



SKRYPT DO UBEZPIECZENIA ANTIDOTUM PLUS

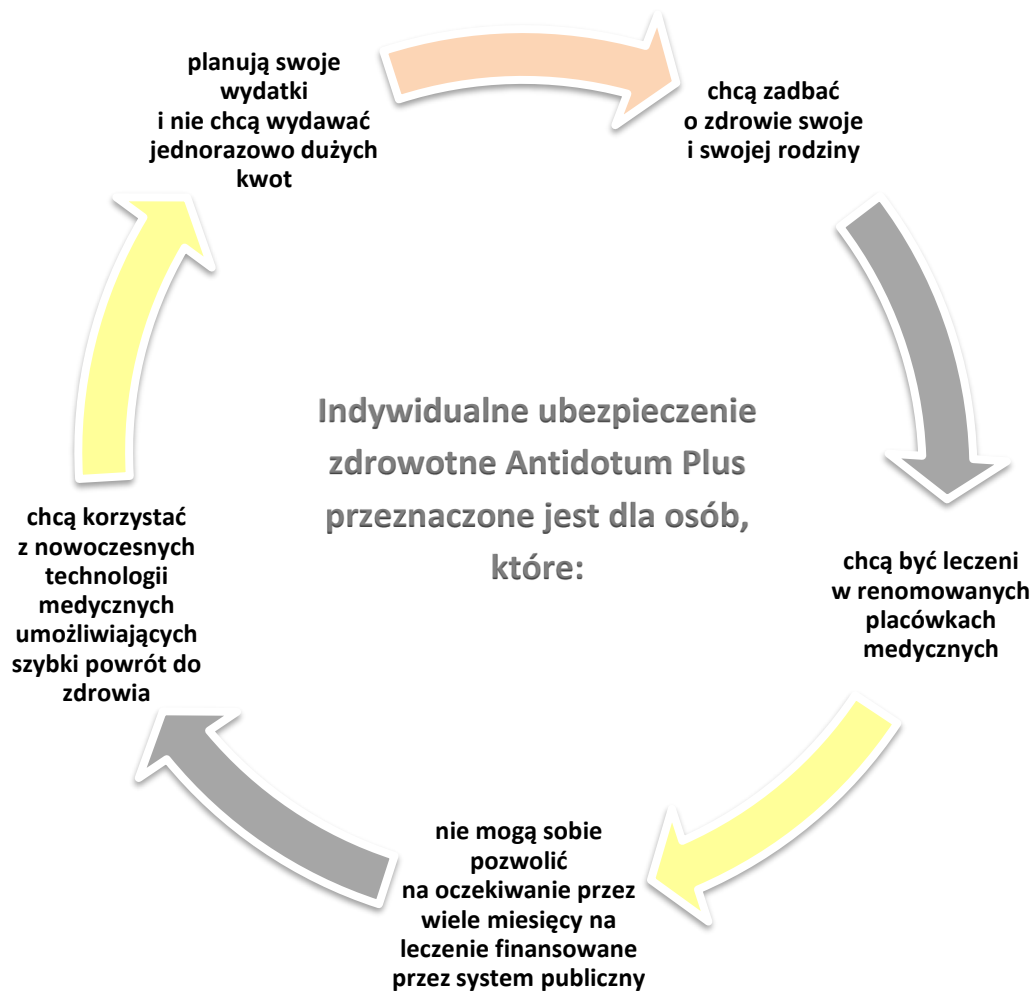
Przygotował:
Departament Ubezpieczeń Osobowych i Zdrowotnych

Spis treści

<i>Dla kogo przeznaczone jest indywidualne ubezpieczenie zdrowotne Antidotum Plus?</i>	2
<i>Dlaczego warto wybrać ubezpieczenie Antidotum Plus?</i>	3
<i>Jak korzystać z ubezpieczenia Antidotum Plus? – koszty świadczeń medycznych</i>	4
<i>Kto może być Ubezpieczającym, a kto Ubezpieczonym?</i>	6
<i>W jakiej formie może zostać zawarta umowa ubezpieczenia?</i>	6
<i>Jaka jest definicja „DZIECKA”?</i>	7
<i>Co jest przedmiotem ubezpieczenia?</i>	8
<i>W jakim wariancie może zostać zawarta umowa ubezpieczenia?</i>	10
<i>Jaki zakres świadczeń medycznych jest dostępny w wybranym wariancie?</i>	11
<i>W jaki sposób są realizowane wizyty domowe?</i>	16
<i>Jakie koszty pokrywa InterRisk S.A. Vienna Insurance Group w ramach ubezpieczenia pomocy doraźnej?</i>	18
<i>Jak odbywa się realizacja świadczeń w ramach ubezpieczenia kosztów pomocy doraźnej?</i>	19
<i>Na czym polega ubezpieczenie pobytu w szpitalu?</i>	20
<i>Jaka jest wysokość świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu?</i>	21
<i>Jakie informacje i dokumenty powinno zawierać zawiadomienie o zajściu zdarzenia dotyczącego kosztów pomocy doraźnej lub ubezpieczenia pobytu w szpitalu?</i>	22
<i>Jakie czynniki wpływają na wysokość składki?</i>	23
<i>Jaka jest wysokość składki i suma ubezpieczenia?</i>	24
<i>Wysokość składki ubezpieczeniowej obliczana jest według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia (lub zmiany) umowy ubezpieczenia.</i>	26
<i>Jaka jest częstotliwość opłacania składki?</i>	26
<i>Jaki jest czas trwania umowy?</i>	27
<i>Kiedy zaczyna się odpowiedzialność?</i>	27
<i>Jak dochodzi do zawarcia umowy ubezpieczenia Antidotum Plus?</i>	28
<i>Za jakie zdarzenia nie odpowiada InterRisk S.A. Vienna Insurance Group?</i>	30
<i>Jakie są wyłączenia w ubezpieczeniu kosztów pomocy doraźnej?</i>	31
<i>Czy są jakieś wyłączenia w ubezpieczeniu z tytułu pobytu w szpitalu?</i>	31
<i>Kiedy kończy się odpowiedzialność InterRisk S.A. Vienna Insurance Group?</i>	32
<i>W jaki sposób może dojść do rozwiązania umowy ubezpieczenia Antidotum Plus?</i>	33
<i>Case study</i>	35



**Dla kogo przeznaczone jest
indywidualne ubezpieczenie
zdrowotne Antidotum Plus?**



Dlaczego warto wybrać ubezpieczenie Antidotum Plus?

Standard realizacji świadczeń medycznych:

- ✓ placówki medyczne o **wysokim standardzie i nowoczesnym wyposażeniu**,
- ✓ **4 warianty** ubezpieczenia o zróżnicowanych zakresach,
- ✓ **indywidualna ochrona ubezpieczeniowa dla dziecka już od chwili narodzin** – konsultacje u lekarzy specjalistów ze specjalizacją dziecięcą,
- ✓ możliwość ubezpieczenia dziecka **od 14 roku życia do 25 roku życia w 2 wariantach**,
- ✓ **bezgotówkowa realizacja** świadczeń medycznych w ponad **1000 placówkach medycznych** w całej Polsce,
- ✓ Infolinia medyczna czynna **24h / 7 dni w tygodniu**,
- ✓ **wizyty u lekarzy specjalistów nielimitowane i bezpośrednie (bez skierowania od internisty / pediatry).**

Szeroki zakres świadczeń medycznych:

- ✓ **brak karencji** na świadczenia medyczne w tym specjalistyczne badania, takie jak tomografia komputerowa czy rezonans magnetyczny oraz badania diagnostyczne,
- ✓ możliwość **rozszerzenia ubezpieczenia o pomoc doraźną i pobyt Ubezpieczonego w szpitalu**,
- ✓ ubezpieczeniem **objęte są choroby przewlekłe** (nie dotyczy świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu), **prowadzenie ciąży, rehabilitacja**, wizyty domowe, szczepienie przeciw grypie,
- ✓ **szeroki zakres specjalistów dziecięcych**,
- ✓ **10% zniżki** na wskazane usługi medyczne świadczone w placówkach własnych Partnera Medycznego.

Minimum formalności:

- ✓ **2 warianty ubezpieczenia**: indywidualne dla dzieci i dorosłych (od 0 do 65 r.ż.), rodzinne,
- ✓ **brak ankiety medycznej o stanie zdrowia**,
- ✓ **natychmiastowa decyzja** o możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia.

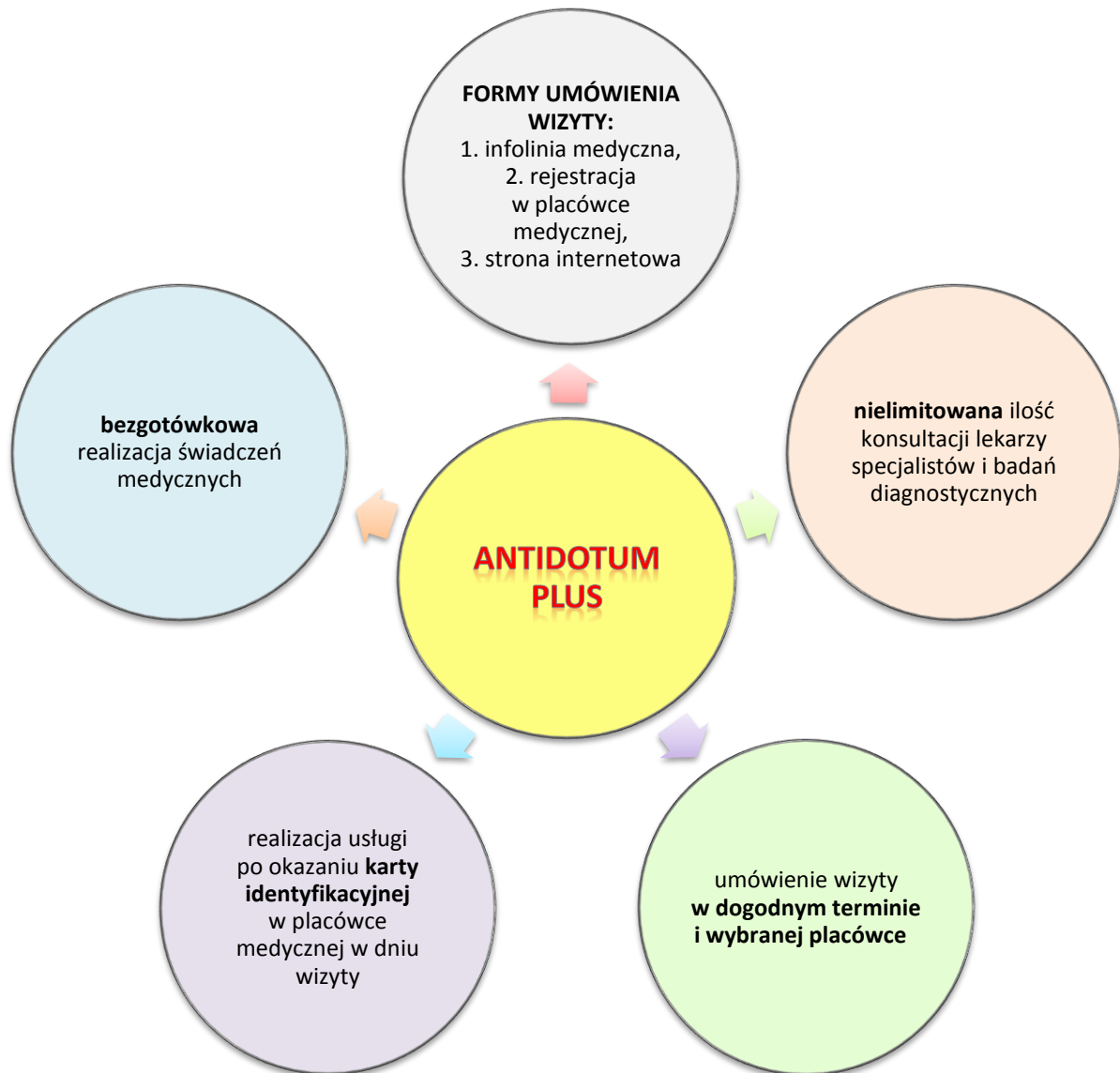
Atrakcyjna składka:

- ✓ składka już od **65,00zł** miesięcznie (**uwaga prywatna wizyta to koszt od 108,00zł do 141,00zł jednorazowo!**),
- ✓ składka nie jest uzależniona od stanu zdrowia czy wieku osoby ubezpieczonej.

