenia), opcji Dodatkowej D4 (koszty leczenia stomatologicznego), opcji Dodatkowej D5 (koszty rehabilitacji), opcji Dodatkowej D6 (pobyt Ubezpieczonego w szpitalu), opcji Dodatkowej D7 (rekonwalescencja po pobycie w szpitalu), opcji Dodatkowej D10 (operacje), opcji Dodatkowej D11 (koszty operacji plastycznych), opcji Dodatkowej D12 (uciążliwe leczenie) oraz opcji Dodatkowej D13 (assistance medyczny), w ramach których ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest przez 24 godziny na dobę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

18) **odmrożenie** – uszkodzenie skóry, powstałe w wyniku działania niskiej temperatury. Stopień odmrożenia określany jest przez lekarza prowadzącego leczenie;

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

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

21) **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 według „Reguły dziesiątek" lub tabeli Lunda i Brondera przez lekarza prowadzącego leczenie;

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

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

24) **operacja wtórna** – kolejna operacja związana przyczynowo z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem;

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

26) **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;

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

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

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

30) **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;

31) **pracodawca** – osoba prawna, jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, a także osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, o ile zatrudnia pracowników;

32) **pracownik** – osoba zatrudniona przez pracodawcę na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub innej umowy cywilnoprawnej, której przedmiotem jest zatrudnienie. Dla potrzeb niniejszych OWU na równi z zatrudnieniem traktuje się przynależność osób przystępujących do ubezpieczenia do następujących organizacji: związek zawodowy, związek sportowy, klub sportowy, stowarzyszenie, partia polityczna, w sytuacji gdy organizacje te zawierają umowy ubezpieczenia na rachunek swoich członków. Za pracownika uważa się również osobę fizyczną będącą Ubezpieczającym, która jest przedsiębiorcą, wspólnikiem spółki cywilnej lub spółki osobowej (o ile umowa ubezpieczenia zawierana jest na rachunek pracowników tej osoby fizycznej lub spółki);

33) **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;

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

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

36) **rekonwalescencja** – okres czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy rozpoczynający się od dnia następnego po pobycie w szpitalu (od dnia następnego po dniu wypisu Ubezpieczonego ze szpitala), w którym Ubezpieczony przebywał w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, udokumentowany zaświadczeniem lekarskim wystawionym zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2005 r. w sprawie orzekania o czasowej niezdolności do pracy, wystawionym przez ten szpital, chyba że Ubezpieczony nie mógł go uzyskać z przyczyn od siebie niezależnych;

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

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

39) **stałe źródło dochodu** – wynagrodzenie z tytułu stosunku pracy, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego

lub innej umowy cywilnoprawnej, której przedmiotem jest zatrudnienie lub dochód uzyskiwany w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą;

40) **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;

41) **szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w postaci świadczeń szpitalnych w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;

42) **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;

43) **środki pomocnicze** – wyłącznie środki pomocnicze wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze;

44) **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;

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

46) **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;

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

48) **ubezpieczenie grupowe** – umowa ubezpieczenia zawierana przez InterRisk z Ubezpieczającym na rzecz osób fizycznych, przy czym minimalna grupa osób przystępujących do ubezpieczenia wynosi co najmniej 3 osoby;

49) **ubezpieczenie indywidualne** – umowa ubezpieczenia zawierana przez Ubezpieczającego z InterRisk na rzecz osoby fizycznej;

50) **ubezpieczenie rodzinne** – umowa ubezpieczenia zawierana przez Ubezpieczającego z InterRisk na rachunek osób trzecich, które są wobec siebie osobami bliskimi w rozumieniu niniejszych OWU, przy czym minimalna liczba osób objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach w/w umowy ubezpieczenia wynosi co najmniej 2 osoby;

51) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia;

52) **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), ale przeprowadzona została operacja lub miał miejsce pobytu Ubezpieczonego w szpitalu;

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

54) **Uprawniony** – osoba lub osoby wskazane 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, chyba że została orzeczona separacja,
    b) dzieci Ubezpieczonego (w częściach równych),
    c) rodzice Ubezpieczonego (w częściach równych),
    d) pozostali członkowie najbliższej rodziny Ubezpieczonego będący spadkobiercami Ubezpieczonego (w częściach równych);

55) **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;

56) **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);

57) **wyczynowe uprawianie sportu** – podejmowana dobrowolnie forma aktywności fizycznej Ubezpieczonego polegająca na uprawianiu dyscyplin sportu poprzez uczestniczenie w treningach, zawodach, zgrupowaniach i obozach kondycyjnych lub szkoleniowych, w celu uzyskania, w drodze indywidualnej lub zbiorowej rywalizacji, maksymalnych wyników sportowych przez osoby będące członkami klubów, związków i organizacji sportowych. W rozumieniu niniejszych OWU za wyczynowe uprawianie sportu uważa się również uprawianie sportu w celach zarobkowych;

58) **wypadek komunikacyjny** – nagłe zdarzenie wywołane ruchem pojazdu, niezależne od woli Ubezpieczonego będącego pasażerem pojazdu, pieszym lub osobą kierującą pojazdem, które było wyłączną przyczyną uszkodzeń ciała lub śmierci Ubezpieczonego;

59) **wyroby medyczne** – wyłącznie wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze;

60) **wystąpienie z ubezpieczenia** – oświadczenie Ubezpieczającego o rezygnacji z ubezpieczenia przez Ubezpieczonego, złożone Ubezpieczycielowi w formie listy osób występujących, o której mowa 13 ust. 1 pkt. 5 lit. b);

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

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

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§3

Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się Ubezpieczonemu w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§4

1. Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, jak również w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, zakres ubezpieczenia może obejmować:
    1) następstwa nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej – **zakres PEŁNY**, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 i 5 niniejszych OWU,

    lub

    2) wyłącznie następstwa nieszczęśliwego wypadku przy pracy, który miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej – **zakres OGRANICZONY**, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 i 6 niniejszych OWU.
2. Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, jak również w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, **zakres PEŁNY** lub **zakres OGRANICZONY**, o których mowa w ust. 1 pkt. 1)-2) może być zawarty w:
    1) **opcji PODSTAWOWEJ** obejmującej:
        a) śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
        b) uszczerbek na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku – system świadczeń proporcjonalnych,
        c) koszty nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
        d) koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych, powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku,

    lub

    2) **opcji PODSTAWOWEJ PLUS** obejmującej:
        a) śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
        b) uszczerbek na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku – system świadczeń stałych,
        c) koszty nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
        d) koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych, powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku,

    lub

    3) **opcji PPROGRESJA** obejmującej:
        a) śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
        b) uszczerbek na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku – system świadczeń progresywnych,
        c) koszty nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
        d) koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych, powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

