

UBEZPIECZENIA

EMERYTURY

INWESTYCJE



Siła doświadczenia

ING Smart +

Ubezpieczenie na życie

ingzycie.pl

ING 

Takie są fakty

Statystyki pokazują, że nie należy lekceważyć roli przypadku w życiu każdego z nas.



Co daje Ci ubezpieczenie „ING Smart +”

- Nareszcie szybko i bez trudu możesz się ubezpieczyć, nawet jeśli masz 51-70 lat.
- Nie pytamy o Twój stan zdrowia.
- Nie musisz poddawać się żadnym badaniom lekarskim.
- Niska składka nie obciąży Twojego domowego budżetu – już od 54 zł miesięcznie.
- W ramach jednej polisy otrzymujesz kompleksowe ubezpieczenie na wypadek śmierci, trwałego inwalidztwa, pobytu w szpitalu oraz operacji – w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
- Pomoc Assistance dla całej Twojej rodziny (współmałżonka i dzieci).
- Za jedno wspólne ubezpieczenie zapłacisz mniej, niż za oddzielne ubezpieczenia dla członków rodziny.

Nie wiadomo, co przyniesie jutro.

Już dziś zabezpiecz siebie i swoich bliskich.

ING Smart +

Ubezpieczenie na życie dla Ciebie lub całej Twojej rodziny



Sumy ubezpieczenia

TYP ZDARZENIA	SUMA UBEZPIECZENIA	
	wariant 1	wariant 2
trwałe inwalidztwo w wyniku nieszczęśliwego wypadku	20 000 zł	40 000 zł
śmierć w wyniku nieszczęśliwego wypadku	20 000 zł	40 000 zł
śmierć w wyniku wypadku komunikacyjnego	50 000 zł	100 000 zł
pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	10 000 zł	10 000 zł
operacja w wyniku nieszczęśliwego wypadku	10 000 zł	10 000 zł
śmierć	5 000 zł	8 000 zł



Kogo możesz ubezpieczyć

Masz do wyboru jeden z 4 pakietów:

Pakiet indywidualny

Ty



Pakiet małżeński

Ty i Twój
współmałżonek



Pakiet rodzinny A

Ty, Twój
współmałżonek
i Wasze dzieci



Pakiet rodzinny B

Ty i Twoje dzieci



W momencie zawarcia umowy ubezpieczenia w ramach pakietów rodzinnych dzieci muszą być w wieku 1–17 lat.

Szczegółowy podział składki, który odpowiada ryzykom w umowie ubezpieczenia „ING Smart +” dostępny jest po skontaktowaniu się z nami drogą mailową info@ingcentrala.pl lub telefonicznie pod numerem infolinii 801 20 30 40.



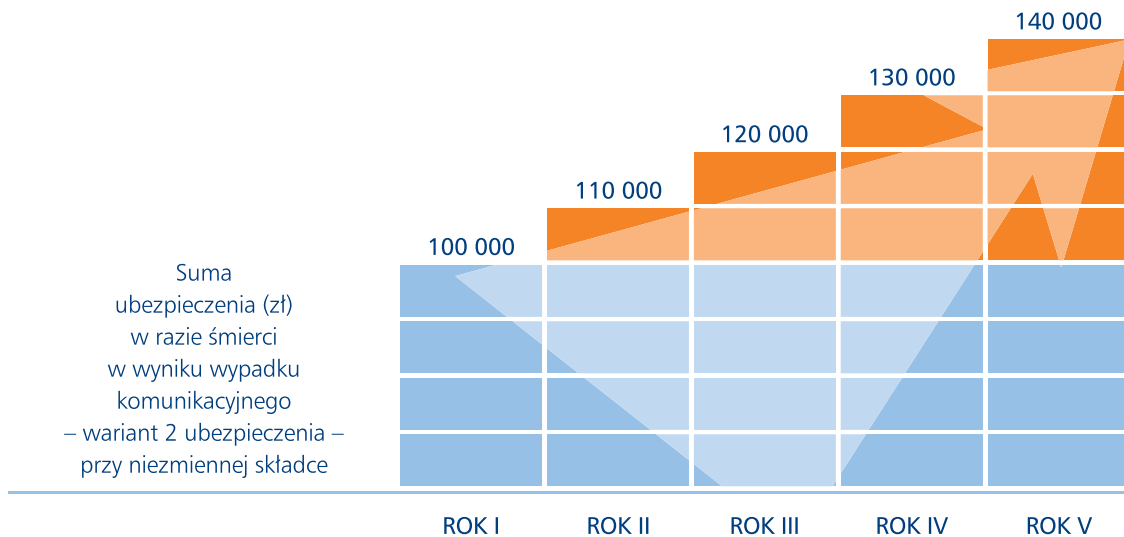
Nie pytamy o stan zdrowia

Nie wymagamy ankiet medycznych ani badań lekarskich.



Suma ubezpieczenia wzrasta z czasem

Każdego roku suma ubezpieczenia rośnie o 10% sumy wyjściowej: np. suma ubezpieczenia 100 000 zł po 1 roku będzie wynosiła 110 000 zł, po 2 latach – 120 000 zł, po 3 latach – 130 000 zł, po 4 latach 140 000 zł, a Twoja składka pozostaje na tym samym poziomie.



Zabezpieczamy wszechstronnie

„ING Smart +” pozwala zabezpieczyć się przed wieloma możliwymi zdarzeniami losowymi. W zależności od wybranego pakietu, ubezpieczenie obejmuje także współmałżonka i dzieci, zgodnie z poniższą tabelą.

ZAKRES UBEZPIECZENIA	Ubezpieczony	Współmałżonek	Dzieci
trwałe inwalidztwo w wyniku nieszczęśliwego wypadku	+	+	+
śmierć w wyniku nieszczęśliwego wypadku	+	+	
śmierć w wyniku wypadku komunikacyjnego	+	+	
pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	+	+	+
operacja w wyniku nieszczęśliwego wypadku	+	+	+
śmierć	+	+	
program Assistance	+	+	+



Płacisz mniej

Możesz zapłacić składkę z góry i otrzymać zniżkę. Wystarczy wybrać inną częstotliwość opłacania składek niż miesięczna, a dostaniesz:

- 5% zniżki dla składki rocznej,
- 2,25% zniżki dla składki półrocznej,
- 1% zniżki dla składki kwartalnej.

TU MA BYĆ POLISA

DRUGA STRONA POLISY

ING SMART + W SKRÓCIE

DLACZEGO WARTO MIEĆ ING SMART + ?

- Zapewniaś sobie i swoim bliskim finansowe wsparcie w razie wypadku.
- Nie pytamy w Twój stan zdrowia.
- Co roku wyższe sumy ubezpieczenia przy nieziennej składce.
- Jedna polisa dla Ciebie lub całej rodziny.
- Minimum formalności, nie wymagamy badań lekarskich
- Bezpłatna pomoc Assistance

PODSTAWOWE INFORMACJE O POLISIE

JAK DZIAŁA TO UBEZPIECZENIE?

ING Smart + to ubezpieczenie ochronne dla Ciebie lub całej Twojej rodziny, które działa podobnie jak auto-casco. W razie śmierci, trwałego inwalidztwa, pobytu w szpitalu lub operacji, których bezpośrednią przyczyną był nieszczęśliwy wypadek – wypłacimy określoną sumę pieniędzy – Tobie lub osobom wskazanych w polisie. W razie śmierci, która nie była spowodowana wypadkiem, ubezpieczenie również zapewnia wypłatę świadczenia. Ubezpieczenie nie buduje jednak żadnego kapitału ponieważ składki w całości przeznaczone są na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej oraz funkcjonowania umowy ubezpieczenia.

JAK DŁUGO TRWA UBEZPIECZENIE?

Ubezpieczenie zawierane jest na okres 5 lat.

CZY MOŻNA ZREZYGNOWAĆ Z UBEZPIECZENIA?

Tak. Niezależnie od powodów możesz odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni od dnia otrzymania polisy, zaś jeśli jesteś przedsiębiorcą - w ciągu 7 dni. Odstępując od umowy otrzymasz zwrot wpłaconej składki. Po tym czasie, w każdym momencie trwania umowy możesz zrezygnować z ubezpieczenia. Wymaga to pisemnego wypowiedzenia umowy. Umowa zostanie rozwiązana w terminie wskazanym w ogólnych warunkach ubezpieczenia (OWU).

CZY WYPŁATA Z POLISY JEST OPODATKOWANA?

Nie. Wypłata z polisy ING Smart + jest wolna od podatku dochodowego od osób fizycznych.

ZMIANY W POLISIE

CZY SKŁADKA MOŻE SIĘ ZWIĘKSZYĆ?

Wysokość składki jest stała i nie ulega podwyższeniu przez cały okres ubezpieczenia. Wyjątkiem jest sytuacja dotycząca posiadaczy pakietu indywidualnego lub małżeńskiego i rozszerzenia ubezpieczenia o ochronę zdrowia dzieci (zamiana na pakiet rodzinny). Inne zmiany zakresu ubezpieczenia skutkujące podwyższeniem składki nie są możliwe.

CO SIĘ STANIE, GDY PRZESTANĘ OPŁACAĆ SKŁADKI?

Najpierw otrzymasz wezwanie do uregulowania zaległości w opłaceniu składek ubezpieczeniowych, potem umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu. Nastąpi to po upływie 90 dni od dnia, w którym nie została opłacona pierwsza zaległa składka całkowita.

CZY MOŻNA ZAWIESIĆ OPŁACANIE SKŁADEK?

Nie, nie jest to możliwe.

CZY MOŻNA ZMIENIĆ WYSOKOŚĆ SUMY UBEZPIECZENIA?

W ING Smart + w każdą rocznicę umowy ubezpieczenia wszystkie sumy ubezpieczenia wzrastają o 10% wysokości z dnia zawarcia umowy. Oznacza to, że np. suma ubezpieczenia z tytułu śmierci w wypadku komunikacyjnym, która w pierwszym roku obowiązywania umowy ubezpieczenia wynosiła 100 000 zł, od drugiego roku zostanie podwyższona do kwoty 110 000 zł, w trzecim roku do sumy 120 000 zł, w czwartym do 130 000 zł, zaś w ostatnim, piątym roku wyniesie 140 000 zł. Sumy ubezpieczenia dotyczące pozostałych zdarzeń wzrastają w ten sam sposób. Wzrost sumy ubezpieczenia nie wpływa na zmianę składki, która przez cały 5-letni okres ubezpieczenia ma tę samą wysokość.

WYPŁATA Z POLISY

KTO OTRZYMA PIENIĄDZE Z POLISY W RAZIE MOJEJ ŚMIERCI?

W razie Twojej śmierci lub śmierci współmałżonka (jeśli ubezpieczenie było zawarte w pakiecie ze współmałżonkiem) pieniądze z ubezpieczenia zostaną wypłacone wskazanej osobie lub osobom - np. żonie, mężowi, dzieciom, rodzicom, innej wskazanej osobie, bankowi (w przypadku, gdy bank został wyznaczony jako uposażony), itd. W każdym momencie istnieje możliwość wyznaczenia innej osoby, które będą uprawnione do otrzymania całości lub części świadczenia z polisy.

KIEDY ING NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI I NIE WYPŁACI ŚWIADCZENIA?

Ubezpieczenie od wszystkich ryzyk jest praktycznie niemożliwe i byłoby bardzo drogie. Z tego powodu ubezpieczenie nie obejmuje niektórych sytuacji. Należą do nich sytuacje o charakterze masowym lub nadzwyczajnym jak np. wojna. Są też sytuacje, które objęte ubezpieczeniem przenosiłyby konsekwencje ryzykownych decyzji innych osób na pozostałych ubezpieczonych, co skutkowałoby wyższymi składkami za ubezpieczenie. Dlatego ubezpieczenie nie obejmuje np. śmierci spowodowanej czynnym udziałem w zamieszkach lub poddania się zabiegom o charakterze medycznym odbywanym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych. Zachęcamy do uważnego zapoznania się z pełną listą wyłączeń wymienionych w OWU.

CZY DOSTANĘ ZWROT SKŁADEK, KTÓRE ZAPŁACIŁEM JEŚLI NIC MI SIĘ NIE STANIE?

Nie. Składki w całości przeznaczone są na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej oraz funkcjonowania umowy ubezpieczenia. Wypłata z polisy następuje wyłącznie w razie śmierci lub innego zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

Z KIM MAM SIĘ KONTAKTOWAĆ, JEŚLI COŚ MI SIĘ STANIE?

W pierwszej kolejności skontaktuj się z obsługującym Cię Przedstawicielem, który poinformuje, co robić dalej. Możesz również zadzwonić do Centrum Obsługi Telefonicznej ING Życie, gdzie otrzymasz szczegółowe informacje o dalszym postępowaniu, niezbędnych dokumentach, które należy przygotować oraz o terminie rozpatrywania Twojego zgłoszenia.

JAKIE DOKUMENTY SĄ POTRZEBNE ŻEBY DOSTAĆ PIENIĄDZE Z UBEZPIECZENIA?

W zależności od tego, co stało się Tobie lub innej osobie objętej ubezpieczeniem, zanim wypłacimy pieniądze możemy potrzebować różnych dokumentów. Najczęściej będą to dokumenty dotyczące okoliczności wypadku, pobytu w szpitalu, wyniki badań oraz dokument potwierdzający tożsamość. Wszelkich niezbędnych informacji dowiesz się dzwoniąc do nas pod numer 801 20 30 40.

JAKĄ KORESPONDENCJĘ BĘDĘ OTRZYMYWAĆ OD ING ŻYCIE?

Co roku otrzymasz list rocznicowy zawierający aktualne informacje o Twojej polisie.

JAK SIĘ Z WAMI KONTAKTOWAĆ?

Centrum Obsługi Telefonicznej: 801 20 30 40,
z telefonu komórkowego: 22 522 71 24,
e-mail: info@ingcentrala.pl,
www.e-serwisING.pl

DLACZEGO PROSICIE O MÓJ NUMER TELEFONU KOMÓRKOWEGO I ADRES E-MAIL?

Prosimy abyś na bieżąco aktualizował swój numer telefonu komórkowego i adres e-mail. To ważne, bo dzięki temu będziemy mogli szybko skontaktować się z Tobą i przekazać Ci ważne informacje dotyczące umowy, gdy zajdzie taka potrzeba.

Dla uproszczenia wyjaśnień przyjęliśmy założenie, że właściciel polisy (czyli osoba, która opłaca składki za ubezpieczenie) jest jednocześnie osobą ubezpieczoną. Powyższe informacje są wyłącznie ogólnymi informacjami o umowie ubezpieczenia i nie stanowią zobowiązania Towarzystwa.

