

Antidotum Plus

KARTA PRODUKTU

- ▶ Przygotowana przez InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group (dalej: InterRisk) karta produktu przedstawia kluczowe informacje o ubezpieczeniu w celu umożliwienia Klientowi zrozumienie tego produktu oraz podjęcia decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia.
- ▶ Karta produktu nie stanowi integralnej części umowy ubezpieczenia.
- ▶ Decyzję o zawarciu umowy ubezpieczenia należy podjąć po wcześniejszym zapoznaniu się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia (dalej: OWU) z informacją, o której mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
- ▶ Przed zawarciem umowy ubezpieczenia należy skonsultować się z Agentem ubezpieczeniowym InterRisk.

■ Ubezpieczyciel

InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group
 ul. Noakowskiego 22, 00-668 Warszawa

■ Agent ubezpieczeniowy

■ Ubezpieczający

Osoba fizyczna, osoba prawna oraz jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, prowadząca działalność gospodarczą, która zawarła umowę ubezpieczenia i z tego tytułu jest zobowiązana do opłacenia składki ubezpieczeniowej.

■ Ubezpieczony

Osoba fizyczna, na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia, pod warunkiem, że osoba ta w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyła 65 lat, a w przypadku umowy ubezpieczenia rodzinnego także jej małżonek lub partner i ich dzieci, pod warunkiem, że osoby te w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyły 65 lat.

■ Zakres ubezpieczenia

- Zakres ubezpieczenia ustalany jest na wniosek ubezpieczającego i może obejmować:
 - koszty świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 do OWU Antidotum Plus, w wariantach: STANDARD, PEŁNYM, PRESTIŻ lub KOMFORT,
 - koszty pomocy doraźnej, określonej w Załączniku nr 2 do OWU Antidotum Plus,
 - pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, określony w Załączniku nr 3 do OWU Antidotum Plus, w wariantach PEŁNYM lub PRESTIŻ.
- W przypadku, gdy Ubezpieczonym jest dziecko, w rozumieniu postanowienia § 2 pkt 4) OWU Antidotum Plus, za opłatą dodatkowej składki zakres świadczeń medycznych w wariantach STANDARD, PEŁNYM, PRESTIŻ może zostać rozszerzony o świadczenia konsultacji specjalistów dziecięcych, wymienionych w § 1 pkt 5 Załącznika nr 1 do OWU Antidotum Plus.

Umowa ubezpieczenia z zakresem kosztów świadczeń medycznych może zostać zawarta w formie ubezpieczenia:

| Wariant ubezpieczenia | indywidualnego, w rozumieniu postanowienia § 2 ust. 33) OWU Antidotum Plus | | rodzinnego, w rozumieniu postanowienia § 2 ust. 34) OWU Antidotum Plus | |
|-----------------------|--|---|--|---|
| | na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu przystąpienia do ubezpieczenia ukończył 14 lat w wariantach: | rozszerzonego za opłatą dodatkowej składki o świadczenia konsultacji specjalistów dziecięcych, wymienionych w § 1 pkt 5 Załącznika nr 1 do niniejszych OWU, zgodnie z postanowieniem § 4 ust. 2 na rzecz Ubezpieczonego dziecka, w rozumieniu definicji z § 2 pkt 4) OWU Antidotum Plus w wariantach: | w wariantach: | rozszerzonego za opłatą dodatkowej składki o świadczenia konsultacji specjalistów dziecięcych, wymienionych w § 1 pkt 5 Załącznika nr 1 do niniejszych OWU, zgodnie z postanowieniem § 4 ust. 2 w wariantach: |
| Standard | ✓ | ✓ | ✓ | — |
| Pełny | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Prestiż | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Komfort | ✓ | — | ✓ | — |

- Ubezpieczyciel pokrywa koszty świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 1) i 2), jeżeli są one niezbędne z medycznego punktu widzenia. **Wizyta u lekarza specjalisty nie wymaga skierowania.** Udzielenie pozostałych świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 do OWU Antidotum Plus, wymaga skierowania od lekarza Partnera Medycznego.
- Zmiana zakresu ubezpieczenia w czasie trwania umowy ubezpieczenia wymaga zgody Ubezpieczyciela i zawarcia aneksu w formie pisemnej pod rygorem nieważności do obowiązującej umowy ubezpieczenia.

