

**Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Pakiet na Wypadki” (kod PNW-2016-V3)
 zatwierdzone Uchwałą Zarządu Credit Agricole Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. nr 04/P/2016
 z dnia 12.02.2016**

Tabela informacyjna o najistotniejszych warunkach ubezpieczenia

Rodzaj informacji	Nr zapisu z Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Pakiet na Wypadki”
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartość wykupu ubezpieczenia	§ 11, § 12 Wartość wykupu: nie dotyczy
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 8
3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy (jedynym obciążeniem Ubezpieczającego jest opłacana składka ubezpieczeniowa)
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy (Umowa ubezpieczenia nie posiada wartości wykupu)

Szanowni Państwo!

Z przyjemnością przedstawiamy Ogólne Warunki Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków (dalej: OWU). Dla Państwa wygody umieściliśmy w nich komentarze. Proszę pamiętać, że są one jedynie dodatkowym wyjaśnieniem i nie zastępują pełnego tekstu OWU.

SPIS TREŚCI

ARTYKUŁ 1	POSTANOWIENIA OGÓLNE	Str. 2
ARTYKUŁ 2	DEFINICJE	Str. 2
ARTYKUŁ 3	PRZEDMIOT I ZAKRES	Str. 3
ARTYKUŁ 4	UMOWA UBEZPIECZENIA I OKRES UBEZPIECZENIA	Str. 3
ARTYKUŁ 5	SUMY UBEZPIECZENIA	Str. 4
ARTYKUŁ 6	ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW	Str. 4
ARTYKUŁ 7	ŚWIADCZENIA ASSISTANCE	Str. 5
ARTYKUŁ 8	WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	Str. 6
ARTYKUŁ 9	OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	Str. 6
ARTYKUŁ 10	SKŁADKA	Str. 7
ARTYKUŁ 11	ZASADY WYPŁATY ŚWIADCZEŃ Z TYTUŁU NW	Str. 7
ARTYKUŁ 12	ZASADY REALIZACJI ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE	Str. 8
ARTYKUŁ 13	REKLAMACJE	Str. 8
ARTYKUŁ 14	POSTANOWIENIA KOŃCOWE	Str. 9

§1 POSTANOWIENIA OGÓLNE

Komentarz: wyjaśniamy kto z kim zawiera umowę i na jakiej podstawie

Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków (zwanymi dalej: **OWU**), Credit Agricole Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. (zwane dalej: **Ubezpieczycielem**) zawiera umowy ubezpieczenia z osobami fizycznymi (zwanymi dalej: **Ubezpieczającymi**), na rachunek osób fizycznych (zwanymi dalej: **Ubezpieczonymi**), w zakresie następstw nieszczęśliwych wypadków.

§2 DEFINICJE

Komentarz: jest to słownik pojęć wyjaśniający, jak rozumiemy poszczególne pojęcia użyte w OWU

W rozumieniu OWU, polisy oraz innych pism i dokumentów związanych z ubezpieczeniem Następstw Nieszczęśliwych Wypadków (dalej: **NNW**), poniższe określenia mają następujące znaczenie:

- Agent** - Credit Agricole Bank Polska S.A.;
- Całkowite i trwałe inwalidztwo** - trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy lub do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym, powstała na skutek Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w Okresie ubezpieczenia, orzeczona na łączny i nieprzerwany okres co najmniej 24 miesięcy;
- Centrum pomocy** - podmiot odpowiedzialny za organizację i wykonywanie w imieniu Ubezpieczyciela Świadczeń Assistance wynikających z niniejszych OWU. Centrum pomocy jest czynne przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu; Ubezpieczyciel zobowiązany jest podać numer kontaktowy do Centrum pomocy w Polisie;
- Hospitalizacja** - pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu bezpośrednio na skutek Nieszczęśliwego wypadku, przekraczający 24 godziny;
- Miejsce zamieszkania** - adres faktycznego pobytu Ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wskazany w Polisie;
- Nieszczęśliwy wypadek/NW** - zdarzenie nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego, zaistniałe

w Okresie ubezpieczenia, w następstwie którego Ubezpieczony doznał fizycznych obrażeń ciała. Zdarzenia takie jak zawał serca, udar mózgu, krwotok i inne choroby, nawet jeżeli wystąpiły nagle, nie są następstwem Nieszczęśliwego wypadku w rozumieniu OWU, chyba że były one konsekwencją wyłącznie nagłego zdarzenia wywołanego przyczyną zewnętrzną;

