

- 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, że osoba ta w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyła 67 lat, a w przypadku umowy ubezpieczenia partnerskiego lub rodzinnego także jej małżonek/partner i ich dzieci.

■ Zakres ubezpieczenia

(..\$4..)

1. Zakres ubezpieczenia ustalany jest na wniosek Ubezpieczającego i może obejmować:
 - 1) koszty świadczeń medycznych, określonych w Załączniku nr 1 do OWU, w wariantach: MINI, MIDI, MAXI,
 - 2) następstwa nieszczęśliwego wypadku, określone w Załączniku nr 2 do OWU,
 - 3) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, określony w Załączniku nr 3 do OWU.
2. Na wniosek Ubezpieczającego umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w formie ubezpieczenia grupowego.
3. Na wniosek Ubezpieczającego:
 - 1) umowa ubezpieczenia partnerskiego może zostać zawarta w ramach umowy ubezpieczenia grupowego, za wyjątkiem wariantu MINI;
 - 2) umowa ubezpieczenia rodzinnego może zostać zawarta w ramach umowy ubezpieczenia grupowego, za wyjątkiem wariantu MINI.
4. Na wniosek Ubezpieczającego umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w zakresie określonym w ust. 1 pkt 2) lub w zakresie określonym w ust. 1 pkt. 1) rozszerzonym o ubezpieczenia określone w ust. 1 pkt 2) – 3).
5. Zmiana wariantu lub formy ubezpieczenia kosztów świadczeń medycznych na wyższy z:
 - 1) pakietu indywidualnego na partnerski lub rodzinny;
 - 2) pakietu partnerskiego na rodzinny,może nastąpić nie później niż w ciągu trzech pierwszych miesięcy kalendarzowych od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową oraz w dniu kontynuacji umowy ubezpieczenia na następny 12-miesięczny okres ubezpieczenia.
6. Zmiana formy ubezpieczenia kosztów świadczeń medycznych z:
 - 1) pakietu rodzinnego na partnerski lub indywidualny;
 - 2) pakietu partnerskiego na indywidualny,może nastąpić nie wcześniej niż w dniu kontynuacji umowy ubezpieczenia na następny 12-miesięczny okres ubezpieczenia.
7. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na rzecz najbliższych członków rodziny pracownika Ubezpieczającego wyłącznie w tym samym wariantach co pracownik.
8. Zmiana wariantu ubezpieczenia w przypadku ubezpieczenia kosztów świadczeń medycznych w czasie trwania umowy ubezpieczenia wymaga uzyskania zgody InterRisk.
9. Wizyty u lekarza internisty, lekarza rodzinnego, pediatry oraz lekarza specjalisty nie wymaga skierowania. Udzielenie pozostałych świadczeń medycznych, w tym wykonanie zabiegów ambulatoryjnych określonych w Załączniku nr 1 do OWU Biznes Pro Zdrowie wymaga skierowania od lekarza Partnera Medycznego.
10. Ubezpieczyciel pokrywa koszty świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 1), jeżeli są one niezbędne z medycznego punktu widzenia.

■ Suma ubezpieczenia

1. Górną granicę odpowiedzialności InterRisk w ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycznych stanowią koszty świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 do OWU Biznes Pro Zdrowie.
2. W ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków, o którym mowa

w §4 ust.1 pkt 2) OWU Biznes Pro Zdrowie suma ubezpieczenia określana jest kwotowo i stanowi 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.

3. W ubezpieczeniu pobytu w szpitalu, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 3) OWU Biznes Pro Zdrowie 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 §14 ust. 1 OWU Biznes Pro Zdrowie.
4. Wysokość sum ubezpieczenia, o których mowa w ust. 2 - 3 ustalana jest na wniosek Ubezpieczającego.
5. Sumy ubezpieczenia, o których mowa w ust. 2 - 3 określone są w umowie ubezpieczenia i stanowią górną granicę odpowiedzialności InterRisk dla danego rodzaju ubezpieczenia.

■ Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia (§5, §6, §11 ust. 2)

(..\$5..)

Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia, powstałe w następstwie lub w związku z:

- 1) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa lub samookaleczenia się przez Ubezpieczonego;
- 2) umyślnym popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego;
- 3) działaniem energii jądrowej, wszelkich odpadów radioaktywnych, bądź materiałów wybuchowych;
- 4) działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami, sabotażem, a także aktami terroru;
- 5) strajków;
- 6) prowadzeniem pojazdu przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał uprawnień do jego prowadzenia, o ile nie posiadanie uprawnień przez Ubezpieczonego do prowadzenia pojazdu miało wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku lub choroby;
- 7) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem, uszkodzeń okołoporodowych (efektów deformacji fizycznych) lub mających charakter dziedziczny;
- 8) zmiany 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) leczenia następstw uczestnictwa Ubezpieczonego w badaniach i eksperymentach medycznych;
- 12) leczenia i diagnostyki niepłodności;
- 13) zatrucia alkoholem, substancjami odurzającymi i lekami stosowanymi niezgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- 14) pandemii.
2. Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów leków i środków medycznych za wyjątkiem użytych w nagłych przypadkach dla ratowania życia oraz niezbędnych do przeprowadzenia standardowych badań profilaktycznych i specjalistycznych.
3. W ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 2) OWU Biznes Pro Zdrowie InterRisk dodatkowo nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z:
 - 1) wyczynowym uprawianiem sportu przez Ubezpieczonego;
 - 2) uprawianiem sportów wysokiego ryzyka przez Ubezpieczonego.

(..\$6..)

1. Górną granicę odpowiedzialności InterRisk w ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycznych stanowią koszty świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 do OWU Biznes Pro Zdrowie.
2. W ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków, o którym mowa w §4 ust.1 pkt 2) OWU Biznes Pro Zdrowie suma ubezpieczenia określana jest kwotowo i stanowi 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.
3. W ubezpieczeniu pobytu w szpitalu, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 3) OWU Biznes Pro Zdrowie 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 §14 ust. 1 OWU Biznes Pro Zdrowie.

4. Wysokość sum ubezpieczenia, o których mowa w ust. 2 - 3 ustalana jest na wniosek Ubezpieczającego.
5. Sumy ubezpieczenia, o których mowa w ust. 2 - 3 określone są w umowie ubezpieczenia i stanowią górną granicę odpowiedzialności InterRisk dla danego rodzaju ubezpieczenia.

(..§11 ust.2.)

Jeżeli Ubezpieczający nie podał do wiadomości InterRisk znanych sobie okoliczności, o których mowa w §11 ust.1 pkt 1) OWU Biznes Pro Zdrowie lub nie dopełnił obowiązku, o którym mowa w § 13 ust.1 pkt 2) OWU Biznes Pro Zdrowie, InterRisk nie ponosi odpowiedzialności, za skutki tych okoliczności.

■ Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem ubezpieczenia są koszty świadczeń medycznych powstałe w okresie ubezpieczenia w związku z leczeniem chorób i następstw nieszczęśliwych wypadków, a także następstwa nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się Ubezpieczonemu w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej 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. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 i 4, odpowiedzialność InterRisk z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, wskazanego w umowie jako początek ochrony ubezpieczeniowej (okresu ubezpieczenia), jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub pierwszej raty składki.
3. W przypadku ubezpieczenia na cudzy rachunek, w stosunku do nowo przystępujących osób do ubezpieczenia grupowego w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym osoba została zgłoszona do InterRisk przez Ubezpieczającego do ubezpieczenia grupowego.
4. W umowach zawartych wyłącznie w zakresie określonym w §4 ust. 1 pkt 2) OWU Biznes Pro Zdrowie odpowiedzialność InterRisk 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.
5. 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 §9 ust. 2 -4 OWU Biznes Pro Zdrowie;
 - 4) w przypadku opłacania składki w ratach – jeżeli po upływie terminu płatności raty InterRisk wezwie Ubezpieczającego do jej zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania przez Ubezpieczającego spowoduje ustanie odpowiedzialności InterRisk, a kolejna rata składki nie zostanie opłacona w tym terminie – z dniem upływu tego terminu;
 - 5) wobec Ubezpieczonego z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia wskutek wypłacenia świadczenia lub świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia – dotyczy ubezpieczenia pobytu w szpitalu i następstw nieszczęśliwych wypadków;
 - 6) wobec Ubezpieczonego z dniem jego zgonu;
 - 7) wobec Ubezpieczonego w grupowej umowie ubezpieczenia – z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym InterRisk otrzymał informację o wystąpieniu Ubezpieczonego z ubezpieczenia w formie listy osób ubezpieczonych, o której mowa w §11 ust. 1 pkt 5 ppkt b. OWU Biznes Pro Zdrowie Ubezpieczony może wystąpić z ubezpieczenia w każdym czasie.

■ Okres ochrony ubezpieczeniowej

Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres dwunastu miesięcy, za wyjątkiem umów ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, które mogą zostać zawarte na 12, 24 lub 36 miesięczny okres ubezpieczenia, chyba że strony umówiły się inaczej.

■ 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. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie jej obowiązywania ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia.
3. W przypadku ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego

okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.

