

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ASSISTANCE

dla uczestników Programu Assistance organizowanego przez ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

§1 POSTANOWIENIA OGÓLNE

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Assistance, (dalej „OWU”) mają zastosowanie do umowy grupowego ubezpieczenia assistance, zawartej pomiędzy ING Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna (dalej „Ubezpieczający”) a Mondial Assistance International AG SA Oddział Główny w Polsce (dalej „Ubezpieczyciel”), na podstawie której Ubezpieczyciel będzie udzielał ochrony ubezpieczeniowej osobom fizycznym, które przystąpiły do Programu Assistance.

§ 2 DEFINICJE

Określenia użyte w niniejszych OWU oznaczają:

- 1) **Centrum Operacyjne** – Mondial Assistance Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Domaniewskiej 50B – podwykonawca Ubezpieczyciela realizujący świadczenia assistance wynikające z OWU;
- 2) **Choroba przewlekła** – zdiagnozowany przed objęciem ochroną ubezpieczeniową stan chorobowy charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, choroba stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie lub będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed objęciem ochroną ubezpieczeniową;
- 3) **Choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
- 4) **Data wypowiedzenia umowy o pracę** – data wskazana w oświadczeniu o wypowiedzeniu umowy o pracę;
- 5) **Dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego lub Współmałżonka, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 22 roku życia;
- 6) **Lekarz uprawniony** – lekarz konsultant Centrum Operacyjnego;
- 7) **Współmałżonek** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim;
- 8) **Nagle zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu odpowiednio Ubezpieczonego, Współmałżonka lub Dziecka, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej;
- 9) **Nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela i spowodowało odpowiednio u Ubezpieczonego, Współmałżonka lub Dziecka fizyczne obrażenia ciała;
- 10) **Placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 11) **Okres ubezpieczenia** – okres, w którym Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej na zasadach opisanych w OWU, rozpoczynający się w stosunku do danego Ubezpieczonego w dniu następnym po dniu zgłoszenia do ubezpieczenia. Pierwszy okres ubezpieczenia trwa 12 (dwanaście) kolejno następujących po sobie miesięcy kalendarzowych. Okres ubezpieczenia jest automatycznie, bez konieczności ponownego zgłoszenia do ubezpieczenia, przedłużany na kolejne okresy ubezpieczenia, trwające 12 miesięcy kalendarzowych do dnia zgłoszenia przez Ubezpieczającego wystąpienia danego Ubezpieczonego z ubezpieczenia.
- 12) **Pracodawca** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, która zawarła z Ubezpieczonym umowę o pracę;
- 13) **Sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie;
- 14) **Transport medyczny** – transport zapewniony Ubezpieczonemu przez Centrum Operacyjne w sposób wskazany przez Lekarza uprawnionego, dostosowany do stanu zdrowia i świadczony, jeżeli stan zdrowia Ubezpieczonego nie zagraża życiu i nie wymaga świadczeń pogotowia ratunkowego;
- 15) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, która przystąpiła do Programu Assistance i została zgłoszona do ubezpieczenia przez Ubezpieczającego;
- 16) **Umowa ubezpieczenia** – umowa grupowego ubezpieczenia na rzecz osób trzecich zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem;
- 17) **Program Assistance** – program organizowany przez Ubezpieczającego, polegający na umożliwieniu przystąpienia do Umowy ubezpieczenia.
- 18) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Ubezpieczyciela na podstawie Umowy ubezpieczenia polegające na:
 - a) wystąpieniu u Ubezpieczonego Współmałżonka lub Dzieci nagłego zachorowania zdefiniowanego w pkt. 8);
 - b) doznaniu przez Ubezpieczonego, Współmałżonka lub Dzieci obrażeń ciała będących następstwem nieszczęśliwego wypadku zdefiniowanego w pkt. 9);
 - c) utracie pracy przez Ubezpieczonego lub Współmałżonka, tj. otrzymanie oświadczenia o wypowiedzeniu przez Pracodawcę umowy o pracę z przyczyn dotyczących Pracodawcy (w szczególności: ekonomicznych, produkcyjnych, zmian organizacyjnych albo technologicznych, upadłości czy likwidacji zakładu pracy, zwolnień grupowych).