- Okres ubezpieczenia** - okres, w którym Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, na podstawie umowy ubezpieczenia (rozpoczęcie ochrony następuje, pod warunkiem zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty w terminie wskazanym w Polisie);
- Polisa** - dokument wystawiany przez Ubezpieczyciela Ubezpieczającemu, potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
- Szpital** - publiczny lub prywatny zakład lecznictwa zamkniętego, działający na podstawie właściwych przepisów prawa, przeznaczony dla chorych wymagających opieki leczniczej, zabiegów operacyjnych lub zabiegów diagnostycznych, zapewniający chorem całodobową opiekę średniego i wyższego personelu medycznego. Za Szpital nie uważa się: ośrodków opieki społecznej, ośrodków dla psychicznie chorych, hospicjów, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych lub sanatoryjnych, ośrodków leczenia uzależnień: od leków, narkotyków czy alkoholu;
- Świadczenie Assistance** - świadczenia natychmiastowej pomocy udzielane Ubezpieczonemu na zasadach określonych w OWU, gdy ulegnie on Nieszczęśliwemu wypadkowi. Świadczenia Assistance polegają na:
 - organizacji i pokryciu kosztów rehabilitacji w przypadku hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - zakupie i dostarczeniu Ubezpieczonemu sprzętu ortopedycznego lub protez przepisanych przez lekarza, w przypadku hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub gdy po złamaniu kości, wskutek Nieszczęśliwego wypadku, sprzęt został przepisany przez lekarza,
 - organizacji i pokryciu kosztów pomocy psychologa lub pomocy domowej w przypadku hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku,

- 4) udzieleniu telefonicznej konsultacji lekarskiej,
 - 5) organizacji drugiej opinii lekarskiej dla Ubezpieczonego,
 - 6) udostępnieniu infolinii medycznej.
- Świadczenia Assistance udzielane są do wysokości obowiązujących limitów, o których mowa w § 5 ust 2;
11. **Trwały uszczerbek na zdrowiu** - zaburzenie czynności organu, narządu lub układu, powodujące ich trwałą dysfunkcję, będące następstwem Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w Okresie ubezpieczenia (odpowiedzialności Ubezpieczyciela). Rodzaj i wysokość Trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się w procentach, na podstawie Tabeli uszczerbków dla ubezpieczenia NNW, stanowiącej Załącznik nr 1 do OWU. Zakres ubezpieczenia obejmuje pojedynczy uszczerbek w wysokości minimum 7% lub sumę uszczerbków powstałych w następstwie tego samego Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli ich suma wynosi minimum 7%, zgodnie z Tabelą uszczerbków do ubezpieczenia NNW;
 12. **Ubezpieczający** - osoba fizyczna, która zawiera z Ubezpieczycielem umowę ubezpieczenia w celu niezwiązanym z prowadzoną przez tę osobę działalnością gospodarczą, za pośrednictwem Credit Agricole Bank Polska S.A. działającego jako Agent ubezpieczeniowy, zobowiązana do zapłaty składki; Ubezpieczający może zawrzeć umowę na swój rachunek lub na cudzy rachunek;
 13. **Ubezpieczony** - osoba fizyczna, na rachunek której została zawarta umowa ubezpieczenia;
 14. **Ubezpieczyciel** - podmiot udzielający ochrony ubezpieczeniowej, czyli Credit Agricole Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.;
 15. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** - Nieszczęśliwy wypadek zaistniały w Okresie ubezpieczenia mogący zdarzyć się na terenie całego świata, z zastrzeżeniem wyłączeń w § 8 oraz z zastrzeżeniem § 7 ust. 9;
 16. **Złamanie kości** - przerwanie ciągłości tkanki kostnej, które nastąpiło w wyniku Nieszczęśliwego wypadku. Ochroną ubezpieczeniową objęte są następujące złamania:
Kategoria A: kości podstawy czaszki (bez sklepienia czaszki i bez kości twarzoczaszki), kości miednicy (poza izolowanymi złamaniami kości łonowej lub kulszowej, ogonowej), kości panewki stawu biodrowego, kości nasady kości udowej bliższej stawowi biodrowemu, krętarza mniejszego lub większego, złamania podkrętarzowe i nadkrętarzowe, złamania kości talerza biodrowego, kompresyjne złamania kręgu kręgosłupa, z wyjątkiem wyrostków kolczystych i poprzecznych, kości udowej;
Kategoria B: złamanie kości piętowej, podudzia, ramiennej lub przedramienia, rzepekki;
Kategoria C: pozostałe złamania kości, niewymienione w kategorii A ani kategorii B.

§3 PRZEDMIOT I ZAKRES

Komentarz: W jakich sytuacjach udzielamy Ci ochrony ubezpieczeniowej?

1. Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa Nieszczęśliwych wypadków, zaistniałych w Okresie ubezpieczenia.
 2. Zakres ubezpieczenia obejmuje, w zależności od wariantu wybranego przez Ubezpieczającego, wskazanego w Polisie:
 - 1) **w wariantcie Podstawowym:**
 - a) Trwały uszczerbek na zdrowiu,
 - b) Złamania kości,
 - c) Całkowite i trwałe inwalidztwo,
 - d) Świadczenia Assistance obejmujące:
 - zakup i dostarczenie sprzętu ortopedycznego lub protez,
 - telefoniczną konsultację lekarską, drugą opinię lekarską, infolinię medyczną;
 - 2) **w wariantcie Rozszerzonym:**
 - a) Trwały uszczerbek na zdrowiu,
 - b) Złamania kości,
 - c) Całkowite i trwałe inwalidztwo,
 - d) Świadczenia Assistance obejmujące:
 - zakup i dostarczenie sprzętu ortopedycznego lub protez,
 - telefoniczną konsultację lekarską, drugą opinię lekarską, infolinię medyczną,
 - rehabilitację po hospitalizacji,
 - pomoc psychologa lub pomoc domową.
3. Warianty, o których mowa w ust 2, różnią się zakresem udzielanej ochrony, sumami ubezpieczenia, wysokością świadczeń oraz składką.

§4 UMOWA UBEZPIECZENIA I OKRES UBEZPIECZENIA

Komentarz: jak i na jaki czas zawieramy umowę ubezpieczenia?

1. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na własny rachunek lub na cudzy rachunek.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na rachunek osoby fizycznej, która ukończyła 18 lat, lecz nie ukończyła 69 lat.
3. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w jednym z dwóch wariantów - Podstawowym lub Rozszerzonym.
4. Ubezpieczający dokonuje wyboru wariantu ubezpieczenia przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Wybrany wariant ubezpieczenia jest potwierdzony na Polisie.
5. Ubezpieczający może zmienić wariant ubezpieczenia w dowolnym czasie. Zmiany wariantu ubezpieczenia można dokonać pisemnie lub telefonicznie.
6. Wariant ubezpieczenia zostanie zmieniony zgodnie z dyspozycją Ubezpieczającego, od następnego dnia po złożeniu dyspozycji zmiany wariantu, przy czym Okres ubezpieczenia trwa przez kolejnych 12 miesięcy, przy czym postanowienia § 10 ust. 6-7 stosuje się odpowiednio.
7. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na Okres ubezpieczenia, który:
 - a) rozpoczyna się od dnia następującego po dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, pod warunkiem zapłaty składki lub jej pierwszej raty oraz
 - b) kończy się z upływem 12 miesięcy od daty ustalonej w Umowie ubezpieczenia jako termin płatności składki lub pierwszej raty składki, przy czym termin ten przypada najpóźniej w terminie jednego miesiąca od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia.
8. Jeżeli Ubezpieczyciel - nie później niż miesiąc przed zakończeniem okresu, na który umowa została zawarta - nie poinformuje Ubezpieczającego, że nie wyraża zgody na przedłużenie umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający ma prawo przedłużyć umowę ubezpieczenia na kolejne 12 miesięcy, na takich samych warunkach, dokonując zapłaty składki z tytułu odnowionej umowy ubezpieczenia, w terminie i wysokości analogicznych jak dla poprzedniej umowy ubezpieczenia (tj. w takim samym dniu i miesiącu). Przedłużenie umowy ubezpieczenia nie następuje:
 - 1) gdy Ubezpieczający nie zapłacił w terminie składki lub którejkolwiek raty składki z tytułu umowy ubezpieczenia,
 - 2) jeśli Ubezpieczony ukończył 69 lat.W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny okres, ochrona ubezpieczeniowa w ramach przedłużonej umowy rozpoczyna się następnego dnia po ostatnim dniu dotychczasowej ochrony.
9. Ubezpieczyciel potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia wystawiając Polisę.
10. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia ustalonego w Polisie jako pierwszy dzień Okresu ubezpieczenia, pod warunkiem zapłaty składki lub pierwszej raty składki w terminie płatności ustalonym w Polisie.
11. W tym samym czasie, na rachunek tego samego Ubezpieczonego, może zostać zawarta wyłącznie jedna umowa ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWU.
12. Ubezpieczający ma prawo wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie ze skutkiem na koniec dnia, w którym Ubezpieczający złożył oświadczenie o wypowiedzeniu umowy (liczy się data wpływu oświadczenia o wypowiedzeniu do Agenta lub Ubezpieczyciela).
13. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia albo udzielania z innych przyczyn ochrony ubezpieczeniowej w krótszym okresie niż ustalony w umowie ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
14. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy (liczy się data wpływu oświadczenia o odstąpieniu do Agenta lub Ubezpieczyciela).