OGÓLNE WARUNKI TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ING SMART + NR OWU/FMI3/1/2011

Komentarze w ramkach – czemu służą i jaki mają charakter?

Tekst warunków ubezpieczenia jest dokumentem o charakterze prawnym. Z tego powodu może być trudny w odbiorze. Mamy nadzieję, że poprzez komentarze w ramkach ułatwimy jego zrozumienie. Nie są one częścią umowy ubezpieczenia i nie mają charakteru wiążącego. Posłużyliśmy się w nich mniej formalnym językiem oraz podaliśmy przykłady objaśniające konsekwencje poszczególnych zapisów. Nie objaśnialiśmy każdego artykułu – wybraliśmy kluczowe fragmenty dla zrozumienia tego ubezpieczenia.

Dodatkowe informacje dotyczące umowy **ING Smart +** znajdują się w:

- pytaniach i odpowiedziach,
- opisie dostępnym na stronie internetowej **www.ingżycie.pl**.

To nie wszystko – nasi Przedstawiciele oraz pracownicy Centrum Obsługi Telefonicznej odpowiedzą na każde pytanie.

Ogólne warunki terminowego ubezpieczenia na życie mają zastosowanie do umowy ubezpieczenia oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. kodem: FMI3 i są jej integralną częścią.

Ogólne warunki ubezpieczenia, inaczej OWU – jakie mają dla Ciebie znaczenie?

Ogólne warunki ubezpieczenia (OWU) stanowią najważniejszy element umowy pomiędzy Tobą a Ubezpieczycielem. W tym dokumencie znajdziesz istotne informacje dotyczące umowy ING Smart +.

Art. 1 DEFINICJE

Definicje – czemu służą i dlaczego warto się z nimi zapoznać?

Niektóre słowa użyte w dokumencie mają ściśle określone znaczenie. Ich potoczne rozumienie może być inne. W niektórych przypadkach zdefiniowanie określonego terminu wpływa na zakres świadczeń, np. „Szpitalem” w rozumieniu Warunków nie jest m.in. ośrodek sanatoryjny czy hospicjum. Dlatego też tak ważne jest zapoznanie się ze wszystkimi definicjami.

Dla ułatwienia pojęcia, które tutaj zdefiniowano, pisane są w dalszej części OWU i w ramach wielką literą.

W Ogólnych warunkach terminowego ubezpieczenia na życie nr OWU/FMI3/1/2011 (dalej: Warunki), w polisie oraz w innych dokumentach ubezpieczenia poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) „Ubezpieczyciel”** – ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie.
- 2) „Ubezpieczający”** – osoba, która zawarła umowę ubezpieczenia z Ubezpieczycielem oraz zobowiązała się do opłacania składki całkowitej.
- 3) „Ubezpieczony”** – osoba, której życie i zdrowie jest przedmiotem Umowy ubezpieczenia.
- 4) „Współmałżonek”** – osoba, której życie i zdrowie jest przedmiotem Umowy ubezpieczenia, pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia.
- 5) „Dziecko”** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego lub Współmałżonka.
- 6) „Uposażony”** – odpowiednio osoba wskazana przez Ubezpieczonego, której zostanie wypłacone świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego, albo osoba wskazana przez Współmałżonka, której zostanie wypłacone świadczenie z tytułu śmierci Współmałżonka.
- 7) „Umowa ubezpieczenia”** – umowa ubezpieczenia, której przedmiotem jest w zależności od wybranego pakietu: życie i zdrowie Ubezpieczonego, życie i zdrowie Współmałżonka lub zdrowie Dzieci.
- 8) „Dokument ubezpieczenia”** – dokument określający najważniejsze postanowienia Umowy ubezpieczenia, w tym polisa potwierdzająca jej zawarcie.
- 9) „Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela”** – dzień następujący po dniu opłacenia Składki całkowitej przez Ubezpieczającego, o ile zostały spełnione przesłanki określone w Warunkach.
- 10) „Rocznica polisy”** – każda rocznica Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
- 11) „Rok polisowy”** – okres pomiędzy kolejnymi Rocznicami polisy.
- 12) „Miesiąc polisowy”** – miesiąc zaczynający się w Dniu rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, a następnie w odpowiednim dniu każdego kolejnego miesiąca. Jeśli w danym miesiącu nie ma takiego dnia, to miesiąc polisowy zaczyna się w ostatnim dniu tego miesiąca.
- 13) „Składka całkowita”** – kwota przeznaczona na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela, opłacana w wysokości, terminach i z zastosowaniem metody płatności uzgodnionej z Ubezpieczycielem.
- 14) „Suma ubezpieczenia”** – kwota wskazana w Tabeli limitów i opłat oraz w Dokumencie ubezpieczenia, odrębnie dla każdego ze zdarzeń ubezpieczeniowych, będąca podstawą do obliczenia kwoty świadczenia wypłacanego w przypadkach określonych w Warunkach. Wysokość Sumy ubezpieczenia zależy od wybranego przez Ubezpieczającego wariantu Umowy ubezpieczenia.
- 15) „Świadczenie”** – kwota, którą Ubezpieczyciel jest zobowiązany wypłacić w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z postanowieniami Warunków i Tabeli limitów i opłat.
- 16) „Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli odpowiednio Ubezpieczonego, Współmałżonka albo Dziecka zdarzenie, które nastąpiło w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej, i które

stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby i Choroby psychicznej.

- 17) „Trwałe inwalidztwo całkowite”** – w przypadku Ubezpieczonego lub Współmałżonka: uszkodzenie ciała, które spowodowało bezterminową, całkowitą i nieodwracalną niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej; w przypadku Dziecka: bezterminowe, całkowite i nieodwracalne naruszenie sprawności organizmu Dziecka, które powoduje konieczność zapewnienia całkowitej opieki lub pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przewyższający zakres opieki nad zdrowym dzieckiem w danym wieku.
- 18) „Trwałe inwalidztwo częściowe”** – utrata ramienia, przedramienia, dłoni, kciuka, wszystkich palców u dłoni włączając kciuk, wszystkich palców u dłoni włączając kciuk, poszczególnych palców u dłoni, nogi, podudzia, obu podudzi, stopy, wszystkich palców u stopy (włącznie z dużym palcem), dużego palca u stopy, całkowita utrata wzroku w obu oczach, całkowita utrata wzroku w jednym oku, całkowita utrata słuchu w obu uszach, całkowita utrata słuchu w jednym uchu oraz utrata mowy.
- 19) „Trwałe inwalidztwo”** – Trwałe inwalidztwo częściowe lub Trwałe inwalidztwo całkowite.
- 20) „Wypadek komunikacyjny”** – Nieszczęśliwy wypadek, który zaistniał w ruchu drogowym, powietrznym lub wodnym i któremu uległ Ubezpieczony albo Współmałżonek, jako:
- a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym,
 - b) pasażer pojazdu szynowego, pasażerskiego statku powietrznego lub wodnego, który uległ wypadkowi lub katastrofie,
 - c) rowerzysta,
 - d) pieszy.
- 21) „Lekarz”** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu Lekarza zgodnie z przepisami polskiego prawa.
- 22) „Szpital”** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Szpitalem nie jest w szczególności: dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 23) „Operacja”** – zabieg wymagający nacięcia skóry lub innych tkanek przeprowadzony w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym w Szpitalu przez Lekarza uprawnionego do jego wykonania w obecności anestezjologa. Z medycznego punktu widzenia Operacja musi być konieczna w celu wyleczenia lub zmniejszenia skutków urazu spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem. Ubezpieczyciel odpowiada jedynie za Operacje wymienione w Załączniku nr 1 do Warunków. W rozumieniu Warunków Operacją nie jest operacja przeprowadzona jedynie w celach diagnostycznych, za wyjątkiem Operacji wymienionych w Załączniku nr 1 do Warunków.
- 24) „Pobyt w Szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w Warunkach stały i nieprzerwany pobyt w Szpitalu, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia. W rozumieniu Warunków za pobyt w Szpitalu nie uważa się pobytu w Szpitalu, którego celem była rehabilitacja lub rekonwalescencja.
- 25) „Dzień Pobytu w Szpitalu”** – każdy ukończony dzień kalendarzowy Pobytu w Szpitalu. Za pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu uważa się okres od przyjęcia do Szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 26) „Pobyt w Szpitalu o długotrwałym charakterze”** – Pobyt w Szpitalu, który trwał nieprzerwanie do końca 14. Dnia Pobytu w Szpitalu (do godz. 24.00); uzgodniona z Lekarzem czasowa nieobecność w Szpitalu przerywa bieg tego 14-dniowego terminu.
- 27) „Choroba”** – zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
- 28) „Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania, w tym nerwice.
- 29) „Postępowanie terapeutyczne”** – postępowanie mające na celu przywrócenie zaburzonych na skutek Nieszczęśliwego wypadku funkcji poszczególnych organów.
- 30) „Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego”:**
- a) w przypadku śmierci, śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierci wskutek Wypadku komunikacyjnego – dzień śmierci,
 - b) w przypadku Trwałego inwalidztwa – dzień wystąpienia Trwałego inwalidztwa,
 - c) w przypadku Pobytu w Szpitalu – pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu objęty obowiązkiem wypłaty dziennego świadczenia szpitalnego, a w przypadku Pobytu w Szpitalu o długotrwałym charakterze – 14. dzień nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu,
 - d) w przypadku Operacji – dzień przeprowadzenia Operacji.
- 31) „Tabela limitów i opłat”** – dokument przyjęty uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela, zawierający stawki opłat, rabatów oraz wskaźniki stosowane przez Ubezpieczyciela w Umowie ubezpieczenia w przypadkach określonych w Warunkach. Dokument ten stanowi integralną część Umowy ubezpieczenia i jest przekazywany Ubezpieczającemu wraz z Warunkami.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

Przedmiot i zakres – jakie sytuacje są objęte ubezpieczeniem?

W tym artykule określiliśmy, jaki jest zakres ubezpieczenia oraz w jakich sytuacjach Ubezpieczyciel wypłaci pieniądze (świadczenie). Firmy ubezpieczeniowe zawsze precyzyjnie określają, za jakie zdarzenia wypłacają świadczenia.

W poniższej tabeli znajdziesz informacje o wszystkich dostępnych pakietach ubezpieczenia. Wybierając konkretny pakiet, ustalasz zakres swojego ubezpieczenia.

Zwróć uwagę na to, że prawie wszystkie zdarzenia objęte ubezpieczeniem są związane z nieszczęśliwym wypadkiem. Zapoznaj się również z definicją Nieszczęśliwego wypadku w art. 1.

Prosimy o zwrócenie uwagi na szczególną sytuację, w której Ubezpieczyciel odmówi wypłaty. Jeżeli w okresie 90 dni przed zawarciem Umowy ubezpieczenia osoba ubezpieczona przebywała w Szpitalu lub hospicjum z powodu Choroby, a następnie w wyniku tej Choroby zmarła w ciągu 90 dni po zawarciu Umowy, to Świadczenie nie zostanie wypłacone.

Polecamy też uwadze zasady wypłaty świadczeń z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem. Zasady te zostały szczegółowo opisane w art. 12-15. Warto też zapoznać się z art. 16-18, gdzie wskazaliśmy sytuacje, które nie są objęte ubezpieczeniem.

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w pakietach: indywidualnym, małżeńskim albo rodzinnym.
2. W zależności od wybranego przez Ubezpieczającego pakietu przedmiotem ubezpieczenia jest:
 - a) w pakiecie indywidualnym – życie i zdrowie Ubezpieczonego,
 - b) w pakiecie małżeńskim – życie i zdrowie Ubezpieczonego i Współmałżonka,
 - c) w pakiecie rodzinnym typu A – życie i zdrowie Ubezpieczonego i Współmałżonka oraz zdrowie Dzieci,
 - d) w pakiecie rodzinnym typu B – życie i zdrowie Ubezpieczonego oraz zdrowie Dzieci.
3. W zależności od wybranego przez Ubezpieczającego pakietu zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:

Pakiet	Zdarzenia ubezpieczeniowe
Indywidualny	<ul style="list-style-type: none">- Śmierć Ubezpieczonego,- Śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku,- Śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku komunikacyjnego,- Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem,- Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem (w tym także Pobyt w Szpitalu o długotrwałym charakterze),- Operacja Ubezpieczonego spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem.
Małżeński	<ul style="list-style-type: none">- Śmierć Ubezpieczonego,- Śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku,- Śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku komunikacyjnego,- Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem (w tym także Pobyt w Szpitalu o długotrwałym charakterze),- Operacja Ubezpieczonego spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem,- Śmierć Współmałżonka,- Śmierć Współmałżonka wskutek Nieszczęśliwego wypadku,- Śmierć Współmałżonka wskutek Wypadku komunikacyjnego,- Trwałe inwalidztwo Współmałżonka spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem,- Pobyt w Szpitalu Współmałżonka spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem (w tym także Pobyt w Szpitalu o długotrwałym charakterze),- Operacja Współmałżonka spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem.
Rodzinny typu A (Ubezpieczony, Współmałżonek i Dzieci)	<ul style="list-style-type: none">- Śmierć Ubezpieczonego,- Śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku,- Śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku komunikacyjnego,- Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem,- Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem (w tym także Pobyt w Szpitalu o długotrwałym charakterze),- Operacja Ubezpieczonego spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem,- Śmierć Współmałżonka,- Śmierć Współmałżonka wskutek Nieszczęśliwego wypadku,- Śmierć Współmałżonka wskutek Wypadku komunikacyjnego,- Trwałe inwalidztwo Współmałżonka spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem,- Pobyt w Szpitalu Współmałżonka spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem (w tym także Pobyt w Szpitalu o długotrwałym charakterze),- Operacja Współmałżonka spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem,- Trwałe inwalidztwo Dziecka spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem,- Pobyt w Szpitalu Dziecka spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem (w tym także Pobyt w Szpitalu o długotrwałym charakterze),- Operacja Dziecka spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem.

Rodzinny typu B (Ubezpieczony i Dzieci)

- Śmierć Ubezpieczonego,
- Śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku,
- Śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku komunikacyjnego,
- Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem,
- Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem (w tym także Pobyt w Szpitalu o długotrwałym charakterze),
- Operacja Ubezpieczonego spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem,
- Trwałe inwalidztwo Dziecka spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem,
- Pobyt w Szpitalu Dziecka spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem (w tym także Pobyt w Szpitalu o długotrwałym charakterze),
- Operacja Dziecka spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem.

