

- Przygotowana przez InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group (dalej: InterRisk) karta produktu przedstawia kluczowe informacje o ubezpieczeniu w celu umożliwienia Klientowi zrozumienia tego produktu oraz podjęcia decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia.
- Karta produktu nie stanowi integralnej części umowy ubezpieczenia.
- Decyzję o zawarciu umowy ubezpieczenia należy podjąć po wcześniejszym zapoznaniu się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia (dalej: OWU).
- W razie wątpliwości przed zawarciem umowy ubezpieczenia należy skonsultować się z Agentem ubezpieczeniowym InterRisk lub zadzwonić do InterRisk Kontakt: **22 575 25 25**

■ Ubezpieczyciel

InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna
Vienna Insurance Group
ul. Noakowskiego 22
00-668 Warszawa

■ Agent ubezpieczeniowy

Bank w niniejszej ofercie pełni rolę agenta ubezpieczeniowego InterRisk Towarzystwa Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group.

■ Ubezpieczający

Osoba fizyczna, osoba prawna oraz jednostka organizacyjna nie będąca osobą prawną prowadzącą działalność gospodarczą, która zawarła umowę ubezpieczenia i z tego tytułu jest zobowiązana do opłacenia składki ubezpieczeniowej.

■ Ubezpieczony

Osoba fizyczna, na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia, pod warunkiem iż osoba ta w dniu złożenia Ubezpieczycielowi wniosku ubezpieczeniowego, o którym mowa w §8 ust. 1 OWU MEDI-CARE nie ukończyła 80 roku życia, a w przypadku umowy ubezpieczenia rodzinnego także jej małżonek lub partner i dzieci.

■ Zakres ubezpieczenia

(..§4..)

1. Zakres ubezpieczenia może obejmować:
 - 1) koszty świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 OWU MEDI-CARE,
 - 2) świadczenie w przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem określone w Załączniku nr 1 do OWU MEDI-CARE,
 - 3) świadczenia assistance określone w Załączniku nr 2 do OWU MEDI-CARE.
2. Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, umowa ubezpieczenia może być zawarta w wariantach:
 - 1) OPAL obejmującym koszty świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 do OWU MEDI-CARE dla wariantu OPAL,
 - 2) SZAFIR obejmującym koszty świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 do OWU MEDI-CARE dla wariantu SZAFIR,
 - 3) SZAFIR Z DOPŁATĄ obejmującym koszty świadczeń medycznych pomniejszone o udział własny Ubezpieczonego, określonych w Załączniku nr 1 do OWU MEDI-CARE dla wariantu SZAFIR Z DOPŁATĄ,
 - 4) RUBIN obejmującym koszty świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 do OWU MEDI-CARE dla wariantu RUBIN,
 - 5) RUBIN Z DOPŁATĄ obejmującym koszty świadczeń medycznych pomniejszone o udział własny Ubezpieczonego, określonych w Załączniku nr 1 do OWU MEDI-CARE dla wariantu RUBIN Z DOPŁATĄ,
 - 6) SZMARAGD – obejmującym koszty świadczeń medycznych, określone w Załączniku nr 1 do OWU MEDI-CARE dla wariantu SZMARAGD,
 - 7) DIAMENT – obejmującym koszty świadczeń medycznych, określone w Załączniku nr 1 do OWU MEDI-CARE dla wariantu DIAMENT.
3. Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, w oparciu o postanowienia OWU MEDI-CARE, umowa ubezpieczenia w wariantach określonych w ust. 2 pkt 1)-7) może zostać rozszerzona o ubezpieczenie określone w ust. 1 pkt 2 i ust. 1 pkt 3, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.
4. Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, w oparciu o postanowienia OWU MEDI-CARE, umowa ubezpieczenia w wariantach określonych w ust. 2 pkt 4)-7) może zostać rozszerzona o świadczenie w przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem określone w Załączniku nr 1 do OWU MEDI-CARE.
5. Ubezpieczyciel pokrywa koszty świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 1) do 3), jeżeli są one niezbędne z medycznego punktu widzenia. Wizyta u lekarza specjalisty nie wymaga skierowania.
6. Świadczenia medyczne z zakresu badań diagnostycznych wymagają skierowania od lekarza Partnera Medycznego.
7. Zmiana zakresu ubezpieczenia w czasie trwania umowy ubezpieczenia może nastąpić na pisemny wniosek Ubezpieczającego i wymaga zgody Ubezpieczyciela oraz zawarcia aneksu do obowiązującej umowy ubezpieczenia.
8. Umowa ubezpieczenia w wariantach SZAFIR Z DOPŁATĄ oraz RUBIN Z DOPŁATĄ może być zawarta z zastosowaniem udziału własnego za odpowiednio zmniejszoną składkę.