4. Jeżeli InterRisk ponosił odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem 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 §8 ust. 5 pkt 4) OWU Biznes Pro Zdrowie.
6. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenia umowy przez którąkolwiek ze stron, InterRisk 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 określona jest w umowie ubezpieczenia.
2. Wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej uzależniona jest od:
 - 1) zakresu ubezpieczenia;
 - 2) wariantu ubezpieczenia;
 - 3) liczby osób przystępujących;
 - 4) okresu ubezpieczenia;
 - 5) informacji o szkodowości, w przypadku kontynuacji umowy ubezpieczenia na kolejny okres;
 - 6) wysokości sumy ubezpieczenia.
3. Składka ubezpieczeniowa określona jest kwotowo dla danego rodzaju ubezpieczenia. Składka ubezpieczeniowa określona jest w złotych polskich.
4. Wysokość składki ubezpieczeniowej obliczana jest według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
5. InterRisk może zastosować zwwyżki składki, w szczególności z tytułu:
 - 1) wprowadzenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od postanowień OWU;
 - 2) wysokiej częstotliwości zaistniałych zdarzeń ubezpieczeniowych objętych odpowiedzialnością InterRisk.
6. InterRisk może zastosować zniżki składki, w szczególności z tytułu:
 - 1) zawarcia umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWU z Ubezpieczającym, który zawarł z InterRisk umowę ubezpieczenia Biznes PRO, przy czym zniżka może zostać udzielona wyłącznie, gdy zawarcie umowy ubezpieczenia Biznes PRO ZDROWIE nastąpi w okresie ubezpieczenia umowy ubezpieczenia Biznes PRO;
 - 2) liczby osób przystępujących do ubezpieczenia – dotyczy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków;
 - 3) wprowadzenia postanowień dodatkowych lub odmiennych do postanowień OWU.
7. Składka ubezpieczeniowa płatna jest jednorazowo, chyba że strony umówiły się inaczej.
8. Składka ubezpieczeniowa, na wniosek Ubezpieczającego, może zostać rozłożona na raty. Terminy płatności i wysokość kolejnych rat określa się w umowie ubezpieczenia.
9. Składka lub pierwsza rata składki za ubezpieczenie kosztów świadczeń medycznych rozszerzone o ubezpieczenie pobytu w szpitalu lub ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków powinna być zapłacona w dniu zawierania umowy, jednak nie później niż do 25 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc kalendarzowy, w którym nastąpi początek okresu ubezpieczenia, chyba że strony ustaliły w umowie ubezpieczenia (polisie) inne terminy płatności. Kolejne raty składki ubezpieczeniowej płatne są do 20 każdego kolejnego dnia miesiąca kalendarzowego.
10. Składka za umowę ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków z Ubezpieczającym, który zawarł z InterRisk umowę ubezpieczenia Biznes PRO, powinna zostać zapłacona w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, jednak nie później niż w terminie zapłaty składki za Ubezpieczenie Biznes PRO.
11. W przypadku, o którym mowa w ust. 10 przy płatności ratalnej, pierwsza rata składki powinna być zapłacona w dniu zawarcia umowy, jednak nie później niż w terminie zapłaty raty składki za umowę ubezpieczenia Biznes PRO, natomiast kolejne raty składki ubezpieczeniowej płatne są w terminach zapłaty kolejnych rat składki za ubezpieczenie Biznes PRO.

■ Zgłoszenie szkody (§12, §13, §14, §15)

(..§12..)

1. Świadczenia medyczne, określone w Załączniku nr 1 do OWU, udzielane są Ubezpieczonemu we wskazanych placówkach własnych i partnerskich Partnera Medycznego współpracującego z InterRisk. Informacja o adresach placówek medycznych, w których realizowane są świadczenia dostępna jest na stronie internetowej www.enel.pl. Warunkiem skorzystania ze świadczeń objętych ubezpieczeniem jest kontakt z Infolinią Medyczną w przypadku korzystania z placówek

