

## Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego VISION DIAMOND

Niniejsze szczególne warunki ubezpieczenia zdrowotnego VISION DIAMOND mają zastosowanie wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia zdrowotnego VISION, zatwierdzonych Uchwałą nr 40/2009 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 24.09.2009 r.

### § 1

#### Zakres świadczeń INTER Polska

1. Zakres świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach ubezpieczenia VISION DIAMOND określony jest w wykazie świadczeń zdrowotnych. Zasady realizacji świadczeń zdrowotnych określone są w § 13 OWU.

2. W ramach ubezpieczenia zdrowotnego VISION DIAMOND INTER Polska pokrywa:

1) **Koszty ambulatoryjnych konsultacji lekarskich** (z wyłączeniem lekarza dentyisty oraz lekarza medycyny pracy) **oraz leczenia ambulatoryjnego** zgodnie z Wykazem nr 1 „Konsultacje i zabiegi ambulatoryjne”.

2) **Koszty domowych wizyt lekarskich** internistów, pediatrów i lekarzy rodzinnych, w wyniku nieszczęśliwego wypadku i nagłego zachorowania.

Koszty domowych wizyt lekarskich pokrywane są na podstawie rachunku na zasadach określonych w § 13 pkt 5-8 OWU oraz realizowane są w ramach usług assistence na zasadach określonych w Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Vision Assistence.

3) **Koszty ambulatoryjnie przeprowadzonych badań laboratoryjnych** zaleconych przez lekarza specjalistę, zgodnie z Wykazem nr 2 „Laboratorium”.

4) **Koszty ambulatoryjnie przeprowadzonych badań diagnostycznych** zaleconych przez lekarza specjalistę, zgodnie z Wykazem nr 3 „Diagnostyka”.

5) **Koszty leczenia dentyścycznego**

INTER Polska pokrywa koszty świadczeń (koszty materiałów i robocizny) zgodnie z Wykazem nr 6 „Dentystryka”.

6) **Koszty leczenia ortodontycznego**

Koszty leczenia ortodontycznego (koszty materiałów i robocizny) objęte są ochroną w przypadku Ubezpieczonych do 18 roku życia do wysokości:

- 1 000 PLN w ciągu pierwszego roku ubezpieczeniowego,
- 2 000 PLN w ciągu dwóch pierwszych lat ubezpieczeniowych,
- 3 000 PLN w ciągu trzech pierwszych lat ubezpieczeniowych,
- 4 000 PLN w ciągu czterech pierwszych lat ubezpieczeniowych,
- 4 000 PLN w ciągu każdych kolejnych czterech lat ubezpieczeniowych.

Powyższe limity dotyczą czasu trwania umowy w wariantcie VISION DIAMOND.

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. INTER Polska pokrywa koszty świadczeń ortodontycznych powstałe po akceptacji planu leczenia wyłącznie na podstawie rachunku na zasadach określonych w § 13 pkt 5-8 OWU.

7) **Koszty środków pomocniczych**

INTER Polska pokrywa koszt zakupu lub wypożyczenia środków pomocniczych na podstawie rachunku (na zasadach określonych w § 13 pkt 5-8 OWU) oraz kopii potwierdzenia medycznej konieczności zakupu danego środka, zgodnie z Wykazem nr 4 „Środki pomocnicze”.

Świadczenie związane ze środkiem pomocniczym danego rodzaju przysługuje raz w roku ubezpieczeniowym.

8) **Dzienny zasiłek szpitalny**

INTER Polska wypłaca w razie choroby Ubezpieczonego, jego wypadku lub leczenia związanego z ciążą i porodem dzienny zasiłek w wysokości 200 PLN za każdą dobę koniecznego z punktu widzenia medycznego leczenia szpitalnego Ubezpieczonego, jeśli pobyt w szpitalu był dłuższy niż 24 godziny, z zastrzeżeniem, iż INTER Polska wypłaca dzienny zasiłek szpitalny za maksymalnie 90 dób pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w roku ubezpieczeniowym.

Przy zgłoszeniu roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu dziennego zasiłku szpitalnego, INTER Polska wymaga przedłożenia kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub kopii karty wypisu ze szpitala.

W przypadku leczenia Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobami psychicznymi i psychiatrycznymi nie przysługuje prawo do otrzymania dziennego zasiłku szpitalnego.