Odstąpienie od umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

15. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu i Okres ubezpieczenia kończy się z upływem najwcześniejszej z poniższych dat:
- 1) z dniem zgonu Ubezpieczonego lub
 - 2) z dniem złożenia wypowiedzenia, zgodnie z ust.12, lub
 - 3) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia, zgodnie z ust. 14, lub
 - 4) w przypadku braku zapłaty drugiej lub kolejnej raty składki - z upływem 7 dnia od dnia doręczenia Ubezpieczającemu wezwania do zapłaty, o którym mowa w ust. 16, o ile Ubezpieczający nie dokonał zapłaty składki w ciągu 7 dni od dnia otrzymania wezwania do zapłaty,
 - 5) z ostatnim dniem Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony ukończył 70 lat lub
 - 6) z dniem doręczenia Ubezpieczającemu oświadczenia Ubezpieczyciela o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym, w przypadku, gdy Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie, przy czym Ubezpieczyciel może żądać zapłaty składki za okres, w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
16. W przypadku nieopłacenia drugiej lub kolejnej raty składki przez Ubezpieczającego, Ubezpieczyciel może skierować do Ubezpieczającego wezwanie do jej zapłaty, z pouczeniem, że brak zapłaty raty składki w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego wezwania do zapłaty spowoduje ustanie odpowiedzialności wynikającej z umowy ubezpieczenia.

§5 SUMY UBEZPIECZENIA

Komentarz: ile maksymalnie Ubezpieczyciel może wypłacić z tytułu zajścia danego ryzyka?

1. Sumy ubezpieczenia dla ubezpieczenia Nieszczęśliwych wypadków, podane w Tabeli nr 1 poniżej, stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe w Okresie ubezpieczenia.
2. W przypadku Świadczeń Assistance limity dla poszczególnych rodzajów Świadczeń Assistance oraz maksymalną ilość interwencji na wszystkie zdarzenia w ciągu jednego Okresu ubezpieczenia określa poniższa Tabela nr 2 - Limity Świadczeń Assistance.

Tabela nr 1 - Sumy ubezpieczenia

Ryzyko	Suma ubezpieczenia w Okresie ubezpieczenia	
	Wariant Podstawowy	Wariant Rozszerzony
Uszczerbek na zdrowiu (maksymalna suma ubezpieczenia za 100% uszczerbku)	25 000 zł	50 000 zł
Złamania kości	Złamania kategorii A	1 000 zł
	Złamania kategorii B	500 zł
	Złamania kategorii C	250 zł
Całkowite i trwale inwalidztwo	25 000 zł	50 000 zł

Tabela nr 2 - Limity Świadczeń Assistance

Świadczenia Assistance	Limit w Okresie ubezpieczenia	
	Wariant Podstawowy	Wariant Rozszerzony
Rehabilitacja w przypadku hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku	brak	3 000 zł
Zakup sprzętu ortopedycznego przepisane przez lekarza lub protez, w przypadku hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub, gdy po złamaniu sprzęt został przepisany przez lekarza)	1 000 zł	3 000 zł
Pomoc psychologa lub pomoc domowa w przypadku hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku	brak	2 razy
Na życzenie Ubezpieczonego: telefoniczna konsultacja lekarska, druga opinia lekarska, infolinia medyczna	bez limitów	bez limitów

3. W przypadku Świadczeń Assistance, jeżeli wysokość limitów nie wystarczy na pokrycie całości kosztów danego świadczenia, Ubezpieczony może dopłacić różnicę między limitem a całkowitym kosztem realizacji danej usługi, pod warunkiem otrzymania od Ubezpieczonego akceptowalnej przez Centrum pomocy gwarancji zapłaty przez Ubezpieczonego tej różnicy lub dokonaniu płatności z góry.
4. Płatność różnicy, o której jest mowa w ust. 3, dokonywana jest przez Ubezpieczonego, po otrzymaniu informacji o płatności od Centrum pomocy, bezpośrednio u usługodawcy wykonującego Świadczenie Assistance lub za pośrednictwem Centrum pomocy.

§6 ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

Komentarz: w jakiej wysokości możesz otrzymać wypłatę w razie Nieszczęśliwego wypadku?

