

## OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ASSISTANCE dla uczestników Programu Assistance organizowanego przez ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

### POSTANOWIENIA OGÓLNE

#### § 1

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

### DEFINICJE

#### § 2

Określenia użyte w niniejszych OWU oznaczają:

- 1) **Centrum Operacyjne** – Mondial Assistance Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, przy ulicy Domaniewskiej 50B – podwykonawca Ubezpieczyciela realizujący świadczenia assistance wynikające z OWU;
  - 2) **Choroba przewlekła** – zdiagnozowany przed objęciem ochroną ubezpieczeniową stan chorobowy, charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem; choroba stała 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, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 22. roku życia;
  - 6) **Lekarz uprawniony** – lekarz konsultant Centrum Operacyjnego;
  - 7) **Nagle zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu Ubezpieczonego, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej;
  - 8) **Nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli, nagłe i gwałtowne zdarzenie, wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela i spowodowało u Ubezpieczonego fizyczne obrażenia ciała;
  - 9) **Placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny, które działają na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w ramach systemu opieki zdrowotnej, na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
  - 10) **Okres ubezpieczenia** – okres, w którym Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej na zasadach opisanych w OWU, rozpoczynający się w stosunku do danego Ubezpieczonego w następnym dniu po zgłoszeniu do ubezpieczenia. Pierwszy okres ubezpieczenia trwa 12 (dwanaście) kolejno następujących po sobie miesięcy kalendarzowych. Jest on automatycznie, bez konieczności ponownego zgłoszenia do ubezpieczenia, przedłużany o kolejne 12 miesięcy kalendarzowych, do dnia zgłoszenia przez ING Życie odstąpienia Ubezpieczonego od ubezpieczenia;
  - 11) **Pracodawca** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawarła z Ubezpieczonym umowę o pracę;
  - 12) **Sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie;
  - 13) **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 interwencji pogotowia ratunkowego;
  - 14) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, która przystąpiła do Programu Assistance i została zgłoszona do ubezpieczenia przez ING Życie;
  - 15) **Umowa ubezpieczenia** – umowa grupowego ubezpieczenia na rzecz osób trzecich zawarta pomiędzy ING Życie a Ubezpieczycielem;
  - 16) **Program Assistance** – program organizowany przez Ubezpieczającego, polegający na umożliwieniu przystąpienia do Umowy ubezpieczenia;
  - 17) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Ubezpieczyciela na podstawie Umowy ubezpieczenia polegające na:
    - a) wystąpieniu u Ubezpieczonego nagłego zachorowania zdefiniowanego w pkt 7);
    - b) doznaniu przez Ubezpieczonego obrażeń ciała, będących następstwem nieszczęśliwego wypadku zdefiniowanego w pkt 8);
    - c) utracie pracy przez Ubezpieczonego, tj. otrzymaniu oświadczenia o wypowiedzeniu przez Pracodawcę umowy o pracę, z przyczyn leżących po stronie Pracodawcy (w szczególności: ekonomicznych, produkcyjnych, zmian organizacyjnych albo technologicznych, upadłości czy likwidacji zakładu pracy, zwolnień grupowych).
3. Zakres ubezpieczenia w ramach umowy ubezpieczenia obejmuje:
    - 1) świadczenia polegające na udzieleniu pomocy Ubezpieczonemu w razie wystąpienia następującego zdarzenia ubezpieczeniowego:
      - a) nagłego zachorowania Ubezpieczonego; definicja w § 2 pkt 7);
      - b) doznania przez Ubezpieczonego obrażeń ciała, będących następstwem nieszczęśliwego wypadku zdefiniowanego w § 2 pkt 8);
      - c) utraty pracy przez Ubezpieczonego, tj. otrzymania oświadczenia o wypowiedzeniu przez Pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym, z przyczyn leżących po stronie 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, 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 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 przebywał 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, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia; gdy Ubezpieczony skierowany jest 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 przepisanych przez lekarza** – w sytuacji gdy Ubezpieczony w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, według zwolnienia lekarskiego, wystawionego zgodnie z przepisami prawa, wymaga leżenia. Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca pobytu Ubezpieczonego. Ubezpieczyciel pokrywa koszty do łącznej kwoty 300 złotych, w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
    - 5) **organizacja procesu rehabilitacyjnego oraz pokrycie kosztów wizyt** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymaga 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 do łącznej kwoty 700 złotych do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
    - 6) **organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinien 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 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 organizację i pokrycie kosztów poniższej usługi:
    - 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. Świadczenie jest organizowane, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego, maksymalnie do 4 razy w ciągu roku w odniesieniu do Ubezpieczonego.
  6. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3 pkt 1) ppkt b) Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu organizację i pokrycie kosztów poniższych usług:
    - 1) **wizyta pielęgniarki** – zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego;
    - 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.
  7. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3 pkt 1) ppkt c) Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu dostęp oraz organizację i pokrycie kosztów poniższych usług:
    - 1) **pakiet informacyjny** – Ubezpieczyciel w terminie do 14 dni od chwili dostarczenia przez Ubezpieczonego kopii oświadczenia o wypowiedzeniu przez Pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym, z przyczyn dotyczących Pracodawcy, wysyła do Ubezpieczonego drogą elektroniczną zestaw materiałów informacyjnych zawierający instrukcje dotyczące pisania:

### PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA I ZAKRES UBEZPIECZENIA

#### § 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego 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.

- a) CV oraz wzór życiorysu (Curriculum Vitae – CV);  
 b) listu motywacyjnego (jego prawidłowy zakres, treść oraz sposób przygotowania) oraz wzór listu motywacyjnego;  
 c) biznes planu tworzonoego przy zakładaniu działalności gospodarczej oraz wzór biznes planu.
- 2) **informacja telefoniczna** – Ubezpieczony ma możliwość skorzystania z całodobowej, telefonicznej informacji o:  
 a) tym kiedy i w jakiej wysokości przysługują odprawy pieniężne pracownikom zwalnianym z przyczyn leżących po stronie Pracodawcy;  
 b) tym komu, kiedy i w jakiej wysokości przysługują świadczenia przedemerytalne;  
 c) prawach i obowiązkach bezrobotnych;  
 d) rejestracji w urzędzie pracy;  
 e) tym komu i kiedy przysługuje prawo do zasiłku dla bezrobotnych;  
 f) sposobie ustalania wysokości zasiłku dla bezrobotnych;  
 g) innych formach pomocy udzielanej osobom bezrobotnym;  
 h) danych teleadresowych biur pośrednictwa pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;  
 i) danych teleadresowych biur pośrednictwa pracy, oferujących pracę poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej;  
 j) dokumentach i procedurach, koniecznych do rozpoczęcia i rejestracji działalności gospodarczej;
- 3) **aktywne poszukiwanie pracy** – Ubezpieczyciel w terminie do 14 dni od chwili otrzymania od Ubezpieczonego 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, bazując na ocenie przesłanego CV oraz listu motywacyjnego. Z chwilą znalezienia oferty pracy, biura pośrednictwa lub Ubezpieczyciel niezwłocznie przesyłają ofertę Ubezpieczonemu. Ubezpieczyciel zobowiązuje się do przekazywania informacji między biurem pośrednictwa a Ubezpieczonym, przez okres 6 miesięcy, liczony od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 4) **pomoc psychologa po utracie pracy** – Ubezpieczyciel zapewni Ubezpieczonemu organizację i pokrycie kosztów konsultacji z psychologiem do wysokości 500 zł. Termin i miejsce wizyty uzgadnia Ubezpieczyciel z Ubezpieczonym. Ubezpieczyciel na wniosek Ubezpieczonego świadczy poprzez Centrum Operacyjne usługi informacyjne, dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego, przez okres 6 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 leżących po stronie Pracodawcy z zachowaniem postanowień § 3.
8. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3 pkt 2) Ubezpieczyciel gwarantuje Dzieciom:  
 1) **organizację prywatnych lekcji** – jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, Dziecko będzie musiało przebywać w domu powyżej 10 dni, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrycie kosztów prywatnych lekcji w miejscu zamieszkania Dziecka do łącznej kwoty 500 zł, w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;  
 2) **organizację opieki** – jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, Dziecko będzie musiało przebywać w domu powyżej 10 dni, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrycie kosztów opieki nad dzieckiem w miejscu zamieszkania Dziecka do łącznej kwoty 500 zł, w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
9. O celowości organizacji świadczeń i pokrycia kosztów, o których mowa w ust. 4, 5, 6, 7, 8, decyduje Lekarz uprawniony.
10. Usługi wymienione w ust. 4, 5, 6, 7, 8 świadczone są do łącznej kwoty 2000 złotych, w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem iż limity kwotowe, o których mowa w ust. 4 pkt 4 i 6, ust. 7 pkt 4 oraz ust. 8, zawierają się w tej sumie. 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 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:  
 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, także o tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych;  
 6) informacje o dietach, zdrowym żywieniu;  
 7) dostęp do infolinii medycznej, polegającej na telefonicznej rozmowie z Lekarzem uprawnionym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz możliwości, udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji, co do dalszego postępowania.
13. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3 pkt 4) Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu 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 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, nawykach żywieniowych, błędach żywieniowych, pomocy 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 zagranicą.
15. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3 pkt 6) Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu dostęp do informacji o:  
 1) imprezach muzycznych, koncertach, seansach filmowych, imprezach teatralnych, imprezach plenerowych, wystawach i innych wydarzeniach 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.
17. Centrum Operacyjne zorganizuje świadczenia, o których mowa w ust. 4, 5, 6, 7, 8, w czasie nieprzekraczającym 2 dni roboczych od momentu przyjęcia zgłoszenia, po dokonaniu pozytywnej weryfikacji ochrony ubezpieczeniowej oraz otrzymaniu od Ubezpieczonego niezbędnych dokumentów, faktur, recept, jeśli organizacja świadczenia tego wymaga.

#### WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

#### § 4

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową, będących wynikiem:  
 a) zdarzeń i następstw zdarzeń, które miały miejsce poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;  
 b) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Ponadto Ubezpieczyciel nie zwraca:  
 1) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum Operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności;  
 2) kosztów zakupu leków (odpowiedzialnością nieobjęte są braki w asortymencie leków w aptekach);  
 3) kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego (odpowiedzialnością nieobjęte są braki w asortymencie);  
 4) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:  
 a) leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii zorganizowanej zarówno bez uzgodnienia, 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 Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nieprzepisanych 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. Kodeksu karnego;  
 f) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizmu, baloniarstwa, lotniarstwa, lotnictwa, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoków na gumowej linie, spadochroniarstwa, speleologii, sportów motorowodnych, szymbownictwa, wyścigów samochodowych i motocyklowych;  
 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 Ubezpieczonego 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.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia lub brak możliwości wykonania świadczeń, jeśli spowodowane są one czynnikami niezależnymi od Ubezpieczyciela, to jest: strajkami, niepokojami społecznymi, zamieszkami, aktami terroryzmu, sabotażu, wojną (również domową), skutkami promieniowania radioaktywnego, siłą wyższą, szczególnie okolicznościami, a także ograniczeniami w poruszaniu się (wprowadzonymi decyzją władz administracyjnych).
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia powstałe osób niezgłoszonych do Programu Assistance przez ING Życie.

**ROSZCZENIE I REALIZACJA ŚWIADCZENIA****§ 5**

1. W razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony jest zobowiązany niezwłocznie zgłosić się telefonicznie pod numer telefonu w Warszawie: 0 22 563 11 90 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 niezbędne 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.

**OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO****§ 6**

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 współzycia społecznego bądź względem słuszności.

**POSTANOWIENIA KOŃCOWE****§ 7**

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 zobowiązany 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 usługi odpowiadające świadczeniom assistance określonym w niniejszych OWU, co będzie zwalniało Ubezpieczonego z obowiązku zapłaty za usługi świadczone przez te Placówki Medyczne.
2. Warunkiem wypłaty odszkodowania jest zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 2 pkt 17.

**§ 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 nieuregulowanych 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 ING Życie albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania Ubezpieczonego.

5. Skargi lub zażalenia związane z wykonywaniem Umowy, Ubezpieczony może zgłaszać pisemnie do Mondial Assistance Sp. z o.o., ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa, fax.: 0 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 S.A. Oddział w Polsce, nr Uchwały U/011/2011, z dnia 29 marca 2011 r. i wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2011 r.



Tomasz Frączek  
Dyrektor Oddziału



Agnieszka Walczak-Kuc  
Z-ca Dyrektora Oddziału