§ 3 PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego, Współmałżonka oraz Dzieci w zakresie określonym w OWU.
2. Ubezpieczyciel spełni świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu umowy ubezpieczenia jedynie w przypadku, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
3. Zakres ubezpieczenia w ramach umowy ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) świadczenia polegające na udzieleniu pomocy Ubezpieczonemu, Współmałżonkowi oraz Dzieciom, w razie wystąpienia następującego zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - a) wystąpienie u Ubezpieczonego, Współmałżonka lub Dzieci nagłego zachorowania zdefiniowanego w § 2 pkt. 8);
 - b) doznanie przez Ubezpieczonego, Współmałżonka lub Dzieci obrażeń ciała będących następstwem nieszczęśliwego wypadku zdefiniowanego w § 2 pkt. 9);
 - c) utrata pracy przez Ubezpieczonego lub Współmałżonka, tj. otrzymanie oświadczenia o wypowiedzeniu przez Pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym lub Współmałżonkiem z przyczyn dotyczących Pracodawcy;
 - 2) świadczenia polegające na udzieleniu pomocy Dziecku;
 - 3) zdrowotne usługi informacyjne;
 - 4) Infolinię „baby assistance”;
 - 5) Infolinię „fitness assistance”;
 - 6) Infolinię kulturalną;
4. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3 pkt. 1) ppkt. a), b) Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu Współmałżonkowi oraz Dzieciom, organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów:
 - 1) **transport medyczny z miejsca pobytu do odpowiedniej placówki medycznej** wskazanej przez lekarza prowadzącego, w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego wymagającego pobytu Ubezpieczonego, Współmałżonka lub Dzieci w placówce medycznej. Transport jest organizowany o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego oraz o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu.
 - 2) **transport medyczny z placówki medycznej do miejsca pobytu** w przypadku gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony, Współmałżonek lub Dzieci przebywały w placówce medycznej. Transport jest organizowany o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu.
 - 3) **transport medyczny z placówki medycznej do placówki medycznej** w przypadku gdy placówka, w której przebywa Ubezpieczony, Współmałżonek lub Dzieci nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia; gdy Ubezpieczony, Współmałżonek lub Dzieci skierowane są na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej. Transport jest organizowany o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu.
 - 4) **dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza** – w sytuacji gdy Ubezpieczony, Współmałżonek lub Dzieci w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego, wystawionego zgodnie z przepisami prawa, wymaga leżenia, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca pobytu Ubezpieczonego, Współmałżonka lub Dzieci. Ubezpieczyciel pokrywa koszty do łącznej kwoty 300 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
 - 5) **organizacja procesu rehabilitacyjnego oraz pokrycie kosztów wizyt** – jeżeli Ubezpieczony, Współmałżonek lub Dzieci zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego wymagają rehabilitacji w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej. Ubezpieczyciel zapewnia: zorganizowanie wizyt rehabilitanta w miejscu pobytu albo zorganizowanie wizyt w poradni rehabilitacyjnej oraz pokrycie kosztów rehabilitanta.
 - 6) **organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony,