1. W przypadku, gdy w Okresie ubezpieczenia Ubezpieczony ulegnie Nieszczęśliwemu wypadkowi, Ubezpieczyciel, z zastrzeżeniem § 8 (Wyłączenia Odpowiedzialności), wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości:
 - 1) **z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu:**
 - a) w wariantcie Podstawowym: 250 zł za każdy 1% Trwałego uszczerbku na zdrowiu, określonego w Tabeli uszczerbków na zdrowiu stanowiącej Załącznik nr 1 do OWU NNN,
 - b) w wariantcie Rozszerzonym: 500 zł za każdy 1% Trwałego uszczerbku na zdrowiu, określonego w Tabeli uszczerbków na zdrowiu stanowiącej Załącznik nr 1 do OWU.
- Rodzaj i wysokość Trwałego uszczerbku na zdrowiu, w obu wariantach ubezpieczenia, ustalana jest po zakończeniu leczenia i procesu rehabilitacyjnego, na podstawie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego oraz Tabeli uszczerbków do niniejszego ubezpieczenia NNN. Świadczenie z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu przysługuje, jeżeli Trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpił nie później niż w okresie 24 miesięcy od daty zajścia Nieszczęśliwego wypadku (Zdarzenia ubezpieczeniowego), pod warunkiem nieprzerwanej ochrony ubezpieczeniowej. Zakres ubezpieczenia obejmuje pojedynczy uszczerbek o wysokości minimum 7%, zgodnie z Tabelą uszczerbków.
- Jeżeli w wyniku tego samego Nieszczęśliwego wypadku wystąpi

więcej niż jeden uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, świadczenie wypłacone przez Ubezpieczyciela będzie obejmowało sumę kwot należnych za każdy uszczerbek i jest należne pod warunkiem, że łączna wysokość uszczerbków wyniesie minimum 7%, niezależnie od wysokości pojedynczego uszczerbku. Kwota świadczenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu;

- 2) **z tytułu Złamania kości** - sumy ubezpieczenia określonej dla danej kategorii złamań, na dzień wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną tego złamania, zgodnie z Tabelą nr 1;
 - 3) **z tytułu Całkowitego i trwałego inwalidztwa** - sumy ubezpieczenia na dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z Tabelą nr 1.
2. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w złotych polskich.

§7 ŚWIADCZENIA ASSISTANCE

Komentarz: takie świadczenia natychmiastowej pomocy zorganizuje Centrum pomocy

1. Jeżeli Ubezpieczony uległ Nieszczęśliwemu wypadkowi w Okresie ubezpieczenia, w konsekwencji czego był hospitalizowany i wymaga **rehabilitacji** w miejscu zamieszkania lub stacjonarnej placówce świadczącej usługi rehabilitacyjne, Ubezpieczyciel organizuje i pokryje koszty wizyty specjalisty fizjoterapeuty w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego lub zorganizuje transport do oraz wizyty w poradni rehabilitacyjnej, wraz z pokryciem ich kosztów do wysokości sumy ubezpieczenia, z uwzględnieniem limitu wskazanego w Tabeli nr 2 (§ 5 ust. 2).
2. Jeżeli Ubezpieczony uległ Nieszczęśliwemu wypadkowi w Okresie ubezpieczenia, w związku z którym był hospitalizowany i otrzymał zalecenie od lekarza ortopedy na używanie sprzętu ortopedycznego lub protezy albo Ubezpieczony doznał złamania kości w następstwie Nieszczęśliwego wypadku i został mu przepisany przez lekarza sprzęt ortopedyczny, Centrum pomocy zorganizuje i pokryje koszty **zakupów oraz dostarczenia drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego** do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, do wysokości sumy ubezpieczenia. Przez drobny sprzęt medyczno-rehabilitacyjny rozumie się sprzęt, którego wartość rynkowa nie przekracza limitu na Świadczenia assistance w zakresie zakupu sprzętu ortopedycznego.
3. Jeżeli Ubezpieczony uległ Nieszczęśliwemu wypadkowi, w Okresie ubezpieczenia, w konsekwencji czego był hospitalizowany i będzie potrzebował pomocy psychologa, Centrum pomocy, w imieniu Ubezpieczyciela, organizuje i pokrywa koszty **wizyty u psychologa** (maksymalnie 7 wizyt oraz koszty transportu Ubezpieczonego do psychologa na każde zdarzenie ubezpieczeniowe).
4. W przypadku hospitalizacji Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, trwającej przez okres powyżej 5 dni, Centrum pomocy, w imieniu Ubezpieczyciela, organizuje i pokrywa koszty usługi **pomocy domowej** w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. W zakresie obowiązków pomocy domowej wchodzi wykonywanie następujących czynności:
 - 1) drobne zakupy - w ilości niezbędnej do zapewnienia potrzeb bytowych Ubezpieczonego na 2 dni,
 - 2) drobne porządki w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego obejmujące podstawowe czynności codziennego utrzymania czystości,
 - 3) przygotowywanie posiłków.Koszty zakupu środków czystości i artykułów spożywczych pokrywa Ubezpieczony.
5. **Druga opinia lekarska** - opinia lekarza praktykującego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, będącego specjalistą w danej dziedzinie. W sytuacji, gdy skutek Nieszczęśliwego wypadku, któremu uległ Ubezpieczony, został on poddany diagnostyce i zaproponowano Ubezpieczonemu plan leczenia, na żądanie Ubezpieczonego Ubezpieczyciel zorganizuje uzyskanie drugiej opinii lekarskiej w celu uzyskania przez Ubezpieczonego następujących informacji:
 - 1) czy proponowane leczenie jest zgodne z aktualną wiedzą le-