■ Suma ubezpieczenia

- Górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela w ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycznych, stanowią koszty świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 do OWU Antidotum Plus.
- W ubezpieczeniu kosztów pomocy doraźnej suma ubezpieczenia określona jest kwotowo.
- W ubezpieczeniu pobytu w szpitalu suma ubezpieczenia stanowi iloczyn wysokości świadczenia za dzień pobytu w szpitalu określonego w umowie ubezpieczenia oraz 60 dni pobytu w szpitalu, o których mowa w § 16 ust. 1 OWU Antidotum Plus.
- Wysokość sum ubezpieczenia, o których mowa w ust. 2 i 3 ustalana jest na wniosek Ubezpieczającego.
- Sumy ubezpieczenia, o których mowa w pkt 2 i 3 określone są w umowie ubezpieczenia i stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela dla danego rodzaju ubezpieczenia.

■ Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia (§ 5, § 6, § 7, § 8, § 13 ust. 2)

(„§ 5.) Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia, powstałe w następstwie lub w związku z:

- leczeniem niepłodności oraz zabiegów związanych ze zmianą płci,
- leczenia, zabiegów lub operacji z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej oraz kosmetyki,
- zabiegów i kuracji odwykowych oraz leczenia odwykowego,
- chorób psychicznych,

- 5) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa, samookaleczeniem, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
- 6) działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami,
- 7) aktów terroru,
- 8) leczeniem skutków i chorób spowodowanych spożywaniem alkoholu oraz używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych,
- 9) uczestnictwa Ubezpieczonego w badaniach klinicznych i eksperymentach medycznych,
- 10) poronieniem sztucznym,
- 11) leczeniem choroby Alzheimera,
- 12) leczeniem AIDS lub schorzeń związanych z tą chorobą,
- 13) uprawiania sportów wysokiego ryzyka,
- 14) epidemiami ogłoszonymi na podstawie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,
- 15) prowadzeniem pojazdu przez Ubezpieczonego będącego kierowcą pojazdu, nieposiadającego wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub jeżeli pojazd nie był zarejestrowany lub nie posiadał ważnego badania technicznego, jeżeli w odniesieniu do danego pojazdu istnieje wymóg rejestracji lub dokonania okresowych badań technicznych, chyba że brak wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, brak zarejestrowania pojazdu lub stan techniczny pojazdu nie miał wpływu na zajście wypadku,
- 16) działaniem energii jądrowej, odpadów radioaktywnych, bądź materiałów wybuchowych.

Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów leków i środków medycznych, za wyjątkiem użytych w nagłych przypadkach dla ratowania życia. Ubezpieczenie kosztów świadczeń medycznych nie obejmuje kosztów rehabilitacji o ile dotyczy ona chorób przewlekłych lub wad wrodzonych.

(.§ 6.) W ubezpieczeniu kosztów pomocy doraźnej, o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt 2) OWU Antidotum Plus, z uwzględnieniem wyłączeń, o których mowa w § 5 ust. 1 OWU Antidotum Plus Ubezpieczyciel nie odpowiada dodatkowo za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z:

- 1) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, z wyłączeniem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza, o ile pozostawianie Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych miało wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku lub choroby,
- 2) wyczynowego uprawiania sportu.

(.§ 7.) W ubezpieczeniu pobytu w szpitalu, o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt 3) OWU Antidotum Plus z uwzględnieniem wyłączeń, o których mowa w § 5 ust. 1 OWU Antidotum Plus Ubezpieczyciel dodatkowo nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z:

- 1) uszkodzeniami ciała lub chorobami zdiagnozowanymi przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową,
- 2) epilepsją, łuszczycą, gruźlicą, dializami,
- 3) leczeniem otyłości, ubytków wagi ciała, skutków kuracji odchudzających, bulimii, anoreksji,
- 4) leczeniem wad wzroku, zabiegów plastyczno – kosmetycznych, z wyjątkiem operacji oszpeceń i okaleczeń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku,
- 5) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, z wyłączeniem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza, o ile miało ono wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku lub choroby,
- 6) rehabilitacją.

