

Ubezpieczenie Puls Zdrowia

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Polsce, ul. Noakowskiego 22, 00-668 Warszawa, numer zezwolenia Ministra Finansów DU/905/A/KP/93 z 5 listopada 1993 roku

Produkt: Puls Zdrowia

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje umowne zawarte są w innych dokumentach, w tym w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia PULS ZDROWIA zatwierdzonych uchwałą nr 02/28/06/2023 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 28.06.2023 roku.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie PULS ZDROWIA to pakiet ubezpieczeń skierowany głównie do przedsiębiorców zawierających umowy ubezpieczenia grupowego na rachunek swoich pracowników. Zapewnia ubezpieczonemu kompleksową ochronę w zakresie zgodnym z wybranymi przez ubezpieczającego rodzajami ubezpieczeń określonymi w OWU.



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ koszty świadczeń medycznych niezbędnych z medycznego punktu widzenia, zwrot kosztów świadczeń medycznych i leków niezbędnych z medycznego punktu widzenia oraz organizacja i koszty świadczeń w ramach ubezpieczenia Assistance Medyczny, powstałe w okresie ubezpieczenia w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby oraz koszty świadczeń medycznych medycyny pracy, których potrzeba przeprowadzenia powstała w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Suma ubezpieczenia:

- ✓ górną granicą odpowiedzialności InterRisk w odniesieniu do każdego z rodzajów ubezpieczeń i wobec każdego ubezpieczonego jest suma ubezpieczenia ustalana na wniosek Ubezpieczającego i określona w umowie ubezpieczenia (polisie), z zastrzeżeniem limitów kwot wynikających z OWU.



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- × rodzajów ubezpieczeń określonych w OWU, które zgodnie z wolą ubezpieczającego nie zostały wykupione,
- × kosztów leków (za wyjątkiem sytuacji, gdzie ubezpieczający rozszerzył zakres ubezpieczenia o ubezpieczenie Refundacja 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,
- × w ubezpieczeniu Medycyna Pracy InterRisk nie pokrywa kosztów badań, których potrzeba nie wynika ze wskazań lekarza medycyny pracy lub nie jest wymagana przepisami Kodeksu Pracy,
- × w ubezpieczeniu Konsylium w Poważnej Chorobie, InterRisk nie odpowiada za: operację zastawek serca wykonaną przy użyciu technik śródnaczyniowych, zdiagnozowanie nowotworu nieinwazyjnego (carcinoma in situ), I stadium boreliozy (tzw. infekcja wczesna, rozwijająca się do 90 dni po ukąszeniu przez kleszcza w postaci zmian skórnych typu rumienia przewlekłego wędrującego) oraz przypadki boreliozy, w których w jednoznaczny sposób na podstawie badań klinicznych oraz zaawansowania objawów chorobowych można stwierdzić, iż zakażenie nastąpiło przed rozpoczęciem odpowiedzialności przez InterRisk.



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

InterRisk nie odpowiada w szczególności na zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z:

- ! umyślnym popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez ubezpieczonego,
- ! popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa lub samookaleczenia się przez ubezpieczonego,
- ! działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami a także aktami terrorku,
- ! uczestnictwa ubezpieczonego w badaniach klinicznych i eksperymentach medycznych,
- ! chorobą psychiczną,
- ! diagnozowaniem i leczeniem niepłodności, zaburzeń płodności, w tym świadczeń zdrowotnych udzielanych w związku z postępowaniem prokreacyjnym,
- ! leczeniem udzielanym w sytuacji zagrożenia życia, wymagającego działań w trybie nagłym, w szczególności wchodzącego w zakres pomocy doraźnej realizowanej przez pogotowie ratunkowe (karetkę reanimacyjną, kartkę wypadkową),
- ! leczeniem skutków i chorób spowodowanych spożyciem alkoholu oraz używaniem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych,
- ! epidemiami ogłoszonymi na podstawie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,
- ! leczeniem, które w opinii lekarza wskazanego przez InterRisk nie jest niezbędne z medycznego punktu widzenia,
- ! pandemią,
- ! wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem, uszkodzeniami okołoporodowymi (efektów deformacji fizycznych) lub mającymi charakter dziedziczny.