■ Suma ubezpieczenia

1. Z zastrzeżeniem ust. 2 górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela, w ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycznych, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 1) OWU MEDI-CARE stanowią koszty świadczeń medycznych, określonych w Załączniku nr 1 do OWU MEDI-CARE.
2. W przypadku wariantu SZAFIR Z DOPŁATĄ oraz RUBIN Z DOPŁATĄ górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela, w ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycznych, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 1) OWU MEDI-CARE stanowią koszty świadczeń medycznych, określonych w Załączniku nr 1 do OWU MEDI-CARE w wysokości określonej w cenniku usług Partnera Medycznego dostępnego w placówkach medycznych i na stronie www.enel.pl pomniejszone o udział własny Ubezpieczonego, o którym mowa w §2 pkt 44) OWU MEDI-CARE.
3. W ubezpieczeniu pobytu w szpitalu, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 2) OWU MEDI-CARE suma ubezpieczenia określona jest kwotowo i stanowi iloczyn wysokości świadczenia za dzień pobytu w szpitalu określonego w umowie ubezpieczenia oraz 60 dni pobytu w szpitalu, o których mowa w §16 ust. 1 OWU MEDI-CARE.
4. W ubezpieczeniu świadczeń assistance, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 3) OWU MEDI-CARE suma ubezpieczenia określona jest kwotowo.
5. Wysokość sum ubezpieczenia, o których mowa w ust. 3 i 4 ustalana jest na wniosek Ubezpieczającego.
6. Sumy ubezpieczenia o których mowa w ust. 3 i 4 określone są w umowie ubezpieczenia i stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela dla danego rodzaju ubezpieczenia.

■ Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia (§5, §8, §13 ust. 2)

(..§5..)

1. Ubezpieczyciel 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) działaniem energii jądrowej, odpadów radioaktywnych, bądź materiałów wybuchowych,
 - 4) działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami, sabotażem, a także aktami terroru,
 - 5) strajkami,
 - 6) prowadzeniem pojazdu przez Ubezpieczonego będącego kierowcą pojazdu, nieposiadającego wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub jeżeli pojazd nie był zarejestrowany lub nie posiadał ważnego badania technicznego, jeżeli w odniesieniu do danego pojazdu istnieje wymóg rejestracji lub dokonania okresowych badań technicznych, chyba że brak wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, brak zarejestrowania pojazdu lub stan techniczny pojazdu nie miał wpływu na zajście wypadku,
 - 7) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem, uszkodzeniami okołoporodowymi (efektów deformacji fizycznych) lub mającymi charakter dziedziczny,
 - 8) zmianą płci,
 - 9) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyłączeniem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza, o ile pozostawienie Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych miało wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku lub choroby,
 - 10) epidemiami ogłoszonymi na podstawie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,
 - 11) leczeniem następstw uczestnictwa Ubezpieczonego w badaniach i eksperymentach medycznych,
 - 12) leczeniem i diagnostyką niepłodności,
 - 13) zatruciem alkoholem, substancjami odurzającymi i lekami stosowanymi niezgodnie z zaleceniami lekarskimi,
 - 14) pandemią.
2. Zakres świadczeń assistance nie obejmuje:
 - 1) zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 2) świadczeń udzielonych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,