- własnych Partnera Medycznego bądź bezpośrednio z placówką medyczną w przypadku korzystania z placówek partnerskich. W przypadkach, gdy Ubezpieczony ma nagłą potrzebę skorzystania z placówki medycznej poza miastem określonym na polisie jako miasto, w którym Ubezpieczony będzie korzystać ze świadczeń medycznych, powinien skontaktować się z Infolinią Medyczną Partnera Medycznego.
2. W ramach ubezpieczenia kosztów świadczeń medycznych, o których mowa w ust. 1 Ubezpieczający lub Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) skontaktować się z Infolinią Medyczną bądź z placówką partnerską w celu uzyskania świadczeń medycznych;
 - 2) przedstawić ważny dowód tożsamości, a na żądanie pracownika placówki Partnera Medycznego również kartę identyfikacyjną;
 - 3) zastosować się do zaleceń i wskazówek personelu medycznego Partnera Medycznego w zakresie uzasadnionym realizowanym świadczeniem zdrowotnym;
 - 4) poinformować Partnera Medycznego bądź placówkę partnerską o braku możliwości realizacji usługi w umówionym terminie, w celu wyznaczenia nowego dogodnego terminu.
 3. Koszty świadczeń, o których mowa w ust. 1 pokrywane są przez InterRisk bezpośrednio na konto Partnera Medycznego, udzielającego świadczenie.
 4. W razie powstania zdarzenia, mogącego powodować odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ubezpieczeniu pobytu w szpitalu, Ubezpieczający lub Ubezpieczony obowiązany jest do:
 - 1) niezwłocznego zgłoszenia się do lekarza i zastosowania się do jego zaleceń;
 - 2) zawiadomienia o zajściu tego zdarzenia InterRisk nie później niż w terminie 14 dni od dnia zajścia zdarzenia lub uzyskania o nim informacji, o ile stan zdrowia mu na to pozwala.
- (..§13..)
1. W ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 2) OWU Biznes Pro Zdrowie umowa ubezpieczenia zapewnia:
 - 1) w przypadku 100% uszczerbku na zdrowiu – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia;
 - 2) w przypadku uszczerbku na zdrowiu poniżej 100% – wysokość świadczenia określona jest w takim procencie sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, w jakim Ubezpieczony doznał uszczerbku na zdrowiu;
 - 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.
 2. 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.
 3. 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%.
 4. Przy ustaleniu stopnia (procentu) uszczerbku na zdrowiu, nie bierze się pod uwagę charakteru czynności zawodowych wykonywanych przez Ubezpieczonego.
 5. 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 TU S.A. Vienna Insurance Group obowiązującej w dniu zawarcia umowy.
 6. Tabela Norm Uszczerbku na Zdrowiu InterRisk udostępniana jest Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu, na każdy ich wniosek, zgodnie z postanowieniami §11 ust. 5 pkt 5) OWU Biznes Pro Zdrowie.
 7. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje przed wypadkiem były już upośledzone, świadczenie wypłaca się z uwzględnieniem różnicy pomiędzy stopniem (procentem) uszczerbku na zdrowiu właściwym dla danego organu, narządu lub układu po wypadku, a istniejącym bezpośrednio przed wypadkiem.
 8. Świadczenie z tytułu uszczerbku na zdrowiu wypłacane jest Ubezpieczonemu.
 9. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest Uprawnionemu.
- (..§14..)
1. W ubezpieczeniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 3) OWU Biznes Pro Zdrowie, świadczenie stanowi iloczyn wysokości świadczenia za dzień pobytu w szpitalu określonego w umowie ubezpieczenia - świadczenie dzienne – 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, o którym mowa powyżej 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. 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.
- (..§15..)
1. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia – w przypadku ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków oraz ubezpieczenia pobytu w szpitalu – powinno zawierać poniższe podstawowe informacje:
 - 1) dane Ubezpieczającego: nazwę oraz adres (siedzibę);
 - 2) dane Ubezpieczonego: imię i nazwisko, adres zamieszkania, nr PESEL;
 - 3) datę zdarzenia oraz szczegółowy opis okoliczności zaistnienia zdarzenia.
 2. W celu umożliwienia ustalenia odpowiedzialności InterRisk z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczający lub Ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć poniższe podstawowe dokumenty:
 - 1) kopię zgłoszenia zdarzenia Policji, o ile zostało dokonane;
 - 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 wymaganych zgodnie z przepisami do prowadzenia pojazdu,
 - b) kopię dowodu rejestracyjnego pojazdu;
 - 6) 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;
 - 7) inne dokumenty określone w postanowieniach dodatkowych lub odmiennych wprowadzonych do umowy ubezpieczenia lub w piśmie, o którym mowa w ust. 7.
 3. W celu umożliwienia ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia pobytu w szpitalu Ubezpieczający/Ubezpieczony zobowiązany jest 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. InterRisk może na swój koszt, kierować Ubezpieczonego na badania lekarskie.
 5. InterRisk może uzyskać odpłatnie od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu, za pośrednictwem lekarza upoważnionego przez InterRisk, informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją danych o jego stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, w zakresie określonym w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
 6. Wystąpienie InterRisk o informację, o której mowa w ust. 5, wymaga pisemnej zgody Ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, albo jego przedstawiciela ustawowego.
 7. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia 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 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 InterRisk lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
 8. W przypadku powzięcia przez InterRisk nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności zgłaszanych roszczeń lub wysokości świadczenia, InterRisk w terminie 7 dni od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczającego, Ubezpieczonego 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 powinny 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.