3. Za zapłatą dodatkowej składki, **zakres PEŁNY** lub **zakres OGRANICZONY**, o których mowa w ust. 1 pkt. 1)-2) zawarty w **opcji PODSTAWOWEJ** lub **opcji PODSTAWOWEJ PLUS** lub **opcji PROGRESJA**, w związku z zaistniałym w okresie ubezpieczenia nieszczęśliwym wypadkiem, objętym odpowiedzialnością InterRisk, może zostać rozszerzony o **opcje DODATKOWE (D1-D13)**:
   1) **opcja DODATKOWA D1** – czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy,
   2) **opcja DODATKOWA D2** – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy,
   3) **opcja DODATKOWA D3** – koszty leczenia,
   4) **opcja DODATKOWA D4** – koszty leczenia stomatologicznego,
   5) **opcja DODATKOWA D5** – koszty rehabilitacji,
   6) **opcja DODATKOWA D6** – pobyt w szpitalu,
   7) **opcja DODATKOWA D7** – rekonwalescencja po pobycie w szpitalu,
   8) **opcja DODATKOWA D8** – oparzenia,
   9) **opcja DODATKOWA D9** – odmrożenia,
   10) **opcja DODATKOWA D10** – operacje,
   11) **opcja DODATKOWA D11** – koszty operacji plastycznych,
   12) **opcja DODATKOWA D12** – uciążliwe leczenie,
   13) **opcja DODATKOWA D13** – assistance medyczny.
4. Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, jak również w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, za zapłatą dodatkowej składki, **zakres PEŁNY** lub **zakres OGRANICZONY** może zostać rozszerzony o następstwa **zawału serca** i **udaru mózgu**, pod warunkiem, iż zawał serca lub udar mózgu został zdiagnozowany po raz pierwszy u Ubezpieczonego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej i Ubezpieczony nie przekroczył 67 roku życia w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową.
5. Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, jak również w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, za zapłatą dodatkowej składki, **zakres PEŁNY** może zostać rozszerzony o następstwa nieszczęśliwych wypadków doznane w związku z **wyczynowym uprawianiem sportu**.
6. Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, jak również w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, za zapłatą dodatkowej składki, **zakres OGRANICZONY** może zostać rozszerzony o **następstwa nieszczęśliwych wypadków w drodze do lub z pracy**, które wydarzyły się Ubezpieczonemu podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej.

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) prowadzeniem pojazdu przez Ubezpieczonego będącego kierowcą pojazdu, nieposiadającego wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub jeżeli pojazd był niezarejestrowany lub nie posiadał ważnego badania technicznego, jeżeli w odniesieniu do danego pojazdu istnieje wymóg rejestracji lub dokonania okresowych badań technicznych, chyba że brak wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, brak zarejestrowania pojazdu lub stan techniczny pojazdu nie miał wpływu na zajście wypadku.
   5) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach, rajdach, wyścigach, pokazach, jazdach treningowych lub imprezach sportowych jako kierowca pojazdu, pomocnik kierowcy lub pasażer pojazdu w rozumieniu ustawy prawo o ruchu drogowym,
   6) bójką,
   7) pobiciem, za wyjątkiem sytuacji, w której Ubezpieczony występuje w charakterze broniącego się,
   8) chorobą,
   9) chorobą zawodową, chorobą psychiczną,
   10) wadami wrodzonymi i ich następstwami,
   11) zawałem serca lub udarem mózgu, z zastrzeżeniem postanowień 4 ust. 4,
   12) wyczynowym uprawianiem sportu przez Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień 4 ust. 5,
   13) uprawianiem sportów wysokiego ryzyka przez Ubezpieczonego,
   14) operacją wtórną,
   15) omdleniem, jeżeli nie jest następstwem nieszczęśliwego wypadku,
   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 wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych miało wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku
   17) odpadami radioaktywnymi bądź materiałami wybuchowymi,
   18) działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami, a także aktami terroru,
   19) pandemią.
2. Ponadto odpowiedzialność InterRisk nie obejmuje:
   1) zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienie fizyczne,
   2) uszkodzeń dysków międzykręgowych.
3. W ramach opcji Dodatkowej D13 – świadczenia assistance – odpowiedzialność InterRisk dodatkowo 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 niezaleconych przez lekarza prowadzącego leczenie.

RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§6

1. W **opcji PODSTAWOWEJ** lub **opcji PODSTAWOWEJ PLUS** lub **opcji PROGRESJA**, w związku z zaistniałym w okresie ubezpieczenia nieszczęśliwym wypadkiem objętym odpowiedzialnością InterRisk, umowa ubezpieczenia zapewnia:
   1) w przypadku **100% uszczerbku na zdrowiu** – świadczenie:
      a) w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PODSTAWOWEJ lub opcji PODSTAWOWEJ PLUS,
      b) w wysokości 350% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PROGRESJA,
   2) w przypadku uszczerbku na zdrowiu poniżej 100% – świadczenie w ramach systemu:
      a) **świadczeń proporcjonalnych**, tj. wysokość świadczenia określona jest w takim procencie sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PODSTAWOWEJ, w jakim Ubezpieczony doznał uszczerbku na zdrowiu,

      lub

      b) **świadczeń stałych**, tj. wysokość świadczenia określona jest w Tabeli nr 1 w odpowiednim procencie sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PODSTAWOWEJ PLUS, w zależności od rodzaju uszczerbku na zdrowiu określonego wyłącznie w Tabeli nr 1:

TABELA NR 1

Rodzaj uszczerbku na zdrowiu	Wysokość świadczenia – % sumy ubezpieczenia dla opcji PODSTAWOWEJ PLUS
Całkowita utrata wzroku: a) w obu oczach b) w jednym oku wraz z utratą oka c) w jednym oku bez utraty oka	 a) 100% b) 40% c) 35%
Całkowita utrata: a) słuchu w obu uszach b) słuchu w jednym uchu c) małżowiny	 a) 100% b) 20% c) 15%
Całkowita utrata mowy	100%
Całkowita utrata kończyny górnej: a) w barku b) w obrębie ramienia c) w obrębie przedramienia d) w nadgarstku	 a) 75% b) 70% c) 65% d) 55%
Całkowita utrata: a) kciuka b) palca wskazującego c) innego palca ręki	 a) 20% b) 15% c) 6%
Całkowita utrata obu kończyn górnych w obrębie ramienia	100%
Całkowita utrata kończyny dolnej: a) w stawie biodrowym b) na wysokości uda c) na poziomie stawu kolanowego d) w obrębie podudzia	 a) 75% b) 70% c) 65% d) 60%
Całkowita utrata obu kończyn dolnych	100%
Trwały i nieuleczalny paraliż wszystkich kończyn	100%
Trwały i nieuleczalny paraliż kończyny dolnej	60%

Rodzaj uszczerbku na zdrowiu	Wysokość świadczenia – % sumy ubezpieczenia dla opcji PODSTAWOWEJ PLUS
Trwały i nieuleczalny paraliż kończyny górnej: a) prawej b) lewej	 a) 65% b) 55%
Całkowita utrata stopy	40%
Całkowita utrata: a) dużego palca stopy b) innego palca stopy	 a) 6% b) 2%

lub

c) **świadczeń progresywnych**, tj. w wysokości uzależnionej od wysokości uszczerbku na zdrowiu i wynoszące:

i. 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% ,

ii. 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%,

iii. 2,5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PROGRESJA za każdy procent uszczerbku na zdrowiu – w przypadku uszczerbku na zdrowiu w przedziale 51% – 75%,

iv. 3,5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PROGRESJA za każdy procent uszczerbku na zdrowiu – w przypadku uszczerbku na zdrowiu powyżej 75%;

3) **w razie śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku**, jeśli nastąpiła ona w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PODSTAWOWEJ lub opcji PODSTAWOWEJ PLUS lub opcji PROGRESJA. Za zapłatą dodatkowej składki w razie śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy, jeśli nastąpiła ona w ciągu sześciu miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku – przysługuje dodatkowe świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PODSTAWOWEJ lub opcji PODSTAWOWEJ PLUS lub opcji PROGRESJA;

4) **koszty nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PODSTAWOWEJ lub opcji PODSTAWOWEJ PLUS lub opcji PROGRESJA, nie więcej jednak niż 10.000,00 PLN, pod warunkiem, iż:

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

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

5) **koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PODSTAWOWEJ lub opcji PODSTAWOWEJ PLUS lub opcji PROGRESJA, nie więcej jednak niż 10.000,00 PLN, pod warunkiem, iż:

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

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

2. Za zapłatą dodatkowej składki umowa ubezpieczenia może zapewniać w ramach opcji Dodatkowych (D1-D13) następujące świadczenia:

1) **Opcja Dodatkowa D1 – czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy** – świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D1 za każdy dzień czasowej niezdolności do pracy przynoszącej stałe źródło dochodu, powstałej w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, począwszy od:

a) 10 – go dnia czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, w przypadku gdy czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy trwała nieprzerwanie do 30 dni lub

b) 1 – go dnia czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, w przypadku gdy czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy trwała nieprzerwanie powyżej 30 dni.

Wypłata świadczenia przysługuje maksymalnie za 90 dni czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy.

2) **Opcja Dodatkowa D2 – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy** – świadczenie w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D2, pod warunkiem iż powstała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej.

3) **Opcja Dodatkowa D3 – koszty leczenia** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 100 % sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D3, 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 dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku.

4) **Opcja Dodatkowa D4 – koszty leczenia stomatologicznego** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 100 % sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D4, 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 uszkodzonego lub utraconego zęba stałego oraz

c) zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 4 miesiące od daty nieszczęśliwego wypadku.

5) **Opcja Dodatkowa D5 – koszty rehabilitacji** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D5, pod warunkiem, iż koszty rehabilitacji:

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 dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku.

6) **Opcja Dodatkowa D6 – pobyt w szpitalu** – świadczenie w wysokości 0,50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D6, za każdy następny dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, począwszy od trzeciego dnia pobytu w szpitalu, będący następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku pobytu Ubezpieczonego na OIOM/OIT nieprzerwanie przez co najmniej 48 godzin, przysługuje dodatkowe jednorazowe świadczenie w wysokości 500,00 PLN za cały okres pobytu na OIOM/OIT i jest wypłacane niezależnie od świadczenia za pobyt w szpitalu. Wypłata świadczenia przysługuje maksymalnie za 180 dni pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego na OIOM/OIT spowodowanego tym samym nieszczęśliwym wypadkiem wypłacane jest wyłącznie jeden raz w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

7) **Opcja Dodatkowa D7 – rekonwalescencja** – świadczenie w wysokości 3% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D7, za każdy dzień czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, bezpośrednio po pobycie w szpitalu, tj. czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy rozpoczęła się następnego dnia po dniu wypisu ze szpitala. Wypłata świadczenia przysługuje maksymalnie za okres 30 dni.

8) **Opcja Dodatkowa D8 – oparzenia** – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D8, uzależnione od stopnia oparzenia określonego wyłącznie w Tabeli nr 2:

TABELA NR 2

Stopień oparzenia	Wysokość świadczenia – % sumy ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D8
II stopień	20%
III stopień	50%
IV stopień	100%

9) **Opcja Dodatkowa D9 – odmrożenia** – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D9, uzależnione od stopnia odmrożenia określonego wyłącznie w Tabeli nr 3:

TABELA NR 3

Stopień odmrożenia	Wysokość świadczenia – % sumy ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D9
II stopień	20%
III stopień	50%
IV stopień	100%

10) **Opcja Dodatkowa D10 – operacje** – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D10, uzależnione od rodzaju operacji określonej wyłącznie w Tabeli nr 4, 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 pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Jeżeli w następstwie tego samego nieszczęśliwego wypadku została wykonana więcej niż jedna operacja, przysługuje wyłącznie jedno, najwyższe świadczenie przewidziane w Tabeli nr 4 za jedną z kilku wykonanych operacji.

