

UBEZPIECZENIE PODMIOTU LECZNICZEGO

polisa seria POD numer 438945695



Szanowny Kliencie, dziękujemy za zaufanie, jakim obdarzyłeś naszą firmę. Dokument, który otrzymałeś, jest potwierdzeniem zawarcia umowy ubezpieczenia przygotowanej w oparciu o analizę wymagań i potrzeb Klienta, o której mowa w art. 8 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń. Zakres i przedmiot wskazany w niniejszym dokumencie obejmuje wszystkie wymagania i potrzeby Klienta wynikające z analizy, która została przeprowadzona w oparciu o rozmowę dystrybutora ubezpieczeń z Klientem.

UBEZPIECZAJĄCY/UBEZPIECZONY

Nazwa:	INSTYTUT METABOLICZNY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
NIP:	5214045422
REGON:	526977992
Adres:	UL. PUŁAWSKA 136 02-624 WARSZAWA
Adres e-mail:	pawel.owczarski@gmail.com
Telefon kontaktowy:	500161400

CENTRUM KLIENTA INTER

🌐 interpolska.pl/kontakt
☎ 801 803 000

CENTRUM ASYSTY PRAWNEJ

✉ interpolska@opiekaprawna.pl
☎ 22 333 77 00

TWÓJ AGENT:

GART DORADZTWO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
☎ 604589960

TWÓJ OPIEKUN:

GRAŻYNA BERDYGA
☎ 604589960

Nr wpisu do RPWDL:	000000278195
--------------------	--------------

WARUNKI UMOWY

Okres ubezpieczenia:	od 01.08.2026 r. do 31.07.2027 r.
Łączna kwota składki:	3 719,00 zł
Płatność:	jednorazowo, zapłacono przelewem
Kwota i termin płatności:	3 719,00 zł (do 31.07.2026 r.)
Numer rachunku bankowego do wpłaty:	47 1050 0099 7306 4004 3894 5695

UBEZPIECZENIA W PAKIECIE:

1	OBOWIĄZKOWE UBEZPIECZENIE OC	
	suma gwarancyjna na jedno zdarzenie	75 000 EUR
	suma gwarancyjna na wszystkie zdarzenia w trakcie trwania umowy	350 000 EUR
2	DOBROWOLNE UBEZPIECZENIE OC	
	suma gwarancyjna na jedno zdarzenie	75 000 EUR
	suma gwarancyjna na wszystkie zdarzenia w trakcie trwania umowy	350 000 EUR
3	OCHRONA PRAWNA	
	suma ubezpieczenia	50 000 zł

61449 / ODDZIAŁ WARSZAWA / tia / 2026-07-21 10:28:44.0



POD 438945695

Państwa opinia jest dla nas bardzo ważna.
Prosimy o dokonanie oceny procesu zawarcia umowy ubezpieczenia w krótkiej ankiecie dostępnej na <https://inter-zawarcie-umowy.webankieta.pl/>

ZAKRES PAKIETU UBEZPIECZEŃ

1 OBOWIĄZKOWE UBEZPIECZENIE OC

Ubezpieczenie zawarte na podstawie Rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie Obowiązkowego Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej Podmiotu Wykonującego Działalność Leczniczą z dnia 29 kwietnia 2019 r. (Dz.U. z 2019 r. poz. 866 z późn. zm.)

Suma gwarancyjna:

na jedno zdarzenie	75 000 EUR
na wszystkie zdarzenia w trakcie trwania umowy	350 000 EUR

Minimalna suma gwarancyjna określona w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. (Dz.U. z 2019 r., poz 866) wynosi 75 000/350 000 EUR

Wypicie regresu:

tak

Regres - prawo zakładu ubezpieczeń do zażądania zwrotu wypłaconego odszkodowania, jeżeli do szkody doszło w wyniku rażącego niedbalstwa, w stanie po spożyciu alkoholu, po spożyciu środków odurzających lub substancji psychotropowych. Wypicie regresu przez Ubezpieczonego powoduje brak możliwości dochodzenia roszczeń regresowych przez zakład ubezpieczeń.

Dotyczy regresu wynikającego z art. 11 ust. 2 i ust. 3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

2 DOBROWOLNE UBEZPIECZENIE OC

Ubezpieczenie zawarte na podstawie Ogólnych Warunków Dobrowolnego Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej Podmiotów Leczniczych oraz Podmiotów wykonujących działalność związaną z Ochroną Zdrowia zatwierdzonych uchwałą Zarządu TU INTER Polska S.A. nr 59/2025 z dnia 09.09.2025 r.