4. W ramach zdarzeń ubezpieczeniowych wskazanych w ust. 3 zakresem ubezpieczenia objęte są:

- a) śmierć, która nastąpiła w czasie trwania Umowy ubezpieczenia, z wyłączeniem śmierci w okresie 90 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, jeżeli bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci była Choroba, na którą odpowiednio Ubezpieczony lub Współmałżonek w okresie 90 dni bezpośrednio poprzedzających zawarcie Umowy ubezpieczenia leczyl się w Szpitalu lub z powodu której przebywał w hospicjum,
- b) śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w czasie trwania Umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że śmierć nastąpiła nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
- c) śmierć wskutek Wypadku komunikacyjnego, który miał miejsce w czasie trwania Umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że śmierć nastąpiła przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia tego wypadku,
- d) Trwałe inwalidztwo, którego bezpośrednią i wyłączną przyczyną był Nieszczęśliwy wypadek, który miał miejsce w czasie trwania Umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że Trwałe inwalidztwo wystąpiło nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
- e) Pobyt w Szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w czasie trwania Umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że Pobyt w Szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 30 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
- f) Operacja spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w czasie trwania Umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że Operacja rozpoczęła się przed upływem 30 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

5. Pakiety, o których mowa w ust. 3, dostępne są w wariantach różniących się wysokością Sum ubezpieczenia. Rodzaje wariantów wymienione są w Tabeli limitów i opłat.

6. Za wyjątkiem sytuacji opisanych w Warunkach w czasie trwania Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający nie może zmienić pakietu ani wariantu Umowy ubezpieczenia na inny dostępny w ofercie Ubezpieczyciela.

Czy jest możliwa zmiana wybranego pakietu lub wariantu ubezpieczenia?

W przypadku pakietu indywidualnego lub małżeńskiego ubezpieczenie można rozszerzyć o ochronę dla Dzieci (zmiana na pakiet rodzinny). Inne zmiany zakresu ubezpieczenia na wniosek Ubezpieczającego, tj. zmiana na inny pakiet lub wariant z innymi sumami ubezpieczenia, nie są możliwe.

7. W ramach pakietu rodzinnego typu A i typu B ochroną ubezpieczeniową objęte są wszystkie Dzieci Ubezpieczonego, jeżeli w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia ukończyły 1. rok życia i nie ukończyły 18. roku życia. Każde kolejne Dziecko Ubezpieczonego zostanie objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia po ukończeniu 1. roku życia. Ponadto w przypadku przysposobienia dziecka w czasie trwania Umowy ubezpieczenia zostanie ono objęte ochroną ubezpieczeniową, o ile w dniu przysposobienia nie ukończyło 18. roku życia.

8. W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia w pakiecie rodzinnym typu A na zasadach opisanych w ust. 7 ochroną ubezpieczeniową objęte są wszystkie Dzieci Współmałżonka.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następującego po zawarciu Umowy ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po dniu opłacenia Składki całkowitej, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego i Współmałżonka rozpoczyna się nie wcześniej niż w dniu następnym po dniu, w którym odpowiednio Ubezpieczony i Współmałżonek wyrazili zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem rozwiązania bądź wygaśnięcia Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4 i 6.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego, gdy jego odpowiedzialność jest w danym przypadku wyłączona przez postanowienia Warunków lub powszechnie obowiązujące przepisy prawa.
5. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy ubezpieczenia 24 godziny na dobę na całym świecie, z wyłączeniem Pobytu w Szpitalu i Operacji. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność 24 godziny na dobę za Pobyt w Szpitalu i Operację, które miały miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
6. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Trwałego inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem wygasa:
 - a) w stosunku do Ubezpieczonego: z chwilą wypłaty świadczenia z tytułu Trwałego inwalidztwa całkowitego, oraz jeżeli kwota świadczeń wypłaconych z tytułu Trwałego inwalidztwa częściowego albo łącznie z tytułu Trwałego inwalidztwa częściowego i Trwałego inwalidztwa całkowitego stanowi 200% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w Dniu zajścia ostatniego z tych zdarzeń ubezpieczeniowych,

Co się stanie, jeżeli ulegnę wypadkowi kilka razy?

Życiowe sytuacje są czasem skomplikowane. Może się zdarzyć, że Nieszczęśliwy wypadek zdarzy się kilka razy lub jego skutki będą związane z licznymi obrażeniami, a nawet Trwałym inwalidztwem. W takich sytuacjach Świadczenie także może być wypłacone kilka razy, z uwzględnieniem ustalonych limitów.

Zobaczmy to na przykładzie:

Jan Kowalski miał wypadek, w wyniku którego utracił kciuk. Wypłaciliśmy 15% Sumy ubezpieczenia. Po kilku miesiącach w wyniku wypadku przy pracy stracił lewe oko. Tym razem wypłaciliśmy 50% Sumy ubezpieczenia. Pan Kowalski mógł otrzymać ponowną wypłatę, ponieważ łączna suma wypłat (15%+50%) nie przekroczyła limitu 200% Sumy ubezpieczenia. Jednakże po wyczerpaniu ustalonego w OWU limitu ochrona z tytułu trwałego inwalidztwa wygaśnie. Wysokość składki ulegnie odpowiedniemu przeliczeniu.

- b) w stosunku do Współmałżonka: z chwilą wypłaty świadczenia z tytułu Trwałego inwalidztwa całkowitego, oraz jeżeli kwota świadczeń wypłaconych z tytułu Trwałego inwalidztwa częściowego albo łącznie z tytułu Trwałego inwalidztwa częściowego i Trwałego inwalidztwa całkowitego stanowi 200% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w Dniu zajścia ostatniego z tych zdarzeń ubezpieczeniowych,
- c) w stosunku do wszystkich Dzieci objętych ochroną ubezpieczeniową: z chwilą wypłaty drugiego świadczenia z tytułu Trwałego inwalidztwa całkowitego, oraz jeżeli kwota świadczeń wypłaconych na rzecz któregośkolwiek Dziecka bądź Dzieci łącznie z tytułu Trwałego inwalidztwa częściowego albo łącznie z tytułu Trwałego inwalidztwa częściowego i Trwałego inwalidztwa całkowitego stanowi 400% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w Dniu zajścia ostatniego z tych zdarzeń ubezpieczeniowych.

Art. 4 TRYB ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA. CZAS TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

Dla kogo jest to ubezpieczenie i na jaki okres jest zawierane?

Umowa ubezpieczenia zawierana jest na stały okres 5 lat. Jeżeli po tym czasie będziesz chciał dalej korzystać z ochrony, powinieneś Umowę ubezpieczenia zawrzeć ponownie.

Ubezpieczenie ING Smart + zostało przygotowane specjalnie dla osób, które ukończyły 51 lat i nie ukończyły 71 lat. Dzieci, które mogą być objęte ochroną, muszą mieć ukończony 1. i nie ukończony 18. rok życia. Jeżeli w czasie trwania Umowy ubezpieczenia Dziecko ukończy 18. rok życia – ubezpieczenie trwa nadal, do końca okresu, na jaki została zawarta Umowa.

1. Zawarcie Umowy ubezpieczenia następuje na podstawie wniosku Ubezpieczającego.
2. W razie wątpliwości Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą doręczenia Ubezpieczającemu polisy.
3. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony i Współmałżonek na dzień złożenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia ukończyli 51 lat i nie ukończyli 71 lat.
4. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w pakiecie rodzinnym tylko wtedy, gdy na dzień złożenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia przynajmniej jedno Dziecko ukończyło 1. rok życia i nie ukończyło 18. roku życia.
5. Umowa ubezpieczenia kończy się z upływem 5 lat licząc od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
6. Umowa ubezpieczenia nie może być zawarta, jeżeli w dniu złożenia wniosku o jej zawarcie Ubezpieczony lub Współmałżonek lub Dziecko są już objęci ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ING Smart lub umowy dodatkowej Pakiet Rodzinny Lwa.
7. Ubezpieczony, Współmałżonek i Dziecko mogą być objęci ochroną ubezpieczeniową z tytułu wyłącznie jednej Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Warunków.

Art. 5 WYZNACZANIE UPOSAŻONYCH

1. Ubezpieczony i Współmałżonek mają prawo w dowolnym czasie wskazać Uposażonego oraz zmienić lub odwołać wskazanie Uposażonego.
2. Osoba wskazana uważana jest za Uposażonego z dniem otrzymania przez Ubezpieczyciela oświadczenia odpowiednio Ubezpieczonego lub Współmałżonka.
3. Jeżeli Ubezpieczony bądź Współmałżonek wskazał więcej niż jednego Uposażonego, świadczenie jest wypłacane zgodnie z wyznaczonym udziałem poszczególnych Uposażonych w świadczeniu. W przypadku braku wskazania udziałów procentowych przyjmuje się, że udziały w świadczeniu są równe. W przypadku udziałów procentowych niesumujących się do 100% Ubezpieczyciel ustali wysokość udziałów proporcjonalnie do udziałów oznaczonych przez odpowiednio Ubezpieczonego lub Współmałżonka.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie na zasadach określonych w Warunkach.
2. Ubezpieczyciel i osoby przez niego zatrudnione lub osoby, za pomocą których Ubezpieczyciel wykonuje czynności ubezpieczeniowe, są obowiązane do zachowania tajemnicy dotyczącej Umowy ubezpieczenia, w tym wszelkich danych dotyczących osób wymienionych w Dokumencie ubezpieczenia i innych dokumentach otrzymanych przez Ubezpieczyciela w związku z tą umową.

Art. 7 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO, UBEZPIECZONEGO I WSPÓŁMAŁŻONKA

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki całkowitej.
2. Ubezpieczający, Ubezpieczony i Współmałżonek są zobowiązani do udzielenia, przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania Ubezpieczyciela zawarte we wniosku o ubezpieczenie i w innych dokumentach.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy ubezpieczenia, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu, Współmałżonkowi i Dziecku informacji otrzymanych od Ubezpieczyciela, dotyczących:

- a) zmiany warunków Umowy ubezpieczenia lub zmiany prawa właściwego dla zawartej Umowy ubezpieczenia wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia,
 - b) zmiany wysokości świadczeń, przysługujących z tytułu Umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia,
 - c) zmiany Sum ubezpieczenia.
5. Informacje, o których mowa w ust. 4, powinny być przekazane przez Ubezpieczającego Ubezpieczonemu, Współmałżonkowi i Dziecku pisemnie, ustnie lub drogą elektroniczną:
- a) przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia lub prawa dla niej właściwego – w przypadku informacji, o których mowa w ust. 4 pkt a,
 - b) niezwłocznie po otrzymaniu informacji od Ubezpieczyciela – w przypadku informacji, o których mowa w ust. 4 pkt b-c.
6. W przypadku nieprzekazania Ubezpieczonemu, Współmałżonkowi i Dziecku informacji zgodnie z ust. 4 i 5 Ubezpieczający ponosi wobec nich odpowiedzialność na zasadach ogólnych.
7. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępnienia Warunków Ubezpieczonemu, Współmałżonkowi i Dziecku.
8. W przypadku Dziecka małoletniego Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać informacje, o których mowa w ust. 4-7, przedstawicielowi ustawowemu Dziecka lub innemu prawnemu opiekunowi Dziecka.
9. W przypadku zajścia Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony, Współmałżonek i Dziecko powinni starać się o złagodzenie skutków zaistniałego zdarzenia poprzez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez Lekarza leczeniu. Jeżeli Dziecko pozostaje pod opieką Ubezpiezonego, Współmałżonka lub innego prawnego opiekuna, obowiązek starania się o złagodzenie skutków zaistniałego zdarzenia i niezwłocznego poddania Dziecka opiece lekarskiej i zaleconemu przez Lekarza leczeniu spoczywa na takim opiekunie Dziecka.
10. Na wniosek Ubezpieczyciela Ubezpieczony, Współmałżonek lub Dziecko mają obowiązek poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym, które przeprowadzane są na koszt Ubezpieczyciela w autoryzowanych przez Ubezpieczyciela placówkach medycznych, w celu określenia, czy Ubezpieczony, Współmałżonek lub Dziecko doznali i pozostają w stanie Trwałego inwalidztwa w trakcie rozpatrywania wniosku o wypłatę świadczenia.

Art. 8 SKŁADKA CAŁKOWITA

1. Wysokość składki całkowitej jest przedstawiona w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki całkowitej jest ustalana zgodnie z obowiązującą taryfą składek Ubezpieczyciela, stosownie do wieku Ubezpiezonego i Współmałżonka w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, wybranego pakietu i wariantu ubezpieczenia, z uwzględnieniem zniżek wskazanych w Tabeli limitów i opłat.
3. Składka całkowita powinna być opłacana w terminach wymagalności wskazanych przez Ubezpieczyciela. Jeżeli termin płatności przypada w dniu ustawowo wolnym od pracy, przyjmuje się, że Składka całkowita została opłacona w terminie, jeżeli płatność została dokonana w najbliższym dniu roboczym.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia pierwszej składki całkowitej w terminie 14 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia.
5. Za dzień opłacenia Składki całkowitej przyjmuje się: dzień nadania przekazu pieniężnego w polskiej placówce pocztowej operatora publicznego lub dzień złożenia skutecznego polecenia przelewu w banku Ubezpieczającego.
6. Składka całkowita ulega przeliczeniu w przypadku zmiany zakresu ubezpieczenia spowodowanej:
 - a) wypłatą świadczenia, o której mowa w art. 3 ust. 6 lub w art. 12,
 - b) zmianą pakietu na pakiet rodzinny,
 - c) wnioskiem Ubezpieczającego, gdy ochroną ubezpieczeniową nie jest już objęte żadne Dziecko.
7. W ramach pakietu rodzinnego objęcie ochroną ubezpieczeniową w czasie trwania Umowy ubezpieczenia kolejnych Dzieci nie ma wpływu na wysokość Składki całkowitej.
8. W przypadku przekroczenia terminu płatności Ubezpieczyciel zaliczy pobraną składkę całkowitą na poczet składki najdawniej wymaganej.
9. Ubezpieczający nabywa prawo do zwrotu Składki całkowitej za okres, w którym Ubezpieczyciel nie udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

Art. 9 ZMIANY ZAKRESU UBEZPIECZENIA

1. W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia w pakiecie indywidualnym lub małżeńskim Ubezpieczający w każdą Rocznicę polisy ma prawo do rozszerzenia zakresu Umowy ubezpieczenia o ubezpieczenie zdrowia Dzieci.
2. Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 następuje poprzez zmianę:
 - a) pakietu małżeńskiego na pakiet rodzinny typu A,
 - b) pakietu indywidualnego na pakiet rodzinny typu B.
3. Zmiana pakietu, o której mowa w ust. 2, następuje na wniosek Ubezpieczającego złożony do Ubezpieczyciela na 30 dni przed Rocznicą polisy i obowiązuje od dnia opłacenia Składki całkowitej w nowej wysokości, o ile w dniu złożenia wniosku Dzieci spełniają kryteria przewidziane w art. 2 ust. 7.
4. Ubezpieczyciel potwierdza zmianę zakresu ubezpieczenia Dokumentem ubezpieczenia.
5. W przypadku zmiany zakresu ubezpieczenia, o której mowa w niniejszym artykule, Sumy ubezpieczenia stanowiące podstawę obliczenia kwoty świadczenia w przypadku Trwałego inwalidztwa, Pobytu w Szpitalu i Operacji Dziecka są równe Sumom ubezpieczenia właściwym dla odpowiednich zdarzeń dotyczących Ubezpiezonego lub Współmałżonka z dnia wejścia w życie zmiany pakietu, to jest z uwzględnieniem podwyższeń, o których mowa w art. 10.