TABELA NR 4

Rodzaj operacji	**Wysokość świadczenia** – % sumy ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D10
Operacje przewodu pokarmowego i jamy brzusznej:	
operacje przełyku	90%
operacje żołądka	60%
resekcja jelita	40%
operacje wątroby	90%
operacje trzustki	90%
operacje śledziony	40%
Operacje związane z otwarciem klatki piersiowej:	
operacje płuca	80%
usunięcie całego płuca	100%
operacje serca	80%
Amputacje:	
amputacja palców rąk i nóg – każdy palec	10%
amputacja ręki (dłoni)	30%
amputacja stopy	30%
amputacja na poziomie przedramienia	40%
amputacja na poziomie podudzia	50%
amputacja na poziomie ramienia	50%
amputacja na poziomie uda	70%
całkowita amputacja kończyny na wysokości biodra	100%
Operacje narządów zmysłu:	
operacje oka:	
szycie gałki ocznej	90%
usunięcie gałki ocznej	40%
odwarstwienie siatkówki	20%
operacje ucha:	
zabiegi w obrębie ucha środkowego	30%
zabiegi w obrębie ucha wewnętrznego	50%
operacje nosa:	
operacja zatok	20%
operacje przegrody nosowej i małżowin nosa	10%
Operacyjne leczenie złamań:	
kości czaszki	80%
operacje twarzoczaszki	20%
operacja nosa	10%
operacje kręgosłupa	50%
operacje obręczy barkowej	20%
operacje kości ramienia	25%
operacje kości przedramienia	15%
operacja nadgarstka, śródręcza	10%
operacje miednicy	35%
operacje kości uda	30%
operacje kości podudzia	25%
operacje rzepki	20%
operacje złamań w obrębie stopy (kości stępu, śródstopia)	10%
operacja żeber	10%
operacje mostka	10%
Operacyjne leczenie tkanek miękkich:	
mięśnie, ścięgna, więzadła, naczynia krwionośne	10%
Operacyjne leczenie zwichnięć:	
stawu barkowego	50%
stawu biodrowego	50%
stawu łokciowego	20%
stawu kolanowego	20%
łąkotki	10%
stawu skokowego lub nadgarstka	20%
kręgosłupa	25%
Operacje układu moczowo-płciowego:	
operacje nerki, dróg moczowych	60%
operacje żeńskich narządów płciowych	45%
operacje męskich narządów płciowych	20%
Operacje neurochirurgiczne:	
operacje centralnego układu nerwowego – mózg i rdzeń kręgowy	100%
operacje nerwów obwodowych	20%
Przeszczepy:	
przeszczep serca	100%
przeszczep wątroby	100%
przeszczep nerki	100%
przeszczep innych narządów	65%

11) **Opcja Dodatkowa D11 – koszty operacji plastycznych** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D11, 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.

12) **Opcja Dodatkowa D12 – uciążliwe leczenie** – wypłata świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D12, pod warunkiem, iż:

   a) nieszczęśliwy wypadek nie pozostawił uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego (0% uszczerbku na zdrowiu) oraz

   b) Ubezpieczony przeszedł operację lub nastąpił pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej,

13) **Opcja Dodatkowa D13 – assistance medyczny**:

   a) pomoc medyczna:

      i. **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 wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego lub zorganizuje i pokryje

koszty wizyty lekarskiej w placówce medycznej. InterRisk pokrywa łączne koszty do wysokości 500 zł w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku;

ii. **wizyta pielęgniarki** – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance, na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie, zorganizuje i pokryje koszt dojazdu pielęgniarki oraz jej honorarium za wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego. UBEZPIECZYCIEL pokrywa koszty 7 wizyt, które łącznie nie mogą przekroczyć 48 godzin pobytu pielęgniarki u Ubezpieczonego w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku;

iii. **dostawa leków przepisanych przez lekarza** – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową i w następstwie którego zgodnie z dokumentacją medyczną wystawioną przez lekarza prowadzącego wymaga leżenia, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt transportu leków przepisanych przez lekarza prowadzącego leczenie do miejsca pobytu Ubezpieczonego;

iv. **transport medyczny do placówki medycznej** – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt transportu z miejsca pobytu Ubezpieczonego do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego leczenie;

v. **transport medyczny z placówki medycznej do miejsca pobytu Ubezpieczonego** – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego przebywał w placówce medycznej, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt środka transportu zalecanego przez lekarza prowadzącego leczenie;

vi. **pomoc psychologiczna** – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, InterRisk na zlecenie lekarza zorganizuje i pokryje koszt wizyty u psychologa. InterRisk pokrywa koszt maksymalnie 3 wizyt w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku;

vii. **przekazywanie wiadomości rodzinie Ubezpieczonego lub pracodawcy** – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego przebywa w szpitalu, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, na życzenie Ubezpieczonego, przekazuje wiadomości pomiędzy Ubezpieczonym, a jego rodziną lub pracodawcą;

b) pomoc rehabilitacyjna:

i. **wizyta fizykoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego** – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie zorganizuje i pokryje koszt wizyt fizykoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku;

ii. **wizyta Ubezpieczonego u fizykoterapeuty w poradni rehabilitacyjnej** – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie zorganizuje i pokryje koszt wizyt Ubezpieczonego u fizykoterapeuty w poradni rehabilitacyjnej do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku;

iii. **organizacja oraz pokrycie kosztów transportu sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w miejscu zamieszkania, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego do łącznej kwoty 200 zł w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku;

iv. **zakup lub wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w miejscu zamieszkania, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, pokryje koszt zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego do łącznej kwoty 200 zł w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku;

c) **pomoc domowa** – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego przebywał w szpitalu przez okres co najmniej 5 dni, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt pomocy domowej po zakończeniu hospitalizacji, do łącznej kwoty 300 zł w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku; usługa pomocy domowej obejmuje:

i. robienie drobnych 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, ścieraniu kurzy, wyrzucaniu śmieci, zmywaniu naczyń, czyszczeniu powierzchni roboczych w kuchni (blatów, płyty kuchennej oraz zlewu), sprzątaniu łazienki; podlewaniu roślin w domu i ogrodzie – przy użyciu środków i sprzętów udostępnionych przez Ubezpieczonego.

d) **opieka nad dziećmi** – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego nastąpił pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt opieki nad dziećmi w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego do kwoty 200 zł za dzień, maksymalnie do 3 dni w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku. Świadczenie realizowane jest na wniosek Ubezpieczonego i na podstawie pisemnej zgody Ubezpieczonego oraz w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego nie ma żadnej osoby, która mogłaby zapewnić opiekę nad dziećmi; Usługa obejmuje opiekę sprawowaną przez opiekunkę, która w ramach prowadzonej działalności gospodarczej świadczy usługi opieki nad dziećmi. Usługa świadczona w miejscu zamieszkania dzieci przez 24 godziny na dobę.