- Współmałżonek lub Dzieci, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego powinni używać sprzętu rehabilitacyjnego w miejscu pobytu. Ubezpieczyciel zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny. Ubezpieczyciel:
- a) organizuje i pokrywa koszty transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego, Współmałżonka lub Dzieci do łącznej kwoty 300 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - b) pokrywa koszty wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
5. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3 pkt. 1) ppkt. a) Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu, Współmałżonkowi oraz Dzieciom, organizację i pokrycie kosztów poniższych usług:
- 1) **wizyta lekarska** – zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza do miejsca pobytu Ubezpieczonego, Współmałżonka lub Dzieci, maksymalnie do 4 razy w ciągu roku i o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego.
6. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3 pkt. 1) ppkt. b) Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu, Współmałżonkowi oraz Dzieciom, organizację i pokrycie kosztów poniższych usług:
- 1) **wizyta pielęgniarki** – zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego, Współmałżonka lub Dzieci.
 - 2) **wizyta lekarska** – zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdu i honorarium lekarza do miejsca pobytu Ubezpieczonego, Współmałżonka lub Dzieci.
7. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3 pkt. 1) ppkt. c) Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu oraz Współmałżonkowi dostęp, organizację i pokrycie kosztów poniższych usług:
- 1) **pakiet informacyjny** – Ubezpieczyciel w terminie do 14 dni od chwili dostarczenia przez Ubezpieczonego lub Współmałżonka kopii oświadczenia o wypowiedzeniu przez Pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym lub Współmałżonkiem z przyczyn dotyczących Pracodawcy, wysłała do Ubezpieczonego albo Współmałżonka drogą elektroniczną zestaw materiałów informacyjnych zawierający:
 - a) instrukcje dotyczące pisania CV oraz wzór życiorysu (Curriculum Vitae – CV);
 - b) instrukcje dotyczące pisania listu motywacyjnego (jego prawidłowy zakres, treść oraz sposób przygotowania) oraz wzór listu motywacyjnego;
 - c) instrukcje dotyczące pisania biznes planu tworzonego przy zakładaniu działalności gospodarczej oraz wzór biznes planu.
 - 2) **informacja telefoniczna** – Ubezpieczony oraz Współmałżonek mają możliwość skorzystania z całodobowego, telefonicznego dostępu do informacji:
 - a) kiedy i w jakiej wysokości przysługują odprawy pieniężne pracownikom zwalnianym z przyczyn leżących po stronie Pracodawcy;
 - b) komu, kiedy i w jakiej wysokości przysługują świadczenia przedemerytalne;
 - c) prawa i obowiązki bezrobotnych;
 - d) rejestracja w urzędzie pracy;
 - e) komu i kiedy przysługuje prawo do zasiłku dla bezrobotnych;
 - f) sposób ustalania wysokości zasiłku dla bezrobotnych;
 - g) inne formy pomocy udzielanej osobom bezrobotnym;
 - h) dane teleadresowe biur pośrednictwa pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
 - i) dane teleadresowe biur pośrednictwa pracy oferujących pracę poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej;
 - j) dokumenty i procedury, konieczne do rozpoczęcia i rejestracji działalności gospodarczej.
 - 3) **aktywne poszukiwanie pracy** – Ubezpieczyciel w terminie do 14 dni od chwili otrzymania od Ubezpieczonego albo Współmałżonka listu motywacyjnego oraz CV przekazuje niniejsze dokumenty do trzech renomowanych biur pośrednictwa pracy specjalizujących się w aktywnym poszukiwaniu pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, które po otrzymaniu w/w dokumentów rozpoczynają proces wyszukiwania ofert pracy odpowiednich dla Ubezpieczonego albo Współmałżonka bazując na ocenie przesłanego CV oraz listu motywacyjnego. Z chwilą znalezienia oferty pracy, biura pośrednictwa lub Ubezpieczyciel niezwłocznie przesyłają ofertę Ubezpieczonemu albo Współmałżonkowi. Ubezpieczyciel zobowiązuje się do przekazywania informacji między biurem pośrednictwa a Ubezpieczonym albo Współmałżonkiem przez okres 6 – ciu miesięcy liczonych od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) **pomoc psychologa po utracie pracy** – Ubezpieczyciel zapewnia Ubez-