Jak korzystać z ubezpieczenia Antidotum Plus?
– koszty świadczeń medycznych

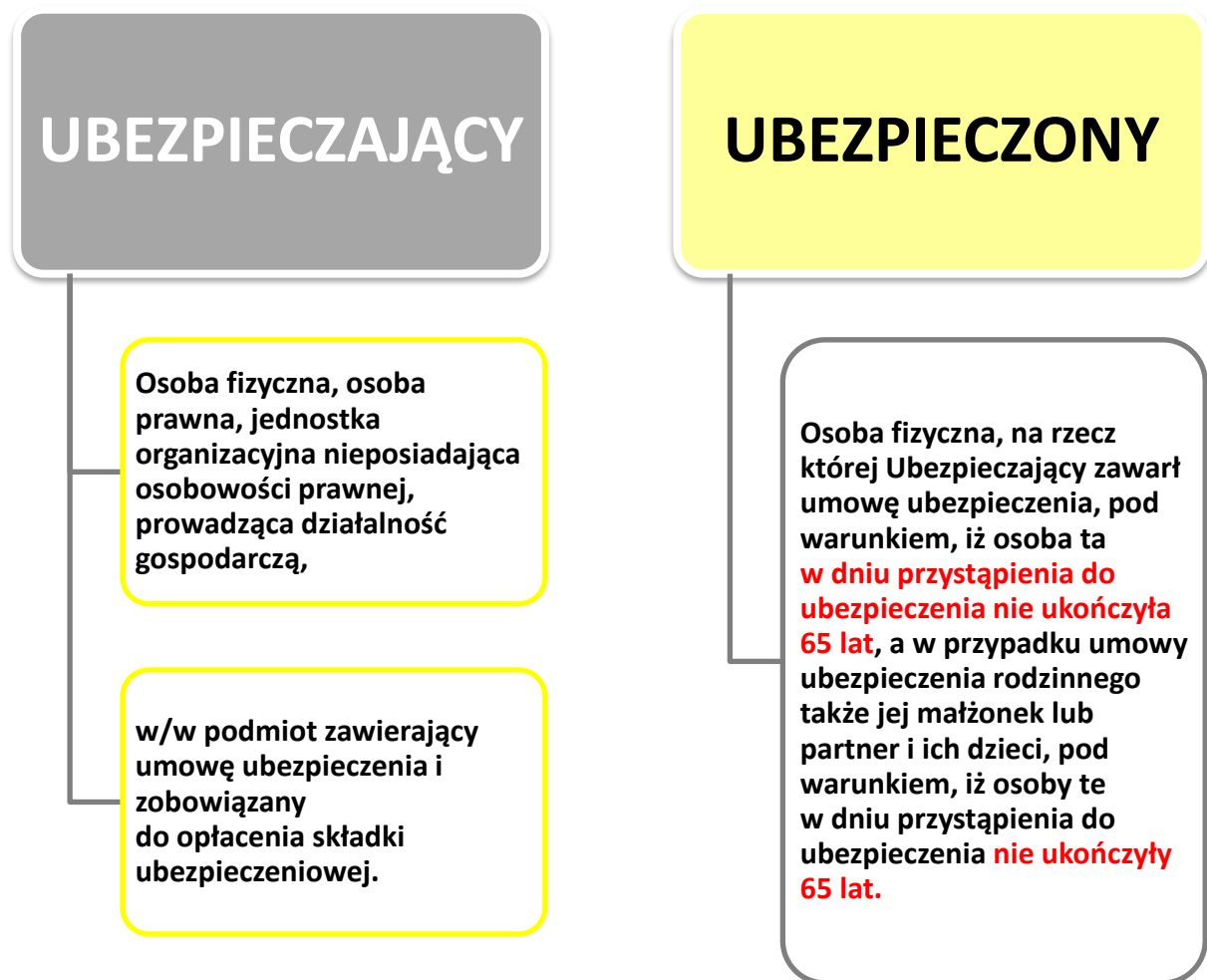
Ubezpieczenie Antidotum Plus, to gwarancja wysokiego standardu obsługi, dzięki czemu Klienci mogą w kompleksowy sposób zadbać o zdrowie swoje i swoich najbliższych.

Usługi medyczne realizowane są w nowoczesnych i komfortowych Placówkach Medycznych. Dodatkowo Partnerzy Medyczni wychodząc naprzeciw oczekiwaniom Klienta zapewniają dogodne formy umówienia wizyty: infolinia medyczna czynna 7 dni w tygodniu / 24 godziny na dobę, bezpośrednia rejestracja w recepcji wybranej placówki medycznej, jak również możliwość umówienia wizyty on-line. Duża ilość placówek własnych i współpracujących natomiast umożliwia umówienie wizyty w dogodnej dla Klienta lokalizacji. Pacjenci mają dostęp do nielimitowanych i bezpośrednich (bez skierowania od internisty / pediatry) konsultacji lekarzy specjalistów i badań diagnostycznych. W trakcie roku ubezpieczeniowego limitowane są wyłącznie wizyty domowe – 10 wizyt na osobę, usługi rehabilitacyjne – 10 zabiegów na dana jednostkę chorobową na osobę oraz przegląd stomatologiczny – raz w roku. Każdy ubezpieczony otrzymuje własną kartę identyfikacyjną, która po okazaniu w placówce medycznej uprawnia go do bezgotówkowej realizacji świadczeń medycznych dostępnych w ramach wybranego wariantu ubezpieczenia.



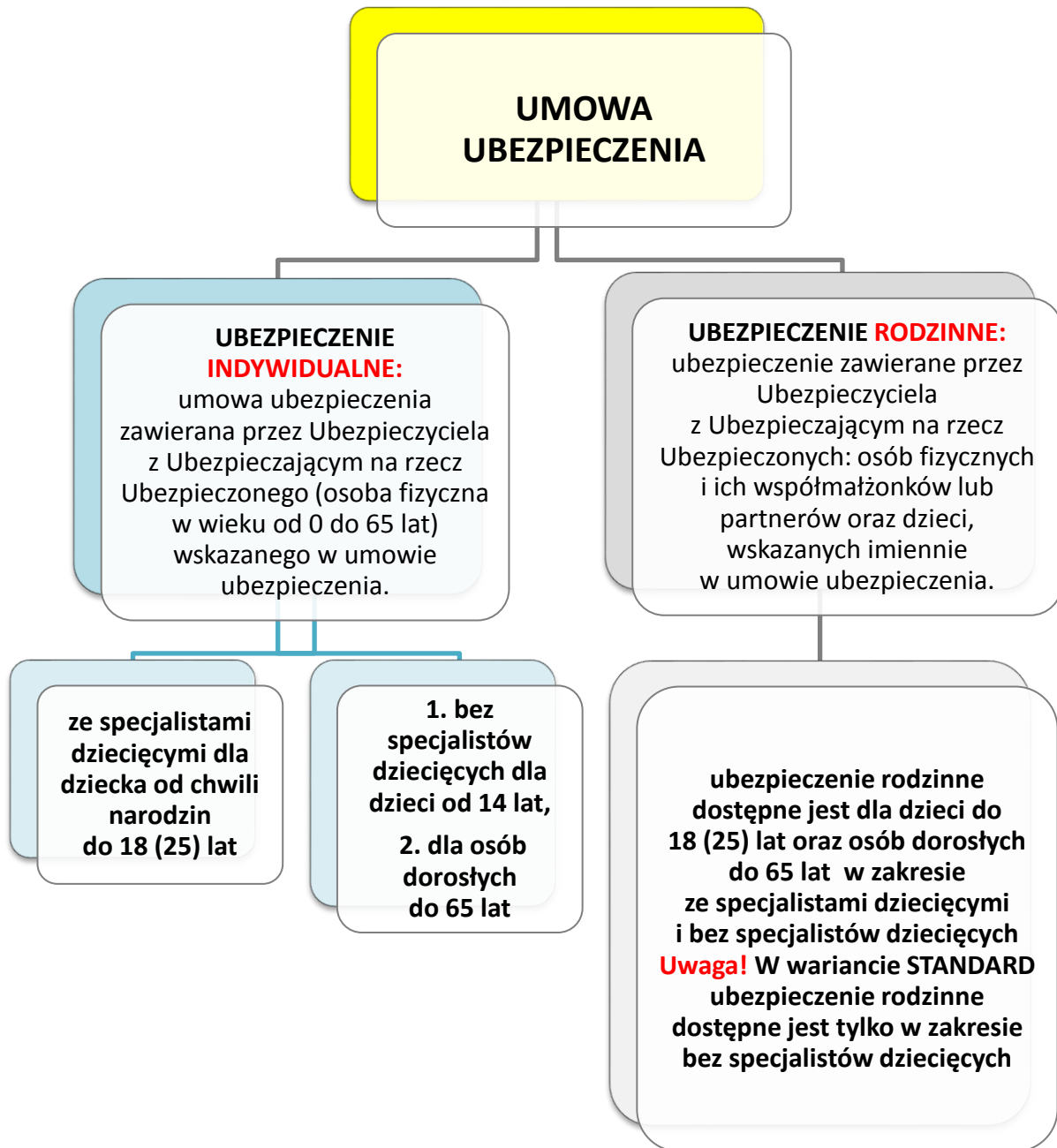
Kto może być Ubezpieczającym, a kto Ubezpieczonym?

Umowa ubezpieczenia podpisywana jest pomiędzy Ubezpieczycielem InterRisk Vienna Insurance Group, a Ubezpieczającym (który może być zarówno jedną z osób ubezpieczonych jak i wyłącznie stroną umowy) na rzecz innych osób ubezpieczonych uprawnionych do korzystania z usług.



W jakiej formie może zostać zawarta umowa ubezpieczenia?

Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w dwóch formach, jako ubezpieczenie indywidualne i rodzinne. Szczególną uwagę należy zwrócić na §2 pkt 4 OWU, który definiuje pojęcie „dziecka”, które weryfikuje w poszczególnych wariantach dostęp do lekarzy specjalistów posiadających specjalizacje dziecięce.