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

f) **medyczne usługi informacyjne** – za pośrednictwem Centrum Assistance Ubezpieczony uzyska:

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

ii. informacje o działaniu leków (stosowanie, odpowiedniki, skutki uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży i laktacji),

iii. informacje o aptekach na terytorium całego kraju, w tym adresy, godziny pracy i numery telefonów,

iv. informacje o rekomendowanych placówkach medycznych na terytorium kraju,

v. informacje o rekomendowanych placówkach diagnostycznych,

vi. informacje o rekomendowanych placówkach odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych,

vii. informacje o rekomendowanych placówkach lecznictwa zamkniętego,

viii. informacje o dietach, zdrowym żywieniu,

ix. informacje o grupach wsparcia w Polsce, dla osób dotkniętych alkoholizmem, trudną sytuacją rodzinną, cierpiących na określone schorzenia, dla kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych dzieci,

x. informacje o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,

xi. dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem Centrum Assistance udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji, co do dalszego postępowania;

SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY

§7

1. Wysokość sumy ubezpieczenia ustalana jest na wniosek Ubezpieczającego osobno dla opcji PODSTAWOWEJ lub opcji PODSTAWOWEJ PLUS lub opcji PROGRESJA oraz dla poszczególnych opcji DODATKOWYCH (D1–D13), o których mowa w 4 ust. 2–3 niniejszych OWU.
2. Suma ubezpieczenia ustalana jest dla każdego Ubezpieczonego i określona jest w umowie ubezpieczenia.
3. Górną granicą odpowiedzialności InterRisk jest kwota stanowiąca 100% sumy ubezpieczenia w przypadku opcji PODSTAWOWEJ lub opcji PODSTAWOWEJ PLUS lub opcji PROGRESJA, a także opcji DODATKOWYCH (D1–D13), za wyjątkiem:
   1) śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, o której mowa w §6 ust. 1 pkt. 3, gdzie górną granicą odpowiedzialności jest kwota stanowiąca 150% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PODSTAWOWEJ lub opcji PODSTAWOWEJ PLUS lub opcji PROGRESJA,
   2) uszczerbku na zdrowiu w wysokości w przedziale 51% – 100%, o którym mowa w §6 ust. 1 pkt. 1) lit. b) oraz §6 ust. 1 pkt. 2) lit. c), gdzie górną granicą odpowiedzialności jest kwota stanowiąca 350% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PROGRESJA.
4. W ramach ubezpieczenia wypłacone świadczenie lub łączna kwota wypłaconych świadczeń nie mogą przekroczyć łącznie górnej granicy odpowiedzialności, określanej osobno dla opcji PODSTAWOWEJ lub opcji PODSTAWOWEJ PLUS lub opcji PROGRESJA oraz wybranej opcji Dodatkowej (D1–D13).

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§8

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego, który powinien zawierać co najmniej następujące dane:
   1) imię, nazwisko (nazwę) oraz adres (siedzibę) Ubezpieczającego,
   2) imię i nazwisko Ubezpieczonego – dotyczy ubezpieczenia indywidualnego i rodzinnego,
   3) liczbę osób przystępujących do ubezpieczenia,
   4) przedmiot i zakres ubezpieczenia,
   5) propozycję sum ubezpieczenia dla opcji PODSTAWOWEJ lub opcji PODSTAWOWEJ PLUS lub opcji PROGRESJA oraz opcji Dodatkowych (D1–D13),
   6) okres ubezpieczenia,
   7) rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej/ wykonywanej pracy zawodowej,
   8) rodzaj uprawianej rekreacyjnie i/lub wyczynowo dyscypliny sportowej,
   9) propozycję postanowień dodatkowych lub odmiennych od postanowień niniejszych OWU, o ile Ubezpieczający chce je wprowadzić do umowy ubezpieczenia.
2. InterRisk może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji, mających wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, o czym informuje Ubezpieczającego na piśmie.
3. Jeżeli wniosek nie zawiera wszystkich danych określonych w ust. 1 lub ust. 2 albo został sporządzony wadliwie lub niezgodnie z warunkami ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest na wezwanie InterRisk do dokonania jego uzupełnienia, względnie sporządzić nowy wniosek, w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma od InterRisk w tej sprawie. Niedotrzymanie powyższego terminu powoduje, że umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta.
4. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres dwunastu miesięcy, chyba że strony umówiły się inaczej.
5. Umowa ubezpieczenia może zostać przedłużona na następny dwunastomiesięczny okres ubezpieczenia, za zgodą InterRisk, na podstawie OWU obowiązujących w dniu jej przedłużenia i zostaje potwierdzona w sposób, o którym mowa w ust. 7 niniejszego paragrafu.
6. Okres ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia.
7. InterRisk potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia (polisą).