- pieczonemu oraz Współmałżonkowi organizację i pokrycie kosztów konsultacji z psychologiem do wysokości 500 zł. Termin i miejsce wizyty uzgadnia Ubezpieczyciel z Ubezpieczonym albo Współmałżonkiem. Ubezpieczyciel na wniosek Ubezpieczonego lub Współmałżonka świadczy poprzez Centrum Operacyjne usługi informacyjne dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego przez okres 6 – ciu miesięcy od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- Warunkiem uzyskania świadczeń wymienionych w ust. 7 pkt. 1), 2), 3), 4) jest zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 3 ust. 3 pkt. 1) ppkt. c) potwierdzonego oświadczeniem dokumentującym wypowiedzenie umowy o pracę z przyczyn Pracodawcy z zachowaniem postanowień § 3.
8. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3 pkt. 2) Ubezpieczyciel gwarantuje Dzieciom:
- 1) **Organizację prywatnych lekcji** – jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, Dziecko będzie musiało przebywać w domu powyżej 10 dni, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrycie kosztów prywatnych lekcji w miejscu zamieszkania Dziecka do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
 - 2) **Organizację opieki** – jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, Dziecko będzie musiało przebywać w domu powyżej 10 dni, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrycie kosztów opieki nad dzieckiem w miejscu zamieszkania Dziecka do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
9. O celowości organizacji świadczeń i pokrycia kosztów, o których mowa w ust. 4, 5, 6, 7, 8 decyduje Lekarz uprawniony.
10. Usługi wymienione w ust. 4, 5, 6, 7, 8 świadczone są do łącznej kwoty 2000 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego z zastrzeżeniem, iż limity kwotowe, o których mowa w ust. 4 pkt. 4 i 6, ust. 7 pkt. 4 oraz ust. 8 zawierają się w tej kwocie. Limit kwotowy może być wykorzystywany wielokrotnie pod warunkiem, że odnosi się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.
11. Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń wynikających z ubezpieczenia przekroczy limit kosztów określony w OWU, może być ona wykonana przez Ubezpieczyciela, o ile Ubezpieczony lub Współmałżonek, wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez Ubezpieczyciela limitem.
12. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3 pkt. 3) Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu, Współmałżonkowi oraz Dzieciom:
- 1) informowanie o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie choroby lub nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) informowanie o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży itp.;
 - 3) informowanie o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;
 - 4) informowanie o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
 - 5) informacje medyczne, w tym informacje o tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych;
 - 6) informacje o dietach, zdrowym żywieniu;
 - 7) dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z Lekarzem uprawnionym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu oraz Współmałżonkowi ustnej informacji, co do dalszego postępowania.
13. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3 pkt. 4) Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu oraz Współmałżonkowi dostęp do informacji o:
- 1) objawach ciąży;
 - 2) badaniach prenatalnych;
 - 3) wskazówkach w zakresie przygotowania się do porodu;
 - 4) szkołach rodzenia;
 - 5) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie;
 - 6) karmieniu i pielęgnacji noworodka;
 - 7) obowiązkowych szczepieniach dzieci.
14. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3 pkt. 5) Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu oraz Współmałżonkowi dostęp do informacji o:
- 1) uwarunkowaniach zdrowotnych i przeciwwskazaniach w uprawianiu konkretnej dyscypliny sportu;
 - 2) różnorodnych formach aktywności ruchowej i związanych z tym uwarunkowań dla kobiet w ciąży;
 - 3) rodzajach diet: nawyki żywieniowe, błędy żywieniowe, pomoc w zrozumieniu procesów i reakcji zachodzących w organizmie;
 - 4) klubach sportowych, salonach kosmetycznych, salonach SPA i basenach w najbliższej okolicy;
 - 5) imprezach i wydarzeniach sportowych odbywających się w kraju lub za granicą;

15. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3 pkt. 6) Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu oraz Współmałżonkowi dostęp do informacji o:
- 1) imprezach muzycznych, koncertach, seansach filmowych, imprezach teatralnych, imprezach plenerowych, wystawach i innych wydarzeń kulturalnych odbywających się w najbliższej okolicy;
 - 2) cenach biletów na wydarzenia kulturalne i ich dostępności;
 - 3) wolnych miejscach noclegowych w danym mieście;
 - 4) dogodnych sposobach komunikacji w danym mieście;
16. Informacje, o których mowa w ust. 12, 13 i 14 nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec Lekarza uprawnionego oraz Ubezpieczyciela.

§ 4 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową, będących wynikiem:
 - a) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - b) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
2. Ponadto Ubezpieczyciel nie zwraca:
 - 1) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego, Współmałżonka lub Dziecko bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum Operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności;
 - 2) kosztów zakupu leków (odpowiedzialnością nie objęte są braki w asortymencie leków w aptekach);
 - 3) kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego (odpowiedzialnością nie objęte są braki w asortymencie);
 - 4) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
 - a) leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii zorganizowanej zarówno bez uzgodnienia z centrum operacyjnym jak i po uzgodnieniu z Centrum operacyjnym, zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii;
 - b) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
 - c) pozostawania odpowiednio Ubezpieczonego, Współmałżonka lub Dziecko pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia;
 - d) chorób psychicznych;
 - e) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny;
 - f) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
 - g) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - h) poddania się odpowiednio przez Ubezpieczonego, Współmałżonka lub Dziecko leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza;
 - i) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - j) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS);
 - k) chorób przewlekłych.
 - l) rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego albo Współmałżonka.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia lub niemożliwość wykonania świadczeń, jeśli opóźnienie lub niemożliwość wykonania świadczeń spowodowane są czynnikami niezależnymi od Ubezpieczyciela, to jest: strajkami, niepokojami społecznymi, zamieszkami, aktami terroryzmu, sabotażu, wojną (również domową), skutkami promieniowania radioaktywnego, siłą wyższą, szczególnymi okolicznościami a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych.