- 3) 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,
 - 4) kosztów transportu leków niezaleconych przez lekarza prowadzącego leczenie.
3. Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów leków i środków medycznych za wyjątkiem użytych w nagłych przypadkach dla ratowania życia oraz uznanych przez lekarza za niezbędne do przeprowadzenia standardowych badań profilaktycznych i specjalistycznych.
4. Ubezpieczyciel nie odpowiada za koszty świadczeń medycznych leczenia stomatologicznego określonego w pkt 19.8 Katalogu Świadczeń Medycznych jeżeli Ubezpieczony po uzyskaniu od lekarza Partnera Medycznego zaświadczenia o sanacji jamy ustnej nie stosował się do zaleceń lekarza stomatologa określonych w tym zaświadczeniu oraz okresowego przeglądu jamy ustnej raz w ciągu 6 miesięcy, chyba że nie miało to wpływu na zaistnienie wypadku ubezpieczeniowego.

(.§8..)

1. Górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela, w ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycznych, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 1) OWU MEDI-CARE stanowią koszty świadczeń medycznych, określonych w Załączniku nr 1 do OWU MEDI-CARE.
2. W przypadku wariantu SZAFIR Z DOPLATĄ oraz RUBIN Z DOPLATĄ górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela, w ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycznych, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 1) OWU MEDI-CARE stanowią koszty świadczeń medycznych, określonych w Załączniku nr 1 do OWU MEDI-CARE w wysokości określonej w cenniku usług Partnera Medycznego dostępnego w placówkach medycznych i na stronie www.enel.pl pomniejszone o udział własny Ubezpieczonego, o którym mowa w §2 pkt 44) OWU MEDI-CARE.
3. W ubezpieczeniu pobytu w szpitalu, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 2) OWU MEDI-CARE suma ubezpieczenia określona jest kwotowo i stanowi iloczyn wysokości świadczenia za dzień pobytu w szpitalu określonego w umowie ubezpieczenia oraz 60 dni pobytu w szpitalu, o których mowa w §16 ust. 1 OWU MEDI-CARE.
4. W ubezpieczeniu świadczeń assistance, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 3) OWU MEDI-CARE suma ubezpieczenia określona jest kwotowo.
5. Wysokość sum ubezpieczenia, o których mowa w ust. 3 i 4 ustalana jest na wniosek Ubezpieczającego.
6. Sumy ubezpieczenia o których mowa w ust. 3 i 4 określone są w umowie ubezpieczenia i stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela dla danego rodzaju ubezpieczenia.

(.§13 ust.2.)

Jeżeli Ubezpieczający nie podał do wiadomości Ubezpieczyciela znanych sobie okoliczności, o których mowa w ust. 1 pkt 1) OWU MEDI-CARE lub nie dopełnił obowiązku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2) OWU MEDI-CARE, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, za skutki tych okoliczności.

■ Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem ubezpieczenia są koszty świadczeń medycznych, a także świadczenia assistance, powstałe w okresie ubezpieczenia w związku z leczeniem chorób i następstw nieszczęśliwych wypadków oraz pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, który wydarzył się w okresie ubezpieczenia.

■ Początek i koniec ochrony ubezpieczeniowej

1. W umowie ubezpieczenia określa się datę początkową i końcową okresu ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia wskazanego w umowie jako początek ochrony ubezpieczeniowej (okresu ubezpieczenia), jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub pierwszej raty składki, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5 i 6.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela ustaje:
 - 1) z dniem upływu okresu ubezpieczenia,
 - 2) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia,
 - 3) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia w wyniku wypowiedzenia, o którym mowa w §11 ust. 2 i 3 OWU MEDI-CARE,
 - 4) w przypadku opłacania składki w ratach – jeżeli po upływie terminu płatności raty Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do jej zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania przez Ubezpieczającego spowoduje ustanie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, a kolejna rata składki nie zostanie opłacona w tym terminie – z dniem upływu tego terminu,
 - 5) wobec Ubezpieczonego z dniem zgonu Ubezpieczonego,
 - 6) wobec Ubezpieczonego z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia wskutek wypłacenia świadczenia lub świadczeń o łącznej

wysokości równej sumie ubezpieczenia – dotyczy ubezpieczenia pobytu w szpitalu oraz świadczenia assistance,