karską w danej dziedzinie,

- 2) czy istnieją metody leczenia odpowiednie i zalecane w danym przypadku, a dostępne jedynie poza granicami RP, wraz ze wskazaniem ośrodka stosującego tego typu leczenie.

Świadczenie jest realizowane, w terminie do 2 tygodni od daty otrzymania niżej wymienionej dokumentacji, polega na wydaniu opinii przez lekarza zapewnionego przez Centrum pomocy, na podstawie pełnej dokumentacji medycznej zebranej i udostępnionej przez Ubezpieczonego, zawierającej informacje o dotychczasowej diagnostyce oraz leczeniu Ubezpieczonego. Drugiej opinii lekarskiej nie podlegają:

- 1) choroby, których pierwsze objawy i/lub rozpoznanie miały miejsce przed zawarciem umowy ubezpieczenia,
- 2) sytuacje, gdy diagnostyka nie jest ukończona i nie została przeprowadzona w stopniu umożliwiającym uzyskanie wiążącej drugiej opinii medycznej,
- 3) sytuacje, gdy zgodnie z wiedzą medyczną wymagane jest podjęcie decyzji o leczeniu w trybie pilnym lub przyspieszonym.

Koszty uzyskania drugiej opinii lekarskiej, o których Ubezpieczony zostanie poinformowany przed zleceniem tego świadczenia, pokrywa Ubezpieczony.

6. Centrum pomocy zapewni Ubezpieczonemu możliwość **rozmo- wy z lekarzem dyżurnym** Centrum pomocy, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Informacje udzielone przez lekarza Centrum pomocy nie mają charakteru diagnostycznego. Ponadto Centrum pomocy na życzenie Ubezpieczonego udostępni mu telefonicznie następujące informacje:
 - 1) baza danych aptek na terenie całego kraju, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów,
 - 2) baza danych placówek medycznych mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - 3) baza danych placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich) w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy uprawnionych,
 - 4) baza danych placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych),
 - 5) baza danych placówek rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terenie kraju,
 - 6) baza danych placówek opieki społecznej,
 - 7) baza danych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - 8) informacje o stanach wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy,
 - 9) instrukcja przygotowania do zabiegów i badań medycznych:
 - a) gastroskopia,
 - b) kolonoskopia,
 - c) koronarografia,
 - d) rezonans magnetyczny,
 - e) ultrasonografia,
 - f) wlew doodbytniczy.
7. Dodatkowo Centrum pomocy, w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu telefonicznej informacji na temat:
 - 1) zespołów bólowych i neuralgii;
 - 2) dolegliwości bólowych w odcinkach: szyjnym, piersiowym oraz lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa;
 - 3) chorób zwyrodnieniowych kręgosłupa i stawów;
 - 4) zaburzeń postawy, wad wrodzonych;
 - 5) fizjoterapii interwencyjnej (postępowania w nagłej sytuacji);
 - 6) zabiegów fizykalnych;
 - 7) diagnostyki obrazowej - pomoc w interpretacji wyników;
 - 8) diagnostyki - jaki rodzaj badań należy wykonać i gdzie;
 - 9) dostępnych środków pomocniczych i ortopedycznych;
 - 10) zasad zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze;