Suma gwarancyjna:

na jedno zdarzenie:	75 000 EUR
na wszystkie zdarzenia w trakcie trwania umowy:	350 000 EUR

Klauzule dodatkowe:

Klauzula 5A - Medycyna estetyczna

na jedno zdarzenie:	75 000 EUR
na wszystkie zdarzenia w trakcie trwania umowy:	350 000 EUR

Klauzula 9 - Naruszenie Praw Pacjenta

na jedno zdarzenie:	25 000 EUR
na wszystkie zdarzenia w trakcie trwania umowy:	25 000 EUR

3 OCHRONA PRAWNA

Ubezpieczenie zawarte na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Asysty Prawnej i Ochrony Prawnej dla Podmiotów Leczniczych oraz Podmiotów Wykonujących Działalność Związaną z Ochroną Zdrowia, zatwierdzonych uchwałą TU INTER Polska S.A. nr 60/2025 z dnia 09.09.2025 r.

Wariant ubezpieczenia:

Wariant - B50

Suma ubezpieczenia:

50 000 zł

W ramach sumy ubezpieczenia INTER Polska pokrywa koszty ochrony prawnej do wysokości limitów określonych § 6 ust. 4 ww. Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

DANE DO OCENY RYZYKA

Liczba łóżek i personelu:

Lekarze	13
Pielęgniarki/położne	0
Pozostały personel medyczny	0
Personel niemedyczny	8

UBEZPIECZENIE PODMIOTU LECZNICZEGO

polisa seria POD numer 438945695



Liczba łóżek i personelu:

Liczba łóżek

0

Rodzaj podmiotu:

Podmiot wielospecjalistyczny

W ramach prowadzonych przychodni występuje co najmniej jedna ze specjalizacji: chirurgia, dermatologia, ginekologia, okulistyka, stomatologia

OŚWIADCZENIA I ZGODY UBEZPIECZAJĄCEGO/UBEZPIECZONEGO

- Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia została mi przekazana pełna informacja o przetwarzaniu danych osobowych.
- Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia otrzymałem treść dokumentu zawierającego informacje o produkcie ubezpieczeniowym.
- Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia otrzymałem, zapoznałem się i akceptuję treść Ogólnych Warunków Ubezpieczenia wskazanych w treści niniejszej polisy.
- Oświadczam, że zapoznałem się z informacjami dotyczącymi umowy ubezpieczenia, w zakresie rodzajów ryzyk objętych umową ubezpieczenia, warunków ochrony ubezpieczeniowej i wyłączeń z jej zakresu, zasad dotyczących finansowania ochrony ubezpieczeniowej oraz możliwych przyczyn odmowy wypłaty świadczenia.
- Oświadczam, że podane przeze mnie w polisie dane są aktualne, prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku zatajenia lub podania nieaktualnych lub nieprawdziwych danych odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A. jest ograniczona zgodnie z art. 815 § 3 Kodeksu cywilnego. Zobowiązuję się informować Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-305), Al. Jerozolimskie 142B o wszystkich zmianach w wyżej wymienionych danych.
- Oświadczam, że otrzymałem informację dotyczącą procedury składania i rozpatrywania reklamacji w Towarzystwie Ubezpieczeń INTER Polska S.A., na podstawie art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 05.08.2015r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym oraz sposobu i trybu rozpatrywania skarg i zażaleń, na podstawie art. 25 pkt 3 ustawy z dnia 11.09.2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
- Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe zgromadzone w związku z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia były przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego w sposób całkowicie zautomatyzowany, w tym z wykorzystaniem mechanizmów profilowania klientów dla oszacowania wysokości tego ryzyka. **NIE**
- Wyrażam zgodę, aby Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-305), Al. Jerozolimskie 142B lub podmioty, które na podstawie umowy współpracują z Towarzystwem w procesie realizacji umowy ubezpieczenia, przesyłały mi informacje związane z zawarciem umowy ubezpieczenia i jej realizacją, w szczególności informacje i dokumenty dotyczące wnioskowanej lub zawartej z TU INTER Polska S.A. umowy ubezpieczenia, w tym OWU oraz dokument zawierający informacje o produkcie, a także informacje, o których mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 15.12.2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń, za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w tym wiadomości SMS/MMS lub e-mail, na wskazany przeze mnie adres poczty elektronicznej lub numer telefonu. **NIE**
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych w Bazie Kontaktowej spółek TU INTER Polska S.A. i TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. Zgadzam się na otrzymywanie od TU INTER Polska S.A. i TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. informacji handlowych i marketingowych, dotyczących produktów i usług tych Towarzystw, przekazywanych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych poprzez: email, Konto Klienta, powiadomienia web, w tym wiadomości przekazywane z użyciem automatycznych systemów wywołujących. **NIE**
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych w Bazie Kontaktowej spółek TU INTER Polska S.A. i TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. Zgadzam się na otrzymywanie od TU INTER Polska S.A. i TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. informacji handlowych i marketingowych, dotyczących produktów i usług tych Towarzystw, przekazywanych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych poprzez: SMS i powiadomienia mobile, w tym wiadomości przekazywane z użyciem automatycznych systemów wywołujących. **NIE**
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych w Bazie Kontaktowej spółek TU INTER Polska S.A. i TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. Zgadzam się na otrzymywanie od TU INTER Polska S.A. i TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. informacji handlowych i marketingowych, dotyczących produktów i usług tych Towarzystw, przekazywanych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych poprzez: rozmowę telefoniczną z przedstawicielem. **NIE**

21.07.2026 r.