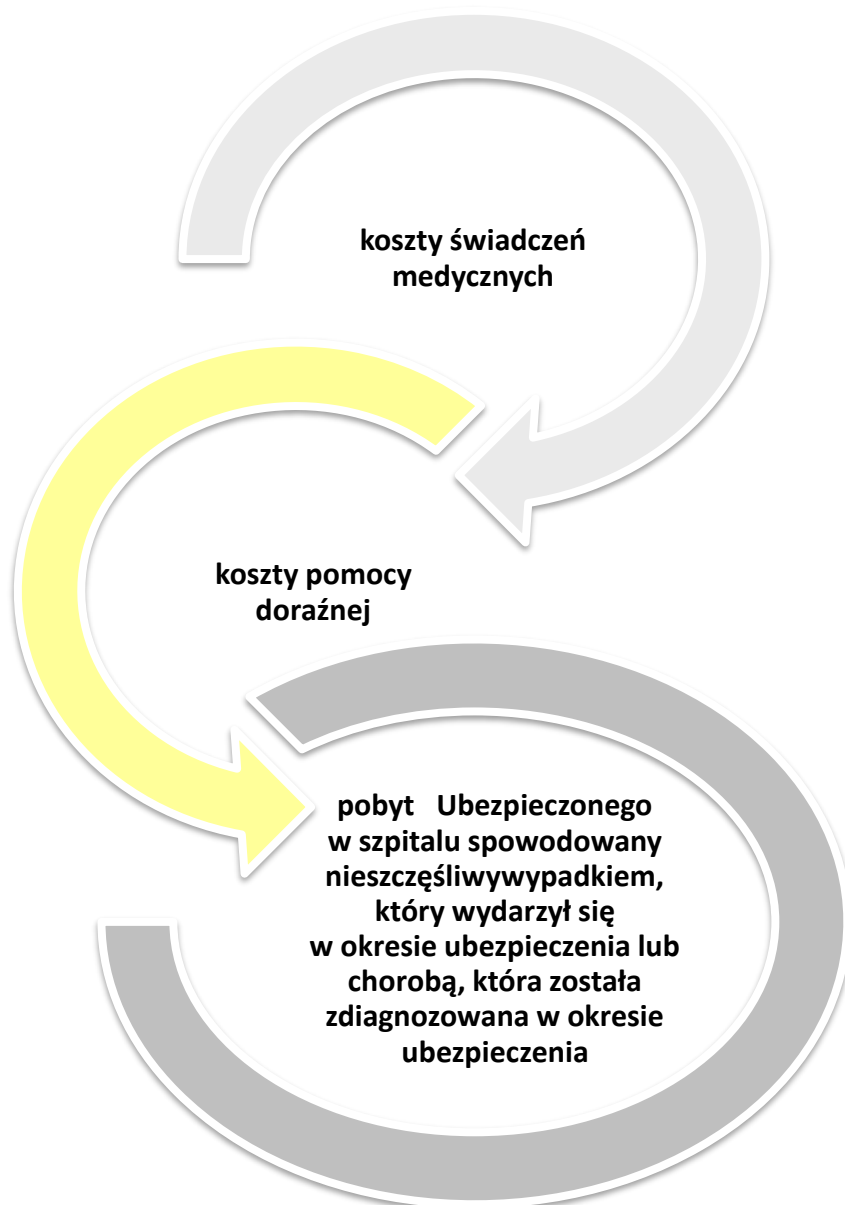
Jaka jest definicja „DZIECKA”?

Zgodnie z §2 pkt 4 OWU dziecko, to każde dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko w pełni, bądź nie w pełni przez niego przysposobione, w wieku do 18 lat, a w przypadku uczęszczania do szkoły publicznej lub niepublicznej (w tym uczelni wyższej), znajdującej się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w trybie dziennym, zaocznym lub wieczorowym, w rozumieniu ustawy o systemie oświaty oraz ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym, z wyłączeniem kursów oraz kształcenia korespondencyjnego – w wieku do 25 lat.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

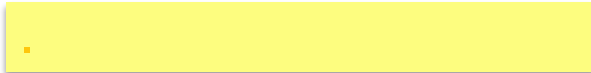
Przedmiotem ubezpieczenia Antidotum Plus jest pokrycie:

1. kosztów świadczeń medycznych wymienionych w Załączniku nr 1 do Ogólnych Warunków Umowy Ubezpieczenia „Zakres świadczeń medycznych” w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia: Standard, Pełny, Prestiż i Komfort,
2. kosztów pomocy doraźnej – zgodnie z Załącznikiem nr 2 do Ogólnych Warunków Umowy Ubezpieczenia „Ubezpieczenie kosztów pomocy doraźnej” w ramach których Ubezpieczyciel pokrywa zwrot kosztów świadczeń medycznych poniesionych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, tj. porady lekarza rodzinnego, internisty, pediatry, porady lekarza chirurga, ortopedy w wyniku doznania przez Ubezpieczonego nieszczęśliwego wypadku, zabiegów pielęgniarских (pomiar ciśnienia tętniczego, EKG spoczynkowe, iniekcje domięśniowe lub dożylnie, inhalacje), podstawowych badań diagnostycznych: morfologia + rozmaz, glukoza, mocznik, kreatynina, bilirubina, diastazy w surowicy, badanie ogólne moczu, USG jamy brzusznej,
3. pokrycie / zwrot kosztów za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, który wydarzył się w okresie ubezpieczenia lub chorobą, która została zdiagnozowana w okresie ubezpieczenia – zgodnie z Załącznikiem nr 3 do Ogólnych Warunków Umowy Ubezpieczenia „Ubezpieczenie pobytu w szpitalu”.



W jakim wariancie może zostać zawarta umowa ubezpieczenia?

**UBEZPIECZENIE
INDYWIDUALNE**



STANDARD

☐ **NOWOŚĆ! Dla dzieci 2 opcje zawarcia umowy:**

1. konsultacje u lekarzy ze specjalizacją dziecięcą,
2. konsultacje u lekarzy bez specjalizacji dziecięcej

☐ **PEŁNY**

☐ **PRESTIŻ**

☐ **KOMFORT**

**UBEZPIECZENIE
RODZINNE**



STANDARD

☐ **NOWA forma zawarcia umowy**
w wariancie STANDARD: bez specjalistów dziecięcych

☐ **PEŁNY**

☐ **PRESTIŻ**

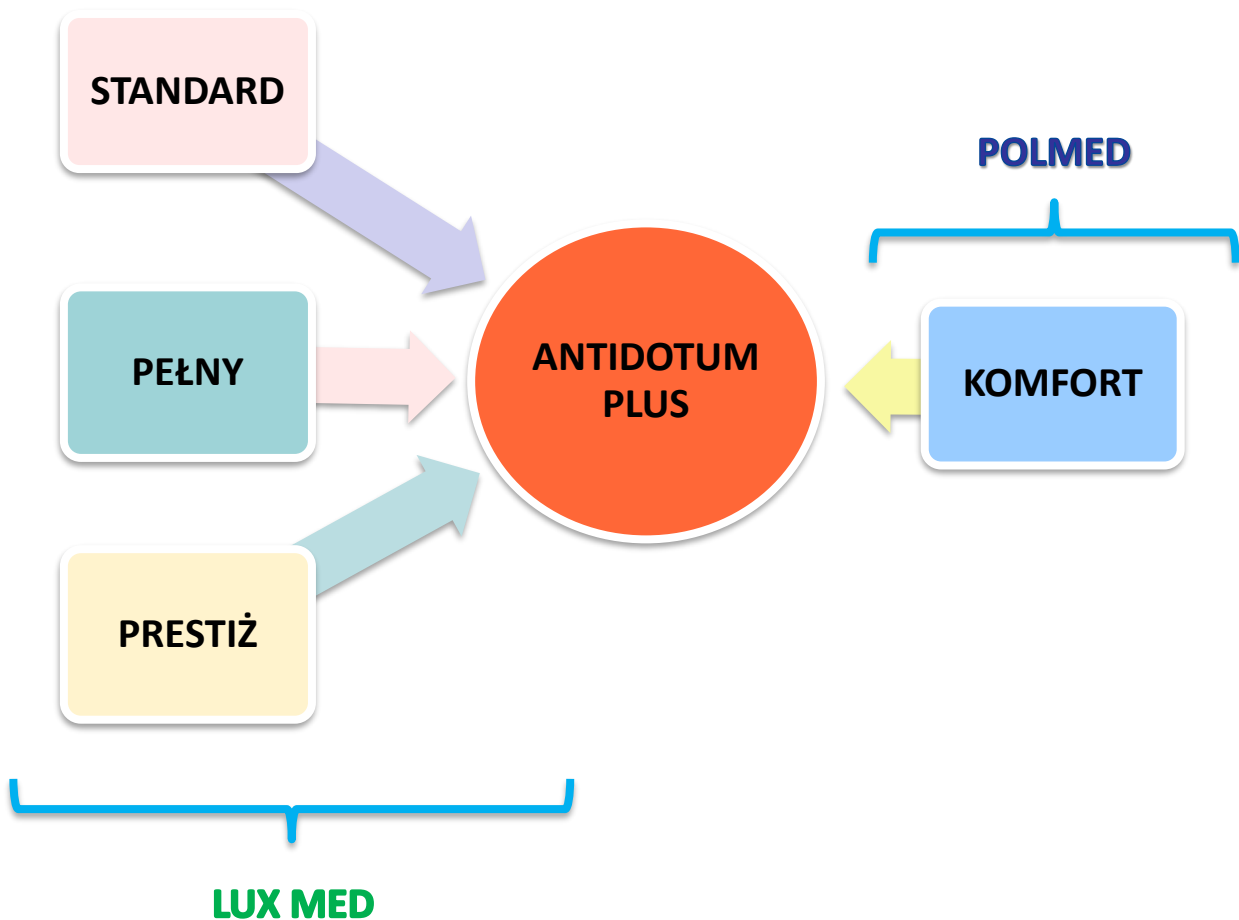
☐ **KOMFORT**

Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu oraz koszty pomocy doraźnej są dostępne tylko w wariancie Pełnym, Prestiż oraz Komfort.

Jaki zakres świadczeń medycznych jest dostępny w wybranym wariancie?

W zależności od potrzeb i oczekiwań, Klient ma do wyboru 4 warianty ubezpieczenia różniące się zakresem oferowanych świadczeń.

Usługi medyczne, oprócz usług rehabilitacyjnych (10 zabiegów na osobę), wizyt domowych (10 wizyt na osobę) i przeglądu stomatologicznego (raz w roku ubezpieczeniowym) są nielimitowane. Każdy z 4 wariantów ubezpieczenia zawiera w swoim zakresie pakiet prowadzenia ciąży.