- 7) wobec Ubezpieczonego w umowie ubezpieczenia rodzinnego – z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczyciel otrzymał oświadczenie o wystąpieniu Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia rodzinnego. Ubezpieczony może wystąpić z umowy ubezpieczenia rodzinnego w każdym czasie.
4. W przypadku, gdy odpowiedzialność Ubezpieczyciela ustała wskutek wyczerpania sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 3 pkt 6) wznowienie odpowiedzialności Ubezpieczyciela 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.
5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w przypadku kosztów operacji chirurgii „Jednego dnia”, wymienionych w Katalogu Świadczeń Medycznych stanowiących Załącznik nr 1 do OWU MEDI-CARE, rozpoczyna się od dnia następnego po upływie karencji, która wynosi 120 dni liczonych od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia określonego na polisie.
6. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w przypadku kosztów rehabilitacji ambulatoryjnej określonych w Katalogu Świadczeń Medycznych stanowiących Załącznik nr 1 do OWU MEDI-CARE, rozpoczyna się od dnia następnego po upływie karencji, która wynosi 60 dni liczonych od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia określonego na polisie.
7. Karencji, o której mowa w ust. 5 i 6 nie stosuje się w przypadku kontynuacji umowy ubezpieczenia zgodnie z §8 ust. 5 OWU MEDI-CARE w zakresie ryzyk objętych ochroną ubezpieczeniową w poprzednim okresie ubezpieczenia.

■ Okres ochrony ubezpieczeniowej

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres dwunastu miesięcy, chyba że strony umówiły się inaczej.
2. Umowa ubezpieczenia za zgodą Ubezpieczyciela może zostać kontynuowana na następny 12-miesięczny okres ubezpieczenia na warunkach obowiązujących w dniu jej przedłużenia na podstawie złożonego przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie ubezpieczenia, pod warunkiem, że wnioskowana data początku okresu ubezpieczenia rozpoczyna się nie później niż 30 dnia, liczonego od daty zakończenia się poprzedniego okresu ubezpieczenia.

■ Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

1. Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres dłuższy niż sześć miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.
3. Jeżeli Ubezpieczyciel ponosił odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona przez Ubezpieczającego w terminie, Ubezpieczyciel może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia wygasa ona z końcem okresu, za który przypadała niezapłacona składka.
4. Umowa ubezpieczenia wygasa z dniem bezskutecznego upływu terminu, o którym mowa w §10 ust. 3 pkt 4) OWU MEDI-CARE.
5. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia.
6. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenia umowy przez Ubezpieczającego, Ubezpieczycielowi należy się składka za okres, w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
7. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu na który została zawarta, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

■ Składka ubezpieczeniowa

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej należnej za okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela określona jest w umowie ubezpieczenia.
2. Wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej uzależniona jest od czynników oceny ryzyka, a w szczególności:
 - 1) zakresu ubezpieczenia,
 - 2) wariantu ubezpieczenia,