Dodatkowo w ubezpieczeniu pobytu w szpitalu Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za pobyt w zakładach opiekuńczo – leczniczych i pobyt w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego.

(.§ 8.)

1. Górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela w ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycznych, stanowią koszty świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 do OWU Antidotum Plus.
2. W ubezpieczeniu kosztów pomocy doraźnej suma ubezpieczenia określona jest kwotowo.
3. W ubezpieczeniu pobytu w szpitalu suma ubezpieczenia stanowi iloczyn wysokości świadczenia za dzień pobytu w szpitalu określonego w umowie ubezpieczenia oraz 60 dni pobytu w szpitalu, o których mowa w § 16 ust.1.
4. Wysokość sum ubezpieczenia, o których mowa w ust. 2 i 3 ustalana jest na wniosek Ubezpieczającego.
5. Sumy ubezpieczenia, o których mowa w ust. 2 i 3 określone są w umowie ubezpieczenia i stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela dla danego rodzaju ubezpieczenia.

(.§ 13 ust. 2.) Jeżeli Ubezpieczający nie podał do wiadomości Ubezpieczyciela znanych sobie okoliczności, o których mowa w §13 ust.1 pkt 3) OWU Antidotum Plus lub nie dopełnił obowiązku, o którym mowa w § 13 ust.1 pkt 4) OWU Antidotum Plus Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, za skutki tych okoliczności.

■ Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem ubezpieczenia są koszty świadczeń medycznych, a także koszty pomocy doraźnej powstałe w okresie ubezpieczenia w wyniku leczenia chorób i następstw nieszczęśliwych wypadków, a także pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, który wydarzył się w okresie ubezpieczenia lub chorobą, która została zdiagnozowana w okresie ubezpieczenia.

■ Początek i koniec ochrony ubezpieczeniowej

1. W umowie ubezpieczenia określa się datę początkową i końcową okresu ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, wskazanego w umowie jako początek ochrony ubezpieczeniowej (okresu ubezpieczenia) jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zaplaceniu składki lub pierwszej raty składki.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela ustaje:
 - 1) z dniem upływu okresu ubezpieczenia,
 - 2) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia,
 - 3) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia w wyniku wypowiedzenia, o którym mowa w § 11 ust. 2-4 OWU Antidotum Plus,
 - 4) 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,
 - 5) wobec Ubezpieczonego z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia wskutek wypłacenia świadczenia lub świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia – dotyczy ubezpieczenia pobytu w szpitalu, ubezpieczenia kosztów pomocy doraźnej,
 - 6) wobec Ubezpieczonego z dniem jego zgonu,
 - 7) wobec Ubezpieczonego w umowie ubezpieczenia rodzinnego – z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym InterRisk otrzymał oświadczenie o wystąpieniu Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia rodzinnego. Ubezpieczony może wystąpić z umowy ubezpieczenia rodzinnego w każdym czasie.
4. W przypadku, gdy odpowiedzialność InterRisk ustała wskutek wyczerpania sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 3 pkt 5) OWU Antidotum Plus wznowienie odpowiedzialności InterRisk z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia następuje w drodze aneksu do umowy ubezpieczenia, od dnia wskazanego w tym aneksie jednak nie wcześniej niż po zaplaceniu dodatkowej składki za doubezpieczenie.

■ Okres ochrony ubezpieczeniowej

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 12 lub 24 miesięcy, chyba że strony umówiły się inaczej.
2. Umowa ubezpieczenia może być kontynuowana za zgodą Ubezpieczyciela na następny 12– miesięczny okres ubezpieczenia na warunkach obowiązujących w dniu jej przedłużenia i zostaje potwierdzona w sposób, o którym mowa w §9 ust. 7 OWU Antidotum Plus.

■ Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

1. 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.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie jej obowiązywania ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia.
3. 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.
4. Jeżeli Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona przez Ubezpieczającego w terminie, Ubezpieczyciel może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia wygasa ona z końcem okresu, za który przypadła niezapłacona składka.
5. Umowa ubezpieczenia wygasa z dniem bezskutecznego upływu terminu, o którym mowa w § 10 ust. 3 pkt 4) OWU Antidotum Plus.
6. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenia umowy przez Ubezpieczającego, Ubezpieczycielowi należy się składka za okres, w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
7. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na który została zawarta Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

■ Składka ubezpieczeniowa

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej należnej za okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela określona jest w umowie ubezpieczenia.
2. Wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej uzależniona jest od czynników oceny ryzyka, a w szczególności: zakresu ubezpieczenia, wariantu ubezpieczenia, formy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, wnioskowanej przez Ubezpieczającego wysokości sum ubezpieczenia.
3. Ponadto, w ustaleniu wysokości podstawowej składki ubezpieczeniowej uwzględnia się koszty związane z zawarciem umowy ubezpieczenia oraz z jej wykonywaniem.
4. Składka ubezpieczeniowa określona jest kwotowo dla danego rodzaju ubezpieczenia. Składka ubezpieczeniowa określona jest w złotych polskich.
5. Wysokość składki ubezpieczeniowej obliczana jest według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia (lub zmiany) umowy ubezpieczenia.
6. Jeżeli taryfa składek nie uwzględnia ubezpieczonego ryzyka, wówczas wysokość składki ubezpieczeniowej ustalana jest na podstawie indywidualnej oceny ryzyka przez Ubezpieczyciela.
7. Ubezpieczyciel może zastosować zniżki i/lub zwwyżki podstawowej składki ubezpieczeniowej.
8. Wysokość ostatecznej składki ubezpieczeniowej oblicza się stosując zwwyżki i zniżki składki.
9. Składka ubezpieczeniowa płatna jest jednorazowo, chyba że strony umówiły się inaczej.
10. Składka ubezpieczeniowa, na wniosek Ubezpieczającego, może zostać rozłożona na raty. Terminy płatności i wysokość kolejnych rat określa się w umowie ubezpieczenia.
11. Składka lub pierwsza rata składki za ubezpieczenie powinna być zapłacona w dniu zawierania umowy, jednak nie później niż do 25 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc kalendarzowy, w którym nastąpi początek okresu ubezpieczenia. Kolejne raty składki ubezpieczeniowej płatne są w terminach płatności określonych w umowie ubezpieczenia (polisie).

■ Zgłoszenie szkody (§ 14, § 15, § 16, § 17)

(..§ 14..) Świadczenia medyczne, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 1) OWU Antidotum Plus, udzielane są Ubezpieczonemu w placówkach medycznych.

Informacja o adresach placówek medycznych, w których realizowane są świadczenia medyczne dostępna jest pod numerem telefonu wskazanym na karcie identyfikacyjnej oraz na stronie internetowej InterRisk.

W ramach ubezpieczenia kosztów świadczeń medycznych, o których mowa powyżej, Ubezpieczający/Ubezpieczony zobowiązany jest:

- 1) skontaktować się z telefoniczną infolinią medyczną,
 - 2) zastosować się do zaleceń i wskázówek personelu medycznego Partnera Medycznego w zakresie uzasadnionym realizowanym świadczeniem zdrowotnym.
- Koszty świadczeń medycznych, określone w załączniku nr 1 do OWU Antidotum Plus pokrywane są przez Ubezpieczyciela.

(..§ 15..) W ramach ubezpieczenia kosztów pomocy doraźnej, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 2) OWU Antidotum Plus Ubezpieczyciel zapewnia zwrot kosztów świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 2 do OWU Antidotum Plus, udzielanych Ubezpieczonemu w placówkach innych niż wskazane przez Partnera Medycznego współpracującego z Ubezpieczycielem.

W ubezpieczeniu kosztów pomocy doraźnej Ubezpieczony ma dowolny wybór podmiotu wykonującego działalność leczniczą, z zastrzeżeniem zdania poprzedzającego.