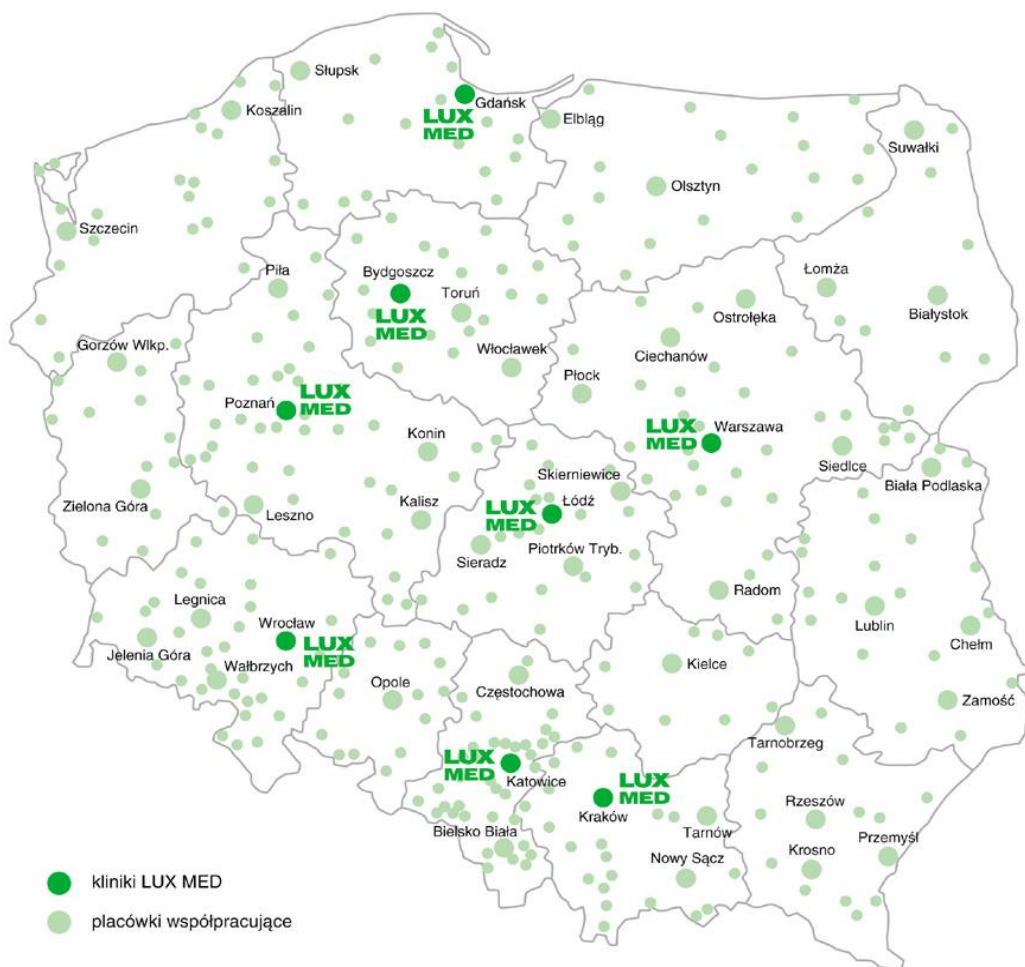
Wariant STANDARD
Konsultacje lekarza internisty;
Konsultacje 7 lekarzy specjalistów: chirurg ogólny, ginekolog (prowadzenie ciąży), kardiolog, okulista, dermatolog, laryngolog, ortopeda;
Badania diagnostyczne: badania laboratoryjne (analizy), badanie moczu i kału, badania biochemiczne, posiewy i wymazy, badania immunologiczne;
Diagnostyka RTG;
Diagnostyka USG;
Usługi pielęgniarskie;
Szczepienie przeciw grypie;
Przegląd stomatologiczny (bez leczenia) – raz w roku;
Zniżka 10% na wybrane usługi medyczne;
Telefoniczna linia medyczna;
Wariant PEŁNY
ZAKRES WARIANTU STANDARD + DODATKOWO:
Konsultacje 26 lekarzy specjalistów: alergolog, androlog, anestezjolog, angiolog, audiolog, chirurg naczyniowy, chirurg onkolog, diabetolog, endokrynolog, foniatra, gastrolog (gastroenterolog), ginekolog – endokrynolog, hematolog, hepatolog, immunolog, lekarz chorób zakaźnych, nefrolog, neurochirurg, onkolog, proktolog, psychiatra, pulmonolog, radiolog, urolog, neurolog, reumatolog;
Inni specjaliści współpracujący z Partnerem Medycznym;
Rozszerzony zakres badań diagnostycznych: hormony płciowe i metaboliczne, diagnostyka chorób tarczycy, markery nowotworowe (PSA - całkowite);
Rozszerzony zakres diagnostyki RTG;
Mammografia, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa;
Rozszerzony zakres diagnostyki USG: badanie przepływu krwi metodą Dopplera, badanie ciąży i inne;
Badania czynnościowe i endoskopowe;

Wariant PRESTIŻ	
ZAKRES WARIANTU PEŁNEGO + DODATKOWO:	
Wizyty domowe (internista, lekarz rodzinny, pediatra) – osobie ubezpieczonej przysługuje maksymalnie 10 wizyt w ciągu okresu trwania umowy;	
Rehabilitacja - maksymalnie 10 zabiegów rehabilitacyjnych na osobę w ramach leczenia danej jednostki chorobowej;	
Wariant KOMFORT	
Konsultacje lekarza internisty i pediatry;	
Konsultacje 16 lekarzy specjalistów: alergolog, chirurg ogólny, ortopeda, dermatolog, gastrolog, ginekolog, kardiolog, laryngolog, neurolog, okulista, reumatolog, urolog, diabetolog, chirurg naczyniowy, endokrynolog, chirurg onkolog;	
Badania diagnostyczne: badania laboratoryjne (analizy), badania moczu i kału, badania biochemiczne, posiewy i wymazy, badania immunologiczne, hormony płciowe i metaboliczne, diagnostyka chorób tarczycy, markery nowotworowe;	
Diagnostyka RTG;	
Mammografia, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa;	
Diagnostyka USG;	
Usługi pielęgniarские;	
Wizyty domowe (internista, a w przypadku ubezpieczenia rodzinnego lekarz pediatra lub lekarz rodziny);	
Rehabilitacja maksymalnie 15 zabiegów rehabilitacyjnych na osobę w ramach leczenia danej jednostki chorobowej;	
Przegląd stomatologiczny (bez leczenia) – raz w roku;	
Stomatologiczne leczenie zachowawcze i chirurgia stomatologiczna – 10% zniżki (w placówkach własnych Partnera Medycznego);	
Szczepienie przeciw grypie – 10% zniżki;	
Zniżka 10% na wybrane usługi medyczne;	
Telefoniczna linia medyczna;	

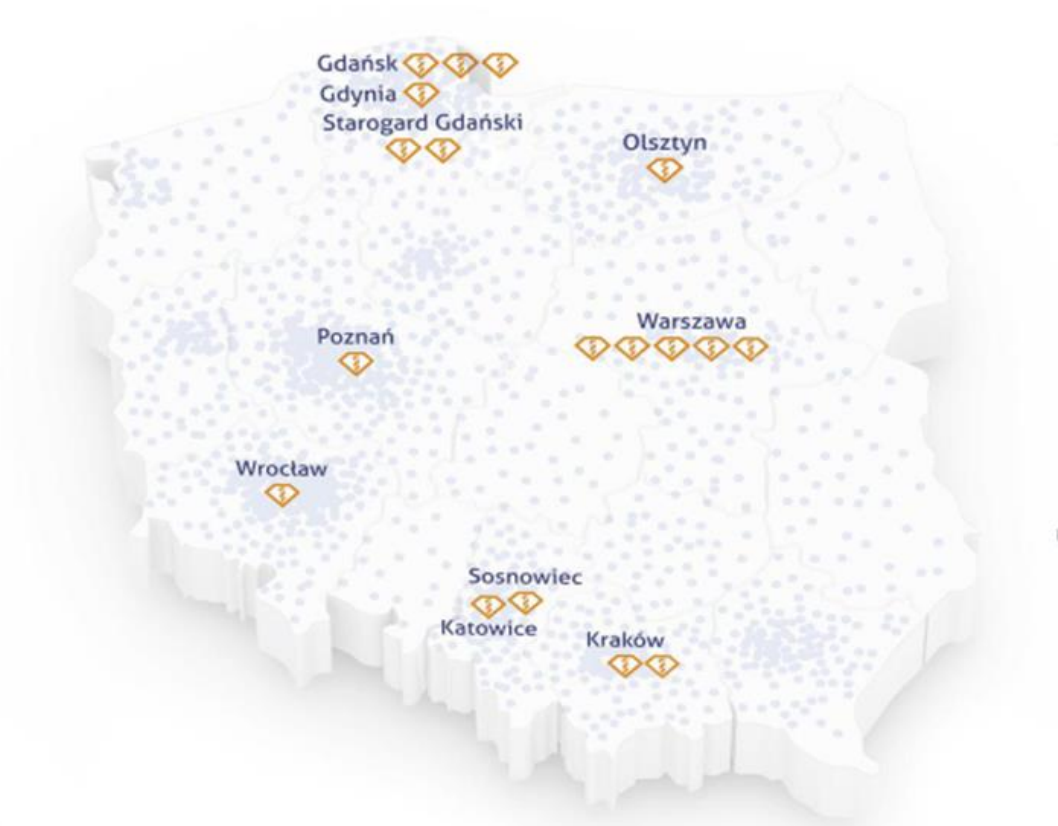
Świadczenia medyczne w ramach ubezpieczenia Antidotum Plus **realizowane są we współpracy** z dwoma Partnerami Medycznymi: **Grupa LuxMed i PolMed S.A.** w zależności od wykupionego wariantu ubezpieczenia. Wariant Standard, Pełny i Prestige umożliwia realizację świadczeń w placówkach własnych i współpracujących Grupy LuxMed, natomiast wariant Komfort zapewnia dostęp do realizacji świadczeń w placówkach własnych Partnera Medycznego Polmed S.A.

Partnerzy Medyczni posiadają wysokospecjalistyczne i komfortowe **własne Centra Medyczne** zlokalizowane w dogodnych lokalizacjach w największych miastach Polski. Grupa LuxMed zapewnia również dostęp do dużej liczby **Placówek współpracujących** na terenie całego kraju. Aktualna lista placówek dostępna jest na stronie internetowej www.interrisk.pl

LUX MED



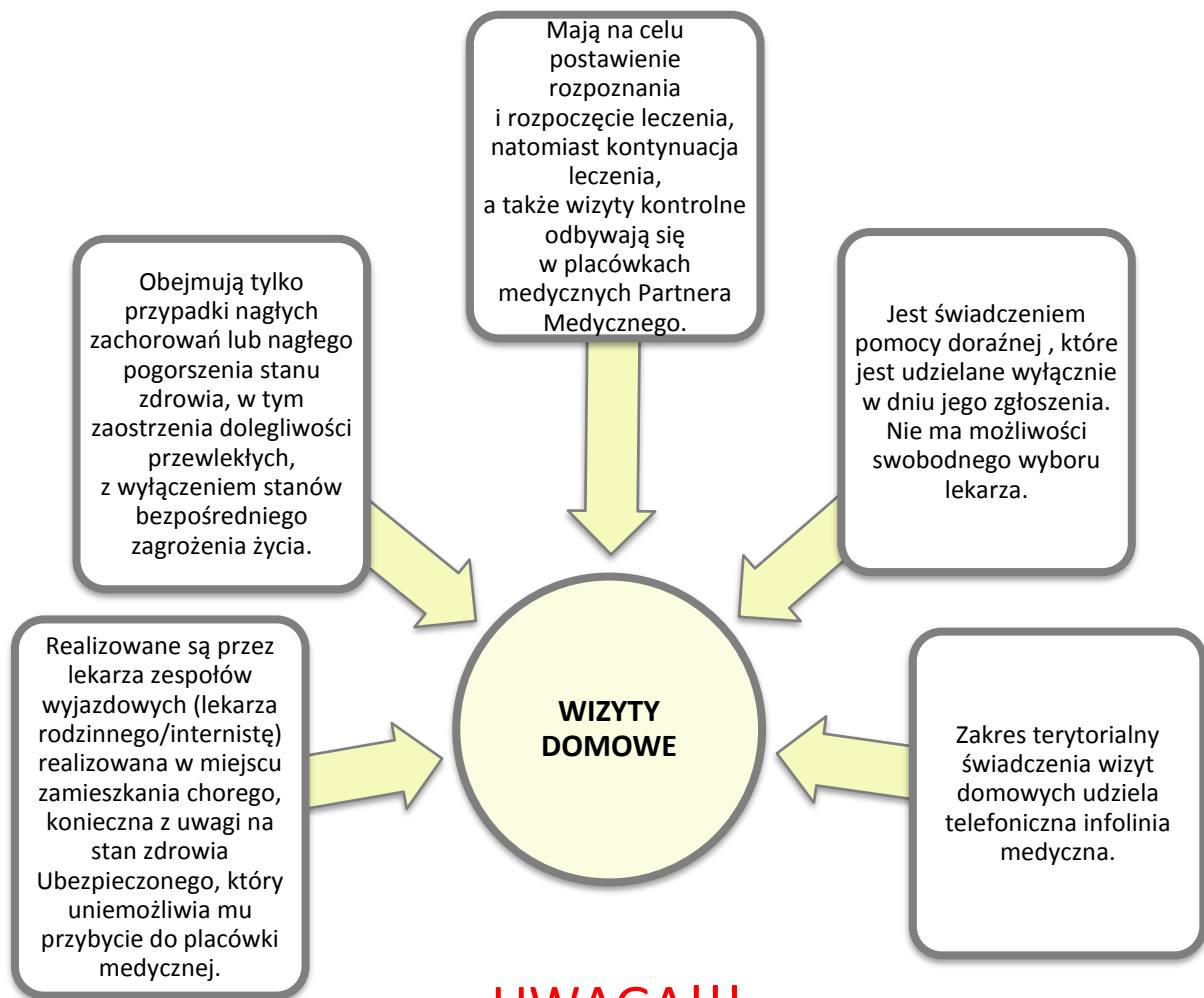
POLMED S.A.



