

FAQ

Na jaki okres jest zawierana umowa?

Umowa jest zawierana na okres 12 miesięcy, z zastrzeżeniem, że umowa dla Ubezpieczonego jest zawarta od 1 dnia miesiąca, poprzedzającego przystąpienie do umowy grupowej do końca dnia umowy grupowej, tj. 30.04.2027 roku.

Co trzeba zrobić, aby zawrzeć umowę ubezpieczenia?

W celu zawarcia umowy grupowego ubezpieczenia należy dostarczyć komplet prawidłowo wypełnionych dokumentów: oświadczenie Ubezpieczonego wraz z załącznikiem nr 1 (plik Excel), dowód wpłaty pierwszej raty składki, deklarację przystąpienia do ubezpieczenia. Szczegóły znajdują się w pliku: „*Jak przystąpić do ubezpieczenia?*”

Kto jest Partnerem Medycznym dla przedmiotowej umowy?

Partnerem medycznym jest firma Lux-Med.

Jak Ubezpieczeni mogą korzystać ze świadczeń medycznych w ramach zawartej umowy ubezpieczenia zdrowotnego?

Ubezpieczeni mogą umawiać świadczenia za pośrednictwem Call Center (tel. 22 33 22 888) lub bezpośrednio z placówką medyczną Lux-Med. lub poprzez Portal Pacjenta.

Jak założyć Portal Pacjenta?

Patrz załącznik „*LX Portal Pacjenta Przewodnik w Lux-Med.*”

Czy jest określony limit wiekowy dla pracowników, którzy mają być objęci ochroną ubezpieczeniową?

Do ubezpieczenia mogą przystąpić pracownicy firmy, którzy nie ukończyli 80 lat. W ramach pakietów rodzinnych ubezpieczeniem może zostać objęty pracownik wraz z małżonkiem/partnerem w wieku do 80 lat wraz z dziećmi do 18 roku życia, lub 25 lat jeżeli studiuje.

W jaki sposób realizowane są wizyty domowe?

Wizyty domowe realizowane są wyłącznie w oparciu o wskazania medyczne, na zlecenie Lux-Med. Wizyty domowe są możliwe w przypadku np. ostrych infekcji, wysokiej gorączki, zaostrzeniu dolegliwości przewlekłych. Niedogodny dojazd do placówki medycznej lub wypisanie recepty nie są okolicznościami uzasadniającymi wizytę w domu Ubezpieczonego. W przypadku podejrzenia zagrożenia życia (wypadek, krwotok, utrata przytomności, drgawki, zatrucie, nagłe i silne bóle w klatce piersiowej, silna duszność) należy dzwonić bezpośrednio na numer alarmowy Pogotowia Ratunkowego.

Co oznacza zapis w ofercie: „Suma ubezpieczenia (zł) / liczba świadczeń medycznych 100 000,00”?

Niniejszy zapis oznacza, że każdy ubezpieczony ma limit na usługi medyczne w wysokości 100.000 zł.

Jakie są Standardy dostępności w Opiece Zdrowotnej?

Interrisk zapewnia min. 70% dostępności terminów do preferowanych terminów wizyt co oznacza, że 70 na każde 100 wyszukiwań daje minimum trzy terminy, na które Ubezpieczony będzie mógł się zapisać.

Powyższe oznacza, że jeżeli w przypadku braku zastrzeżeń co do wyboru lekarza Lux-med. zawsze przedstawi 3 terminy do specjalisty. Przy braku zastrzeżeń do wybranego lekarza imiennie, Lux-Med. zwykle organizuje konsultację u specjalisty w terminie do 7 dni.

Czy lekarz podczas wizyty telefonicznej może wystawić: e-receptę, e-skierowanie, e-zwolnienie?

Tak, w przypadku dostępnych telekonsultacji u specjalisty i zgodnie z wykazem w załącznikach LM Gamma, LM Delta.

Czy w ubezpieczeniu jest stosowany udział własny?

W ubezpieczeniu nie jest stosowany udział własny.

Do czego Ubezpieczony jest zobowiązany w przypadku braku możliwości lub potrzeby skorzystania ze świadczenia medycznego w umówionym terminie?