Art. 10 PODWYŻSZENIE SUMY UBEZPIECZENIA

1. W każdą rocznicę polisy Suma ubezpieczenia wzrasta o 10% Sumy ubezpieczenia obowiązującej dla danego zdarzenia ubezpieczeniowego w Dniu rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia nie powoduje podwyższenia Składki całkowitej.

Art. 11 ZAWIADOMIENIE O ZAJŚCIU ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO. SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZENIA

Co zrobić w przypadku zajścia zdarzenia?

Poniżej opisaliśmy, co należy zrobić oraz jakie dokumenty przedstawić, aby wypłata Świadczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia mogła nastąpić jak najszybciej.

1. Ubezpieczyciel powinien zostać zawiadomiony o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Podstawą do wypłaty Świadczenia jest wniosek o wypłatę świadczenia złożony Ubezpieczycielowi wraz z:
 - a) urzędowym dokumentem potwierdzającym tożsamość i datę urodzenia uprawnionego do świadczenia,
 - b) skróconym odpisem aktu urodzenia Dziecka – jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczy Dziecka,
 - c) odpisem orzeczenia sądowego zawierającego zezwolenie na dysponowanie kwotą Świadczenia – jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczy Dziecka, a Dziecko reprezentowane jest przez przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego, którym nie jest ani Ubezpieczony, ani Współmałżonek,
 - d) skróconym odpisem aktu małżeństwa – jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczy Współmałżonka,
 - e) dokumentami potwierdzającymi zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku lub Wypadku komunikacyjnego,
 - f) opiniami lekarskimi i wynikami badań oraz innymi dokumentami niezbędnymi do określenia tytułu wypłaty Świadczenia – na wniosek Ubezpieczyciela.
3. W zależności od zdarzenia ubezpieczeniowego podstawą do wypłaty Świadczenia są także dokumenty, o których mowa w art. 12 ust. 2, art. 13 ust. 10, art. 14 ust. 11, art. 15 ust. 5.
4. Wszystkie dokumenty wskazane w ust. 2 i 3 powinny być dostarczone Ubezpieczycielowi w oryginałach. Jeżeli nie jest możliwe dostarczenie oryginałów dokumentów urzędowych, należy dostarczyć ich urzędowe odpisy; inne dokumenty mogą być w takiej sytuacji dostarczone w kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza. Jeżeli dostarczenie kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza jest utrudnione, wymagane dokumenty mogą zostać dostarczone w kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, szpitalach, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
5. Wypłata Świadczenia nastąpi nie później niż w terminie 30 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby, z zachowaniem należytej staranności, wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe w powyższym terminie, świadczenie zostanie wypłacone w terminie 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności.
6. W przypadku odmowy lub częściowej odmowy wypłaty Świadczenia osoba uprawniona do świadczenia może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela. W uzasadnieniu odmowy Ubezpieczyciel informuje o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Art. 12 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO LUB WSPÓŁMAŁŻONKA

1. Uposażony nabywa prawo do Świadczenia z chwilą zajścia następujących zdarzeń ubezpieczeniowych:
 - a) śmierć,
 - b) śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - c) śmierć wskutek Wypadku komunikacyjnego.
2. Podstawą do wypłaty Świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia wraz z dokumentami, o których mowa w art. 11 ust. 2, oraz
 - b) oryginału skróconego odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci odpowiednio Ubezpieczonego albo Współmałżonka wystawionego przez Lekarza lub stosowne władze.
3. Ubezpieczyciel spełni Świadczenie poprzez wypłatę:
 - a) Sumy ubezpieczenia obowiązującej w Dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w przypadku śmierci albo
 - b) łącznej kwoty, na którą składają się Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci i Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku, obowiązujące w Dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego – w przypadku śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku albo
 - c) łącznej kwoty, na którą składają się Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci oraz Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek Wypadku komunikacyjnego, obowiązujące w Dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego – w przypadku śmierci wskutek Wypadku komunikacyjnego.
4. Wypłata Świadczenia z tytułu śmierci wskutek Wypadku komunikacyjnego wyklucza wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku. Wypłata Świadczenia z tytułu śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku wyklucza wypłatę z tytułu śmierci wskutek Wypadku komunikacyjnego.
5. W przypadku śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub śmierci wskutek Wypadku komunikacyjnego Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie także wtedy, gdy śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub śmierć wskutek Wypadku komunikacyjnego nastąpiła po wygaśnięciu lub rozwiązaniu Umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że odpowiednio Nieszczęśliwy wypadek lub Wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Ubezpieczony lub Współmałżonek poniósł śmierć, nastąpił w czasie trwania Umowy ubezpieczenia.
6. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego lub Współmałżonka wskazany przez niego Uposażony nie żyje, nie istnieje lub utracił prawo do Świadczenia, należną jemu część Świadczenia otrzymują pozostali Uposażeni zgodnie ze wskazaniem odpowiednio Ubezpieczonego lub Współmałżonka.
7. Jeżeli Ubezpieczony lub Współmałżonek nie wskazał Uposażonych lub wszyscy wskazani przez niego Uposażeni zmarli, nie istnieją lub utracili prawo do Świadczenia przed zdarzeniem ubezpieczeniowym, Świadczenie otrzymują członkowie rodziny odpowiednio Ubezpieczonego lub Współmałżonka w kolejności, według następujących kategorii:
 - a) małżonek,
 - b) dzieci,

- c) wnuki,
 - d) rodzice,
 - e) rodzeństwo,
 - f) dzieci rodzeństwa.
8. Otrzymanie Świadczenia przez osoby zaliczone do wyższej kategorii wyklucza jego otrzymanie przez osoby zaliczone do niższej kategorii (kategoria najwyższa – „a”). Osoby zaliczone do tej samej kategorii otrzymują Świadczenie w równych częściach.
9. W przypadku braku osób wymienionych w ust. 7 Świadczenie zostanie wypłacone spadkobiercom Współmałżonka, z wyłączeniem gminy ostatniego miejsca zamieszkania spadkodawcy i Skarbu Państwa.

Art. 13 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU TRWAŁEGO INWALIDZTWA

Kiedy i na jakich zasadach wypłacone zostanie świadczenie z tytułu Trwałego inwalidztwa?

Ten artykuł opisuje zasady wypłaty Świadczenia z tytułu Trwałego inwalidztwa. Prosimy o zwrócenie uwagi na dokumenty, które należy dołączyć do wniosku o wypłatę świadczenia oraz na tabelę dotyczącą Trwałego inwalidztwa częściowego. Tabela ta zawiera informacje, jaki procent Sumy ubezpieczenia odpowiada poszczególnym rodzajom inwalidztwa częściowego.

Warto również zapoznać się z przykładem wypłaty Świadczenia opisanym w ramce w art. 3.

1. Z chwilą zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, prawo do świadczenia nabywa odpowiednio:
 - a) Ubezpieczony – w przypadku Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego,
 - b) Współmałżonek – w przypadku Trwałego inwalidztwa Współmałżonka,
 - c) Dziecko – w przypadku Trwałego inwalidztwa Dziecka.
2. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe:
 - a) Sumie ubezpieczenia obowiązującej w Dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego – w przypadku Trwałego inwalidztwa całkowitego,
 - b) odpowiedniemu procentowi Sumy ubezpieczenia obowiązującej w Dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z tabelą zamieszczoną w ust. 7 – w przypadku Trwałego inwalidztwa częściowego.
3. W przypadku Trwałego inwalidztwa Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie także wtedy, gdy Trwałe inwalidztwo nastąpiło po wygaśnięciu lub rozwiązaniu Umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiło Trwałe inwalidztwo, miał miejsce w czasie trwania Umowy ubezpieczenia.
4. Jeżeli Trwałe inwalidztwo nastąpi po rozwiązaniu lub wygaśnięciu Umowy ubezpieczenia, to Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe:
 - a) Sumie ubezpieczenia obowiązującej w dniu poprzedzającym dzień rozwiązania lub wygaśnięcia tej umowy – w przypadku Trwałego inwalidztwa całkowitego,
 - b) odpowiedniemu procentowi Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu poprzedzającym dzień rozwiązania lub wygaśnięcia tej umowy – w przypadku Trwałego inwalidztwa częściowego.
5. Wskazane jest, by uprawniony do Świadczenia złożył wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu Trwałego inwalidztwa po zakończeniu leczenia, w tym rehabilitacji, z wyłączeniem przypadków fizycznej utraty części ciała.
6. Jeżeli Dziecko reprezentowane jest przez przedstawiciela ustawowego (Ubezpieczony, Współmałżonek lub inna osoba) lub opiekuna prawnego, zalecenie, o którym mowa w ust. 5 dotyczy odpowiednio takiego przedstawiciela lub opiekuna.
7. W przypadku Trwałego inwalidztwa częściowego Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie zgodnie z poniższą tabelą:

Trwałe inwalidztwo częściowe	% Sumy ubezpieczenia
Utrata ramienia	75%
Utrata przedramienia	70%
Utrata dłoni	60%
Utrata kciuka	15%
Utrata palca wskazującego	5%
Utrata palca środkowego	3%
Utrata palca serdecznego	2%
Utrata palca małego	1%
Utrata wszystkich palców u dłoni włączając kciuk	40%
Utrata wszystkich pozostałych palców u dłoni z wyłączeniem kciuka	25%
Utrata nogi	70%
Utrata podudzia	60%
Utrata obu podudzi	100%
Utrata stopy	50%
Utrata wszystkich palców u stopy (włącznie z dużym palcem)	30%
Utrata dużego palca u stopy	10%
Całkowita utrata wzroku w obu oczach	100%
Całkowita utrata wzroku w jednym oku	50%

Całkowita utrata słuchu w obu uszach	100%
Całkowita utrata słuchu w jednym uchu	50%
Utrata mowy	100%

przy czym:

- a) **Utrata** – jest to fizyczna utrata części ciała albo trwała, całkowita i nieodwracalna utrata władzy w części ciała.
 - b) **Całkowita utrata wzroku w obu oczach** – jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności widzenia w obu oczach, w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, z całkowitą niezdolnością rozróżniania szczegółów obserwowanych przedmiotów, z co najwyżej zachowanym poczuciem światła, zdiagnozowana przez Lekarza okulistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania Postępowaniem terapeutycznym.
 - c) **Całkowita utrata wzroku w jednym oku** – jest to całkowita i nieodwracalna utrata widzenia w jednym oku, w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, z całkowitą niezdolnością rozróżniania szczegółów obserwowanych przedmiotów, z co najwyżej zachowanym poczuciem światła, zdiagnozowana przez Lekarza okulistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania Postępowaniem terapeutycznym.
 - d) **Całkowita utrata słuchu w obu uszach** – jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności rozróżniania dźwięków w obu uszach, w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, co oznacza, że w lepiej słyszającym uchu średni ubytek słuchu z 4 następujących częstotliwości: 500, 1000, 2000, 4000 Hz przekracza 90 dB, zdiagnozowana przez Lekarza laryngologa i potwierdzona badaniem audiometrycznym. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania Postępowaniem terapeutycznym.
 - e) **Całkowita utrata słuchu w jednym uchu** – jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności rozróżniania dźwięków w jednym uchu, w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, co oznacza, że średni ubytek słuchu w tym uchu z 4 następujących częstotliwości: 500, 1000, 2000, 4000 Hz przekracza 90 dB, zdiagnozowana przez Lekarza laryngologa i potwierdzona badaniem audiometrycznym. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania Postępowaniem terapeutycznym.
 - f) **Utrata mowy** – jest to nieodwracalna utrata zdolności mówienia trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza laryngologa w oparciu o uszkodzenie fałdów głosowych, w wyniku Nieszczęśliwego wypadku. Zakres ubezpieczenia obejmuje także przypadki całkowitej afazji powstałej wskutek ciężkiego urazu głowy z uszkodzeniem ośrodków mowy w ośrodkowym układzie nerwowym zdiagnozowanej przez Lekarza neurologa. Z zakresu ubezpieczenia wyłączona jest utrata zdolności mówienia spowodowana schorzeniami psychicznymi i psychologicznymi oraz utrata zdolności mówienia możliwa do skorygowania Postępowaniem terapeutycznym.
8. W przypadku Utraty co najmniej dwóch części ciała wymienionych w powyższej tabeli, w obrębie tej samej kończyny, kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela będzie równa największej wartości świadczenia należnego za jedną z utraconych części ciała.
 9. Suma Świadczeń wypłaconych z tytułu Trwałego inwalidztwa częściowego albo łącznie z tytułu Trwałego inwalidztwa częściowego i Trwałego inwalidztwa całkowitego nie może przekroczyć:
 - a) 200% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w Dniu zajścia ostatniego z tych zdarzeń ubezpieczeniowych – w przypadku wypłaty na rzecz odpowiednio Ubezpieczonego lub Współmałżonka,
 - b) 400% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w Dniu zajścia ostatniego z tych zdarzeń ubezpieczeniowych – w przypadku wypłaty na rzecz Dzieci łącznie.
 10. Podstawą do wypłaty Świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia wraz z dokumentami, o których mowa w art. 11 ust. 2, oraz
 - b) dokumentacji z przebiegu leczenia,
 - c) innych dokumentów umożliwiających Ubezpieczycielowi ustalenie podstaw do wypłaty Świadczenia oraz jego wysokości, np. renty z tytułu niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych, orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.
 11. Wypłata Świadczenia nastąpi po zaakceptowaniu przez Ubezpieczyciela wniosku o wypłatę świadczenia w terminie wskazanym w art. 11 ust. 5.

Art. 14 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU ORAZ POBYTU W SZPITALU O DŁUGOTRWAŁYM CHARAKTERZE

Kiedy i na jakich zasadach wypłacone zostanie Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu?

Wysokość Świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu zależy od Sumy ubezpieczenia oraz tego, jak długo Ubezpieczony, Współmałżonek lub Dziecko przebywali w Szpitalu. Świadczenie zostanie wypłacone, jeśli Pobyt w Szpitalu trwał nieprzerwanie przynajmniej 3 dni.

Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie maksymalnie za 180 dni Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego oraz 180 dni Pobytu w Szpitalu Współmałżonka, a w przypadku wszystkich Dzieci łącznie maksymalnie za 360 dni. Warto podkreślić, że limity te dotyczą wyłącznie jednego Roku polisowego - w kolejnym Roku polisowym liczba dni Pobytu w Szpitalu, za które wypłacimy Świadczenie, liczona jest od nowa.

Zobaczmy to na przykładzie, przy założeniu, że Suma ubezpieczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu wynosi 10 000 zł.

Pan Jan Kowalski miał wypadek samochodowy i znalazł się w Szpitalu, w którym spędził 11 dni. Wypłaciliśmy Świadczenie w wysokości 1320 zł za Pobyt w Szpitalu (11x1,2% Sumy ubezpieczenia, czyli 11x1,2%x10 000 zł).

Zachęcamy do sprawdzenia definicji Dnia Pobytu w Szpitalu w art. 1. Prosimy też o zwrócenie uwagi na dokumenty niezbędne do wypłaty Świadczenia.

1. Z chwilą zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego prawo do Świadczenia nabywa odpowiednio:

- a) Ubezpieczony – w przypadku Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego,
- b) Współmałżonek – w przypadku Pobytu w Szpitalu Współmałżonka,

- c) Dziecko – w przypadku Pobytu w Szpitalu Dziecka.
2. Świadczeniem z tytułu Pobytu w Szpitalu jest wielokrotność dziennego świadczenia szpitalnego.
3. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego wynosi:
- a) 1,2% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w Dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego za pierwszych 14 dni Pobytu w Szpitalu,
 b) 0,6% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w Dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego za pozostałe dni Pobytu w Szpitalu.
4. Ubezpieczyciel wypłaca Świadczenie za każdy dzień Pobytu w Szpitalu, który, wliczając dzień przyjęcia do Szpitala, trwał nie mniej niż 3 kolejne dni. Maksymalna liczba dni, za które Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w ciągu jednego Roku polisowego, wynosi:
- a) 180 dni w przypadku Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego,
 b) 180 dni w przypadku Pobytu w Szpitalu Współmałżonka,
 c) 360 dni na rzecz Dzieci łącznie w przypadku ich Pobytu w Szpitalu.
5. Wysokość Świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu o długotrwałym charakterze wynosi 5% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu o długotrwałym charakterze jest przyznawane i wypłacane niezależnie od Świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu.
6. W każdym Roku polisowym Ubezpieczonemu i Współmałżonkowi przysługuje jedno Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu o długotrwałym charakterze. W przypadku, gdy Pobyt w Szpitalu o długotrwałym charakterze dotyczy Dziecka lub Dzieci, to Ubezpieczyciel w każdym Roku polisowym wypłaci maksymalnie dwa Świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu o długotrwałym charakterze na rzecz Dzieci łącznie.
7. Przeniesienie do innego Szpitala w wykonaniu zalecenia uprawnionego Lekarza lub Lekarzy lub czasowa nieobecność w Szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia, nie przerywa Pobytu w Szpitalu.
8. Ubezpieczyciel nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego za dni czasowej nieobecności w Szpitalu.
9. Uzgodniona z Lekarzem czasowa nieobecność w Szpitalu nie może trwać dłużej niż 7 dni (wliczając dzień opuszczenia Szpitala) w czasie jednego Pobytu w Szpitalu.
10. W przypadku, gdy Pobyt w Szpitalu trwał co najmniej 30 dni i trwa nadal, uprawniony do Świadczenia może złożyć wniosek o wypłatę świadczenia za co najmniej 30 dni Pobytu w Szpitalu. Po upływie kolejnych 30 dni, pod warunkiem że Pobyt w Szpitalu trwa nadal, uprawniony do Świadczenia może złożyć wniosek o wypłatę świadczenia za kolejnych co najmniej 30 dni Pobytu w Szpitalu.
11. Podstawą do wypłaty Świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi:
- a) wniosku o wypłatę świadczenia wraz z dokumentami, o których mowa w art. 11 ust. 2,
 b) karty informacyjnej leczenia szpitalnego (karty wypisu ze Szpitala); w przypadku przeniesienia do innego Szpitala – kart informacyjnych leczenia szpitalnego ze wszystkich Szpitali,
 c) dokumentacji leczenia ambulatoryjnego i wyników badań.
12. W przypadku śmierci Ubezpieczonego lub Współmałżonka w czasie Pobytu w Szpitalu uprawnionym do Świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu jest Uposażony wyznaczony odpowiednio przez Ubezpieczonego lub Współmałżonka.
13. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Współmałżonek powinien zawiadomić Ubezpieczyciela o Pobycie w Szpitalu w ciągu 30 dni od wyjścia ze Szpitala odpowiednio Ubezpieczonego, Współmałżonka lub Dziecka. Zawiadomienie to może nastąpić poprzez przesłanie Ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia.

Art. 15 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU OPERACJI

Jak obliczane jest Świadczenie z tytułu Operacji?

Wysokość Świadczenia wypłacanego w przypadku Operacji Ubezpieczonego, Współmałżonka lub Dziecka zależy od wysokości Sumy ubezpieczenia oraz kategorii tej Operacji. Wszystkie Operacje objęte ubezpieczeniem oraz ich kategorie zawiera tabela stanowiąca załącznik do Warunków.

Wypłaty z tytułu Operacji są ograniczone limitem – w przypadku wypłat dla Ubezpieczonego albo Współmałżonka jest to 200% Sumy ubezpieczenia dla każdej z tych osób, a w przypadku Dzieci – 400% Sumy ubezpieczenia łącznie dla wszystkich Dzieci. Podobnie jak w przypadku Pobytu w Szpitalu limity te dotyczą jednego Roku polisowego.

Zobaczmy to na przykładzie (Suma ubezpieczenia z tytułu Operacji jest równa 10 000 zł).

Pan Jan Kowalski miał wypadek samochodowy i znalazł się w Szpitalu, gdzie przeszedł Operację nastawienia kości ze stabilizacją wewnętrzną. Wypłaciliśmy Świadczenie w wysokości 5000 zł z tytułu przebytej operacji (50% Sumy ubezpieczenia, czyli 50% x 10 000 zł).

1. Z chwilą zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego prawo do Świadczenia nabywa odpowiednio:
- a) Ubezpieczony – w przypadku Operacji Ubezpieczonego,
 b) Współmałżonek – w przypadku Operacji Współmałżonka,
 c) Dziecko – w przypadku Operacji Dziecka.
2. Świadczeniem ubezpieczeniowym z tytułu Operacji jest odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia, odpowiadający kategorii Operacji według poniższej tabeli:

Kategoria Operacji*	% Sumy ubezpieczenia
1	100
2	75
3	50
4	25
5	10

*Kategoria najwyższa – „1”

Podział Operacji na kategorie zawiera Załącznik nr 1 do Warunków.

3. Jeżeli nie później niż 30. dnia od przeprowadzenia pierwszej Operacji, oznaczonej w Załączniku nr 1 do Warunków określonym kodem, zostanie przeprowadzona kolejna Operacja oznaczona tym samym kodem, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie wyłącznie za jedną z tych Operacji. Jeśli w ciągu jednego dnia Pobytu w Szpitalu zostanie przeprowadzona więcej niż jedna Operacja, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie tylko za jedną Operację należącą do najwyższej kategorii, zgodnie z tabelą zawartą w ust. 2.
4. Suma Świadczeń wypłaconych z tytułu Operacji przeprowadzonych w ciągu tego samego Roku polisowego nie może przekroczyć:
 - a) 200% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w Dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego – na rzecz Ubezpieczonego lub Współmałżonka,
 - b) 400% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w Dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego – na rzecz Dzieci łącznie.
5. Podstawą do wypłaty Świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia wraz z dokumentami, o których mowa w art. 11 ust. 2,
 - b) karty informacyjnej leczenia szpitalnego (karty wypisu ze Szpitala),
 - c) dokumentacji leczenia ambulatoryjnego i wyników badań.
6. W przypadku śmierci Ubezpieczonego lub Współmałżonka w czasie Operacji uprawnionym do Świadczenia z tytułu Operacji jest Uposażony wyznaczony odpowiednio przez Ubezpieczonego lub Współmałżonka.
7. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Współmałżonek powinien zawiadomić Ubezpieczyciela o Operacji w ciągu 30 dni od wyjścia ze Szpitala odpowiednio Ubezpieczonego, Współmałżonka lub Dziecka. Zawiadomienie to może nastąpić poprzez przesłanie Ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia.

Art. 16 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA DOTYCZĄCE WSZYSTKICH ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

Kiedy Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności?

Istnieją okoliczności, w których obejmowanie ubezpieczeniem przerzucałoby konsekwencje ryzykownych decyzji niektórych osób na pozostałych ubezpieczonych. Dlatego z zakresu ubezpieczenia wykluczone są konsekwencje np. poddania się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarza, czynnego udziału w zamieszkach lub spowodowania wypadku pod wpływem alkoholu.

Co to oznacza? Dla większości osób w typowych sytuacjach wyłączenia te nie mają praktycznego znaczenia. Jednak jeśli np. jesteś policjantem albo zawodowo uprawiasz sport i dane zdarzenie będzie miało związek z Twoim zawodem lub ryzykownym sportem, to jego konsekwencje nie są objęte ubezpieczeniem. Jeśli Nieszczęśliwy wypadek nie będzie z tym związany (np. policjant zginie w wypadku samochodowym, nie będąc na służbie), odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie jest wyłączona i Świadczenie zostanie wypłacone.

Zachęcamy do uważnego zapoznania się z listą wyłączeń.

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci Świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe zostało spowodowane lub zaszło w następnym:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) poddania się zabiegom o charakterze medycznym odbywanym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych,
 - f) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności – nie dotyczy zdarzenia ubezpieczeniowego, jakim jest śmierć.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci Świadczenia:
 - a) jeżeli Ubezpieczający nie opłaci składki całkowitej w terminie 30 dni, licząc od dnia następnego po terminie płatności, i zdarzenie ubezpieczeniowe, Nieszczęśliwy wypadek lub Wypadek komunikacyjny, w wyniku którego zajdzie zdarzenie ubezpieczeniowe, nastąpi po upływie ww. terminu,
 - b) w przypadku samobójstwa Ubezpieczonego lub Współmałżonka w okresie dwóch lat od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

Art. 17 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA DOTYCZĄCE ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH POWSTAŁYCH WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU I WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci Świadczenia, jeśli Nieszczęśliwy wypadek lub Wypadek komunikacyjny, w wyniku którego zaszło zdarzenie ubezpieczeniowe, zaszedł bezpośrednio w wyniku wykonywania obowiązków służbowych i dotyczy:
 - a) funkcjonariusza ABW lub BOR, policji, straży miejskiej, służby więziennej, ochroniarza, konwojenta, kaskadera, pracownika platformy wiertniczej, strażaka, elektryka pracującego pod napięciem powyżej 230 V, artysty cyrkowego, tresera zwierząt drapieżnych, nurka,
 - b) osoby pracującej przy wyrębie drzew, w ratownictwie górskim, na wysokościach powyżej 5 metrów, pod ziemią, z materiałami wybuchowymi lub osoby, która w czasie wykonywania obowiązków służbowych ma kontakt z substancjami toksycznymi, radioaktywnymi lub rakotwórczymi.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci Świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego zaszło zdarzenie ubezpieczeniowe, zaszedł bezpośrednio na skutek:
 - a) udziału w ogólnokrajowych lub międzynarodowych zawodach sportowych,
 - b) zawodowego uprawiania sportu.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci Świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek lub Wypadek komunikacyjny był spowodowany lub zaszedł w bezpośrednim następstwie:

- a) pozostawania dobrowolnie pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - b) udziału w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie; przy czym w razie Wypadku komunikacyjnego za udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze uznaje się wyłącznie udział w sportach motorowych,
 - c) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej,
 - d) prowadzenia pojazdu przez osobę, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe, a która nie była do tego uprawniona, lub jeżeli pojazd nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych zgodnie z przepisami prawa polskiego.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci Świadczenia, jeśli Ubezpieczony, Współmałżonek lub Dziecko nie przestrzegali zaleceń Lekarza wydanych w celu usunięcia lub złagodzenia skutków Nieszczęśliwego wypadku.

Art. 18 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA DOTYCZĄCE POBYTU W SZPITALU I OPERACJI

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci Świadczenia:
- a) z tytułu Operacji, której celem była naprawa lub rekonstrukcja więzadeł. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona również w przypadku, gdy naprawa lub rekonstrukcja więzadeł wiąże się z przeprowadzeniem Operacji na ścięgnach, o których mowa w Załączniku nr 1 do Warunków,
 - b) jeżeli Operacja została przeprowadzona lub Pobyt w Szpitalu rozpoczął się po 30. dniu, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci Świadczenia, jeżeli celem lub powodem Pobytu w Szpitalu lub Operacji były:
- a) leczenie lub kontynuacja leczenia następstw Nieszczęśliwych wypadków lub Wypadków komunikacyjnych, które miały miejsce przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela,
 - b) nieskorzystanie z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń Lekarza albo poddanie się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych.

Art. 19 Odstąpienie, Rozwiązanie i Wygaśnięcie Umowy Ubezpieczenia

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni, licząc od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia. Umowa ulega rozwiązaniu z końcem Miesiąca polisowego następującego po Miesiącu polisowym, w którym Ubezpieczycielowi doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczającego o wypowiedzeniu tej umowy, o ile wcześniej nie nastąpi jej rozwiązanie w trybie określonym w ust. 4.
3. W przypadku nieopłacenia pierwszej Składki całkowitej w terminie wskazanym w art. 8 ust. 4 Umowa ubezpieczenia zostanie rozwiązana, jeżeli składka ta nie zostanie zapłacona w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, mimo uprzedniego wezwania Ubezpieczającego do zapłaty ze wskazaniem skutków nieopłacenia Składki całkowitej. W pozostałych przypadkach nieopłacenia Składki całkowitej Umowa ubezpieczenia zostanie rozwiązana, po uprzednim wezwaniu Ubezpieczającego do zapłaty, po upływie 90 dni od dnia, w którym nie została opłacona pierwsza zaległa Składka całkowita.
4. Umowa ubezpieczenia wygasa:
- a) w pakiecie indywidualnym i w pakiecie rodzinnym typu B - z dniem wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego,
 - b) w pakiecie małżeńskim i w pakiecie rodzinnym typu A - z dniem wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego albo Współmałżonka, w zależności od tego, które z tych zdarzeń wystąpi później, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W przypadku gdy Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym, Umowa ubezpieczenia nie wygasa z dniem śmierci Ubezpieczonego, o ile Współmałżonek przejmie obowiązek terminowego opłacania Składki całkowitej przeliczonej zgodnie z postanowieniami art. 8 ust. 6a.