Tylko placówki własne POLMED S.A.

W jaki sposób są realizowane wizyty domowe?

Wizyty domowe **realizowane są w dniu zgłoszenia** na terenie całej Polski. Maksymalny **czas oczekiwania** na wizytę domową – **do 8 godzin** od momentu zgłoszenia.

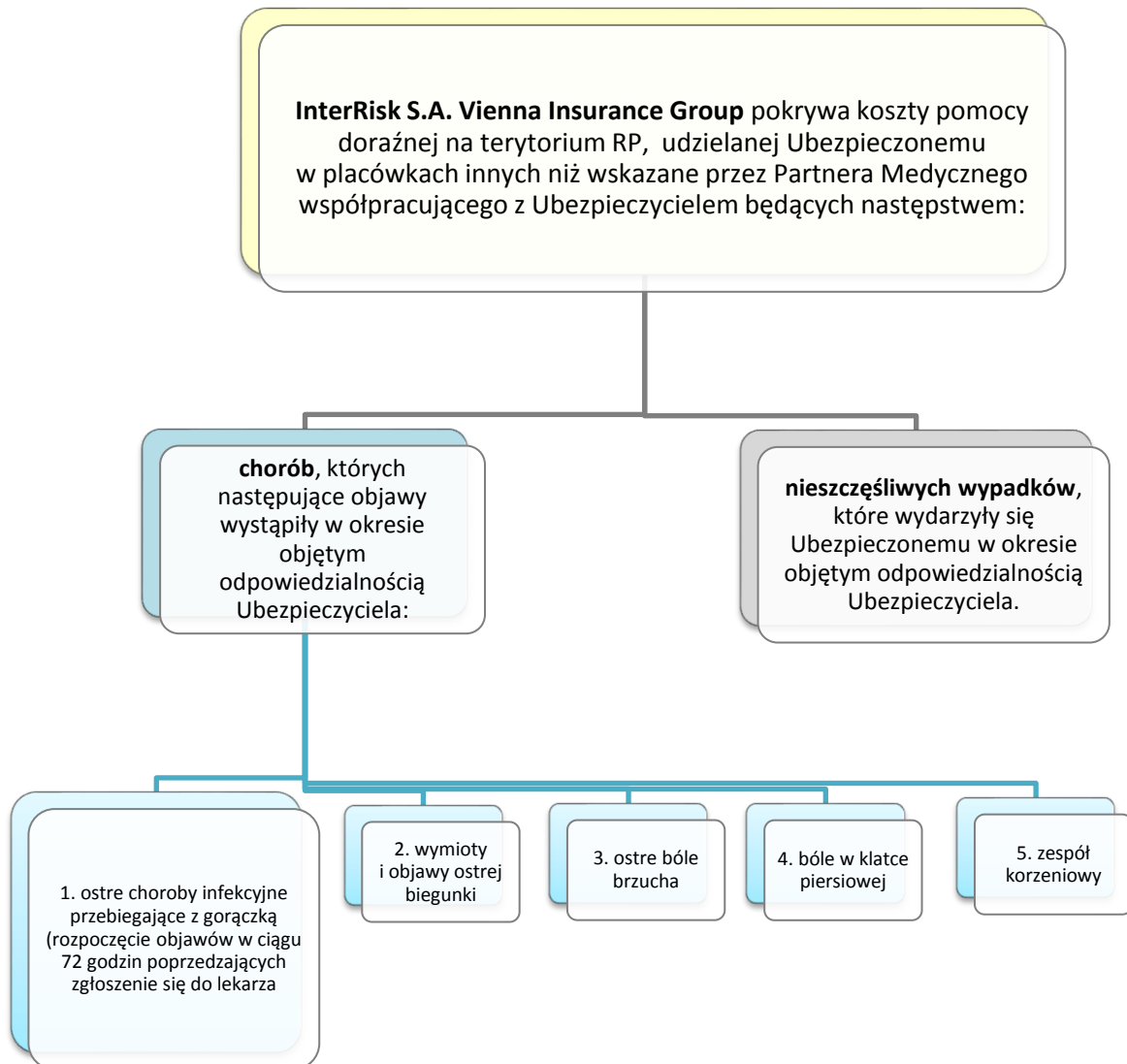


UWAGA!!!

Wizyty domowe nie zastępują Pogotowia Ratunkowego w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, czyli w stanach w rozumieniu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym polegających na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagających podjęcia

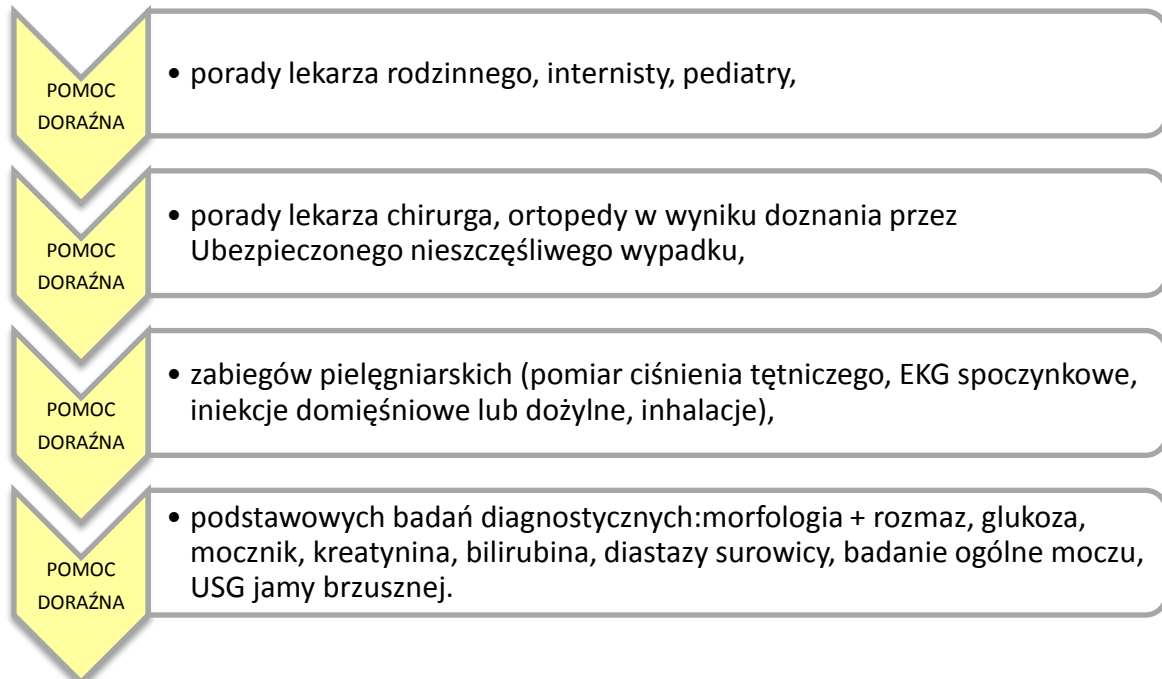
natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. W takich stanach Ubezpieczony powinien bezwzględnie skontaktować się z Pogotowiem Ratunkowym.

Na czym polega ubezpieczenie pomocy doraźnej?

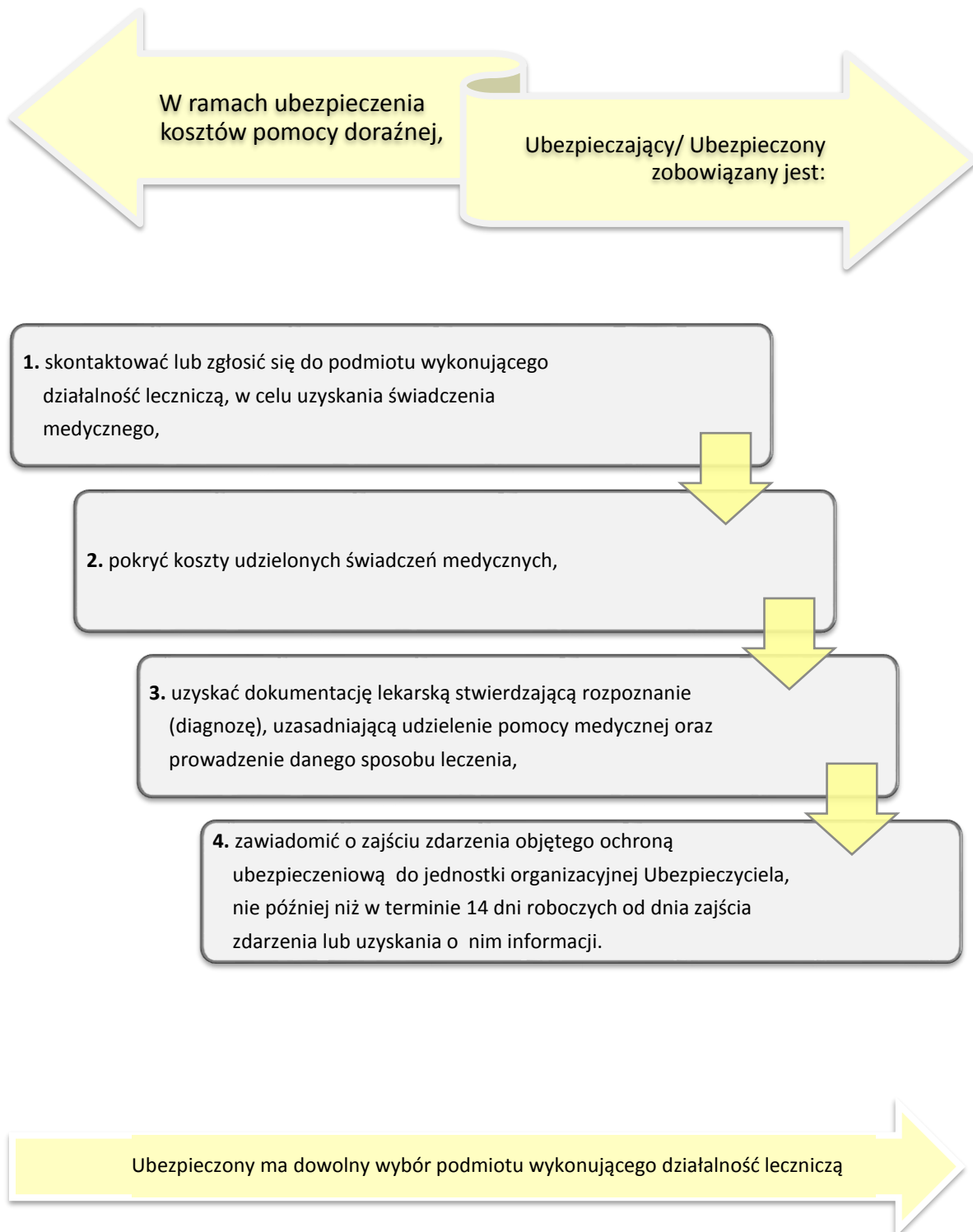


Umowa ubezpieczenia pomocy doraźnej zapewnia zwrot poniesionych kosztów świadczeń medycznych do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia (polisie).

