

## SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA kosztów leczenia VISION DIAMOND

Niniejsze szczególne warunki ubezpieczenia kosztów leczenia VISION DIAMOND mają zastosowanie wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia kosztów leczenia VISION, zatwierdzonych Uchwałą nr 19/2001 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 07.09.2001 r., zmienionych Uchwałą Zarządu TU INTER Polska S.A. nr 45/2003 z dnia 22.10.2003r. i zmienionych Uchwałą Zarządu TU INTER Polska S.A. nr 29/2005 z dnia 23.06.2005 r.

### § 1 Zakres świadczeń INTER Polska

1. Podstawą spełnienia świadczenia przez INTER Polska z tytułu umowy ubezpieczenia kosztów leczenia VISION DIAMOND są wykazy świadczeń zdrowotnych. Wykazy stanowią załącznik do szczególnych warunków ubezpieczenia VISION DIAMOND i podstawę do refundacji kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego w przypadku korzystania ze świadczeń zdrowotnych w placówkach innych niż kontraktowe.
2. W ramach ubezpieczenia kosztów leczenia VISION DIAMOND INTER Polska pokrywa:
  - 1) **Koszty kompleksowego przeglądu stanu zdrowia oraz szczepienia przeciw grypie raz w roku kalendarzowym** zgodnie z Wykazem nr 2 „Profilaktyka”
  - 2) **Koszty ambulatoryjnej porady medycznej oraz leczenia ambulatoryjnego** świadczone przez lekarza specjalistę (z wyłączeniem lekarza dentystry) zgodnie z Wykazem nr 3 „Konsultacje lekarskie” włącznie z kosztami materiałów.
  - 3) **Koszty domowych wizyt lekarskich** w przypadkach nagłych, jeżeli stan zdrowia Ubezpieczonego nie pozwala na przewiezienie go do lekarza (np. w razie wystąpienia ostrych infekcji, zaostrzenia przewlekłych stanów chorobowych itp.)
  - 4) **Koszty ambulatoryjnie przeprowadzonych badań laboratoryjnych** i diagnostycznych zaleconych przez lekarza specjalistę i określonych zgodnie z Wykazem nr 4 „Laboratorium” oraz z Wykazem nr 5 „Diagnostyka”.
  - 5) **Koszty kontrolnego przeglądu dentystrycznego dwa razy w roku kalendarzowym** zgodnie z Wykazem nr 8 „Dentystyka”.
  - 6) **Koszty leczenia dentystrycznego**  
 INTER Polska pokrywa koszty świadczeń (koszty materiałów i robocizny) zgodnie z Wykazem nr 8 „Dentystyka”  
 Rachunki dotyczące wykonanych świadczeń dentystrycznych muszą zawierać: imię i nazwisko Ubezpieczonego, adres, oznaczenie leczonych zębów, rodzaj przeprowadzonego leczenia oraz pieczęć placówki i podpis osoby upoważnionej do wystawienia rachunku.
  - 7) **Koszty leczenia ortodontycznego**  
 Koszty leczenia ortodontycznego (koszty materiałów i robocizny) objęte są ochroną w przypadku Ubezpieczonych poniżej 18 roku życia do wysokości 3.500 PLN w ciągu 4 lat kalendarzowych.  
 W przypadku ubezpieczenia dzieci bez rodzica lub opiekuna prawnego koszty leczenia ortodontycznego są wyłączone z zakresu ochrony ubezpieczeniowej.  
 Ubezpieczony jest zobowiązany przed rozpoczęciem leczenia przedłożyć INTER Polska plan przebiegu leczenia wraz z kosztorysem oraz

z uzasadnieniem medycznej konieczności przeprowadzenia zabiegu. INTER Polska zobowiązuje się do bezwzględnego zbadania tego planu. Prawo do otrzymania świadczenia przysługuje tylko wtedy, gdy INTER Polska udzielił pisemnej zgody na pokrycie kosztów.

Rachunki dotyczące wykonanych świadczeń ortodontycznych muszą zawierać: imię i nazwisko Ubezpieczonego, adres, oznaczenie leczonych zębów, rodzaj przeprowadzonego leczenia oraz pieczęć placówki i podpis osoby upoważnionej do wystawienia rachunku.

#### 8) Koszty środków pomocniczych

INTER Polska pokrywa zgodnie z Wykazem nr 6 „Środki pomocnicze” koszty środków pomocniczych, które nie zostały zrefundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Świadczenia związane ze środkami pomocniczymi tego samego rodzaju (za wyjątkiem pomocy okulistycznych) będą pokrywane raz w roku kalendarzowym po przedłożeniu kopii dowodu stwierdzającego konieczność zakupu tego środka. INTER Polska pokryje koszty środka pomocniczego, jeśli dotychczas używany nie będzie zdalny do dalszego użytku.

Koszty pomocy okulistycznych (łącznie ze szklami kontaktowymi) zostaną pokryte do łącznej kwoty 200 PLN. Ubezpieczony nabywa prawo do ponownego świadczenia po upływie 3 lat od terminu otrzymania ostatniego świadczenia tego samego rodzaju.

#### 9) Dzienny zasiłek szpitalny

INTER Polska wypłaca w razie choroby, wypadku, leczenia związanego z ciężką i porodem za każdy dzień koniecznego z punktu widzenia medycznego leczenia szpitalnego, dzienny zasiłek w wysokości 200 PLN.

INTER Polska wypłaca Ubezpieczonemu dzienny zasiłek szpitalny niezależnie od rzeczywistej powstałych kosztów leczenia.