- 3) wysokości sumy ubezpieczenia – w przypadku ubezpieczenia pobytu w szpitalu i ubezpieczenia świadczeń assistance,
 - 4) stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - 5) wieku osoby Ubezpieczonej,
 - 6) informacji o szkodowości, w przypadku kontynuacji umowy ubezpieczenia na kolejny okres,
 - 7) formy ubezpieczenia – indywidualnej lub rodzinnej, w rozumieniu §2 pkt 41) i 42) OWU MEDI-CARE,
 - 8) okresu ubezpieczenia z uwzględnieniem okresu karencji o której mowa w §10 ust. 5 i 6 OWU MEDI-CARE,
 - 9) zastosowanego udziału własnego Ubezpieczonego, o którym mowa w §2 pkt 44) OWU MEDI-CARE.
3. Składka ubezpieczeniowa określona jest kwotowo dla danego rodzaju ubezpieczenia. Składka ubezpieczeniowa określona jest w złotych polskich [PLN].
4. Wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej obliczana jest według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia (lub zmiany) umowy ubezpieczenia.
5. Jeżeli taryfa składek nie uwzględnia ubezpieczonego ryzyka, wówczas wysokość składki ubezpieczeniowej ustalana jest na podstawie indywidualnej oceny ryzyka przez Ubezpieczyciela.
6. Ubezpieczyciel może zastosować zniżki i/lub zwwyżki podstawowej składki ubezpieczeniowej.
7. Wysokość ostatecznej składki ubezpieczeniowej oblicza się stosując zwwyżki i zniżki składki.
8. Ubezpieczyciel może zastosować zwwyżki składki, w szczególności w przypadku:
- 1) osób, które chorowały lub u których zdiagnozowano choroby takie jak:
 - a) cukrzyca (glikemia na czczo ≥ 126 mg/dl lub glikemia przygodna ≥ 200 mg/dl),
 - b) nadciśnienie tętnicze (krytyczne – wartość ciśnienia tętniczego powyżej RR >180 i >120 bez leków i/lub leczone więcej niż 4 lekami obniżającymi ciśnienie),
 - c) niewydolność serca klasy II lub wyższej według klasyfikacji NYHA (NYHA – New York Heart Association),
 - d) nowotwór złośliwy, gdy okres od zakończenia leczenia jest krótszy niż 5 lat,
 - 2) wprowadzenia postanowień dodatkowych i/lub odmiennych od postanowień OWU MEDI-CARE, o które wnioskował Ubezpieczający,
 - 3) wysokiej częstotliwości zaistniałych zdarzeń ubezpieczeniowych, objętych odpowiedzialnością Ubezpieczyciela.
9. Ubezpieczyciel może zastosować zniżki składki, w szczególności z tytułu:
- 1) płatności składki jednorazowo, w dwóch lub czterech ratach,
 - 2) wprowadzenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od postanowień OWU MEDI-CARE, o które wnioskował Ubezpieczający.
10. Składka ubezpieczeniowa płatna jest jednorazowo, chyba że strony umówiły się inaczej.
11. Składka ubezpieczeniowa, na wniosek Ubezpieczającego, może zostać rozłożona na raty. Terminy płatności i wysokość kolejnych rat określa się w umowie ubezpieczenia (polisie).
12. Składka za ubezpieczenie powinna być zapłacona najpóźniej w dniu zawierania umowy, chyba że Strony umowy ustaliły w umowie ubezpieczenia (polisie) późniejszy termin płatności. W przypadku płatności ratalnej, pierwsza rata składki jest płatna w chwili zawierania umowy ubezpieczenia, natomiast kolejne raty składki ubezpieczeniowej płatne są w terminach płatności określonych w umowie ubezpieczenia (polisie).

■ Zgłoszenie szkody (§14, §15, §16, §18)

(..§14..)

1. W razie powstania zdarzenia mogącego powodować odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 do OWU MEDI-CARE, Ubezpieczający lub Ubezpieczony obowiązany jest:
 - 1) skontaktować się lub zgłosić się do placówki Partnera Medycznego w celu uzyskania świadczeń medycznych,
 - 2) przedstawić ważny dowód tożsamości,
 - 3) zastosować się do zaleceń i wskazówek personelu medycznego Partnera Medycznego w zakresie uzasadnionym realizowanym świadczeniem zdrowotnym,
 - 4) jeżeli Ubezpieczony nie może zrealizować usługi w umówionym terminie, powinien poinformować o tym Partnera Medycznego, który wyznaczy nowy dogodny dla Ubezpieczonego termin realizacji usługi medycznej.
2. W razie powstania zdarzenia, mogącego powodować odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ubezpieczeniu pobytu w szpitalu, Ubezpieczający, Ubezpieczony obowiązany jest do:
 - 1) niezwłocznego zgłoszenia się do lekarza i zastosowania się do jego zaleceń,
 - 2) niezwłocznego zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową jednostki organizacyjnej Ubezpieczyciela,

o ile stan zdrowia na to pozwala nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia zajścia zdarzenia lub uzyskania o nim informacji.