Art. 20 ROZPATRYWANIE SKARG I ZAŻALEŃ

1. Osoba, która złożyła wniosek o ubezpieczenie, Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub osoba uprawniona z Umowy ubezpieczenia mogą złożyć skargę lub zażalenie na czynności lub beczynność Ubezpieczyciela telefonicznie, pisemnie (zgodnie z zasadami przekazywania korespondencji wskazanymi w art. 22) lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela w Warszawie.
2. Na życzenie Ubezpieczyciela skargi lub zażalenia złożone telefonicznie muszą być potwierdzone w formie pisemnej.
3. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na skargę lub zażalenie w tej samej formie, w jakiej były one złożone, albo pisemnie w terminie 30 dni od ich otrzymania.
4. Od rozstrzygnięcia zawartego w pisemnej odpowiedzi udzielonej skarżącemu przysługuje odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela.
5. Od ostatecznego rozstrzygnięcia Ubezpieczyciela dotyczącego skargi lub zażalenia przysługuje skarga do Rzecznika Ubezpieczonych i do organu nadzoru.
6. Sposób składania odwołań dotyczących wypłaty świadczenia został uregulowany w art. 11 ust. 6.
7. W nierozstrzygniętych sprawach spornych przysługuje droga sądowa wskazana w art. 26.

Art. 21 TECHNICZNA STOPA PROCENTOWA

Techniczna stopa procentowa wynosi zero.

Art. 22 PRZEKAZYWANIE KORESPONDENCJI

1. Wszelkie zapytania, zawiadomienia, oświadczenia i wnioski związane z umową ubezpieczenia (korespondencja), za wyjątkiem przekazywanych osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela w Warszawie, adresowane do Ubezpieczyciela, powinny być przesyłane na adres siedziby Ubezpieczyciela w Warszawie, z zastrzeżeniem skarg i zażaleń, o których mowa w art. 20. Korespondencja kierowana do Ubezpieczyciela powinna zawierać numer Umowy ubezpieczenia oraz podpis osoby uprawnionej.
2. Na podstawie wcześniejszego pisemnego upoważnienia wydanego przez Ubezpieczyciela wskazane przez niego rodzaje zapytań, zawiadomień, oświadczeń i wniosków mogą być przekazywane w innej formie niż pisemna.

3. Ubezpieczyciel przesyła korespondencję w formie pisemnej na ostatni adres korespondencyjny podany przez adresata korespondencji. Zawiadomienia i oświadczenia Ubezpieczyciela mogą być również przesyłane drogą elektroniczną na wskazany przez Ubezpieczającego adres e-mail lub numer telefonu komórkowego.

Art. 23 OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

1. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu ubezpieczeń regulują ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych. Szczegółowe przepisy regulujące opodatkowanie tych kwot z tytułu Umowy ubezpieczenia wskazuje się w polisie.
2. Wszelkie opłaty z tytułu zapłaty Składek całkowitych ponosi Ubezpieczający. Wysokość Składek całkowitych uzgodnionych pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem wyraża się w kwotach netto w rozumieniu przepisów od towarów i usług. W przypadku nałożenia innych podatków pośrednich obciążających składkę całkowitą Ubezpieczyciel może powiększyć składkę o ich wartość.
3. Jeżeli postawienie świadczenia do dyspozycji osoby uprawnionej powoduje obowiązek zapłaty podatków lub innych opłat, takie podatki lub opłaty nie obciążają Ubezpieczyciela.

Art. 24 ZMIANA SYSTEMU MONETARNEGO

W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty zobowiązania finansowe wynikające z umowy ubezpieczenia będą odpowiednio zmienione, zgodnie z kursem wymiany złotego ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski.

Art. 25 ZMIANA TREŚCI TABELI LIMITÓW I OPŁAT

1. Tabela limitów i opłat może być z ważnych przyczyn zmieniona uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela.
2. Ważną przyczyną, o której mowa w ust. 1, jest zmiana lub wprowadzenie nowych przepisów prawa, oraz zmiana warunków świadczenia ochrony ubezpieczeniowej, w wyniku wydania:
 - a) wiążących Ubezpieczyciela zaleceń lub decyzji przez organ nadzoru lub przez inny organ administracji publicznej,
 - b) orzeczenia o utracie mocy obowiązującej aktu normatywnego w całości lub w części przez Trybunał Konstytucyjny,
 - c) orzeczenia przez Sąd Najwyższy, Naczelny Sąd Administracyjny, sąd powszechny.
3. Ważną przyczyną, o której mowa w ust. 1, jest również istotna zmiana sytuacji ekonomiczno-gospodarczej, ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji na rynku finansowym w Polsce, w wyniku której wystąpi jedno z następujących zdarzeń:
 - a) wzrost rentowności jednego z typów obligacji Skarbu Państwa Rzeczypospolitej Polskiej notowanych na rynku wtórnym o ponad 950 punktów bazowych w okresie 12 kolejnych miesięcy,
 - b) wzrost stopy referencyjnej (określanej przez bank centralny) waluty będącej prawnym środkiem płatniczym na terenie Rzeczypospolitej Polskiej o ponad 950 punktów bazowych w okresie 12 kolejnych miesięcy,
 - c) spadek indeksu warszawskiej Giełdy Papierów Wartościowych WIG lub WIG20 lub WIG-BANKI o ponad 25% w okresie 12 kolejnych miesięcy.
4. Zmiana wskazana w ust. 1 powyżej następuje poprzez doręczenie Ubezpieczającemu nowego tekstu Tabeli limitów i opłat. Zmiana wchodzi w życie z dniem doręczenia Ubezpieczającemu nowego tekstu Tabeli limitów i opłat, o ile w terminie 14 dni od doręczenia nie złożą on oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia.

Art. 26 PRAWO WŁAŚCIWE. ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. Umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków podlega przepisom prawa polskiego.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia może być wytoczone przed sąd właściwy dla siedziby Ubezpieczyciela albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Współmałżonka, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

Art. 27 WEJŚCIE W ŻYCIE WARUNKÓW

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 76/2011 z dnia 14 października 2011 roku, wchodzi w życie z dniem 14 listopada 2011 roku.

Tomasz Bławat



Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

Lista Operacji objętych zakresem ubezpieczenia

Tkanka mózgowa (A01 – A05)

A01	Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	Kategoria I
A02	Wycięcie zmiany w tkance mózgowej	Kategoria I
A03	Stereotaktyczna abłacja tkanki mózgowej	Kategoria I
A05	Drenaż zmiany w tkance mózgowej	Kategoria II

Komory mózgowe i przestrzeń podpajęczynówkowa (A12 – A22)

A12	Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii)	Kategoria III
A13	Rewizja wentrykulostomii	Kategoria III
A17	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne na komorach mózgowych	Kategoria III
A22	Zabiegi dotyczące przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	Kategoria II

Nerwy czaszkowe (A24 – A31)

A24	Przeszczep nerwów czaszkowych	Kategoria I
A25	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwów czaszkowych	Kategoria I
A28	Pozaczaszkowe wycięcie nerwu czaszkowego	Kategoria II
A29	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu czaszkowego	Kategoria I
A30	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	Kategoria I
A31	Wewnątrzczaszkowe stereotaktyczne uwolnienie nerwu czaszkowego	Kategoria II

Opony mózgowe (A38 – A42)

A38	Wycięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	Kategoria I
A39	Operacja naprawcza opony twardej	Kategoria I
A40	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	Kategoria I
A41	Drenaż przestrzeni podoponowej	Kategoria I
A42	Operacje krwiaka nad- i podoponowego	Kategoria II

Rdzeń kręgowy i inne struktury kanału kręgowego (A44 – A57)

A44	Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	Kategoria I
A57	Operacje na korzeniach nerwów rdzeniowych	Kategoria I

Nerwy obwodowe (A59 – A62)

A59	Wycięcie nerwu obwodowego	Kategoria IV
A60	Zniszczenie nerwu obwodowego	Kategoria IV
A61	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	Kategoria IV
A62	Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	Kategoria III

Inne części układu nerwowego (A75)

A75	Wycięcie nerwu współczulnego (sympatektomia) w odcinku szyjnym	Kategoria III
-----	----------------------------------------------------------------	---------------

Przysadka i szyszynka (B01 – B06)

B01	Wycięcie przysadki	Kategoria I
B02	Zniszczenie przysadki	Kategoria II
B04	Wycięcie zmiany w obrębie przysadki	Kategoria II
B06	Operacje szyszynki	Kategoria I

Tarczycza (B08)

B08	Całkowite lub częściowe wycięcie tarczycy	Kategoria III
-----	-------------------------------------------	---------------

Inne gruczoły wydzielania wewnętrzznego (B22)

B22	Wycięcie nadnercza/nadnerczy	Kategoria III
-----	------------------------------	---------------

Oczodół (C01 – C06)

C01	Usunięcie oka (gałki ocznej) – enukleacja	Kategoria III
C02	Wycięcie zmiany w obrębie oczodołu	Kategoria III
C03	Wszczepienie protezy oka	Kategoria IV
C04	Rewizja protezy oka	Kategoria IV
C05	Plastyczna operacja naprawcza oczodołu	Kategoria III
C06	Nacięcie oczodołu	Kategoria IV

Mięśnie oka (C31 – C34)

C31	Połączone operacje mięśni oka	Kategoria III
C32	Cofnięcie mięśnia oka	Kategoria IV
C33	Wycięcie mięśnia oka	Kategoria IV
C34	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia oka	Kategoria IV

Rogówka (C47 – C49)

C47	Zeszycie rogówki	Kategoria IV
C48	Usunięcie ciała obcego z rogówki	Kategoria V
C49	Nacięcie rogówki	Kategoria IV

Twardówka i tęczówka (C53 – C62)

C53	Wycięcie zmiany w obrębie twardówki	Kategoria IV
C54	Operacje odklejającej się siatkówki z założeniem plomby lub opaski nadtwardówkowej	Kategoria III
C55	Nacięcie twardówki	Kategoria IV
C59	Wycięcie tęczówki	Kategoria IV
C60	Operacje filtrujące tęczówki	Kategoria III
C62	Nacięcie tęczówki	Kategoria IV

Komorą przednią gałki ocznej i soczewka (C66 – C73)

C66	Wycięcie ciała rzęskowego	Kategoria IV
C71	Zewnątrztorebkowe wycięcie soczewki	Kategoria IV
C72	Wewnątrztorebkowe wycięcie soczewki	Kategoria IV
C73	Nacięcie torebki soczewki	Kategoria V

Siatkówka i inne części oka (C79 – C82)

C79	Operacje ciała szklistego	Kategoria III
C81	Odklejenie siatkówki – leczenie fotokoagulacją	Kategoria IV
C82	Zniszczenie zmiany siatkówki	Kategoria IV

Ucho zewnętrzne i przewód słuchowy zewnętrzny (D04)

D04	Drenaż ucha zewnętrznego	Kategoria V
-----	--------------------------	-------------

Wyrostek sutkowaty i ucho środkowe (D10 – D19)

D10	Wypatroszenie komórek powietrznych wyrostka sutkowatego	Kategoria II
D14	Operacje naprawcze błony bębenkowej	Kategoria III
D15	Drenaż ucha środkowego	Kategoria V
D16	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	Kategoria III
D19	Wycięcie zmiany ucha środkowego	Kategoria IV

Nos (E01 – E09)

E01	Amputacja (resekcja) nosa	Kategoria III
E02	Operacje plastyczne nosa	Kategoria III
E03	Operacje przegrody nosa	Kategoria V
E04	Operacje małżowiny nosa	Kategoria V
E05	Chirurgiczne zatrzymanie krwawienia z jamy nosowej	Kategoria IV
E06	Tamponada nosa tylna	Kategoria V
E09	Operacje nosa zewnętrznego	Kategoria V

Zatoki przynosowe (E12 – E17)

E12	Operacje zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	Kategoria IV
E14	Operacje zatoki czołowej	Kategoria IV
E15	Operacje zatoki klinowej	Kategoria IV
E17	Operacje niewyszczególnionej zatoki przynosowej	Kategoria V

Gardło (E19 – E24)

E19	Wycięcie gardła	Kategoria I
E21	Operacje naprawcze gardła	Kategoria III
E24	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe gardła	Kategoria III

Krtień (E29 – E34)

E29	Wycięcie krtani	Kategoria III
E30	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie krtani	Kategoria III
E31	Odtworzenie krtani	Kategoria I
E34	Endoskopowe zabiegi mikroterapeutyczne w obrębie krtani	Kategoria IV

Tchawica i oskrzela (E39 – E48)

E39	Częściowe wycięcie tchawicy	Kategoria I
E40	Operacje plastyczne tchawicy	Kategoria III
E41	Otwarta implantacja protezy tchawicy	Kategoria III
E42	Wyłonienie tchawicy (tracheostomia)	Kategoria IV
E44	Otwarte operacje ostrogi tchawicy	Kategoria III
E46	Częściowe wycięcie oskrzela	Kategoria III