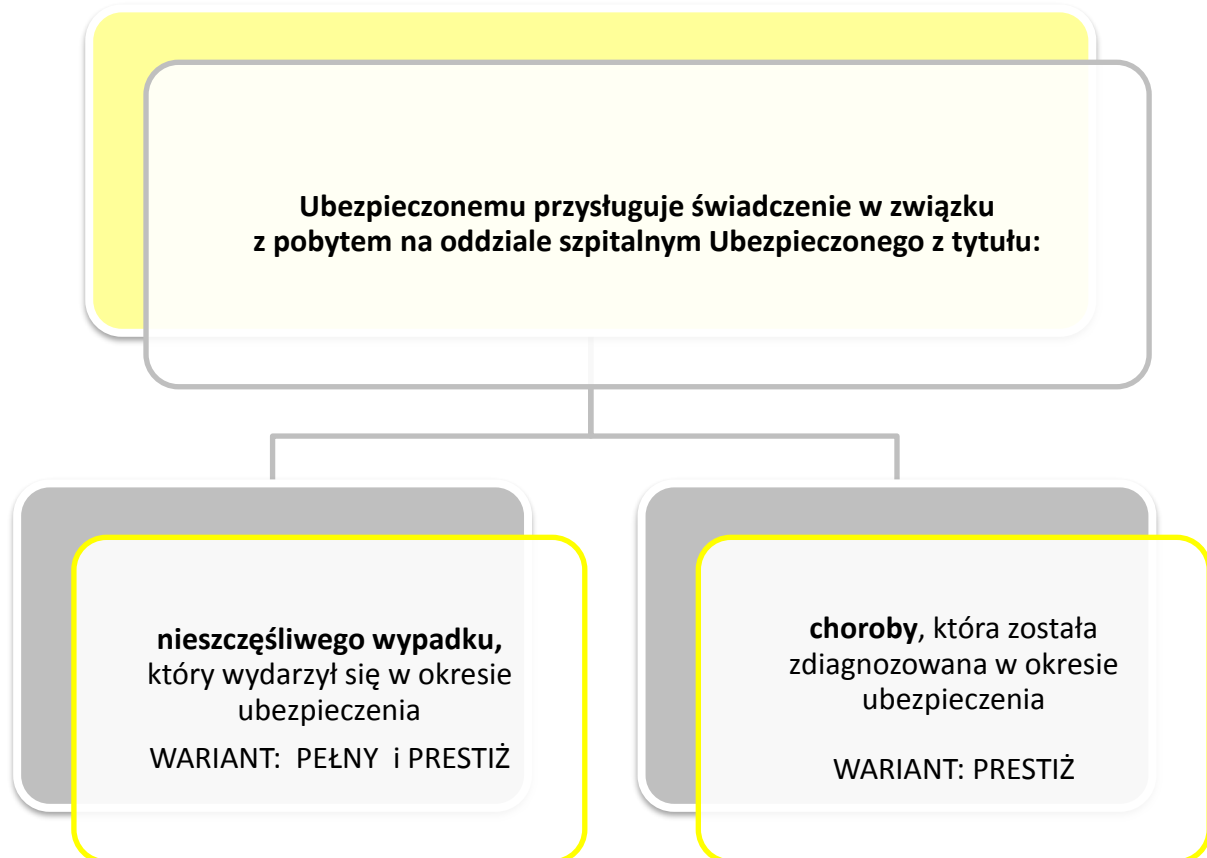
Jakie koszty pokrywa InterRisk S.A. Vienna Insurance Group w ramach ubezpieczenia pomocy doraźnej?



Jak odbywa się realizacja świadczeń w ramach ubezpieczenia kosztów pomocy doraźnej?



Na czym polega ubezpieczenie pobytu w szpitalu?



Świadczenie przysługuje począwszy od trzeciego dnia pobytu za każdy następny dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.

Świadczenie wypłacane jest maksymalnie za 60 dni łącznego pobytu w szpitalu w ciągu okresu ubezpieczenia do sumy ubezpieczenia:

- 1 200,00 zł/osobę w wariantach: Pełny, Komfort
- 3 000,00 zł/osobę w wariantach: Prestiż, Komfort

Za dzień pobytu w szpitalu uważa się również **dzień przyjęcia do szpitala i dzień wypisu ze szpitala**. 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.

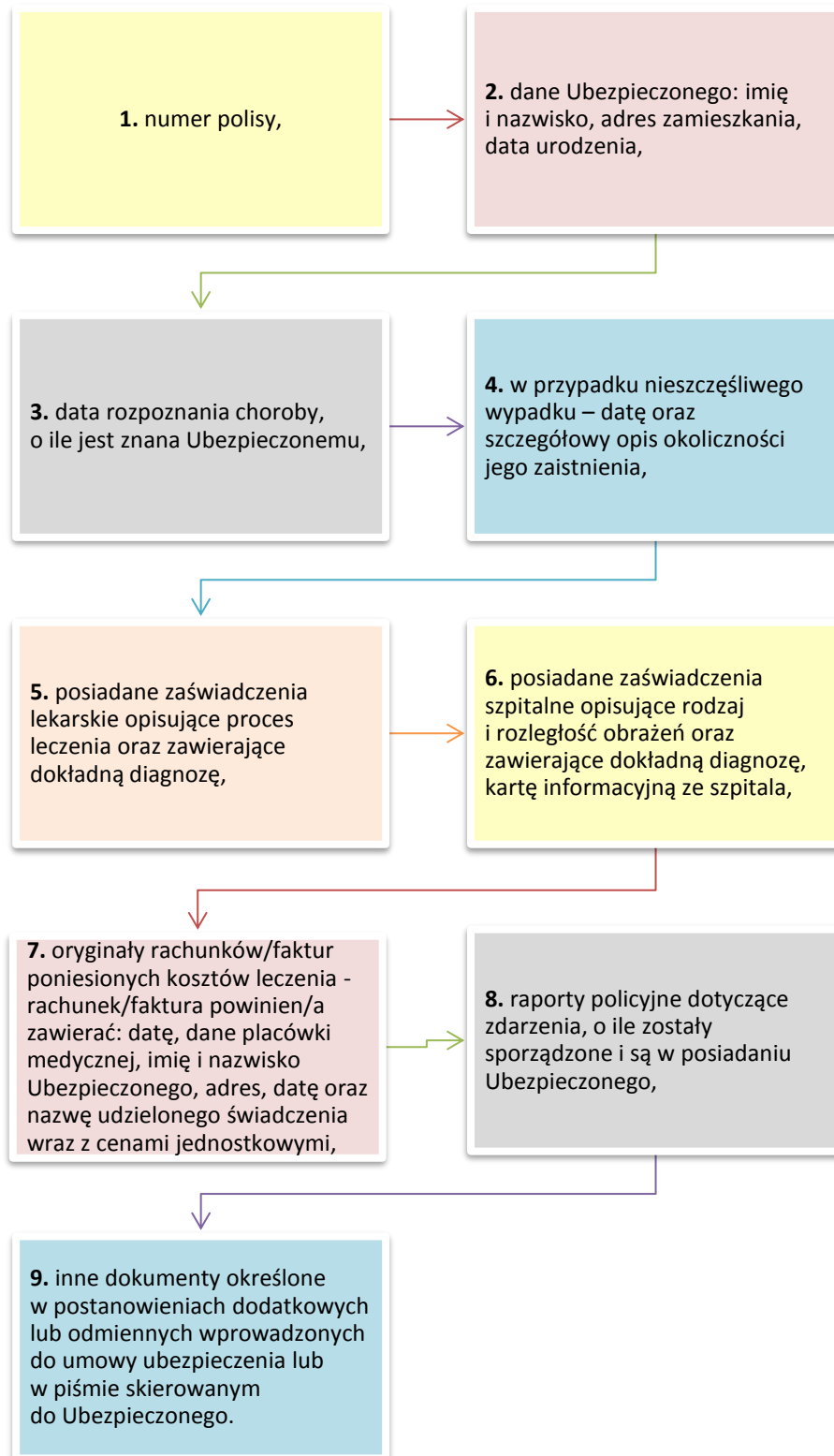
Jeżeli pobyt w szpitalu jest następstwem wypadku komunikacyjnego, związanego z ruchem pojazdu Ubezpieczonemu **przysługuje dodatkowe świadczenie w wysokości 50% świadczenia dziennego**.

Dodatkowe świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu za okres nie dłuższy niż 14 dni pobytu w szpitalu.

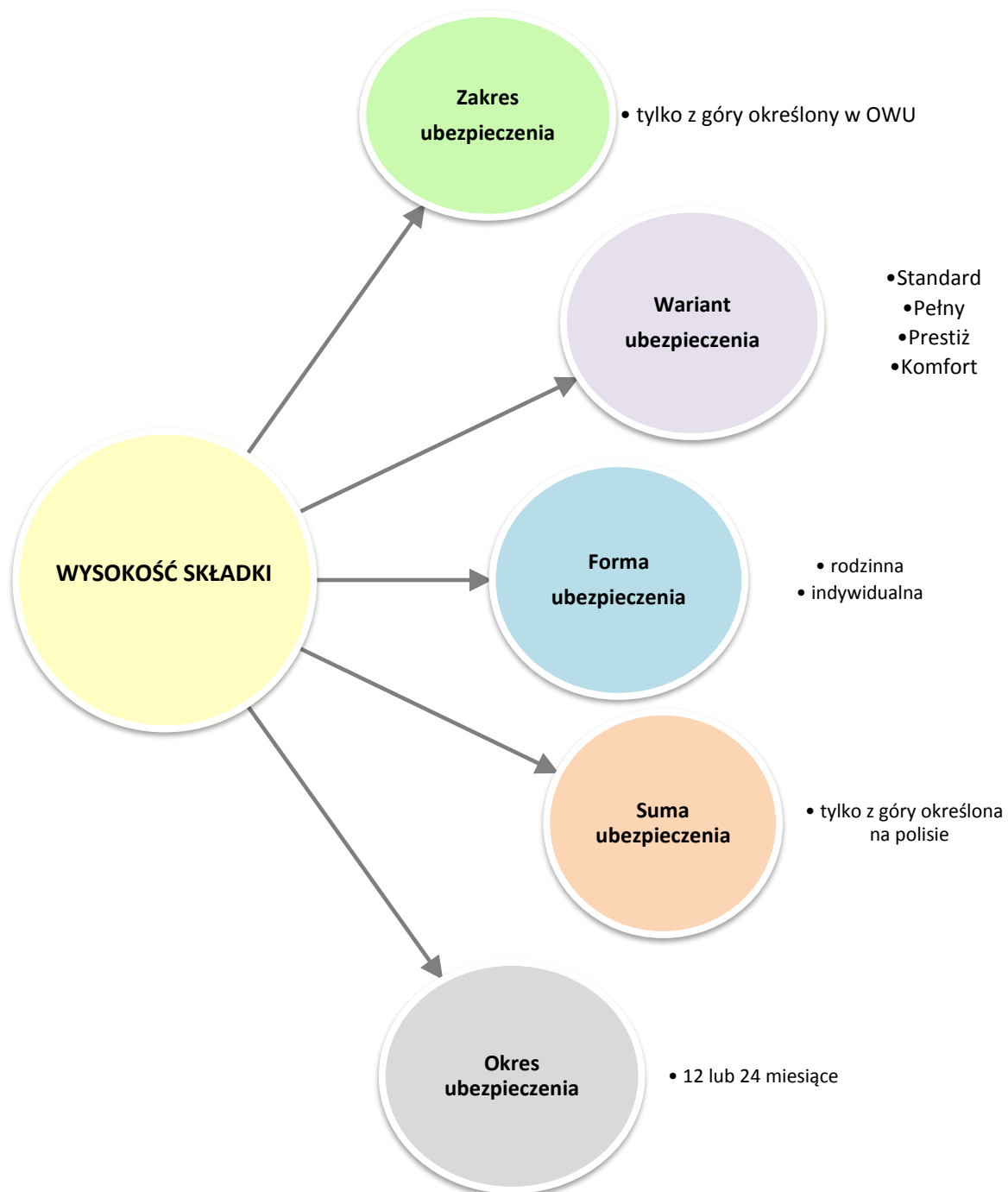
Jaka jest wysokość świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu?