DATA

Dariusz Kondas
Członek Zarządu
TU INTER Polska S.A.

Marcin Andruchewicz
Członek Zarządu
TU INTER Polska S.A.

Analiza Potrzeb Klienta

1 Czy podmiot posiada wpis w RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą)?

☒ Tak ☐ W trakcie rejestracji ☐ Nie

2 Czy w podmiocie wykonywane są cesarskie cięcia/personel przyjmuje porody?

☐ Tak ☒ Nie

3 Czy w podmiocie wykonywane są zabiegi z zakresu in vitro?

☐ Tak ☒ Nie

4 Czy podmiot prowadzi bank krwi, centrum dawców krwi lub centrum krwiodawstwa?

☐ Tak ☒ Nie

5 Czy w podmiocie wykonywane są zabiegi sterylizacji chirurgicznej?

☐ Tak ☒ Nie

6 Czy w podmiocie leczniczym udzielane są świadczenia:

1 Stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne?

☐ Tak ☒ Nie

2 Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne INNE niż szpitalne

☐ Tak ☒ Nie

3 Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne?

☒ Tak ☐ Nie

1 AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

A 1 Rodzaj prowadzonego podmiotu ambulatoryjnego zdrowotnego:

☒ wielospecjalistyczny

☐ jednospecjalistyczny

A 2 Czy w ramach prowadzonego podmiotu występuje, co najmniej jedna ze specjalizacji: chirurgia, dermatologia, ginekologia, okulistyka, stomatologia?

☒ Tak ☐ Nie

A 3 Czy w ramach prowadzonego podmiotu wykonywana jest co najmniej jedna z niżej wymienionych działalności? Jeśli tak - zaznacz wykonywane działalności. Jeśli nie - zaznacz ostatnią odpowiedź „Nie”.

☐ Ambulatorium z izbą chorych (przy areszcie śledczym lub przy jednostce wojskowej)

☐ Przychodnia genetyki klinicznej

☐ Przychodnia onkologii klinicznej

☐ Nocna i świąteczna pomoc doraźna

☐ Pogotowie ratunkowe

☒ Nie

2 DELEGOWANIE PRACOWNIKÓW

D 1 Czy podmiot leczniczy deleguje swoich pracowników medycznych do szpitala / szpitala chirurgii jednego dnia, w ramach podpisanej umowy ze szpitalem/ szpitalem chirurgii jednego dnia?

Analiza Potrzeb Klienta

☐ Tak ☒ Nie

3 LICZBA ŁÓŻEK I PERSONELU

Lekarze	13
Pielęgniarki/położne	0
Pozostały personel medyczny	0
SUMA personelu medycznego	13
Pozostały personel niemedyczny	8
SUMA personelu	21

4 OC OBOWIĄZKOWE

APK 1 Czy minimalna suma gwarancyjna, określona w Rozporządzeniu, które nie było zmieniane od 2019 roku, zapewni Państwu poczucie bezpieczeństwa w sytuacji konieczności zapłaty odszkodowania, zadośćuczynienia i ewentualnej dożywotniej renty?

☒ Tak ☐ Nie ☐ Posiadam już OC Obowiązkowe

APK 2 Czy zależy Państwu żeby nie zostać obciążonym kosztami w przypadku wyrządzenia przez personel szkód powstałych w wyniku: rażącego niedbalstwa, w stanie po użyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości albo po użyciu środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii?

☒ Tak ☐ Nie

Ubezpieczenie obowiązkowe nie chroni od wszystkich następstw związanych z udzielaniem bądź zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych.

Zadamy dodatkowe pytania, które mają na celu kompleksową analizę Państwa potrzeb, aby uzupełnić ochronę o zdarzenia nieobjęte ubezpieczeniem obowiązkowym.

5 OC DOBROWOLNE

Czy zakres ubezpieczenia powinien obejmować odpowiedzialność cywilną za:

APK 3 Szkody w mieniu i na osobie, które nie powstały w następstwie udzielania świadczeń zdrowotnych i nie są objęte zakresem OC Obowiązkowego?