Ubezpieczony zobowiązany jest do odwołania zarezerwowanej wizyty. Jest to bardzo ważne, ponieważ wpływa na dostępność usług medycznych.

Czy w przypadku konieczności wykonania zabiegów ambulatoryjnych, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, rehabilitacji, transportu medycznego, w placówkach Partnera Medycznego Ubezpieczony zobowiązany jest przesłać kopię skierowania?

Tak ale dotyczy to tylko skierowania którego nie ma w systemie Lux-Med. lub skierowanie jest spoza placówek Lux-Med. tzw. zewnętrzne. Infolinia wskaże adres email. Skierowania zachowują ważność 3 miesiące od daty ich wystawienia.

Czy członek rodziny pracownika może być ubezpieczony w innym wariantcie niż pracownik?

Członek rodziny pracownika może być ubezpieczony wyłącznie w tym samym wariantcie jaki posiada pracownik Ubezpieczającego.

Kiedy może nastąpić zmiana pakietu?

Zmiana z ubezpieczenia indywidualnego na partnerski albo rodzinny, z wariantu niższego na wyższy może nastąpić nie później niż w ciągu 3 miesięcy od dnia wskazanego w umowie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia.

Zmiana z ubezpieczenia rodzinnego na partnerskie albo indywidualne, może nastąpić nie wcześniej niż w dniu przedłużenia umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, czyli w rocznicę umowy.

Szczegóły zmiany pakietu określa OWU §8 ust.3-5.

Kiedy jest wyłączona odpowiedzialność InterRisk?

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zostały określone w §5 w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia PULS ZDORWIA zatwierdzonych uchwałą nr 01/20/01/2026 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 20.01.2026 roku.

1. InterRisk nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z:

- 1) umyślnym popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego;
- 2) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa lub samookaleczenia się przez Ubezpieczonego;
- 3) działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami a także aktami terroru;
- 4) uczestnictwa Ubezpieczonego w badaniach klinicznych i eksperymentach medycznych;
- 5) chorobą psychiczną;
- 6) diagnozowaniem i leczeniem niepłodności, zaburzeń płodności, w tym świadczeń zdrowotnych udzielanych w związku z postępowaniem prokreacyjnym;
- 7) leczeniem udzielanym w sytuacji zagrożenia życia, wymagającego działań w trybie nagłym, w szczególności wchodzącego w zakres pomocy doraźnej realizowanej przez pogotowie ratunkowe (karetkę reanimacyjną, kartkę wypadkową);
- 8) leczeniem skutków i chorób spowodowanych spożywaniem alkoholu oraz używaniem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych;
- 9) epidemiami ogłoszonymi na podstawie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
- 10) leczeniem, które w opinii lekarza wskazanego przez InterRisk nie jest niezbędne z medycznego punktu widzenia;
- 11) pandemią;
- 12) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem, uszkodzeniami okołoporodowymi (efektów deformacji fizycznych) lub mającymi charakter dziedziczny.

2. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:

- 1) kosztów rehabilitacji zrealizowanej w warunkach szpitalnych, uzdrowiskowych i domowych, za wyjątkiem e-Rehabilitacji, o której mowa w §4 ust. 2 pkt 9);

- 2) świadczeń medycznych związanych z ciążą, udzielonych niezgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników;
 - 3) kosztów leków (za wyjątkiem sytuacji, gdzie Ubezpieczający rozszerzył zakres ubezpieczenia o ubezpieczenie Refundacja Leków) i środków medycznych, za wyjątkiem użytych w nagłych przypadkach dla ratowania życia oraz uznanych przez lekarza za niezbędne do przeprowadzenia standardowych badań profilaktycznych i specjalistycznych.
3. Z uwzględnieniem wyłączeń określonych w ust. 1 i 2 powyżej, w ubezpieczeniu Refundacja Kosztów, w przypadku dzieci do 15-go roku życia, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje zwrotu kosztów świadczeń medycznych w zakresie rehabilitacji innych niż zabiegi rehabilitacyjne wykonywane wyłącznie po złamaniach, skręceniach i zwichnięciach powstałych w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który zaszedł w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.