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU	Wariant PEŁNY	Wariant PRESTIŻ
WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA DZIENNEGO	20 PLN	50 PLN
W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	100% świadczenia	100% świadczenia
W WYNIKU WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO	dodatkowo 50% świadczenia	dodatkowo 50% świadczenia
W WYNIKU CHOROBY	NIE	100% świadczenia

Jakie informacje i dokumenty powinno zawierać zawiadomienie o zajściu zdarzenia dotyczącego kosztów pomocy doraźnej lub ubezpieczenia pobytu w szpitalu?



Jakie czynniki wpływają na wysokość składki?



Jaka jest wysokość składki i suma ubezpieczenia?



	FORMA UBEZPIECZENIA			
	Ubezpieczenie indywidualne - bez specjalistów dziecięcych	Ubezpieczenie indywidualne - z rozszerzeniem o specjalistów dziecięcych	Ubezpieczenie rodzinne - bez specjalistów dziecięcych	Ubezpieczenie rodzinne - z rozszerzeniem o specjalistów dziecięcych
WIEK UBEZPIECZONYCH	1. osoba dorosła - do 65 lat, 2. dziecko – powyżej 14 lat	1. osoba dorosła - do 65 lat, 2. dziecko - 0 - 18 (25)	1. 2 osoby dorosłe - do 65 lat, 2. dzieci - 0 - 18 (25)	1. 2 osoby dorosłe do 65 lat, 2. dzieci - 0 - 18 (25)
DOSTĘP DO SPECJALISTÓW	1. osoba dorosła specjaliści z pkt 3 katalogu świadczeń w OWU 2. dziecko - specjaliści z pkt 3 i 4 katalogu świadczeń w OWU	1. osoba dorosła specjaliści z pkt 3 katalogu świadczeń w OWU 2. dziecko - specjaliści z pkt 4 i 5 katalogu świadczeń w OWU	1. osoba dorosła - specjaliści z pkt 3 katalogu świadczeń w OWU 2. dziecko – specjaliści z pkt 4, a w przypadku dzieci powyżej 18 r.ż. - specjaliści z pkt 3 i 4 katalogu świadczeń w OWU	1. osoba dorosła specjaliści z pkt 3 2. dziecko - specjaliści z pkt 4 i 5 katalogu świadczeń w OWU
STANDARD	65,00 PLN	67,00 PLN	253,00 PLN	-
PEŁNY	137,00 PLN	143,00 PLN	341,00 PLN	374,00 PLN
PRESTIŻ	160,00 PLN	167,00 PLN	402,00 PLN	435,00 PLN

Dodatkowo ubezpieczenie w wariantcie Pełnym może zostać rozszerzone o:		ubezpieczenie indywidualne od 14 do 65 lat	Ubezpieczenie rodzinne do 65 lat (za rodzinę)
Ubezpieczenie pomocy doraźnej	2.500 PLN/osoba	9,00 PLN	21,50 PLN
Ubezpieczenie świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu	wysokość świadczenia dziennego – 20 PLN /dzień suma ubezpieczenia - 1.200 zł		

Dodatkowo ubezpieczenie w wariantcie Prestiż może zostać rozszerzone o:		ubezpieczenie indywidualne od 14 do 65 lat	Ubezpieczenie rodzinne do 65 lat (za rodzinę)
Ubezpieczenie pomocy doraźnej	3.500 PLN/osoba	13,00 PLN	31,00 PLN
Ubezpieczenie świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu	wysokość świadczenia dziennego – 50 PLN /dzień suma ubezpieczenia - 3.000 zł		

Nazwa wariantu	Zakres ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia	Składka miesięczna w PLN	
			ubezpieczenie indywidualne od 14 do 65 lat	Ubezpieczenie rodzinne do 65 lat (za osobę)
KOMFORT	Świadczenia medyczne określone w Załączniku nr 1 do OWU	zgodnie z zakresem Wariantu KOMFORT	110,00 PLN	110,00 PLN
	Dodatkowo ubezpieczenie w wariantcie Komfort może zostać rozszerzone o:			
	Ubezpieczenie pomocy doraźnej	2.500 PLN/osoba	8,00 PLN	8,00 PLN
	Ubezpieczenie pomocy doraźnej	3.500 PLN/osoba	11,00 PLN	11,00 PLN
	Ubezpieczenie świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu	wysokość świadczenia dziennego – 20 PLN /dzień suma ubezpieczenia - 1.200 zł	1,00 PLN	1,00 PLN

	Ubezpieczenie świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu	wysokość świadczenia dziennego – 50 PLN /dzień suma ubezpieczenia - 3.000 zł	2,00 PLN	2,00 PLN
--	--	--	-----------------	-----------------

W przypadku ubezpieczenia Antidotum Plus wariant Standard, Pełny i Prestiż w formie rodzinnej – składka określona kwotowo: stała, bez względu na liczbę osób objętych opieką. Wariant Komfort w formie rodzinnej – składka płatna za każdą osobę ubezpieczoną.

Wysokość składki ubezpieczeniowej obliczana jest według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia (lub zmiany) umowy ubezpieczenia. Składna nie jest uzależniona od wieku ubezpieczonych (taka sama składka dla kobiety w wieku rozrodczym, jak i 64 latka) czy stanu zdrowia.

Ubezpieczyciel może w każdym momencie zastosować zniżki i/lub zwwyżki od podstawowej składki ubezpieczeniowej.

Jaka jest częstotliwość opłacania składki?

Składka ubezpieczeniowa płatna jest **JEDNORAZOWO**.

Składka lub pierwsza rata składki za ubezpieczenie powinna być zapłacona w dniu zawierania umowy, jednak nie później niż do **25 DNIA MIESIĄCA POPRZEDZAJĄCEGO MIESIĄC KALENDARZOWY**, w którym nastąpi początek okresu ubezpieczenia.

Kolejne raty składki ubezpieczeniowej płatne są do **20 DNIA KAŻDEGO MIESIĄCA KALENDARZOWEGO**.

Składka ubezpieczeniowa, na wniosek Ubezpieczającego może zostać rozłożona na raty.

Jaki jest czas trwania umowy?

Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres **12 lub 24 MIESIĘCY** chyba, że strony umówiły się inaczej.

Umowa ubezpieczenia może być kontynuowana za zgodą Ubezpieczyciela na następny 12-miesięczny okres ubezpieczenia na warunkach obowiązujących w dniu jej przedłużenia.

Kiedy zaczyna się odpowiedzialność?

W umowie ubezpieczenia określa się datę początkową i końcową okresu ubezpieczenia. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w **PIERWSZYM DNIU MIESIĄCA KALENDARZOWEGO** następującego po dacie opłacenia składki lub pierwszej raty.

Jak dochodzi do zawarcia umowy ubezpieczenia Antidotum Plus?

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku

Ubezpieczającego, który powinien zawierać co najmniej następujące dane:

- imię, nazwisko (nazwę) oraz adres (siedzibę) Ubezpieczającego,
- zakres ubezpieczenia,
- wariant ubezpieczenia,
- formę ubezpieczenia: umowa indywidualna, rodzinna,
- sumy ubezpieczenia dla ubezpieczenia pobytu w szpitalu oraz kosztów pomocy doraźnej,
- okres ubezpieczenia,
- propozycję postanowień dodatkowych lub odmiennych od postanowień niniejszych OWU, które chce wprowadzić do umowy Ubezpieczający.

2. Ubezpieczyciel potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia na jednym wspólnym dokumencie ubezpieczenia tj. na wniosko/polisie.

3. Po zawarciu umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający otrzymuje karty identyfikacyjne przeznaczone dla każdego Ubezpieczonego. Numer na każdej karcie jest przypisany do każdego Ubezpieczonego. Kartę identyfikacyjną z numerem pośrednik pobiera z Oddziału i przekazuje klientowi.

Za jakie zdarzenia nie odpowiada InterRisk S.A. Vienna Insurance Group?

Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia, powstałe w następstwie lub w związku:	1. leczenia niepłodności oraz zabiegów związanych ze zmianą płci,
	2. leczenia, zabiegów lub operacji z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej oraz kosmetyki,
	3. zabiegów i kuracji odwykowych oraz leczenia odwykowego,
	4. chorób psychicznych,
	5. popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa, samookaleczeniem,
	6. popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
	7. działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami,
	8. aktów terroru,
	9. leczeniem skutków i chorób spowodowanych spożywaniem alkoholu oraz używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych,
	10. uczestnictwem Ubezpieczonego w badaniach klinicznych i eksperymentach medycznych,
	11. poronieniem sztucznym,
	12. leczenia choroby Alzheimera,
	13. leczenia AIDS lub schorzeń związanych z tą chorobą,
	14. uprawiania sportów wysokiego ryzyka,
	15. epidemiami ogłoszonymi na podstawie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,
	16. 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,
	17. działaniem energii jądrowej, odpadów radioaktywnych, bądź materiałów wybuchowych.



Ubezpieczenie nie obejmuje: kosztów leków i środków medycznych, za wyjątkiem użytych w nagłych przypadkach dla ratowania życia oraz kosztów rehabilitacji o ile dotyczy ona chorób przewlekłych i/lub wad wrodzonych.