3. W razie powstania zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczyciela w ramach świadczeń assistance, o których mowa w §4 ust. 1 pkt 3) OWU MEDI-CARE, Ubezpieczający, Ubezpieczony obowiązany jest skontaktować się z Centrum Assistance (adres, numer telefonu podany jest w umowie ubezpieczenia) i przekazać następujące informacje:
 - 1) dane Ubezpieczającego: nazwisko (nazwę) oraz adres (siedzibę),
 - 2) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - 3) adres zamieszkania Ubezpieczonego,
 - 4) numer polisy,
 - 5) krótki opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
 - 6) numer telefonu kontaktowego Ubezpieczonego.
4. W razie powstania zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczyciela w ramach świadczeń assistance, 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 zapłaty – w zakresie, w jakim te dokumenty i informacje są niezbędne do ustalenia zakresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

(..§15..)

1. W celu skorzystania z e-wizyty w ramach ubezpieczenia kosztów świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 do OWU MEDI-CARE, Ubezpieczony powinien skorzystać z linku dostępnego pod adresem: ewizyty.enel.pl i umówić się na wizytę, wskazać specjalizację lekarską, z której Ubezpieczony chce skorzystać, termin a także wybraną jedną formę realizacji e-konsultacji spośród poniżej wymienionych:
 - 1) czat internetowy – wymiana krótkich wiadomości tekstowych,
 - 2) telekonferencja – przekaz audio,
 - 3) wideokonferencja – przekaz audiowizualny.
2. W celu skorzystania przez Ubezpieczonego z e-wizyty w ramach ubezpieczenia kosztów świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 do OWU MEDI-CARE należy dysponować:
 - 1) urządzeniem z dostępem do sieci Internet z systemem operacyjnym Microsoft Windows, iOS lub Android i minimalną prędkością łącza 1 Mbps,
 - 2) zainstalowaną aktualną wersję przeglądarki internetowej Chrome z włączoną obsługą aplikacji niezbędnych do poprawnego połączenia z systemem teleinformatycznym,
 - 3) uruchomieniem obsługi JavaScript (najnowszy i włączony JavaScript),
 - 4) aktywnym adresem e-mail,
 - 5) telefonem stacjonarnym lub komórkowym.
3. W przypadku korzystania z aplikacji mobilnej, urządzenie powinno posiadać system Android lub iOS, zaktualizowany do najnowszej wersji.
4. W przypadku korzystania z aplikacji na urządzeniach mobilnych wymagane jest posiadanie zainstalowanej aplikacji Telemedi.co, dostępnej w serwisie Google Play (www.play.google.com) lub Appstore (www.appstore.com).
5. Rekomendowana minimalna rozdzielczość ekranu, w przypadku korzystania z aplikacji za pomocą przeglądarki to 1024x768 pikseli.

(..§16..)

1. W ubezpieczeniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 2) OWU MEDI-CARE świadczenie wypłacane jest w oparciu o postanowienia OWU MEDI-CARE. Świadczenie stanowi iloczyn wysokości świadczenia za dzień pobytu w szpitalu określonego w polisie oraz łącznej liczby dni pobytu w szpitalu i przysługuje za drugi dzień pobytu oraz za każdy kolejny dzień pobytu w szpitalu, nie więcej jednak niż za 60 dni łącznego pobytu w szpitalu.
2. Świadczenie, z zastrzeżeniem ust. 3 przysługuje pod warunkiem, że:
 - 1) Ubezpieczony przebywał w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 2) pobyt w szpitalu był następstwem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej,
 - 3) przyjęcie do szpitala nastąpiło w okresie ubezpieczenia.
3. Jeżeli pobyt w szpitalu jest następstwem wypadku komunikacyjnego Ubezpieczonemu przysługuje dodatkowe świadczenie w wysokości 50 % świadczenia dziennego, o którym mowa w ust. 1. Dodatkowe świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu za okres nie dłuższy niż 14 dni pobytu w szpitalu.
4. W przypadku, gdy wypis ze szpitala nastąpi po zakończeniu okresu ubezpieczenia pobyt w szpitalu jest objęty odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, pod warunkiem że przyjęcie do szpitala nastąpiło w okresie ubezpieczenia.

