

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA kosztów leczenia VISION SILVER

Niniejsze szczególne warunki ubezpieczenia kosztów leczenia VISION SILVER 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

- Podstawą spełnienia świadczenia przez INTER Polska z tytułu umowy ubezpieczenia kosztów leczenia VISION SILVER są wykazy świadczeń zdrowotnych. Wykazy stanowią załącznik do szczególnych warunków ubezpieczenia VISION SILVER i podstawę do refundacji kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego w przypadku korzystania ze świadczeń zdrowotnych w placówkach innych niż kontraktowe.
- W ramach ubezpieczenia kosztów leczenia VISION SILVER INTER Polska pokrywa:
 - Koszty kompleksowego przeglądu stanu zdrowia oraz szczepienia przeciw grypie raz w roku kalendarzowym** zgodnie z Wykazem nr 1 „Profilaktyka”.
 - 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.
 - Koszty domowych wizyt lekarskich** dwa razy w roku kalendarzowym 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.).
 - 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”.
 - Koszty kontrolnego przeglądu dentystycznego dwa razy w roku kalendarzowym** zgodnie z Wykazem nr 8 „Dentystyka”.
 - Koszty leczenia dentystycznego**
INTER Polska pokrywa koszty świadczeń (koszty materiałów i robocizny) zgodnie z Wykazem nr 8 „Dentystyka”.

Rachunki dotyczące wykonanych świadczeń dentystycznych 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 są konieczne do zastosowania w związku z zabiegiem chirurgicznym wykonanym w trakcie leczenia szpitalnego.

INTER Polska pokrywa część kosztów środków pomocniczych nie refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

9) Dzienny zasiłek szpitalny

INTER Polska wypłaca w razie choroby, wypadku, leczenia związanego z ciążą i porodem za każdy dzień koniecznego z punktu widzenia medycznego leczenia szpitalnego, dzienny zasiłek w wysokości 100 PLN. INTER Polska wypłaca Ubezpieczonemu dzienny zasiłek szpitalny niezależnie od rzeczywiste 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.

3. Ubezpieczenia dodatkowe:

- W ramach ubezpieczenia kosztów leczenia VISION SILVER Ubezpieczający może rozszerzyć zakres ochrony o następujące ubezpieczenia dodatkowe:
 - świadczenia związane z medycyną pracy;
 - zabiegi protetyczne w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - dzienny zasiłek szpitalny;
 - koszty leczenia za granicą.
- Zakres ochrony ubezpieczenia dodatkowego regulują odrębne szczególne warunki dodatkowego ubezpieczenia kosztów leczenia VISION.

§ 2 Zatwierdzenie i wejście w życie szczególnych warunków ubezpieczenia

- Niniejsze szczególne warunki ubezpieczenia kosztów leczenia VISION SILVER 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.
- Niniejsze szczególne warunki ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 01.08.2005 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01.08.2005 r.



Wojciech Czapiński
Członek Zarządu

Grzegorz Brenda
Członek Zarządu

Peter Nesbėda
Członek Zarządu