§9

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta w formie ubezpieczenia grupowego, ubezpieczenia indywidualnego lub rodzinnego w rozumieniu §2 pkt. 48), 50), 51).
2. Umowa ubezpieczenia indywidualnego lub rodzinnego może zostać zawarta wyłącznie w formie imiennej.
3. Umowa ubezpieczenia grupowego może zostać zawarta w formie imiennej lub bezimiennej z zastrzeżeniem, że umowa ubezpieczenia grupowego w formie bezimiennej może zostać zawarta wyłącznie na rzecz pracowników zatrudnionych przez Ubezpieczającego.
4. Warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego w formie bezimiennej jest objęcie ubezpieczeniem 100% pracowników.
5. Warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego w formie imiennej jest dołączenie do wniosku Ubezpieczającego imiennej listy osób przystępujących do ubezpieczenia.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI INTERRISK

§10

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. W przypadku ubezpieczenia na cudzy rachunek, w stosunku do osób zgłaszanych do objęcia ochroną ubezpieczeniową w trakcie trwania umowy grupowej, odpowiedzialność InterRisk rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym osoba została zgłoszona do InterRisk przez Ubezpieczającego do ubezpieczenia grupowego.
4. 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 § 11 ust. 2–4,
   4) w przypadku opłacania składki w ratach – jeżeli po upływie terminu płatności raty InterRisk wezwie Ubezpieczającego do jej zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania przez Ubezpieczającego spowoduje ustanie odpowiedzialności InterRisk, a kolejna rata składki nie zostanie opłacona w tym terminie – z dniem upływu tego terminu,
   5) wobec Ubezpieczonego z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia wskutek wypłacenia świadczenia lub świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia lub górnej granicy odpowiedzialności, o której mowa w §7 ust. 3 niniejszych OWU,
   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.
5. W przypadku gdy odpowiedzialność InterRisk ustała wskutek wyczerpania sumy ubezpieczenia, wznowienie odpowiedzialności InterRisk z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia następuje w drodze aneksu do umowy ubezpieczenia, od dnia wskazanego w tym aneksie jednak nie wcześniej niż po zapłacie dodatkowej składki za doubezpieczenie.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§11

1. Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres dłuższy niż sześć miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie jej obowiązywania:
   1) w przypadku umów zawartych na okres minimum 12 miesięcy ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia,
   2) w przypadku umów zawartych na okres krótszy niż 12 miesięcy ze skutkiem natychmiastowym.
3. W przypadku ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać 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 § 10 ust. 4 pkt. 4) OWU.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§12

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej należnej za okres odpowiedzialności InterRisk określona jest w umowie ubezpieczenia.
2. Wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej uzależniona jest od czynników oceny ryzyka:
   1) zakresu ubezpieczenia,
   2) okresu ubezpieczenia,
   3) wnioskowanych przez Ubezpieczającego wysokości sum ubezpieczenia,
   4) liczby osób przystępujących do ubezpieczenia,
   5) informacji o szkodowości,
   6) rodzaju prowadzonej działalności gospodarczej i/lub wykonywanej pracy zawodowej oraz rodzaju wyczynowo i/lub rekreacyjnie uprawianego sportu.
3. Ponadto w ustaleniu wysokości podstawowej składki ubezpieczeniowej uwzględnia się koszty związane z zawarciem umowy ubezpieczenia, z jej wykonywaniem oraz koszty reasekuracji ryzyka.
4. Podstawową składkę ubezpieczeniową oblicza się mnożąc, określoną sumę ubezpieczenia dla opcji PODSTAWOWEJ lub opcji PODSTAWOWEJ PLUS lub opcji PROGRESJA i opcji Dodatkowych (D1–D12) przez właściwą stawkę określoną w procentach (%), uzależnioną od czynników określonych w ust. 2. Postanowienie to nie dotyczy opcji Dodatkowej D13 (assistance medycznego), w której obowiązuje jedna stawka składki określana kwotowo.
5. Wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej obliczana jest według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia (lub zmiany) umowy ubezpieczenia.
6. Jeżeli taryfa składek nie uwzględnia ubezpieczanego ryzyka, wówczas wysokość składki ubezpieczeniowej ustalana jest na podstawie indywidualnej oceny ryzyka przez InterRisk.
7. InterRisk może zastosować zniżki i /lub zwyżki podstawowej składki ubezpieczeniowej.
8. Wysokość ostatecznej składki ubezpieczeniowej oblicza się stosując zwyżki i zniżki składki.

9. InterRisk może zastosować zwyżki składki z tytułu:
   1) wyczynowo uprawianego sportu,
   2) podwyższenia świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku o 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PODSTAWOWEJ lub opcji PODSTAWOWEJ PLUS, jeżeli śmierć Ubezpieczonego była następstwem nieszczęśliwego wypadku przy pracy,
   3) rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o następstwa nieszczęśliwych wypadków:
      a) powstałe w następstwie zawału serca lub udaru mózgu,
      b) doznane w związku z wyczynowym uprawianiem sportu,
      c) w drodze do lub z pracy.
   4) wprowadzenia postanowień dodatkowych i/lub odmiennych od postanowień niniejszych OWU, o które wnioskował Ubezpieczający,
   5) wysokiej częstotliwości zaistniałych zdarzeń ubezpieczeniowych, z tytułu których InterRisk wypłacił świadczenia.
10. InterRisk może zastosować zniżki składki z tytułu:
   1) liczby osób przystępujących do umowy ubezpieczenia,
   2) zakresu ubezpieczenia – zakres ORGANICZONY,
   3) jednorazowej płatności składki ubezpieczeniowej,
   4) formy ubezpieczenia – ubezpieczenie rodzinne,
   5) wprowadzenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od postanowień niniejszych OWU, o które wnioskował Ubezpieczający.
11. Składka ubezpieczeniowa płatna jest jednorazowo, chyba że strony umówiły się inaczej.
12. Składka ubezpieczeniowa, na wniosek Ubezpieczającego, może zostać rozłożona na raty. Terminy płatności i wysokość kolejnych rat określa się w umowie ubezpieczenia.
13. Składka za ubezpieczenie powinna być zapłacona w dniu zawarcia umowy, chyba że strony umowy ustaliły w umowie ubezpieczenia (polisie) 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 (polisie).
14. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenia umowy przez którąkolwiek ze stron, InterRisk należy się składka za okres, w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
15. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na który została zawarta Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

