

CO ZROBIĆ ŻEBY DOSTAĆ ŚWIADCZENIE?
ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA. USTALENIE IWYPŁATAŚWIADCZENIA
§21

W razie powstania zdarzenia mogącego powodować odpowiedzialność InterRisk 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;
- 3) poddania się badaniu przez lekarza wskazanego przez InterRisk celem rozpoznania zgłaszanych obrażeń ciała. Koszt takiego badania pokrywa InterRisk.

§22

1. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczający lub Ubezpieczony może złożyć w każdej jednostce organizacyjnej InterRisk.

2. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia powinno zawierać poniższe podstawowe informacje:

- 1) imię i nazwisko lub nazwę i adres Ubezpieczającego;
- 2) imię i nazwisko, adres Ubezpieczonego;
- 3) imię i nazwisko, adres Uprawnionego, jeżeli w roszczeniu występuje Uprawniony;
- 4) datę wypadku oraz szczegółowy opis okoliczności jego zaistnienia;
- 5) imię i nazwisko, adres świadków zdarzenia, o ile są w posiadaniu zgłaszającego roszczenie.

3. W celu ustalenia odpowiedzialności InterRisk Ubezpieczający lub Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć poniższe podstawowe dokumenty, o ile są w ich posiadaniu:

- 1) kopię zgłoszenia zdarzenia Policji, o ile zostało dokonane;
 - 2) dokumentacją medyczną z przebiegu leczenia opisującą rodzaj doznanych obrażeń oraz zawierającą dokładną diagnozę;
 - 3) kartę informacyjną ze szpitala;
 - 4) w przypadku zawału serca:
 - a) dokumentację z leczenia szpitalnego,
 - b) dokumentację z Poradni Kardiologicznej, gdzie Ubezpieczony był leczony po przebyłym zawale,
 - c) wynik EKG wykonany nie wcześniej niż po upływie 3 miesięcy od daty przebytego zawału serca;
 - 5) w przypadku udaru mózgu:
 - a) dokumentację z leczenia szpitalnego,
 - b) dokumentację z Poradni Neurologicznej lub od lekarza prowadzącego leczenie z opisem występujących dysfunkcji po przebyłym udarze mózgu;
 - 6) celem refundacji poniesionych kosztów nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie:
 - a) kopię zlecenia lekarskiego na zaopatrzenie w wyroby medyczne wydawane na zlecenie,
 - b) okazać Ubezpieczycielowi oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty;
 - 7) celem refundacji poniesionych kosztów zakupu lub naprawy okularów korekcyjnych lub aparatu słuchowego uszkodzonych w wyniku nieszczęśliwego wypadku na terenie placówki oświatowej – protokół powypadkowy sporządzony przez zespół powypadkowy powołany przez dyrektora placówki oświatowej;
 - 8) celem refundacji poniesionych kosztów przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych:
 - a) kopię decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, na podstawie której przyznano rentę szkoleniową osobie trwale niezdolnej do pracy w dotychczasowym zawodzie lub orzeczenie powiatowego (lub wojewódzkiego) zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności, w którym orzeczono o celowości przekwalifikowania zawodowego osoby niepełnosprawnej,
 - b) okazać Ubezpieczycielowi oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty;
 - 9) celem refundacji poniesionych: kosztów leczenia, kosztów leczenia po ekspozycji, kosztów leczenia stomatologicznego – okazać Ubezpieczycielowi oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty a także dokumentację medyczną z odbytych wizyt, zabiegów, pobytu w szpitalu, operacji. Dodatkowo celem refundacji poniesionych kosztów rehabilitacji – okazać dokumentację lekarską zawierającą skierowanie na zabiegi rehabilitacyjne;
 - 10) celem refundacji kosztów wizyty u lekarza, badań diagnostycznych, których celem jest potwierdzenie lub wykluczenie zakażenia boreliozą, antybiotykoterapii zaleconej przez lekarza, której celem jest leczenie boreliozy spowodowanej ukąszeniem przez kleszcza w ramach Opcji Dodatkowej D20 (Pakiet KLESZCZ i rozpoznanie boreliozy) – okazać Ubezpieczycielowi oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty a także dokumentację medyczną z odbytej wizyty u lekarza w celu usunięcia kleszcza, zawierającą skierowanie na badania diagnostyczne lub zalecenie antybiotykoterapii;
 - 11) celem refundacji kosztów dostosowania mieszkania lub pojazdu po nieszczęśliwym wypadku:
 - a) orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności Ubezpieczonego wydane przez powiatowy/miejski (lub wojewódzki) zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności,
 - b) okazać Ubezpieczycielowi oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty;
 - 12) celem refundacji poniesionych kosztów opłaconej wycieczki:
 - a) okazać Ubezpieczycielowi oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty,
 - b) zaświadczenie z placówki oświatowej będącej organizatorem wycieczki o braku udziału Ubezpieczonego w w/w wycieczce;
 - 13) celem refundacji poniesionych kosztów opłaconego czesnego:
 - a) okazać Ubezpieczycielowi oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty,
 - b) zaświadczenie lekarskie – karta zgonu rodzica Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego,
 - c) akt zgonu rodzica Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego lub orzeczenie sądu uznające rodzica Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego za osobę zmarłą;
 - 14) w przypadku wypadku komunikacyjnego, o ile Ubezpieczony był kierowcą pojazdu:
 - a) kopię dowodu rejestracyjnego pojazdu;
 - 15) w przypadku pokąsania, ukąszenia – kartę informacyjną ze szpitala;
 - 16) w przypadku opieki nad dzieckiem przebywającym w szpitalu:
 - a) zaświadczenie lekarskie informujące o okresie zwolnienia z pracy rodzica lub opiekuna prawnego w związku z opieką nad hospitalizowanym dzieckiem,
 - b) dokumentację medyczną dotyczącą pobytu dziecka w szpitalu,
 - c) oświadczenie rodzica lub opiekuna prawnego, iż podczas pobytu dziecka w szpitalu konieczne było sprawowanie nad dzieckiem opieki 24 godziny na dobę;
 - 17) w przypadku czasowej niezdolności Ubezpieczonego do nauki lub do pracy:
 - a) kopię zaświadczenia lekarskiego/wydruk zaświadczenia lekarskiego wystawionego zgodnie z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie trybu i sposobu orzekania o czasowej niezdolności do pracy, wystawiania zaświadczenia lekarskiego oraz trybu i sposobu sprostowania błędów w zaświadczeniu lekarskim w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę lub placówkę medyczną, która wystawiła ww. zaświadczenie oraz zaświadczeniem stwierdzającym zatrudnienie – w przypadku Ubezpieczonego będącego pracownikiem placówki oświatowej, chyba że Ubezpieczony nie mógł go uzyskać z przyczyn od siebie niezależnych,
 - b) zaświadczenie lekarskie/wydruk zaświadczenia lekarskiego potwierdzające okres niezdolności do nauki i /zaświadczenie ze szkoły potwierdzające nieobecność na zajęciach lekcyjnych – w przypadku dzieci lub uczniów;
 - 18) w przypadku uciążliwego leczenia – zaświadczenie lekarskie/wydruk zaświadczenia lekarskiego zawierające informację o okresie czasowej niezdolności Ubezpieczonego do nauki lub do pracy oraz potwierdzenie nieobecności Ubezpieczonego w pracy lub na zajęciach lekcyjnych przez zakład pracy lub szkołę;
 - 19) celem refundacji poniesionych kosztów na leki, o których mowa w §12 ust. 1 pkt 18) – okazać Ubezpieczycielowi oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty a także dokumentację medyczną ze szpitala w której wskazano że leki zostały zalecone przez lekarza prowadzącego leczenie;
 - 20) celem refundacji kosztów pogrzebu Ubezpieczonego:
 - a) zaświadczenie lekarskie – karta zgonu Ubezpieczonego,
 - b) akt zgonu Ubezpieczonego lub orzeczenie sądu uznające Ubezpieczonego za osobę zmarłą,
 - c) okazać Ubezpieczycielowi oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty.
- 4.** InterRisk może na swój koszt, kierować Ubezpieczonego na badania lekarskie z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi.
- 5.** InterRisk może uzyskać odpłatnie od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, 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 w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.

6. Wystąpienie InterRisk o informację, o której mowa w ust. 5, wymaga zgody Ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, albo jego przedstawiciela ustawowego.

7. InterRisk może uzyskać odpłatnie od Narodowego Funduszu Zdrowia dane o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia jego odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia. Wystąpienie InterRisk o te informacje wymaga zgody Ubezpieczonego albo jego przedstawiciela ustawowego.

8. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, InterRisk w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

9. 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 lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.

10. W razie powstania zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach Opcji Dodatkowej D15 – **Assistance EDU PLUS**, Ubezpieczający lub Ubezpieczony obowiązany jest telefonicznie skontaktować się z Centrum Assistance (adres, numer telefonu podany jest w umowie ubezpieczenia) i przekazać następujące informacje:

- 1) imię i nazwisko lub nazwę i adres Ubezpieczającego;
- 2) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
- 3) adres zamieszkania Ubezpieczonego;
- 4) krótki opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy;
- 5) numer telefonu kontaktowego Ubezpieczonego.

11. W razie powstania zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach Opcji Dodatkowej D15 – **Assistance EDU PLUS**, Ubezpieczony, na wniosek Centrum Assistance, zobowiązany jest przedstawić lekarzom Centrum Assistance posiadane: zaświadczenia medyczne, skierowania, zwolnienia lekarskie, dokumenty medyczne, recepty, a także okazać Ubezpieczycielowi oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty.

12. W celu zrealizowania świadczenia w ramach Opcji Dodatkowej D16 – **TeleMedycyna**, Ubezpieczony zobowiązany jest zarejestrować się na portalu Centrum TeleMedycyny dostępnym na stronie internetowej www.interrisk.pl i postępować zgodnie ze wskazaniami aplikacji.

13. W celu zrealizowania świadczeń z **Pakietu ONKO** w ramach Opcji Dodatkowej D17 – **Pakiet ONKO**, Ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się z Centrum ONKO telefonicznie pod numerem telefonu: (85) 874 23 60 (koszt połączenia zgodny z taryfą danego operatora) lub mailowo na dedykowany adres: interrisk.onko@mdtmedical.eu i postępować zgodnie ze wskazówkami udzielanymi przez konsultanta.

14. Świadczenia w ramach Opcji Dodatkowej D26 – **e-Rehabilitacja** realizowane są zgodnie z poniższymi zasadami:

- 1) Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - a) skontaktować się z Centrum e-Rehabilitacji telefonicznie pod numerem telefonu: (85) 874 23 59 lub mailowo na dedykowany adres: interrisk.rehabilitacja@mdtmedical.eu celem uzgodnienia preferowanego terminu realizacji świadczenia zdrowotnego,
 - b) zastosować się do zaleceń i wskázówek personelu Centrum e-Rehabilitacji,
 - c) odwołać zarezerwowane wizyty lekarskie w przypadku braku możliwości lub potrzeby skorzystania z nich w umówionym terminie.
- 2) Rodzaj e-Rehabilitacji jest każdorazowo dopasowany do rodzaju uszkodzenia ciała, którego doznał Ubezpieczony w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
- 3) W celu realizacji e-Rehabilitacji, Ubezpieczonemu udostępniany jest system e-Rehabilitacji (aparatura sterująco-telemonitorująca), za wyjątkiem odbiornika TV lub innego niezbędnego sprzętu IT, który jest potrzebny do realizacji rehabilitacji ruchowej i neurologicznej.
- 4) System e-Rehabilitacji, o którym mowa w pkt 3) powyżej stanowi własność Centrum e-Rehabilitacji i jest udostępniany Ubezpieczonemu na zasadach dzierżawy/najmu. Ubezpieczony zobowiązany jest do użytkowania tego systemu zgodnie z jego przeznaczeniem oraz załączoną do tego systemu instrukcją obsługi.
- 5) System e-Rehabilitacji, o którym mowa w pkt 3) powyżej winien być zwrócony do Centrum e-Rehabilitacji w terminie nieprzekraczającym 14 dni od daty zakończenia ochrony ubezpieczeniowej.
- 6) Koszt wysyłki i odbioru, a także koszt kaucji systemu e-Rehabilitacji, o którym mowa w pkt 3) powyżej Ubezpieczony ponosi we własnym zakresie.
- 7) Koszty połączeń i usług internetowych Ubezpieczony ponosi we własnym zakresie.

15. W celu uzyskania świadczenia **Asysty Prawnej** Ubezpieczony zobowiązany jest postępować w sposób opisany w §13 pkt V.

16. W celu uzyskania pomocy informatycznej, pomocy psychologicznej lub pomocy prawnej w ramach Opcji **Hejt Stop** Ubezpieczony zobowiązany jest postępować w sposób opisany w §11 pkt IV.