E48	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dolnych dróg oddechowych	Kategoria III	G74	Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomii)	Kategoria III
			G75	Operacyjna rewizja przetoki jelita krętego (ileostomii)	Kategoria III
			G76	Wewnątrzbrzuszne manipulacje na jelicie krętym	Kategoria III
			G79	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita krętego	Kategoria III
Płuca i śródpiersie (E53 – E62)			Okreźnica (H04 – H20)		
E53	Przeszczep płuca	Kategoria I	H04	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	Kategoria I
E54	Wycięcie płuca	Kategoria I	H05	Całkowite wycięcie okrężnicy	Kategoria I
E55	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie płuca	Kategoria I	H06	Wycięcie prawej połowy okrężnicy	Kategoria II
E61	Otwarte operacje śródpiersia	Kategoria IV	H08	Wycięcie poprzeczny	Kategoria II
E62	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w śródpiersiu	Kategoria III	H09	Wycięcie lewej połowy okrężnicy	Kategoria II
			H10	Wycięcie esicy	Kategoria II
Język i podniebienie (F22 – F29)			H12	Operacyjne wycięcie zmiany w obrębie okrężnicy	Kategoria III
F22	Wycięcie języka	Kategoria III	H13	Zespoleenie omijające okrężnicę	Kategoria III
F23	Wycięcie zmiany w obrębie języka	Kategoria V	H14	Wyłonienie kątnicy (cekostomia)	Kategoria III
F24	Nacięcie języka	Kategoria V	H16	Nacięcie okrężnicy	Kategoria III
F28	Wycięcie zmiany w obrębie podniebienia	Kategoria V	H17	Wewnątrzbrzuszne manipulacje na okrężnicy	Kategoria III
F29	Korekcja zniekształcenia podniebienia	Kategoria IV	H18	Otwarte operacje okrężnicy z użyciem endoskopu	Kategoria III
			H20	Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie jelita grubego	Kategoria V
Jama ustna (F38 – F39)			Odbytznica (H33 – H42)		
F38	Wycięcie zmiany w obrębie innych części jamy ustnej	Kategoria V	H33	Wycięcie odbytnicy	Kategoria II
F39	Odtworzenie innej części jamy ustnej	Kategoria IV	H34	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie odbytnicy	Kategoria III
			H40	Przezwieraczowe operacje odbytnicy	Kategoria III
			H42	Operacje z powodu wypadania odbytnicy	Kategoria III
Ślinianki (F44 – F55)			Wątroba (J02 – J10)		
F44	Wycięcie ślinianki	Kategoria IV	J02	Wycięcie płata lub segmentu wątroby	Kategoria I
F45	Wycięcie zmiany w obrębie ślinianki	Kategoria IV	J03	Wycięcie zmiany w obrębie wątroby	Kategoria III
F52	Podwiązanie przewodu ślinianki	Kategoria V	J04	Operacja naprawcza wątroby	Kategoria II
F55	Poszerzenie przewodu ślinianki	Kategoria V	J05	Nacięcie wątroby	Kategoria IV
			J08	Zabiegi terapeutyczne w obrębie wątroby przy użyciu laparoskopu	Kategoria IV
			J10	Zabiegi dotyczące naczyń krwionośnych wątroby	Kategoria IV
Przełyk (G01 – G14)			Pęcherzyk żółciowy (J18 – J24)		
G01	Wycięcie przełyku i żołądka	Kategoria I	J18	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	Kategoria IV
G02	Całkowite wycięcie przełyku	Kategoria I	J24	Przełskórne zabiegi terapeutyczne dotyczące pęcherzyka żółciowego	Kategoria IV
G03	Częściowe wycięcie przełyku	Kategoria III			
G04	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie przełyku	Kategoria III	Przewody żółciowe (J27 – J49)		
G05	Zespoleenie omijające przełyku	Kategoria II	J27	Wycięcie przewodu żółciowego	Kategoria II
G06	Rewizja zespoleenia przełykowego	Kategoria III	J28	Wycięcie zmiany w obrębie przewodu żółciowego	Kategoria III
G07	Operacja naprawcza przełyku	Kategoria I	J29	Zespoleenie przewodu wątrobowego	Kategoria I
G08	Wytworzenie przetoki przełykowej	Kategoria III	J30	Zespoleenie przewodu żółciowego wspólnego	Kategoria III
G11	Otwarta implantacja protezy przełyku	Kategoria III	J31	Otwarta implantacja protezy przewodu żółciowego	Kategoria III
G14	Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie przełyku	Kategoria V	J32	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	Kategoria II
			J33	Nacięcie przewodu żółciowego	Kategoria III
			J40	Endoskopowe wsteczne (tj. od strony dwunastnicy) protezowanie dróg żółciowych	Kategoria IV
			J42	Endoskopowe protezowanie dróg trzustkowych	Kategoria IV
			J46	Przełskórna rewizja zespoleenia dróg żółciowych	Kategoria IV
			J47	Przełskórna implantacja protezy dróg żółciowych	Kategoria IV
			J49	Zabiegi terapeutyczne w obrębie dróg żółciowych z dostępu przez dren T	Kategoria IV
Żołądek z odźwiernikiem oraz endoskopia górnego odcinka przewodu pokarmowego (G27 – G43)			Trzustka (J55 – J66)		
G27	Całkowite wycięcie żołądka	Kategoria I	J55	Całkowite wycięcie trzustki	Kategoria I
G28	Częściowe wycięcie żołądka	Kategoria II	J56	Wycięcie głowy trzustki	Kategoria I
G29	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie żołądka	Kategoria III	J58	Wycięcie zmiany w obrębie trzustki	Kategoria III
G30	Operacje plastyczne żołądka	Kategoria III	J59	Zespoleenie przewodu trzustkowego	Kategoria II
G31	Zespoleenie żołądkowo-dwunastnicze	Kategoria III	J61	Otwarty drenaż zmiany w obrębie trzustki	Kategoria III
G32	Zespoleenie żołądka z przemieszczonym jelitem czczym	Kategoria III	J62	Nacięcie trzustki	Kategoria III
G34	Wytworzenie przetoki żołądkowej (gastrostomii)	Kategoria III	J66	Zabiegi terapeutyczne dotyczące trzustki	Kategoria V
G35	Operacje wrzodu żołądka	Kategoria III			
G40	Nacięcie odźwiernika	Kategoria III	Śledziona (J69)		
G43	Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego	Kategoria V	J69	Całkowite wycięcie śledziony	Kategoria III
Dwunastnica (G49 – G54)			Osierdzie (K67 – K69)		
G49	Wycięcie dwunastnicy	Kategoria III	K67	Wycięcie osierdzia	Kategoria I
G50	Otwarte usunięcie zmiany w obrębie dwunastnicy	Kategoria II	K68	Drenaż osierdzia	Kategoria II
G51	Zespoleenie omijające dwunastnicę	Kategoria III	K69	Przecięcie osierdzia	Kategoria IV
G52	Operacje wrzodu dwunastnicy	Kategoria III			
G54	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dwunastnicy	Kategoria V			
Jelito czcze (G58 – G64)					
G58	Wycięcie jelita czczego	Kategoria III			
G59	Wycięcie zmiany w obrębie jelita czczego	Kategoria III			
G60	Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomii)	Kategoria III			
G61	Zespoleenie omijające jelito czcze	Kategoria III			
G64	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita czczego	Kategoria III			
Jelito kręte (G69 – G79)					
G69	Wycięcie jelita krętego	Kategoria III			
G70	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie jelita krętego	Kategoria III			
G71	Zespoleenie omijające jelito kręte	Kategoria III			
G73	Rewizja zespoleenia jelita krętego	Kategoria III			

Tętnica płucna (L07 – L13)

L07	Wytworzenie połączenia naczyniowego tętnicy płucnej z tętnicą podobojczykową z użyciem protezy naczyniowej	Kategoria I
L10	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	Kategoria I
L13	Zabiegi operacyjne dotyczące tętnicy płucnej wykonywane od strony światła naczynia	Kategoria II

Tętnica główna (aorta) (L16 – L26)

L16	Nieanatomiczne pomostowanie aorty	Kategoria I
L18	Wymiana tętniakowato zmienionego odcinka aorty	Kategoria I
L22	Rewizja protezy aortalnej	Kategoria I
L23	Operacja naprawcza aorty	Kategoria I
L26	Zabiegi operacyjne aorty wykonywane od strony światła aorty	Kategoria II

Tętnica szyjna, tętnice mózgowe, tętnica podobojczykowa (L29 – L39)

L29	Operacja naprawcza tętnicy szyjnej	Kategoria I
L31	Zabiegi operacyjne tętnicy szyjnej wykonywane od strony światła tętnicy szyjnej	Kategoria II
L33	Operacje tętniaka tętnicy mózgowej	Kategoria I
L35	Zabiegi operacyjne tętnicy mózgowej wykonywane od strony światła tętnicy mózgowej	Kategoria II
L37	Odtworzenie tętnicy podobojczykowej	Kategoria I
L39	Zabiegi operacyjne tętnicy podobojczykowej wykonywane od strony światła tętnicy podobojczykowej	Kategoria II

Odgązlenia aorty brzusznej (L41 – L47)

L41	Odtworzenie tętnicy nerkowej	Kategoria I
L43	Zabiegi operacyjne tętnicy nerkowej wykonywane od strony światła tętnicy nerkowej	Kategoria II
L45	Odtworzenie innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	Kategoria I
L47	Zabiegi operacyjne innych gałęzi aorty brzusznej wykonywane od strony światła tych naczyń	Kategoria II

Tętnica biodrowa i tętnica udowa (L48 – L63)

L48	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej wykonywana z nagłych wskazań	Kategoria I
L52	Odtworzenie tętnicy biodrowej	Kategoria I
L54	Zabiegi operacyjne tętnicy biodrowej wykonywane od strony światła tętnicy biodrowej	Kategoria II
L56	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej wykonywana z nagłych wskazań	Kategoria I
L60	Odtworzenie tętnicy udowej	Kategoria I
L63	Zabiegi dotyczące tętnicy udowej wykonywane od strony światła tętnicy udowej	Kategoria III

Inne tętnice (L65 – L71)

L65	Rewizja odtworzonej tętnicy	Kategoria II
L67	Wycięcie innej tętnicy	Kategoria II
L68	Operacja naprawcza innej tętnicy	Kategoria II
L71	Zabiegi terapeutyczne dotyczące innej tętnicy wykonywane od strony światła tej tętnicy	Kategoria IV

Nerki (M02 – M15)

M02	Całkowite wycięcie nerki	Kategoria II
M03	Częściowe wycięcie nerki	Kategoria III
M04	Wycięcie zmiany w nerce	Kategoria III
M05	Operacja naprawcza nerki	Kategoria III
M06	Nacięcie nerki	Kategoria III
M15	Zabiegi terapeutyczne w obrębie nerek z dostępu przez nefrostomię	Kategoria III

Moczowód (M18 – M32)

M18	Wycięcie moczowodu	Kategoria III
M19	Odprowadzenie moczu przez przetokę	Kategoria II
M20	Ponowne wszczępienie moczowodu	Kategoria III
M22	Operacja naprawcza moczowodu	Kategoria III
M23	Nacięcie moczowodu	Kategoria III
M26	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą nefroskopii	Kategoria III
M27	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą ureteroskopii	Kategoria IV
M32	Operacje ujścia moczowodu	Kategoria IV

Pęcherz moczowy (M34 – M42)

M34	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	Kategoria I
M35	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	Kategoria III
M38	Otwarty drenaż pęcherza moczowego	Kategoria IV
M42	Wycięcie zmiany pęcherza moczowego metodą endoskopową	Kategoria III

Operacje dotyczące odpływu z pęcherza moczowego.

Gruczoł krokowy (prostate) (M56 – M65)

M56	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne ujścia pęcherza moczowego u kobiet	Kategoria IV
M61	Wycięcie gruczołu krokowego	Kategoria III
M65	Endoskopowa resekcja ujścia pęcherza moczowego u mężczyzn	Kategoria III

Cewka moczowa i inne części układu moczowego (M72 – M81)

M72	Wycięcie cewki moczowej	Kategoria III
M73	Operacja naprawcza cewki moczowej	Kategoria III
M76	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące cewki moczowej	Kategoria IV
M81	Operacje ujścia cewki moczowej	Kategoria V

Moszna i jądra (N01 – N11)

N01	Wycięcie moszny	Kategoria IV
N05	Obustronne wycięcie jąder	Kategoria III
N07	Wycięcie zmiany w obrębie jądra	Kategoria IV
N08	Obustronna implantacja jąder do moszny	Kategoria III
N10	Proteza jądra	Kategoria IV
N11	Operacja wodniaka jądra	Kategoria IV

Powróżek nasienny i krocze (mężczyźni) (N15 – N24)

N15	Operacje najądrza	Kategoria IV
N17	Wycięcie nasieniowodu	Kategoria V
N18	Operacja naprawcza powróżka nasiennego	Kategoria II
N22	Operacje pęcherzyków nasiennych	Kategoria III
N24	Operacje krocza u mężczyzn	Kategoria V

Prącie i inne męskie narządy płciowe (N26 – N30)

N26	Amputacja prącia	Kategoria III
N27	Wycięcie zmiany w obrębie prącia	Kategoria IV
N28	Operacja plastyczna prącia	Kategoria IV
N29	Proteza prącia	Kategoria V
N30	Operacje napletka	Kategoria V

Srom i krocze kobiece (P01 – P11)

P01	Operacje lechtaczki	Kategoria V
P05	Wycięcie sromu	Kategoria III
P06	Wycięcie zmiany w obrębie sromu	Kategoria V
P07	Operacja naprawcza sromu	Kategoria V
P11	Wycięcie zmiany w obrębie krocza u kobiet	Kategoria V

Pochwa (P14 – P31)

P14	Nacięcie kanału pochwy	Kategoria V
P17	Wycięcie pochwy	Kategoria V
P20	Wycięcie zmiany w obrębie pochwy	Kategoria IV
P21	Operacja plastyczna pochwy	Kategoria V
P22	Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy	Kategoria IV
P24	Operacja naprawcza sklepienia pochwy	Kategoria V
P31	Operacje zatoki Douglasa	Kategoria V

Macica (Q01 – Q17)

Q01	Amputacja szyjki macicy	Kategoria IV
Q07	Wycięcie macicy	Kategoria III
Q17	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne macicy	Kategoria III

Jajowód (Q22 – Q32)

Q22	Obustronne wycięcie przydatków macicy	Kategoria III
Q23	Jednostronne wycięcie przydatków macicy	Kategoria IV
Q25	Częściowe wycięcie jajowodu	Kategoria V
Q31	Nacięcie jajowodu	Kategoria III
Q32	Operacje strzępków jajowodu	Kategoria V

Jajnik (Q43 – Q45)

Q43	Częściowe wycięcie jajnika	Kategoria V
Q44	Zniszczenie zmiany w obrębie jajnika	Kategoria III
Q45	Operacja naprawcza jajnika	Kategoria V

Ściana klatki piersiowej, opłucna i przepona (T01 – T15)

T01	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	Kategoria II
T02	Odtworzenie ściany klatki piersiowej	Kategoria II
T07	Otwarte wycięcie opłucnej	Kategoria II
T08	Drenaż opłucnej	Kategoria III
T10	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej	Kategoria IV
T12	Nakłucie opłucnej	Kategoria V
T13	Wprowadzenie substancji do opłucnej	Kategoria V
T15	Operacja naprawcza pęknięcia przepony	Kategoria I

Ściana brzucha (T20 – T30)

T20	Pierwotna operacja przepukliny pachwinowej	Kategoria IV
T21	Operacja nawrotowej przepukliny pachwinowej	Kategoria III
T22	Pierwotna operacja przepukliny udowej	Kategoria III
T23	Operacja nawrotowej przepukliny udowej	Kategoria III
T24	Operacja przepukliny pępkowej	Kategoria IV
T25	Pierwotna operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	Kategoria IV
T26	Operacja nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	Kategoria III
T27	Operacja innej przepukliny ściany brzucha	Kategoria IV
T29	Operacje pępka	Kategoria III
T30	Diagnostyczne otwarcie jamy brzusznej	Kategoria IV