§13

1. Ubezpieczający obowiązany jest do:
   1) podania do wiadomości InterRisk przed zawarciem umowy ubezpieczenia wszelkie 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 do InterRisk w terminie ustalonym w umowie ubezpieczenia, wszystkich danych niezbędnych do należytego wykonywania postanowień umowy ubezpieczenia, w tym w przypadku umów ubezpieczeń grupowych zawartych w formie imiennej:
      a) list osób przystępujących do ubezpieczenia,
      b) list osób występujących z ubezpieczenia,
      c) miesięcznego rozliczenia składek (na druku InterRisk),
   6) przestrzegania obowiązków określonych w niniejszych OWU.
2. 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.
3. 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.
4. Jeśli umowa ubezpieczenia grupowego zawarta została na rachunek pracowników Ubezpieczającego lub osób wykonujących pracę na podstawie umów cywilnoprawnych oraz członków ich rodzin lub na rachunek członków stowarzyszeń, samorządów zawodowych lub związków zawodowych i Ubezpieczający otrzymuje od 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.
5. InterRisk obowiązany jest do:
   1) zachowania należytej staranności przy zawieraniu i wykonywaniu umowy ubezpieczenia,
   2) przekazywania Ubezpieczającemu informacji niezbędnych do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, a w przypadku zgłoszenia roszczenia zobowiązany jest do terminowej likwidacji,
   3) dostarczenia Ubezpieczającemu przed zawarciem umowy ubezpieczenia tekstu niniejszych OWU, a także innych dokumentów i formularzy niezbędnych z punktu widzenia wykonywania umowy ubezpieczenia,
   4) na żądanie Ubezpieczonego, udzielenia niezbędnych informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz OWU w zakresie praw i obowiązków Ubezpieczonego,
   5) udostępniania Ubezpieczającemu/ Ubezpieczonemu Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu InterRisk we wszystkich jednostkach organizacyjnych InterRisk, w taki sposób, aby Ubezpieczający mógł zapoznać się z nią przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Na wniosek Ubezpieczającego/ Ubezpieczonego tekst Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu InterRisk dostarczany jest Ubezpieczającemu/ Ubezpieczonemu pod wskazany adres,
   6) udostępnienia Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu informacji i dokumentów, gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości świadczenia. W/w osoby mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez InterRisk udostępnionych informacji, a także sporządzać na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem przez InterRisk,
   7) objęcia ochroną ubezpieczeniową osób, które zostały zgłoszone przez Ubezpieczającego i za które została zapłacona składka ubezpieczeniowa,
   8) wypłaty świadczenia na warunkach i zasadach określonych w niniejszych OWU i umowie ubezpieczenia,
   9) zabezpieczenia danych osobowych, otrzymanych w wyniku realizacji umowy ubezpieczenia zgodnie z wymogami ustawy o ochronie danych osobowych,
   10) pisemnego informowania osoby występującej z roszczeniem, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania, zgodnie z §14 ust. 10,
   11) pisemnego informowania Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z zawiadomieniem o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z §14 ust. 10,
   12) 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.
6. Niezależnie od innych postanowień OWU, w sytuacji zaniechania lub zaprzestania dochodzenia świadczenia od zakładu ubezpieczeń przez Ubezpieczającego, Ubezpieczony albo jego spadkobiercy są uprawnieni do bezpośredniego dochodzenia świadczenia.

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA. USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§14

1. W razie powstania zdarzenia mogącego powodować odpowiedzialność InterRisk, Ubezpieczający/ Ubezpieczony obowiązany jest do:
   1) niezwłocznego zgłoszenia się do lekarza i zastosowania się do jego zaleceń,

2) zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową jednostkę organizacyjną InterRisk, nie później niż w terminie 14 dni od dnia zajścia zdarzenia lub uzyskania o nim informacji, o ile stan zdrowia mu na to pozwala,

3) poddania się badaniu przez lekarza wskazanego przez InterRisk, celem rozpoznania zgłaszanych obrażeń ciała. Koszt takich badań pokrywa 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 nieszczęśliwego wypadku oraz szczegółowy opis okoliczności jego zaistnienia,

5) imię i nazwisko, adres świadków zdarzenia, o ile są w posiadaniu zgłaszającego roszczenie.

3. W razie powstania zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową InterRisk w ramach opcji Dodatkowej D13 – assistance medycznego – Ubezpieczający/ Ubezpieczony obowiązany jest skontaktować z Centrum Assistance (adres, numer telefonu podany jest w umowie ubezpieczenia) i przekazać następujące informacje:

1) imię i nazwisko lub nazwę i adres Ubezpieczającego,

2) imię i nazwisko Ubezpieczonego,

3) adres zamieszkania Ubezpieczonego,

4) krótki opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,

5) numer telefonu kontaktowego Ubezpieczonego.

4. W razie powstania zdarzenia, o którym mowa w ust. 3, Ubezpieczony, na wniosek Centrum Assistance, zobowiązany jest przedstawić lekarzom Centrum Assistance posiadane: zaświadczenia medyczne, skierowania, zwolnienia lekarskie, dokumenty medyczne, recepty, a także okazać rachunki lub faktury i dowody ich zapłaty – w zakresie, w jakim te dokumenty i informacje są niezbędne do ustalenia zakresu odpowiedzialności InterRisk.

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

1) kopię zgłoszenia zdarzenia Policji, o ile było zgłoszone,

2) dokumentację medyczną opisującą rodzaj doznanych obrażeń oraz zawierającą dokładną diagnozę,

3) zaświadczenia lekarskie z przebiegu procesu leczenia oraz zawierające dokładną diagnozę,

4) kartę informacyjną ze szpitala,

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

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

b) kopię dowodu rejestracyjnego pojazdu.

6) celem refundacji poniesionych kosztów nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych:

a) kopię zlecenia lekarskiego na zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze,

b) okazać oryginały rachunków lub faktur.

7) celem refundacji poniesionych kosztów przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych:

a) kopię decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o przyznaniu renty szkoleniowej osobie trwale niezdolnej do pracy w dotychczasowym zawodzie lub orzeczenie powiatowego (lub wojewódzkiego) zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności, w którym orzeczono o celowości przekwalifikowania zawodowego osoby niepełnosprawnej,

b) okazać oryginały rachunków lub faktur.

8) w przypadku czasowej niezdolności do wykonywania pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku:

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 w/w zaświadczenie,

b) zaświadczenie potwierdzające zatrudnienie lub prowadzenie działalności gospodarczej,

c) w przypadku działalności gospodarczej kopię dowodu potwierdzającego opłacenie składki za ubezpieczenie zdrowotne za okres, w którym miało miejsce zdarzenie.