- 11) informacji medycznej o zastosowanym leczeniu - wskazania/przeciwwskazania;
 - 12) informacji farmaceutycznej o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działania uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) - w ramach obowiązujących w Polsce przepisów profilaktyki dolegliwości bólowych i schorzeń kręgosłupa;
 - 13) uprawnień osób niepełnosprawnych;
 - 14) zagadnień związanych z zatrudnianiem osób niepełnosprawnych;
 - 15) danych teleadresowych poradni, placówek rehabilitacyjnych i sanatoriów na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 16) danych teleadresowych (oddziałów Państwowego Funduszu Rehabilitacyjnego Osób Niepełnosprawnych, Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie, starostw i urzędów marszałkowskich, powiatowych i wojewódzkich zespołów do spraw orzekania o niepełnosprawności, jednostek samorządowych stworzonych na potrzeby osób niepełnosprawnych);
 - 17) danych teleadresowych sklepów, zakładów i wypożyczalni sprzętu ortopedycznego;
 - 18) zasad uzyskania refundacji do sprzętu ortopedycznego i przedmiotów pomocniczych ze środków NFZ;
 - 19) zasad uzyskania refundacji do sprzętu ortopedycznego i przedmiotów pomocniczych ze środków instytucji (PFRON/PCPR/MOPS/MOPR);
 - 20) zasad ubiegania się o skierowanie na turnus rehabilitacyjny, do sanatoriów oraz zasad uzyskania dofinansowania;
 - 21) bólów kręgosłupa:
 - a) dolegliwości w odcinku szyjnym,
 - b) piersiowym,
 - c) lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa;
 - 22) zespołów bólowych;
 - 23) chorób zwyrodnieniowych kręgosłupa i stawów;
 - 24) zaburzenia postawy, deformacje, wady wrodzone;
 - 25) działania systemu - poradnie, skierowania, sanatoria;
 - 26) fizjoterapii interwencyjnej - co zrobić w nagłej sytuacji;
 - 27) zabiegów fizykalnych;
 - 28) profilaktyki dolegliwości bólowych i schorzeń kręgosłupa.
8. Informacje medyczne, rehabilitacyjne oraz telefoniczna rozmowa z lekarzem Centrum pomocy nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego, nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza Centrum pomocy, który ich udzielił ani wobec Centrum pomocy ani wobec Ubezpieczyciela.
 9. Świadczenia Assistance organizowane są tylko i wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

§8 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

Komentarz: w tych sytuacjach Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ani nie zorganizuje Świadczenia Assistance?

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe (Nieszczęśliwy wypadek) nastąpiło w wyniku:
 - 1) próby samobójstwa podjętej przez Ubezpieczonego przed upływem 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, umyślnego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach przemocy i terroru lub sabotażu,
 - 3) wykonywania przez Ubezpieczonego służby wojskowej lub policyjnej,
 - 4) usiłowania lub dokonania przestępstwa przez Ubezpieczonego,
 - 5) wszelkich następstw reakcji jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub skażenia promieniotwórczego,
 - 6) uczestnictwa Ubezpieczonego w locie samolotem w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera (w przypadku pasażera wyłączenie nie dotyczy lotu koncesjonowanymi liniami lotniczymi),
 - 7) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu (przy stężeniu alkoholu we krwi równemu lub przekraczającemu 0,2‰ albo obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³), narkotyków, innych środków odurzających (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) i środków medycznych, lekarstw zażywanych przez Ubezpieczonego niezgodnie z zaleceniem lekarza i które miały wpływ na Nieszczęśliwy wypadek,
 - 8) uprawiania przez Ubezpieczonego następujących niebezpiecznych dyscyplin sportowych: alpinizm, wspinaczka górska i skałkowa, taternictwo jaskiniowe, rafting, speleologia, kajakarstwo wysokogórskie, surfing, windsurfing, nurkowanie z użyciem specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, baloniarstwo, szybownictwo, lotnictwo, bobsleje, saneczkarstwo, jeździectwo, szermierka, sporty motorowe i motorowodne, sporty siłowe, sporty walki i obronne oraz czynny udział w zawodach, wyścigach, rajdach samochodowych i wyuczynowych treningach sportowych,
 - 9) uczestniczenia przez Ubezpieczonego w wyprawach albo w ekspedycjach (zorganizowana wyprawa mająca na celu zrealizowanie wytyczonych zadań o charakterze sportowym lub naukowym) do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, góry powyżej 5500 m. n.p.m., busz, Arktyka i Antarktyka, tereny lodowcowe i tereny śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego, dżungla, obszary niezaludnione,
 - 10) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych prawem uprawnień,
 - 11) zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego lub napadów epileptycznych,
 - 12) wykonywania zawodu: trenera zwierząt, ochroniarza, nurka, pracownika portowego, pracownika branży rozrywkowej, rolnika, strażaka, rybaka, pracownika stacji benzynowej i LPG, policjanta, wojskowego, sportowca, dekarza, pracownika budowlanego, kominiarza, kaskadera, pracownika transportującego niebezpieczne ładunki, drwala, osoby, której praca jest związana z kablami wysokiego napięcia, pracownika rafinerii, pracy w warunkach narażających na oddziaływanie azbestu, niebezpiecznych chemikaliów lub środków wybuchowych, olejów,
 - 13) pracy na wysokościach lub na statkach,
 - 14) pracy fizycznej w przemyśle budowlanym, gazowym, metalurgicznym, górniczym, ciężkim, portowym, w branży inżynierskiej,
 - 15) uczestnictwa w przedsięwzięciach mających na celu ratowanie życia innej osoby, w miejscach charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, albo w miejscach odosobnionych (np. w górach, obszarach zalesionych, obszarach niezaludnionych).
2. **W zakresie ryzyka złamań prawo do świadczenia nie przysługuje**, jeżeli w wyniku Nieszczęśliwego wypadku doszło do amputacji kończyny lub jej części i nie doszło do Złamania kości.
 3. Ubezpieczenie nie obejmuje pobytów w Szpitalu z powodu choroby, ciąży.
 4. Ubezpieczenie nie obejmuje powikłań ciąży niebędących następstwem Nieszczęśliwego wypadku.
 5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do Świadczeń Assistance nie ma charakteru ubezpieczenia zdrowotnego i jest wyłączona, jeżeli konieczność interwencji medycznej lub hospitalizacji jest związana z:
 - 1) chorobami przewlekłymi Ubezpieczonego,
 - 2) rekonwalescencją Ubezpieczonego lub schorzeniami w trakcie leczenia, w związku ze zdarzeniami, które nastąpiły przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej,
 - 3) nagłym pogorszeniem stanu zdrowia Ubezpieczonego lub komplikacjami w przypadku chorób, które wymagają stałego leczenia lub opieki medycznej.