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej



Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

- w razie konieczności skorzystania ze świadczeń medycznych w ramach ubezpieczenia Opieka Zdrowotna lub ubezpieczenia Opieka Stomatologiczna ubezpieczony zobowiązany jest: skontaktować się z Infolinią Medyczną celem uzgodnienia preferowanego terminu realizacji świadczenia medycznego, zastosować się do zaleceń i wskazówek personelu medycznego placówki medycznej Partnera Medycznego/Partnera Medycznego 1 w zakresie uzasadnionym realizowanym świadczeniem medycznym, odwołać zarezerwowane wizyty na świadczenia medyczne w przypadku braku możliwości lub potrzeby skorzystania z nich w umówionym terminie,
- w razie konieczności skorzystania ze świadczeń medycznych w ramach ubezpieczenia Wirtualny Lekarz Ubezpieczony powinien skorzystać z linku dostępnego na stronie www.interrisk.pl, przy pomocy którego przekierowywany jest do aplikacji służącej wykonaniu przez Ubezpieczonego wywiadu medycznego, umówieniu telekonsultacji i/lub umówieniu konsultacji lekarskiej w placówce medycznej wybranego Partnera Medycznego/Partnera Medycznego 1,
- w razie konieczności skorzystania ze świadczeń medycznych w ramach ubezpieczenia Refundacja Kosztów ubezpieczony zobowiązany jest: skontaktować lub zgłosić się do dowolnego podmiotu wykonującego działalność leczniczą na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w celu uzyskania świadczenia medycznego, pokryć koszty udzielonych świadczeń medycznych, złożyć zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w dowolnej jednostce organizacyjnej InterRisk, nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia zajścia zdarzenia lub uzyskania o nim informacji,
- w razie konieczności skorzystania ze świadczeń medycznych w ramach ubezpieczenia Medycyna Pracy ubezpieczony pracodawca zobowiązany jest posługiwać się Elektroniczną Platformą Medycyny Pracy i współpracować z personelem medycznym placówki medycznej Partnera Medycznego/Partnera Medycznego 1 w zakresie zaleceń i wskazówek uzasadnionych realizowanym świadczeniem, w razie konieczności skorzystania z e-konsultacji w ramach ubezpieczenia e-Wizyta Lekarska ubezpieczony powinien skorzystać z linku dostępnego na stronie www.interrisk.pl, przy pomocy którego przekierowywany jest do aplikacji służącej umówieniu e-konsultacji, a następnie wybrać specjalizację lekarską, termin e-konsultacji, formę realizacji usługi,
- w ramach ubezpieczenia Refundacja Leków ubezpieczony zobowiązany jest złożyć w dowolnej jednostce organizacyjnej InterRisk zawiadomienie o zajściu nieszczęśliwego wypadku oraz przekazać do InterRisk wraz z zawiadomieniem dokumenty szczegółowo opisane w OWU,
- w razie konieczności skorzystania ze świadczeń medycznych w ramach ubezpieczenia Profilaktyka Zdrowotna, ubezpieczony zobowiązany jest: skontaktować się z Centrum Medycyny Koordynowanej celem uzgodnienia preferowanego terminu realizacji świadczenia medycznego, zastosować się do zaleceń i wskazówek personelu Centrum Medycyny Koordynowanej, wypełnić ankietę profilaktyczną i przekazać do Centrum Medycyny Koordynowanej, odwołać zarezerwowane wizyty na świadczenia medyczne w przypadku braku możliwości lub potrzeby skorzystania z nich w uzgodnionym terminie,
- w razie powstania zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową InterRisk w ramach ubezpieczenia Konsylium w Poważnej Chorobie lub ubezpieczenia e-Rehabilitacja, Ubezpieczony obowiązany jest skontaktować się z Centrum Medycyny Koordynowanej (numer telefonu podany jest w umowie ubezpieczenia),
- w razie powstania zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową InterRisk w ramach ubezpieczenia Assistance Medyczny, ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się z Centrum Assistance (numer telefonu podany jest w umowie ubezpieczenia).



Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składkę należy opłacić w wysokości, formie (gotówka lub przelew) i terminach określonych w umowie ubezpieczenia.



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 12 miesięcy.

Odpowiedzialność InterRisk z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia wskazanego w umowie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po opłaceniu składki lub pierwszej raty składki, chyba że umówiono się inaczej. W stosunku do osób przystępujących do umowy ubezpieczenia w trakcie jej trwania, odpowiedzialność InterRisk rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym osoba została zgłoszona przez Ubezpieczającego do InterRisk. W przypadku kosztów z zakresu Stomatologii zachowawczej obowiązuje okres karencji wynoszący 180 dni.

Odpowiedzialność InterRisk ustaje:

- 1) wraz z zakończeniem okresu ubezpieczenia,
- 2) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia,
- 3) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia za porozumieniem stron albo rozwiązania umowy ubezpieczenia w wyniku wypowiedzenia,
- 4) wraz z wyczerpaniem sumy ubezpieczenia wskutek wypłacenia świadczenia lub świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia lub górnej granicy odpowiedzialności,
- 5) z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym InterRisk otrzymał od Ubezpieczającego oświadczenie o wystąpieniu Ubezpieczonego z ubezpieczenia w formie listy osób występujących,
- 6) 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.



Jak rozwiązać umowę?

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.

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

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