☒ Tak ☐ Nie

APK 4 Naruszenie praw pacjenta, polegające na naruszeniu prawa do:

- 1) informacji o stanie zdrowia,
 - 2) zachowania tajemnicy,
 - 3) poszanowania godności i intymności,
 - 4) zgłaszania sprzeciwu odnośnie opinii lub orzeczenia lekarza,
 - 5) poszanowania życia prywatnego i rodzinnego,
 - 6) opieki duszpasterskiej?
- (Klauzula Nr 9)

☒ Tak ☐ Nie

APK 5 Szkody powstałe wskutek niezawinionych zdarzeń dentystycznych? (Klauzula Nr 13)

☐ Tak ☒ Nie

APK 6 Szkody na osobie wyrządzone w związku z wykonywaniem zabiegów w zakresie medycyny estetycznej stomatologicznej? (Klauzula Nr 3)

☐ Tak ☒ Nie

Analiza Potrzeb Klienta

APK 7 Szkody na osobie obejmujące uszczerbki na zdrowiu, które nastąpiły w związku z wykonywaniem zabiegów z zakresu medycyny estetycznej (klauszula Nr 5A)?

☒ Tak ☐ Nie

APK 8 Szkody na osobie obejmujące uszczerbki na zdrowiu, które nastąpiły w związku z wykonywaniem zabiegów z zakresu chirurgii estetycznej (klauszula Nr 5B)?

☐ Tak ☒ Nie

APK 9 Szkody wyrządzone w trakcie transportu sanitarnego?

☐ Tak ☒ Nie

APK 10 Szkody w mieniu lub na osobie wyrządzone Państwa pracownikom? (Klauszula Nr 1 - OC pracodawcy)

☐ Tak ☒ Nie

APK 11 Szkody w pojazdach pracowników znajdujących się na terenie należącym do podmiotu? (Klauszula Nr 1A)

☐ Tak ☒ Nie

APK 12 Szkody w rzeczach ruchomych osób trzecich, użytkowanych przez osoby objęte ubezpieczeniem? (Klauszula Nr 2 - OC najemcy ruchomości)

☐ Tak ☒ Nie

APK 13 Szkody powstałe wskutek działania szkodliwych substancji w wyniku zdarzeń nagłych i nieprzewidzianych? (Klauszula Nr 6)

☐ Tak ☒ Nie

APK 14 Szkody powstałe przy wykonywaniu przez Państwa funkcji o charakterze administracyjnym i organizacyjnym? (Klauszula Nr 7)

☐ Tak ☒ Nie

APK 15 Szkody powstałe wskutek wydostania się wody w wyniku pęknięcia, oderwania lub odłączenia węża służącego do przepływu wody oraz szkody powstałe wskutek pęknięcia lub rozszczelnienia instalacji wodociągowo-kanalizacyjnych lub centralnego ogrzewania, których wystąpienie nie wynikało z Państwa winy? (Klauszula Nr 12)

☐ Tak ☒ Nie

APK 16 Szkody rzeczowe w pojazdach samochodowych oraz w ich wyposażeniu fabrycznym będących w pieczy, pod dozorem lub kontrolą na prowadzonym przez Państwa parkingu strzeżonym? (Klauszula Nr 16)

☐ Tak ☒ Nie

APK 17 Szkody wyrządzone w środkach transportu podczas prac ładunkowych? (Klauszula Nr 17)

☐ Tak ☒ Nie

APK 18 Szkody w mieniu lub na osobie, powstałe w związku z ruchem pojazdów niepodlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej? (Klauszula Nr 18)

☐ Tak ☒ Nie

APK 19 Szkody wyrządzone uczestnikom w czasie i w wyniku przeprowadzania imprez, niemających charakteru imprezy masowej? (Klauszula Nr 19)

☐ Tak ☒ Nie

APK 20 Uszczerbek majątkowy, który nie jest szkodą na osobie ani szkodą rzeczową - czyste straty finansowe? (Klauszula Nr 20)?

☐ Tak ☒ Nie

6

OCHRONA PRAWNA

Czy zakres ochrony powinien obejmować:

APK 22 Możliwość korzystania z telefonicznych i pisemnych porad prawnych oraz pokrycie kosztów ochrony prawnej?

☒ Tak ☐ Nie

Analiza Potrzeb Klienta

7

HIV/WZW Z NNW

APK 23 Koszty badań na obecność wirusów HIV i WZW oraz terapii antyretrowirusowej - w przypadku wystąpienia kontaktu pracowników z materiałem zakaźnym?

☐

Tak

☒

Nie

8

DODATKOWE PYTANIA

APK 25 Czy wnioskowane ubezpieczenie OC dobrowolne stanowi kontynuację ubezpieczenia zawartego w TU INTER Polska?

☒

Tak

☐

Nie