9) w przypadku nieszczęśliwego wypadku przy pracy:

a) kopię protokołu ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 16 września 2004 r. w sprawie wzoru protokołu ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy sporządzony przez zespół powypadkowy powołany zgodnie z zasadami określonymi w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 1 lipca 2009 r. w sprawie ustalania okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy,

lub

b) kopię karty wypadku przy pracy sporządzoną zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 19 grudnia 2002 r. w sprawie trybu uznawania zdarzenia powstałego w okresie ubezpieczenia wypadkowego za wypadek przy pracy, kwalifikacji prawnej zdarzenia, wzoru karty wypadku i terminu jej sporządzenia,

10) w przypadku nieszczęśliwego wypadku w drodze do lub z pracy – kopię karty wypadku przy pracy sporządzona zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 grudnia 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad oraz trybu uznawania zdarzenia za wypadek w drodze do pracy lub z pracy, sposobu jego dokumentowania, wzoru karty wypadku w drodze do pracy lub z pracy oraz terminu jej sporządzania;

11) celem refundacji poniesionych kosztów leczenia – okazać oryginały rachunków lub faktur,

12) celem refundacji poniesionych kosztów leczenia stomatologicznego – okazać oryginały rachunków lub faktur,

13) w przypadku całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy – kopię orzeczenia lekarza Zakładu Ubezpieczeń Społecznych uznające Ubezpieczonego za całkowicie niezdolnego do pracy oraz samodzielnej egzystencji,

14) celem refundacji poniesionych kosztów rehabilitacji – dokumentację lekarską zawierającą skierowanie na zabiegi rehabilitacyjne oraz okazać oryginały rachunków lub faktur,

15) w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku:

a) zaświadczenie lekarskie – karta zgonu,

b) akt zgonu Ubezpieczonego lub orzeczenie sądu uznające Ubezpieczonego za osobę zmarłą,

16) inne dokumenty określone w postanowieniach dodatkowych lub odmiennych od OWU wprowadzonych do umowy ubezpieczenia lub w piśmie, o którym mowa w ust. 10 i 11.

6. Wykaz podstawowych dokumentów może zostać uzupełniony w piśmie, o którym mowa w ust. 10 i 11.

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

8. InterRisk może uzyskać odpłatnie od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu, za pośrednictwem lekarza upoważnionego przez InterRisk, po uzyskaniu pisemnej zgody ubezpieczonego lub osoby na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją danych o jego stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, w zakresie określonym w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

9. Wystąpienie InterRisk o informację, o której mowa w ust. 8, wymaga pisemnej zgody Ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, albo jego przedstawiciela ustawowego.

10. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, InterRisk w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie, 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.

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

§15

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

2. Orzeczony stopień (procent) uszczerbku na zdrowiu z tytułu poszczególnych rodzajów uszczerbku na zdrowiu, wynikających z jednego nieszczęśliwego wypadku jest sumowany, przy czym suma orzeczonego uszczerbku na zdrowiu z tytułu jednego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć wysokości 100%.

3. Przy ustaleniu stopnia (procentu) uszczerbku na zdrowiu, nie bierze się pod uwagę charakteru czynności zawodowych wykonywanych przez Ubezpieczonego.

4. Stopień uszczerbku na zdrowiu, ustalany jest 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.

5. Tabela Norm Uszczerbku na Zdrowiu InterRisk udostępniana jest Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu, na każdy ich wniosek, zgodnie z postanowieniami §13 ust. 5 pkt. 5.
6. 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.
7. Świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu, z tytułu opcji Dodatkowej D1 – czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy, z tytułu opcji Dodatkowej D2 – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy, z tytułu opcji Dodatkowej D6 – pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, z tytułu opcji Dodatkowej D7 – rekonwalescencja po pobycie w szpitalu, z tytułu opcji Dodatkowej D8 – oparzenia, z tytułu opcji Dodatkowej D9 – odmrożenia, z tytułu opcji Dodatkowej D10 – operacje, z tytułu opcji Dodatkowej D12 – uciążliwe leczenie wypłacane jest Ubezpieczonemu.
8. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest Uprawnionemu.
9. Koszty nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi, środków pomocniczych, przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych, koszty leczenia, koszty leczenia stomatologicznego, koszty rehabilitacji, koszty operacji plastycznych zwracane są osobie, która je poniosła.
10. 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.
11. Świadczenie może być wypłacone: przelewem bankowym lub przekazem pocztowym.
12. Świadczenia wypłacane są w złotych polskich.
13. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu ubezpieczeń regulują ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych.
14. InterRisk spełnia świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
15. Jeżeli w terminie określonym w ust. 14 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.
16. Jeżeli w terminie określonym w ust. 14 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.
17. 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 określonym w ust. 14 lub 15, 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.

SKARGI I REKLAMACJE

§16

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

§17

1. W przypadku gdy umowa ubezpieczenia zostaje zawarta na odległość w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta, do umowy mają zastosowanie następujące postanowienia:
2. 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.
3. 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.
4. Konsument ponosi koszty wynikające ze środków porozumiewania się na odległość według taryfy operatora konsumenta.
5. 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/.
6. Umowa ubezpieczenia nie jest objęta funduszem gwarancyjnym lub innym systemem gwarancyjnym.
7. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy InterRisk a konsumentem jest język polski.
8. 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

§18

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. Strony są zobowiązanie zawiadamiać się o każdorazowej zmianie siedziby lub adresu odpowiednio w zależności od tego czy stroną jest osoba prawna lub fizyczna.
3. 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.
4. Wszelkie spory wynikające z umowy ubezpieczenia lub powstające w związku z nią mogą być przedmiotem rozstrzygnięcia przez Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego. Powyższe postanowienie nie stanowi zapisu na sąd polubowny. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU jest prawo polskie.
5. InterRisk zobowiązana 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).
6. Niniejszy tekst jednolity Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Plus został zatwierdzony uchwałą nr 02/23/01/2018 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 23 stycznia 2018 r. i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 23 lutego 2018 roku.

Wiceprezes Zarządu
Józef Winiarski

Członek Zarządu
Katarzyna Grześkowiak

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