§ 5 ROSZCZENIE I REALIZACJA ŚWIADCZENIA

1. W razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony jest obowiązany niezwłocznie zgłosić się telefonicznie pod numer telefonu w Warszawie: 022-522-29-65 do Centrum Operacyjnego i podać następujące informacje:
 - 1) status osoby zgłaszającej,
 - 2) PESEL Ubezpieczonego,

- 3) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - 4) miejsce pobytu osoby zgłaszającej,
 - 5) numer telefonu, pod którym możliwy jest kontakt z osobą zgłaszającą,
 - 6) krótki opis zaistniałego zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
 - 7) inne informacje konieczne pracownikowi Centrum Operacyjnego do realizacji świadczeń assistance.
2. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony zobowiązany jest zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę.
 3. W przypadku niezastosowania się Ubezpieczonego do postanowień ust. 1 i 2 Ubezpieczyciel ma prawo odmówić zwrotu w całości lub w części kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego, nawet jeśli mieszczą się one w limitach.

§ 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

W razie zajścia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony zobowiązany jest, poza zgłoszeniem do Centrum Operacyjnego, użyć wszelkich dostępnych mu środków w celu zmniejszenia skutków zdarzeń. Jeżeli Ubezpieczony dopuści się rażącego niedbalstwa w wykonaniu powyższych obowiązków, Ubezpieczyciel może odmówić realizacji usługi assistance w całości albo w części, chyba że wykonanie całości lub części tej usługi odpowiada w danych okolicznościach zasadom współżycia społecznego bądź względem słuszności.

§ 7 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W przypadku, gdy z jakichkolwiek powodów, a w szczególności z uwagi na zmianę przepisów prawa bądź z uwagi na interpretację tych przepisów przez organy państwowe, Centrum Operacyjne nie będzie mogło wykonać świadczeń assistance opisanych w OWU, świadczenia te zostaną wykonywane w taki sposób, że:
 - a) Ubezpieczyciel obowiązany będzie do zapłaty na rzecz Ubezpieczonego odszkodowania w wysokości równej poniesionym przez niego kosztom usług odpowiadających świadczeniom assistance określonym w niniejszych OWU, albo
 - b) stosowne odszkodowania będą wypłacane przez Ubezpieczyciela bezpośrednio podmiotom, które wykonają na rzecz Ubezpieczonego, Współmałżonka lub Dziecka usługi odpowiadające świadczeniom assistance określonym w niniejszych OWU, co zwalniałoby Ubezpieczonego, Współmałżonka lub Dziecko z obowiązku zapłaty za usługi świadczone przez te Placówki Medyczne.
2. Warunkiem wypłaty odszkodowania jest zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w §2 pkt. 18.

§ 8

1. Z dniem realizacji przez Ubezpieczyciela świadczenia assistance, roszczenie Ubezpieczonego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę powstałą w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub choroby przechodzi z mocy prawa na Ubezpieczyciela do wysokości wykonanego świadczenia assistance.
2. Nie przechodzą na Ubezpieczyciela roszczenia Ubezpieczonego przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
3. W kwestiach nie uregulowanych niniejszymi Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Assistance mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz inne obowiązujące przepisy prawa.
4. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy można wytoczyć przed sądem właściwym według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla siedziby Ubezpieczającego albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania Ubezpieczonego.
5. Skargi lub zażalenia związane z wykonywaniem Umowy, Ubezpieczony może zgłaszać pisemnie do Działu Jakości Mondial Assistance Sp. z o. o., ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa, fax.: 022-522-25-20 w ciągu 30 dni od wystąpienia zdarzenia będącego przyczyną skargi. Skarga zostanie rozpatrzona w ciągu 14 dni od pisemnego złożenia jej do Działu Jakości.
6. Niniejsze Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Assistance przyjęte zostały Uchwałą Dyrekcji Generalnej Mondial Assistance International AG S.A. Główny Oddział w Polsce nr Uchwały U/004/2009 z dnia 1 kwietnia 2009 roku wchodzą w życie z dniem 6 kwietnia 2009 roku.