W ramach ubezpieczenia kosztów pomocy doraźnej, Ubezpieczający/Ubezpieczony zobowiązany jest:

- 1) skontaktować lub zgłosić się do podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w celu uzyskania świadczenia medycznego,
- 2) pokryć koszty udzielonych świadczeń medycznych,
- 3) uzyskać w miarę możliwości dokumentację lekarską stwierdzającą rozpoznanie (diagnozę), uzasadniającą udzielenie pomocy medycznej oraz prowadzenie danego sposobu leczenia,
- 4) zawiadomić o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową do jednostki organizacyjnej Ubezpieczyciela, nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia zajścia zdarzenia lub uzyskania o nim informacji.

Umowa ubezpieczenia zapewnia zwrot poniesionych kosztów świadczeń medycznych, w oparciu o postanowienia OWU Antidotum Plus, do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia (polisie).

(..§ 16..) W ubezpieczeniu pobytu w szpitalu, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 3) OWU Antidotum Plus, świadczenie wypłacane jest w oparciu o postanowienia OWU Antidotum Plus. Świadczenie stanowi iloczyn wysokości świadczenia za dzień pobytu w szpitalu określonego w umowie ubezpieczenia oraz łącznej liczby dni pobytu w szpitalu, nie więcej jednak niż za 60 dni łącznego pobytu w szpitalu.

Świadczenie, o którym mowa powyżej, przysługuje począwszy od trzeciego dnia pobytu za każdy dzień pobytu w szpitalu nie więcej jednak niż za 60 dni łącznego pobytu w szpitalu.

Jeżeli pobyt w szpitalu jest następstwem wypadku komunikacyjnego, związanego z ruchem pojazdu, w rozumieniu definicji § 2 pkt 36) OWU Antidotum Plus Ubezpieczonemu przysługuje dodatkowe świadczenie w wysokości 50% świadczenia dziennego, o którym mowa powyżej. Dodatkowe świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu za okres nie dłuższy niż 14 dni pobytu w szpitalu.

W przypadku gdy wypis ze szpitala nastąpi po zakończeniu okresu ubezpieczenia pobyt w szpitalu jest objęty odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, pod warunkiem, że przyjęcie do szpitala nastąpiło w okresie ubezpieczenia.

(..§ 17..)

1. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia – w przypadku ubezpieczenia kosztów pomocy doraźnej oraz ubezpieczenia pobytu w szpitalu – powinno zawierać poniższe podstawowe informacje i dokumenty:
 - 1) numer polisy,
 - 2) dane Ubezpieczonego: imię i nazwisko, adres zamieszkania, datę urodzenia,
 - 3) datę rozpoznania choroby, o ile jest znana Ubezpieczonemu,
 - 4) w przypadku nieszczęśliwego wypadku – datę oraz szczegółowy opis okoliczności jego zaistnienia,
 - 5) posiadane zaświadczenia lekarskie opisujące proces leczenia oraz zawierające dokładną diagnozę,
 - 6) posiadane zaświadczenia szpitalne opisujące rodzaj i rozległość obrażeń oraz zawierające dokładną diagnozę, kartę informacyjną ze szpitala,
 - 7) oryginały rachunków/faktur poniesionych kosztów leczenia – rachunek/faktura powinien/a zawierać: datę, dane placówki medycznej, imię i nazwisko Ubezpieczonego, adres, datę oraz nazwę udzielonego świadczenia wraz z cenami jednostkowymi,
 - 8) raporty policyjne dotyczące zdarzenia, o ile zostały sporządzone i są w posiadaniu Ubezpieczonego,
 - 9) inne dokumenty określone w postanowieniach dodatkowych lub odmiennych wprowadzonych do umowy ubezpieczenia lub w piśmie skierowanym do Ubezpieczonego w trybie określonym w ust. 5.
2. Ubezpieczyciel może na swój koszt, kierować Ubezpieczonego na badania lekarskie z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi.
3. InterRisk może uzyskać odpłatnie od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej, 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.
4. Wystąpienie InterRisk o informację, o której mowa w ust. 3, wymaga pisemnej zgody Ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, albo jego przedstawiciela ustawowego.
5. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z zawiadomieniem o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
6. W przypadku powzięcia przez Ubezpieczyciela nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności zgłaszanych roszczeń lub wysokości świadczenia, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.