9) **Koszty zabiegów protetycznych**

INTER Polska pokrywa koszty zabiegów protetycznych określonych w Wykazie nr 7 „Protetyka”.

Koszty zabiegów protetycznych pokrywane są wyłącznie na podstawie rachunku na zasadach określonych w § 13 pkt 5-8 OWU w wysokości 50% wartości świadczenia określonej w wykazie z jednoczesnym ograniczeniem do:

- 2 000 PLN w ciągu pierwszego roku ubezpieczeniowego,
- 4 000 PLN w ciągu dwóch pierwszych lat ubezpieczeniowych,
- 6 000 PLN w ciągu trzech pierwszych lat ubezpieczeniowych,
- 8 000 PLN w ciągu czterech pierwszych lat ubezpieczeniowych,
- 10 000 PLN w ciągu każdego kolejnego roku ubezpieczeniowego.

Powyższe limity dotyczą czasu trwania umowy w wariantcie VISION DIAMOND.

Ubezpieczony jest zobowiązany przed rozpoczęciem leczenia przedłożyć INTER Polska plan leczenia wraz z kosztorysem. INTER Polska zobowiązuje się do bezwzględnego zbadania tego planu. INTER Polska pokrywa koszty świadczeń protetycznych powstałe po akceptacji planu leczenia.

10) **Koszty leków**

INTER Polska pokrywa koszty leków aktualnie zarejestrowanych i dopuszczonych do obrotu w Polsce, koniecznych do zastosowania przez Ubezpieczonego, pozostałe po potrąceniu refundacji NFZ maksymalnie do kwoty 700 PLN w roku ubezpieczeniowym. Leki muszą zostać zlecone przez lekarza i zakupione w aptece.

Za leki nie uważa się, nawet jeśli zostały przepisane przez lekarza: witamin i mikroelementów, znieczuleń, szczepionek (za wyjątkiem szczepionki przeciw żółtaczkę typu AB), preparatów odżywczych i wzmacniających, środków dezynfekcyjnych i kosmetycznych, wody mineralnej, dodatków do kąpieli itp.

11) **Koszty zabiegów leczniczo-rehabilitacyjnych** zleconych przez lekarza w ramach leczenia ambulatoryjnego określonych zgodnie z Wykazem nr 5 „Rehabilitacja”.

Zabiegi leczniczo-rehabilitacyjne mogą być wykonane wyłącznie przez lekarza lub osobę posiadającą stosowne wykształcenie i uprawnienia do wykonywania tego typu zabiegów.

12) **Koszty ambulatoryjnego leczenia psychoterapeutycznego**

INTER Polska pokrywa koszty 20 spotkań psychoterapeutycznych z lekarzem lub osobą posiadającą aktualne uprawnienia do prowadzenia tego typu terapii w Polsce w ciągu roku ubezpieczeniowego.

13) **Koszty profilaktycznego przeglądu stanu zdrowia zgodnie z Wykazem nr 8 „Profilaktyka”**

3. Usługi Assistance:

- wizyta domowa lekarza,
- transport medyczny,
- wizyta pielęgniarki,
- pomoc psychologa,
- organizacja procesu rehabilitacyjnego,
- organizacja wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego,
- dostawa leków,
- organizację opieki nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi,
- infolinia medyczna.

Usługi assistance realizowane są na zasadach określonych w Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Vision Assistance.

4. Ubezpieczenia dodatkowe:

- 1) W ramach ubezpieczenia zdrowotnego VISION DIAMOND Ubezpieczający może rozszerzyć zakres ochrony o ubezpieczenia dodatkowe.
- 2) Zakres ochrony ubezpieczenia dodatkowego regulują odrębne szczególne warunki dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego VISION.

**§ 2**

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

1. Niniejsze szczególne warunki ubezpieczenia zdrowotnego VISION DIAMOND zostały zatwierdzone Uchwałą nr 40/2009 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 24.09.2009 r.
2. Niniejsze szczególne warunki ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 01.11.2009 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01.11.2009 r.
3. Z dniem 31.10.2009 r. uchyla się dotychczasowe ogólne warunki ubezpieczenia wprowadzone Uchwałą 44/2007 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 26.11.2007 r.



Aniela Schreyner  
Prezes Zarządu



Janusz Szulik  
Członek Zarządu