Tomasz Frączek
Dyrektor Oddziału



Agnieszka Walczak-Kuc
Zastępca Dyrektora Oddziału

ORGANIZATOR PROGRAMU

1. Organizatorem Programu Assistance jest ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (dalej „ING”).

CEL PROGRAMU

2. Celem Programu Assistance (dalej: „Program”) jest umożliwienie jego Uczestnikom, w ramach ubezpieczenia grupowego, skorzystania ze świadczeń assistance realizowanych przez Mondial Assistance sp. z o.o.
3. Uczestnictwo w Programie jest bezpłatne.
4. Zakres świadczeń assistance obejmuje:
 - transport medyczny,
 - dostarczenie leków,
 - organizację procesu rehabilitacyjnego oraz pokrycie kosztów wizyt,
 - organizację wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego,
 - organizację i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza,
 - organizację i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki,
 - pomoc w przypadku utraty pracy (pakiet informacyjny, aktywne poszukiwanie pracy, pomoc psychologa po utracie pracy),
 - pomoc chorym dzieciom (organizacja prywatnych lekcji, organizację opieki),
 - zdrowotne usługi informacyjne,
 - infolinię „baby assistance”,
 - infolinię „fitness assistance”,
 - infolinię kulturalną.
5. Warunki korzystania ze świadczeń assistance wskazane są w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia Assistance.

PRZYSTĄPIENIE DO PROGRAMU

6. Uczestnikami Programu mogą być wyłącznie osoby objęte ochroną ubezpieczeniową przez ING w ramach następujących umów:
 - a) Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu w szpitalu lub operacji oznaczonej kodem HRI3 i HRA3,
 - b) umowy Terminowego ubezpieczenia na życie, oznaczonej kodem FMI1.
7. Prawo do korzystania ze świadczeń assistance przysługuje również najbliższej rodzinie uczestnika Programu, przez którą rozumie się Współmałżonka i Dzieci.
8. Warunkiem uczestnictwa w Programie jest złożenie oświadczenia obejmującego:
 - a) zgodę na przystąpienie do Programu,
 - b) zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową,
 - c) zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. oraz Mondial Assistance International AG S.A. Oddział Główny w Polsce w celach związanych z udzielaną ochroną ubezpieczeniową (wyrażenie powyższej zgody jest dobrowolne, ale niezbędne do zgłoszenia do ubezpieczenia i realizacji świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia).
9. Przystąpienie do Programu będzie oznaczało, że Uczestnik zapoznał się z postanowieniami niniejszego Regulaminu i zaakceptował je.
10. Uczestnik Programu zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową assistance z upływem 7. dnia od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności ING w ramach umowy wskazanej w pkt. 6.

WYGAŚNIĘCIE PRAWA DO ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE

11. Prawo do świadczeń assistance w stosunku do danego uczestnika Programu wygasa:
 - a) z dniem, w którym uczestnik przestanie spełniać warunki przystąpienia do Programu – wygaśnięcie lub rozwiązanie umowy wskazanej w pkt. 6,
 - b) z dniem zakończenia Programu,
 - c) z dniem wygaśnięcia umowy grupowego ubezpieczenia assistance zawartej pomiędzy ING i Mondial Assistance International AG S.A. Oddział Główny w Polsce.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

12. Organizator zastrzega sobie prawo do zmiany treści niniejszego Regulaminu oraz odwołania Programu bez podania przyczyn, co nie będzie miało wpływu na prawa nabyte.
13. O wszelkich zmianach Regulaminu mających wpływ na prawa uczestników Programu, o odwołaniu Programu oraz o zmianach Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Assistance Organizator poinformuje wszystkich uczestników w formie pisemnej.
14. Do dokonania zmiany Regulaminu lub odwołania Programu nie jest wymagana zgoda uczestników Programu.
15. Wszelkie roszczenia związane z realizacją świadczeń w ramach ubezpieczenia, o którym mowa w pkt. 2 uczestnik Programu zobowiązany jest zgłaszać bezpośrednio do ubezpieczyciela – Mondial Assistance International AG S.A. Oddział Główny w Polsce ul. Domaniewska 50B w Warszawie, nr telefonu 22 522-29-65.

DANE OSOBOWE

16. Dane osobowe uzyskane od uczestników Programu będą gromadzone i wykorzystywane przez Organizatora oraz ubezpieczyciela – Mondial Assistance International AG S.A. Oddział Główny w Polsce wyłącznie w celach związanych z udziałem w Programie (zgłoszenie do ubezpieczenia, realizacja świadczeń wynikających z umowy ubezpieczenia), zgodnie z przepisami ustawy o ochronie danych osobowych.
17. Administratorami danych osobowych uczestników Programu są:
 - a) ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., ul. Ludna 2, Warszawa
 - b) Mondial Assistance International AG S.A. Oddział Główny w Polsce, ul. Domaniewska 50B, Warszawa.
18. Każdy uczestnik ma prawo wglądu do przetwarzanych danych osobowych oraz ich poprawiania.