■ Zasady i tryb zgłaszania oraz rozpatrywania skarg i reklamacji

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uposażonemu lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia nie będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo do wniesienia skargi.
2. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uposażonemu lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo do wniesienia reklamacji w rozumieniu ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym. Skargę lub reklamację składa się: na piśmie do oddziału lub filii InterRisk za pośrednictwem operatora pocztowego, posłańca, kuriera lub osobiście albo ustnie, tj. telefonicznie poprzez InterRisk Kontakt (nr tel.: 22 212 20 12) lub osobiście do protokołu w oddziale lub filii InterRisk.
3. Skargi lub reklamacje dotyczące likwidacji szkód należy składać w formie pisemnej za pośrednictwem operatora pocztowego, posłańca lub kuriera na adres do korespondencji wskazany w decyzji o wypłacie lub odmowie wypłaty odszkodowania lub świadczenia lub innym dokumencie, którego dotyczy skarga lub reklamacja.
4. Na żądanie osoby składającej reklamację w sposób inny niż za pośrednictwem operatora pocztowego lub kuriera, InterRisk potwierdza fakt złożenia reklamacji w trybie uzgodnionym z tą osobą.
5. Jednostka organizacyjna InterRisk, której dotyczy skarga lub reklamacja udziela odpowiedzi na skargę lub reklamację w terminie 30 dni od dnia otrzymania skargi lub reklamacji. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie skargi lub reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, termin rozpatrzenia skargi lub reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do maksymalnie 60 dni od dnia otrzymania skargi lub reklamacji.
6. InterRisk udziela odpowiedzi na skargę lub reklamację pisemnie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Odpowiedź na skargę może być udzielana także w innej formie uzgodnionej z osobą wnoszącą skargę. Odpowiedź na reklamację na wniosek osoby wnoszącej reklamację może zostać udzielona drogą elektroniczną.
7. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo wniesienia skargi do Rzecznika Finansowego. Konsumentom przysługuje także prawo zwrócenia się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta. InterRisk podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

■ Opodatkowanie świadczeń

Opodatkowanie świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia regulują przepisy o podatku dochodowym od osób fizycznych i podatku dochodowym od osób prawnych.

Zastrzeżenia i informacje prawne dotyczące karty produktu:

1. Wszelkie informacje zawarte w niniejszej publikacji mają wyłącznie charakter informacyjny i nie stanowią ani oferty, ani rekomendacji. W szczególności informacje zawarte w tej publikacji nie stanowią oferty w rozumieniu ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny i nie są usługą doradztwa ubezpieczeniowego, finansowego, podatkowego ani prawnego.
2. Powyższy dokument nie stanowi wzorca umownego ani też części umowy uzgodnionej indywidualnie. Ostateczna decyzja w zakresie zawarcia umowy ubezpieczenia, należy jedynie do osoby decydującej się na zawarcie umowy ubezpieczenia i podejmowana jest na ryzyko i odpowiedzialność tej osoby na podstawie analiz oraz oceny zasadności i celowości wyboru produktu.
3. Klient powinien rozważyć potencjalne korzyści oraz straty, charakterystykę produktu, konsekwencje prawne oraz w sposób niezależny ocenić, czy jest to najlepszy dla niego produkt.
4. Decyzja o zawarciu umowy ubezpieczenia powinna zostać podjęta po wcześniejszym zapoznaniu się z całą dokumentacją ubezpieczeniową, w tym przede wszystkim z OWU, w których znajdują się szczegółowe informacje o ubezpieczeniu oraz prawach i obowiązkach InterRisk, Ubezpieczonego i Ubezpieczającego a także informacje dotyczące sposobu i trybu składania skarg i reklamacji zgłaszanych przez Ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia oraz organu właściwego do ich rozpatrzenia oraz które są ogólnodostępne na stronie www.interrisk.pl.

Niniejszym oświadczam, że przyjąłem do wiadomości, iż niniejszy dokument jest informacją dodatkową do umowy ubezpieczenia i że zapoznałem się Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia (OWU Antidotum Plus) z informacją, o której mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przed zawarciem umowy ubezpieczenia.