(..§18..)

1. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia w przypadku ubezpieczenia pobytu w szpitalu powinno zawierać poniższe podstawowe informacje:
 - 1) dane Ubezpieczającego: nazwisko (nazwę) oraz adres (siedzibę),
 - 2) dane Ubezpieczonego: imię i nazwisko, adres zamieszkania, nr PESEL,
 - 3) numer polisy,
 - 4) datę zdarzenia oraz szczegółowy opis okoliczności zaistnienia zdarzenia.
2. Do zawiadomienia, o którym mowa w ust. 1 należy dołączyć poniższe podstawowe dokumenty:
 - 1) raporty policyjne dotyczące zdarzenia, o ile zostały sporządzone i są w posiadaniu Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego,
 - 2) posiadane zaświadczenia lekarskie opisujące rodzaj i rozległość obrażeń oraz zawierające dokładną diagnozę,
 - 3) wszystkie posiadane zaświadczenia szpitalne związane z nieszczęśliwym wypadkiem, kartę informacyjną ze szpitala,
 - 4) inne dokumenty określone w postanowieniach dodatkowych lub odmiennych wprowadzonych do umowy ubezpieczenia lub w piśmie, o którym mowa w ust. 6.
3. Ubezpieczyciel może na swój koszt, kierować Ubezpieczonego na badania lekarskie.
4. Ubezpieczyciel może uzyskać odpłatnie od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu, za pośrednictwem lekarza upoważnionego przez Ubezpieczyciela, informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją danych o jego stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, w zakresie określonym w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
5. Wystąpienie Ubezpieczyciela o informację, o której mowa w ust. 4, wymaga pisemnej zgody Ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa.
6. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z zawiadomieniem o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
7. W przypadku powzięcia przez Ubezpieczyciela nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności zgłaszanych roszczeń lub wysokości świadczenia, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczającego, Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.

■ Zasady i tryb zgłaszania oraz rozpatrywania skarg i reklamacji

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:
 - a) **w formie pisemnej** – osobiście lub za pośrednictwem operatora pocztowego lub kuriera;
 - b) **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.

■ Opodatkowanie świadczeń

Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu ubezpieczeń regulują ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych.

Zastrzeżenia i informacje prawne dotyczące karty produktu:

1. Wszelkie informacje zawarte w niniejszej publikacji mają wyłącznie charakter informacyjny i nie stanowią ani oferty, ani rekomendacji. W szczególności informacje zawarte w tej publikacji nie stanowią oferty w rozumieniu ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny i nie są usługą doradztwa ubezpieczeniowego, finansowego, podatkowego ani prawnego.
2. Powyższy dokument nie stanowi wzorca umownego ani też części umowy uzgodnionej indywidualnie. Ostateczna decyzja w zakresie zawarcia umowy ubezpieczenia, należy jedynie do osoby decydującej się na zawarcie umowy ubezpieczenia i podejmowana jest na ryzyko i odpowiedzialność tej osoby na podstawie analiz oraz oceny zasadności i celowości wyboru produktu.
3. Klient powinien rozważyć potencjalne korzyści oraz straty, charakterystykę produktu, konsekwencje prawne oraz w sposób niezależny ocenić, czy jest to najlepszy dla niego produkt.
4. Decyzja o zawarciu umowy ubezpieczenia powinna zostać podjęta po wcześniejszym zapoznaniu się z całą dokumentacją ubezpieczeniową, w tym przede wszystkim z OWU, w których znajdują się szczegółowe informacje o ubezpieczeniu oraz prawach i obowiązkach InterRisk, Ubezpieczonego i Ubezpieczającego oraz które są ogólnodostępne na stronie www.interrisk.pl.