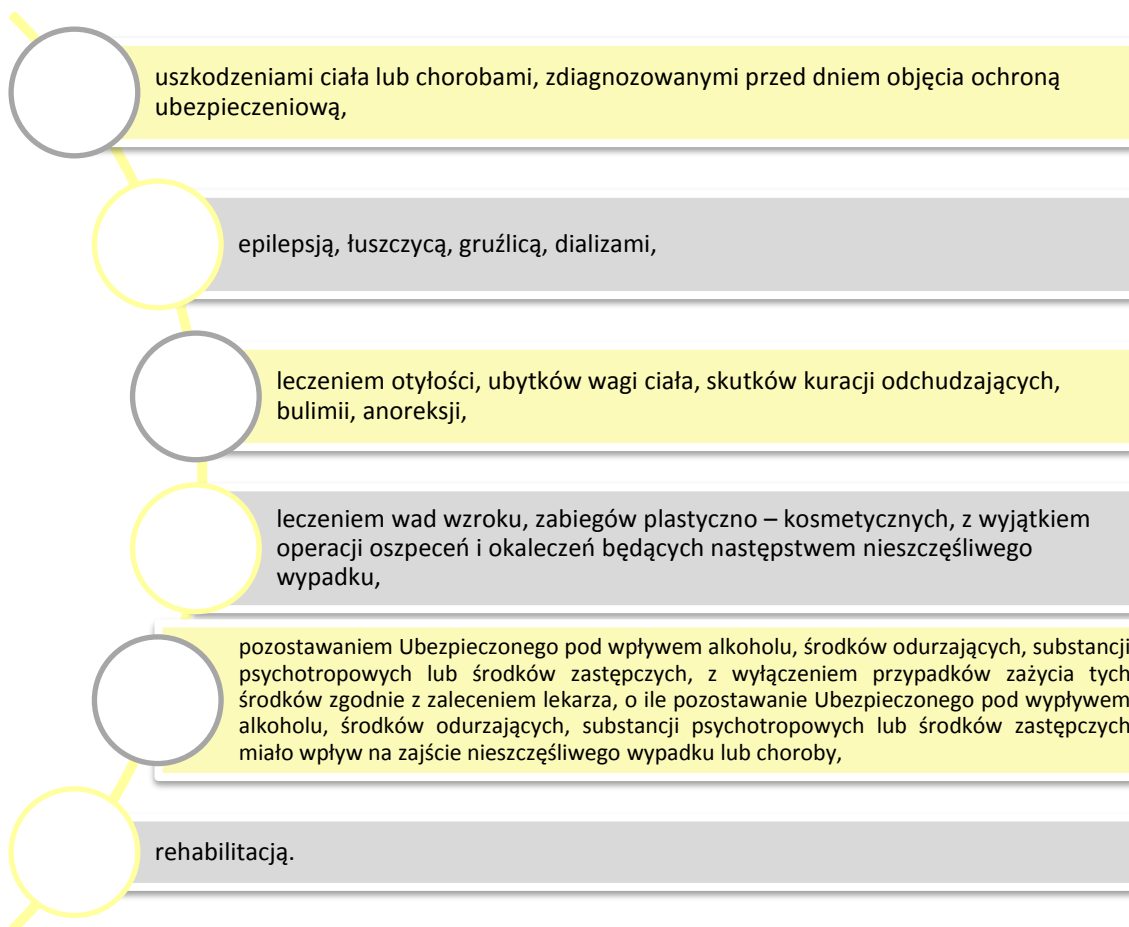
Jakie są wyłączenia w ubezpieczeniu kosztów pomocy doraźnej?

InterRisk S.A. Vienna Insurance Group nie odpowiada dodatkowo za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z:

- pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, z wyłączeniem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza, o ile pozostawianie Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych miało wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku lub choroby,
- wyczynowego uprawiania sportu.

Czy są jakieś wyłączenia w ubezpieczeniu z tytułu pobytu w szpitalu?

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



Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za pobyt w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pobyt w zakładach leczenia uzdrowiskowego.

Kiedy kończy się odpowiedzialność InterRisk S.A. Vienna Insurance Group?

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA USTAJE:

- ☐ z dniem upływu okresu ubezpieczenia,
- ☐ z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia,
- ☐ z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia w wyniku wypowiedzenia,

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,
- ☐ wobec Ubezpieczonego z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia wskutek wypłacenia świadczenia lub świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia - dotyczy ubezpieczenia pobytu w szpitalu, ubezpieczenia kosztów pomocy doraźnej,
- ☐ wobec Ubezpieczonego z dniem jego zgonu,
- ☐ wobec Ubezpieczonego w umowie ubezpieczenia rodzinnego - z upływemostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym InterRisk otrzymał oświadczenie o wystąpieniu Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia rodzinnego. Ubezpieczony może wystąpić z umowy ubezpieczenia rodzinnego w każdym czasie.

W przypadku, gdy odpowiedzialność InterRisk ustała wskutek wyczerpania sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust 3 pkt 5) wznowienie odpowiedzialności Inter- Risk 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.

W jaki sposób może dojść do rozwiązania umowy ubezpieczenia
Antidotum Plus?

Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta na okres 12 lub 24 miesięcy. Zgodnie z §11 pkt 2 OWU Ubezpieczający ma prawo do wypowiedzenia umowy w każdym czasie jej obowiązywania ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia. Umowa ubezpieczenia powinna być wypowiedziana na piśmie.

Ubezpieczający ma również prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia. Dotyczy to wyłącznie sytuacji, kiedy umowa została zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy.

W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenia umowy przez Ubezpieczającego, Ubezpieczycielowi należy się składka za okres, w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

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

Case study

Młoda kobieta w wieku 30 lat jest w ciąży, jej mąż ma problemy z sercem.

Jakie możliwości wyboru leczenia ma rodzina?

1. LECZENIE W RAMACH NFZ, CO WIAŻE SIĘ Z DŁUGIM CZASEM OCZEKIWANIA NA WIZYTĘ I CZEKANIE W KOLEJCE

Według danych NFZ na koniec stycznia 2013 roku średni czas oczekiwania do:

- jednej z warszawskich poradni ginekologiczno-położniczej wynosi 85 dni, a rekordowa liczba w województwie mazowieckim wynosi 222 dni, natomiast liczba osób oczekujących w na wizytę ginekologiczną w Warszawie przekroczyła 720 osób.
- poradni kardiologicznej na terenie województwa mazowieckiego 500 dni, w Warszawie 293 dni, a liczba osób oczekujących na wizytę kardiologiczną sięga nawet 1241.

2. SAMODZIELNE POKRYWANIE KOSZTÓW KAŻDEJ PRYWATNEJ WIZYTY I BADANIA

- 1 wizyta u lekarza ginekologa wraz z badaniem USG ciąży - 170,00zł, 9 wizyt - 1 530,00zł
- badania diagnostyczne i laboratoryjne związane z ciążą - 600,00zł
- 1 wizyta u kardiologa – 140,00zł, 9 wizyt – 1 260,00zł
EKG spoczynkowe – 50,00zł, przy 9 badaniach - 450,00zł
RTG klatki piersiowej – 60,00zł

Całkowity koszt: 3 900,00zł

3. CZY UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE ANTIDOTUM PLUS ZE SKŁADKĄ JUŻ OD 65,00 ZŁ MIESIĘCZNIE NA OSOBĘ, KTÓRE:

- rozwiązuje problem w razie choroby i wypadku,
- pokrywa koszty leczenia,
- zapewnia dostęp do szerokiego zakresu diagnostyki medycznej i lekarzy specjalistów w renomowanych placówkach medycznych – bez skierowania, kolejek, długich terminów i płacenia za wizytę.

Antidotum Plus w pytaniach i odpowiedziach

1. Czy w ramach Antidotum Plus wariant Komfort mogę korzystać z placówek współpracujących Partnera Medycznego PolMed S.A.?

Nie. Operator medyczny PolMed S.A. zapewnia w ramach wariantu Komfort ubezpieczenia Antidotum Plus dostęp wyłącznie do własnych placówek medycznych na terenie kraju.

2. Jaki jest maksymalny czas oczekiwania na wizytę domową?

Wizyty domowe świadczone są na terenie całej Polski. Czas realizacji usługi wynosi maksymalnie 8 godzin od momentu zgłoszenia zapotrzebowania na wizytę poprzez infolinię medyczną partnera medycznego.

3. Czy pomoc doraźna i pobyt w szpitalu są dostępne w każdym wariantcie ubezpieczenia?

Nie. Świadczenia pomocy doraźnej i pobytu w szpitalu są dostępne w wariantach Pełnym, Prestiż i Komfort.

4. Czy podpisując umowę na 24 miesiące Klient otrzyma dodatkową zniżkę składki z tego tytułu?

Nie, Klient podpisując umowę na okres 24 miesięcy nie otrzymuje dodatkowej zniżki z tytułu trwania umowy ale otrzymuje zapewnienie niezmienności wysokości składki przez cały okres trwania umowy nawet jeśli w okresie 24 miesięcy zmieni się cennik w ofercie Ubezpieczyciela.

5. Czy za świadczenia medyczne związane z prowadzeniem ciąży Klient musi dopłacić dodatkową składkę?

Nie, prowadzenie ciąży zawarte jest w zakresie świadczeń medycznych każdego z 4 wariantów ubezpieczenia Antidotum Plus. Klient nie dopłaca dodatkowej składki.

6. Czy na usługi związane z prowadzeniem ciąży występuje karencja?

Nie ma karencji na usługi związane z prowadzeniem ciąży. Ze świadczeń medycznych można korzystać od pierwszego dnia umowy ubezpieczenia.

7. Kiedy następuje początek odpowiedzialności Ubezpieczyciela?

Początek odpowiedzialności ubezpieczyciela rozpoczyna się od 1go dnia miesiąca następującego po opłaceniu raty 1szej składki. Pierwsza składka musi zostać opłacona najpóźniej do 25go dnia miesiąca.

8. Czy jeżeli Klient opłaci składkę 28go dnia danego miesiąca, to umowa ubezpieczenia będzie aktywna od najbliższego 1go dnia miesiąca?

Nie. Rata 1szej składki musi zostać opłacona najpóźniej do 25go dnia miesiąca aby umowa ubezpieczenia mogła rozpocząć się z 1szym dniem najbliższego miesiąca. W przypadku opłacenia składki po 25 dniu danego miesiąca umowa ubezpieczenia rozpocznie się w kolejnym 1szym dniu miesiąca. Np. Klient opłaca 1szą składkę 28.09.201r. – umowa ubezpieczenia rozpocznie się w dniu 01.11.2016r.

9. Czy InterRisk przypomina Klientowi o zbliżającym się terminie zapłaty kolejnej składki?

Nie, Ubezpieczyciel nie informuje / przypomina Klientom o konieczności opłacenia składki. Zgodnie z zapisami OWU każda kolejna rata składki za ubezpieczenie Antidotum Plus musi zostać opłacona do 20go dnia każdego miesiąca.

10. Gdzie Klient może sprawdzić aktualny wykaz placówek medycznych operatorów medycznych?

Aktualna lista placówek medycznych dostępna jest na stronie Internetowej Ubezpieczyciela www.interrisk.pl

11. Czy jeśli opłacę zaległą składkę do polisy medycznej w InterRisk będę mógł/mogła skorzystać z wizyt lekarskich, czy muszę podpisać nową umowę, aby była ona aktywna i abym mógł/mogła korzystać z usług medycznych ?

Nie ma potrzeby zawierania nowej umowy. Po opłaceniu i zaksięgowaniu zaległej oraz bieżącej składki, polisa będzie aktywna i bez problemu będzie można korzystać z usług medycznych.

12. Czy aby umówić się na wizytę u lekarza potrzebuję podać numer karty otrzymanej wraz z polisą?

Aby umówić się na wizytę u lekarza wystarczy podać numer PESEL. Nie ma potrzeby podawania numeru karty.

13. Czy ubezpieczenie medyczne obejmuje pobyt w szpitalu?

Tak, jednak to ubezpieczenie nie pokrywa kosztów operacji, zabiegów realizowanych w ramach NFZ. Należy pamiętać, że jest to prywatna opieka medyczna. Zawsze należy zwrócić uwagę na to, jakie świadczenia obejmuje wybrany pakiet ubezpieczeń.