Otrzewna (T33 – T42)

T33	Wycięcie zmiany otrzewnej	Kategoria IV
T34	Drenaż otrzewnej	Kategoria IV
T36	Operacje sieci większej	Kategoria III
T37	Operacje krezki jelita cienkiego	Kategoria III
T38	Operacje krezki okrężnicy	Kategoria III
T39	Operacje dotyczące otrzewnej ściennej tylnej ściany brzucha	Kategoria IV
T42	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne otrzewnej	Kategoria IV

Powięź, pochewka ścięgna i kaletka (T50 – T62)

T50	Przeszczep powięzi	Kategoria V
T51	Wycięcie powięzi brzucha	Kategoria V
T52	Wycięcie innej powięzi	Kategoria IV
T53	Wycięcie zmiany w obrębie powięzi	Kategoria V
T54	Rozdzielenie powięzi	Kategoria V
T55	Uwolnienie powięzi	Kategoria V
T59	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	Kategoria IV
T62	Operacja kaletki	Kategoria IV

Ścięgna (T65 – T71)

T65	Wycięcie ścięgna	Kategoria IV
T67	Operacja naprawcza ścięgna	Kategoria IV
T69	Uwolnienie ścięgna	Kategoria IV
T70	Zmiana długości ścięgna	Kategoria V
T71	Wycięcie pochewki ścięgna	Kategoria IV

Mięśnie (T76 – T80)

T76	Przeszczep mięśni	Kategoria I
T77	Wycięcie mięśnia	Kategoria V
T79	Operacja naprawcza mięśnia	Kategoria III
T80	Uwolnienie przykurczu mięśnia	Kategoria IV

Kości i stawy czaszki i twarzy (V01 – V20)

V01	Plastyka czaszki	Kategoria II
V03	Otwarcie czaszki	Kategoria I
V07	Wycięcie kości twarzy	Kategoria IV
V08	Nastawienie złamania szczęki	Kategoria IV
V09	Nastawienie złamania innej kości twarzy	Kategoria III
V10	Rozdzielenie kości twarzy	Kategoria III
V11	Stabilizacja kości twarzy	Kategoria IV
V14	Wycięcie żuchwy	Kategoria III
V15	Nastawienie złamania żuchwy	Kategoria IV
V16	Rozdzielenie żuchwy	Kategoria IV
V17	Stabilizacja żuchwy	Kategoria IV
V20	Plastyka stawu skroniowo-żuchwowego	Kategoria III

Kości i stawy kręgosłupa (V22 – V46)

V22	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	Kategoria I
V23	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	Kategoria II

V24	Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym	Kategoria I
V25	Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	Kategoria I
V26	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	Kategoria I
V27	Odbarczenie rdzenia kręgowego w nieokreślonym odcinku	Kategoria II
V29	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	Kategoria I
V30	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	Kategoria I
V31	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	Kategoria II
V32	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	Kategoria I
V33	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	Kategoria III
V34	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	Kategoria I
V37	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w odcinku szyjnym	Kategoria I
V38	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w innym odcinku	Kategoria II
V39	Rewizja zespolenia kręgów (artrodezy)	Kategoria II
V41	Korekcja zniekształcenia kręgosłupa przy użyciu urządzeń mechanicznych	Kategoria I
V43	Wycięcie zmiany kręgosłupa	Kategoria II
V44	Odbarczenie złamania kręgosłupa	Kategoria II
V46	Stabilizacja złamania kręgosłupa	Kategoria II

Operacje odtwórcze ręki i stopy (W01 – W04)

W01	Całkowita rekonstrukcja kciuka	Kategoria III
W03	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	Kategoria III
W04	Całkowita rekonstrukcja tylostopia	Kategoria III

Kości (W05 – W35)

W05	Wszczepienie protezy kości, przeszczep kości	Kategoria III
W06	Całkowite wycięcie kości	Kategoria IV
W09	Wycięcie zmiany w obrębie kości	Kategoria III
W10	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	Kategoria III
W12	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	Kategoria III
W14	Rozdzielenie trzonu kości	Kategoria III
W15	Rozdzielenie kości stopy	Kategoria IV
W18	Drenaż kości	Kategoria IV
W19	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzną)	Kategoria III
W20	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	Kategoria III
W21	Pierwotne nastawienie śródstawowego złamania kości	Kategoria III
W23	Wtórne otwarte nastawienie złamania kości	Kategoria III
W24	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzną)	Kategoria III
W25	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	Kategoria III
W27	Stabilizacja oddzielonej nasady kości	Kategoria IV
W29	Wyciąg szkieletowy kości	Kategoria V
W35	Terapeutyczne nakłucie kości	Kategoria V

Operacje dotyczące wielu układów (X01 – X14)

X01	Replantacja kończyny górnej	Kategoria III
X02	Replantacja kończyny dolnej	Kategoria III
X03	Replantacja innego organu	Kategoria III
X05	Wszczepienie protezy kończyny	Kategoria I
X07	Amputacja w zakresie ramienia	Kategoria III
X08	Amputacja ręki	Kategoria IV
X09	Amputacja nogi	Kategoria III
X10	Amputacja stopy	Kategoria IV
X11	Amputacja palucha	Kategoria IV
X12	Operacje w zakresie kikuta po amputacji	Kategoria IV
X14	Amputacja brzuszno-miedniczna	Kategoria II

TABELA LIMITÓW I OPŁAT NR TLiO/21/2010

Tabela, zatwierdzona przez Zarząd Towarzystwa uchwałą nr 8/2010 z dnia 19 marca 2010 r., wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2010 r.

Terminy użyte w Tabeli należy rozumieć zgodnie z zapisami ogólnych warunków ubezpieczenia.

FMI3 – Terminowe ubezpieczenie na życie **ING Smart +**

W jaki sposób czytać poniższą tabelę?

Poniższe zestawienie przedstawia zdarzenia, których wystąpienie wiąże się z wypłatą określonej kwoty z polisy. Wysokość wypłaty zależy od wariantu ubezpieczenia wybranego przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

Ochroną ubezpieczeniową mogą być objęci Ubezpieczony, Współmałżonek lub Dziecko, w zależności od wybranego pakietu: indywidualnego, małżeńskiego albo rodzinnego.

WARIANTY

Zdarzenia ubezpieczeniowe		Sumy ubezpieczenia	
		Wariant 1	Wariant 2
Ubezpieczony	Śmierć	5 000 zł	8 000 zł
	Śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku	20 000 zł	40 000 zł
	Śmierć wskutek Wypadku komunikacyjnego	50 000 zł	100 000 zł
	Trwałe inwalidztwo spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem	20 000 zł	40 000 zł
	Pobyt w Szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem	10 000 zł	10 000 zł
	Operacja spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem	10 000 zł	10 000 zł
Współmałżonek	Śmierć	5 000 zł	8 000 zł
	Śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku	20 000 zł	40 000 zł
	Śmierć wskutek Wypadku komunikacyjnego	50 000 zł	100 000 zł
	Trwałe inwalidztwo spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem	20 000 zł	40 000 zł
	Pobyt w Szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem	10 000 zł	10 000 zł
	Operacja spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem	10 000 zł	10 000 zł
Dziecko	Trwałe inwalidztwo spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem	20 000 zł	40 000 zł
	Pobyt w Szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem	10 000 zł	10 000 zł
	Operacja spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem	10 000 zł	10 000 zł

RODZAJE ZNIŻEK

1. Poniżej wskazujemy wysokości zniżek, które obowiązują dla pakietu małżeńskiego oraz pakietu rodzinnego typu A.

Pakiet małżeński/ Pakiet rodzinny typu A	Wariant 1	Wariant 2
Wysokość zniżki dla Składki całkowitej płatnej miesięcznie	10 zł	15 zł

2. Zniżka za częstotliwość opłacania Składki całkowitej:

W zależności od wybranej częstotliwości opłacania Składki całkowitej naliczane są zniżki:

- płatność roczna: zniżka 5% wartości Składki całkowitej (z uwzględnieniem zniżki za pakiet)
- płatność półroczna: zniżka 2,25% wartości Składki całkowitej (z uwzględnieniem zniżki za pakiet)
- płatność kwartalna: zniżka 1% wartości Składki całkowitej (z uwzględnieniem zniżki za pakiet)

SKŁADKA CAŁKOWITA PŁATNA MIESIĘCZNIE

Składka całkowita dla pakietu indywidualnego

		Wiek Ubezpieczonego		
		51-60	61-65	66-70
wariant 1	51-60	54 zł	70 zł	87 zł
	61-65			
wariant 2	51-60	78 zł	96 zł	128 zł
	61-65			

Składka całkowita dla pakietu rodzinnego typu B

		Wiek Ubezpieczonego		
		51-60	61-65	66-70
wariant 1	51-60	67 zł	83 zł	100 zł
	61-65			
wariant 2	51-60	93 zł	111 zł	143 zł
	61-65			

Składka całkowita uwzględnia składkę za ochronę Dzieci.

Składka całkowita dla pakietu małżeńskiego – wariant 1

		Wiek Współmałzonka		
Wiek Ubezpieczonego	wariant 1	51-60	61-65	66-70
		51-60	98 zł	114 zł
	61-65	114 zł	130 zł	147 zł
	66-70	131 zł	147 zł	164 zł
	66-70			

Składka całkowita uwzględnia zniżkę wynikającą z wybranego pakietu.

Składka całkowita dla pakietu małżeńskiego – wariant 2

		Wiek Współmałzonka		
Wiek Ubezpieczonego	wariant 2	51-60	61-65	66-70
		51-60	141 zł	159 zł
	61-65	159 zł	177 zł	209 zł
	66-70	191 zł	209 zł	241 zł
	66-70			

Składka całkowita uwzględnia zniżkę wynikającą z wybranego pakietu.

Składka całkowita dla pakietu rodzinnego typu A – wariant 1

		Wiek Współmałżonka		
Wiek Ubezpieczonego	wariant 1	51-60	61-65	66-70
	51-60	111 zł	127 zł	144 zł
	61-65	127 zł	143 zł	160 zł
	66-70	144 zł	160 zł	177 zł

Składka całkowita uwzględnia zniżkę wynikającą z wybranego pakietu oraz składkę za ochronę Dzieci.

Składka całkowita dla pakietu rodzinnego typu A – wariant 2

		Wiek Współmałżonka		
Wiek Ubezpieczonego	wariant 2	51-60	61-65	66-70
	51-60	156 zł	174 zł	206 zł
	61-65	174 zł	192 zł	224 zł
	66-70	206 zł	224 zł	256 zł

Składka całkowita uwzględnia zniżkę wynikającą z wybranego pakietu oraz składkę za ochronę Dzieci.

Składka za ochronę Dzieci

Składka za ochronę Dzieci w wariantcie 1 wynosi 13 zł, a w wariantcie 2-15 zł.

Przykład (sprawdź, jak obliczyć składkę):

Jan Kowalski ma 67 lat, jego żona Joanna Kowalska 62 lata. Wybrali ubezpieczenie w pakiecie małżeńskim, w wariantcie 2. Korzystając z powyższej tabeli odnaleźli miejsce, w którym przecinają się wartości dla wieku Ubezpieczonego oraz wieku Współmałżonka. Ich składka wyniosła 209 zł (patrz poniższy przykład).

Składka całkowita dla pakietu małżeńskiego – wariant 2

		Wiek Współmałżonka		
Wiek Ubezpieczonego	wariant 2	51-60	61-65	66-70
	51-60	141 zł	159 zł	191 zł
	61-65	159 zł	177 zł	209 zł
	66-70	191 zł	209 zł	241 zł

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 gwarantowanych przez AGA International SA Oddział w Polsce. AGA International SA Oddział w Polsce jest częścią grupy Mondial Assistance.
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 Terminowego ubezpieczenia na życie, oznaczonej kodem FMI3.
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 AGA International SA Oddział w Polsce w celach związanych 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 AGA International SA Oddział 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 – AGA International SA Oddział 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 – AGA International SA Oddział 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. Topiel 12, Warszawa
 - b) AGA International SA, Oddział w Polsce, ul. Domaniewska 50B, Warszawa.
18. Każdy uczestnik ma prawo wglądu do przetwarzanych danych osobowych oraz ich poprawiania.

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 AGA International SA Oddział 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. 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, umożliwiającą 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) utrata 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 prowadzą-

- cego 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 liczoną od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) **pomoc psychologa po utracie pracy** – Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu 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 opiekuńki** – 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) pozostawiania 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 zwalniało będzie 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 Zarządu Mondial Assistance Sp. z o.o., ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa, fax.: 22 522 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 AGA International SA 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
Zastępca Dyrektora Oddziału

Program Assistance

– bezpłatna pomoc dla Ciebie i Twojej rodziny

W ramach „ING Smart+” Tobie i Twoim bliskim przysługuje bezpłatna usługa Assistance.

Z Assistance możesz korzystać w dwóch przypadkach:

- w razie nieszczęśliwego wypadku,
- w razie nagłej choroby zagrażającej życiu lub zdrowiu.

W ramach pomocy Assistance otrzymasz bezpłatnie m.in.:

- wizytę lekarza po nagłym zachorowaniu,
- dostarczenie leków,
- transport medyczny,
- organizację procesu rehabilitacyjnego oraz pokrycie kosztów wizyt.

W razie potrzeby – zadzwoń!

22 522 29 65

- Telefon jest czynny przez całą dobę.
- Wystarczy, że podasz imię i nazwisko oraz PESEL ubezpieczonego.



Zakres świadczeń Assistance został przygotowany specjalnie dla naszych Klientów.

Ochrona ubezpieczeniowa w ramach Programu Assistance jest udzielana przez AGA International S.A. Oddział w Polsce. Świadczenia Assistance są realizowane przez Centrum Operacyjne Mondial Assistance Sp. z o.o. (przedstawiciel AGA International S.A. Oddział w Polsce), które specjalizuje się w udzielaniu pomocy w trudnych sytuacjach.

Zakres ochrony jest ograniczony do limitów kwotowych i sytuacji wskazanych w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia Assistance.

DLACZEGO WARTO MIEĆ POLISĘ W ING ŻYCIU?

- Jesteśmy częścią grupy ING, która obsługuje 85 mln Klientów na całym świecie.
- W Polsce działamy ponad 15 lat.
- Jesteśmy w czołówce ubezpieczycieli w naszym kraju.
- Już ponad pół miliona Polaków ubezpieczyło u nas swoje życie.
- Produkty ubezpieczeniowe ING Życie zabezpieczają przyszłość finansową naszych Klientów oraz ich bliskich.

Skontaktuj się ze swoim Przedstawicielem.