Przy zgłoszeniu roszczenia przez Ubezpieczonego o wypłatę świadczenia z tytułu dziennego zasiłku szpitalnego, INTER Polska wymaga przedłożenia dokumentu stwierdzającego leczenie szpitalne. Dokument ten wystawia szpital lub lekarz prowadzący zatrudniony w szpitalu (lekarz, pod opieką którego Ubezpieczony przebywał w szpitalu). Dokument powinien zawierać: imię i nazwisko Ubezpieczonego, adres, oznaczenie choroby, datę przyjęcia do szpitala i datę jego opuszczenia, oznaczenie szpitala, imię i nazwisko lekarza prowadzącego i jego podpis.

W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w związku z leczeniem chorób psychicznych i psychiatrycznych nie przysługuje prawo do otrzymania dziennego zasiłku szpitalnego.

#### 10) Koszty zabiegów protetycznych

INTER Polska pokrywa koszty zabiegów protetycznych (łącznie koszty materiałów i robocizny) określonych w Wykazie nr 9 „Protetyka”.

Koszty zabiegów protetycznych pokrywane są w wysokości 50% wartości świadczenia określonej w wykazie w odniesieniu do każdej ubezpieczonej osoby z jednoczesnym ograniczeniem do:

- 2.000 PLN w ciągu pierwszych 12 miesięcy ubezpieczenia (pierwszy rok świadczeniowy),
- 4.000 PLN w ciągu pierwszych 24 miesięcy ubezpieczenia (pierwszy i drugi rok świadczeniowy),
- 6.000 PLN w ciągu pierwszych 36 miesięcy ubezpieczenia (pierwszy, drugi i trzeci rok świadczeniowy),
- 8.000 PLN w ciągu pierwszych 48 miesięcy ubezpieczenia (pierwszy, drugi, trzeci i czwarty rok świadczeniowy),
- 10.000 PLN od 49-go miesiąca w ciągu każdego dalszego roku świadczeniowego.

Ubezpieczony jest zobowiązany przed rozpoczęciem leczenia przedłożyć INTER Polska plan leczenia i przewidywanych kosztów leczenia.

INTER Polska zobowiązuje się do bezwzględnego zbadania tego planu. Prawo do otrzymania świadczenia przysługuje tylko wtedy, gdy INTER Polska udzielił pisemnej zgody na pokrycie kosztów.

Rachunki dotyczące wykonanych świadczeń protetycznych muszą zawierać: imię i nazwisko Ubezpieczonego, adres, oznaczenie leczonych zębów, rodzaj przeprowadzonych zabiegów, pieczęć placówki i podpis osoby upoważnionej do wystawienia rachunku.

#### 11) Koszty leków

INTER Polska pokrywa koszty leków pozostałe po potrąceniu kosztów refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia i opłaty ryczałtowej maksymalnie do kwoty 700 PLN w roku ubezpieczeniowym. Leki muszą zostać zlecone przez lekarza i zakupione w aptece.

Rachunki za leki muszą zawierać: imię i nazwisko Ubezpieczonego, adres, nazwę przepisane leku, cenę leku, kwotę pozostałą po uwzględnieniu refundacji i opłaty ryczałtowej oraz oznaczenie apteki.

Za leki nie uważa się, nawet jeśli zostały przepisane przez lekarza i zawierają składniki lecznicze: preparatów odżywczych i wzmacniających, środków dezynfekcyjnych i kosmetycznych, wody mineralnej, dodatków do kąpieli itp.

- 12) **Koszty zabiegów leczniczych** w ramach leczenia ambulatoryjnego określonych zgodnie z Wykazem nr 7 „Zabiegi leczniczo-rehabilitacyjne” w przypadku: przepukliny jądra miazdźstego krążka międzykręgowego, zabiegu na kręgosłupie, zabiegu na stawach, zabiegu na więzadłach i ścięgna, złamania kości kończyny, osteotomii ze zmianą ustawienia fragmentów kości. Zabiegi lecznicze mogą być wykonane wyłącznie przez lekarza lub osobę posiadającą uprawnienia do wykonywania tego typu zabiegów.

#### 13) Koszty ambulatoryjnego leczenia psychoterapeutycznego

INTER Polska pokrywa koszty 20 spotkań psychoterapeutycznych z lekarzem w ciągu roku kalendarzowego łącznie z wizytą.

3. Ubezpieczenia dodatkowe:

- 1) W ramach ubezpieczenia kosztów leczenia VISION DIAMOND Ubezpieczający może rozszerzyć zakres ochrony o następujące ubezpieczenia dodatkowe:
  - a) świadczenia związane z medycyną pracy;
  - b) zabiegi protetyczne w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
  - c) dzienny zasitek szpitalny;
  - d) koszty leczenia za granicą.
- 2) Zakres ochrony ubezpieczenia dodatkowego regulują odrębne szczególne warunki dodatkowego ubezpieczenia kosztów leczenia VISION.

**§ 2 Zatwierdzenie i wejście w życie szczególnych warunków ubezpieczenia**

1. Niniejsze szczególne warunki ubezpieczenia kosztów leczenia VISION DIAMOND zostały zatwierdzone Uchwałą nr 19/2001 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 07.09.2001 r., zmienione Uchwałą Zarządu TU INTER Polska S.A. nr 45/2003 z dnia 22.10.2003 r. i zmienione Uchwałą Zarządu TU INTER Polska S.A. nr 29/2005 z dnia 23.06.2005r.
2. Niniejsze szczególne warunki ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 01.08.2005r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01.08.2005r.



Wojciech Czapiński      Grzegorz Brenda      Peter Nesbeda  
Członek Zarządu      Członek Zarządu      Członek Zarządu