§9 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

Komentarz: wymieniamy tutaj obowiązki związane z zawarciem umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do podania Ubezpieczycielowi wszystkich znanych sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał w celu zawarcia umowy ubezpieczenia lub w innych pismach kierowanych do Ubezpieczającego przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
2. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela w rozumieniu obowiązujących przepisów, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
3. W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest niezwłocznie zgłaszać do Ubezpieczyciela, wszelkie zmiany okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
4. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, obowiązki wymienione w ust. 1-3 ciąży również na Ubezpieczonym.
5. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, gdy zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W takim wypadku druga strona może w terminie 14 dni od otrzymania żądania wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.
6. Postępowanie w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego (Nieszczęśliwego wypadku) określone jest w § 11 i § 12 OWU.

§10 SKŁADKA

Komentarz: omawiamy tu kwestie związane z zapłatą za ubezpieczenie

1. Do zapłaty składki zobowiązany jest Ubezpieczający.
2. Składka może być opłacana jednorazowo za cały Okres ubezpieczenia lub w ratach, z częstotliwością miesięczną, kwartalną lub półroczną.
3. Terminy, częstotliwość i sposób płatności składki ustala się w umowie ubezpieczenia.
4. Za dzień zapłaty składki uważa się dzień uznania rachunku Ubezpieczyciela kwotą wymaganej składki lub jej raty.
5. W razie nadpłaty składki, zostanie ona rozliczona zgodnie z dyspozycją Ubezpieczającego. W przypadku braku dyspozycji, zostanie ona zaliczona na poczet następnych składek.
6. Składkę ubezpieczeniową oblicza się za czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela według tabeli składek obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
7. Wysokość składki ustala się, w szczególności w zależności od:
 - 1) sumy ubezpieczenia,
 - 2) zakresu ubezpieczenia.

§11 ZASADY WYPŁATY ŚWIADCZEŃ Z TYTUŁU NW

Komentarz: co należy zrobić, aby uzyskać wypłatę świadczenia innego niż Świadczenie Assistance?

1. W razie wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego (Nieszczęśliwego wypadku), Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) poddać się leczeniu i stosować się do zaleceń lekarskich mających na celu złagodzenie skutków Nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) zawiadomić Ubezpieczyciela o zdarzeniu, na numer telefonu podany w Polisie, w ciągu 14 dni od daty zaistnienia Nieszczęśliwego wypadku, a jeżeli nie jest to możliwe, to nie później niż w ciągu 14 dni po ustaniu okoliczności uniemożliwiających wcześniejsze zgłoszenie szkody i podać następujące informacje:
 - a) nr Polisy,
 - b) imię, nazwisko, PESEL i adres zamieszkania Ubezpieczonego,
 - c) numer telefonu, pod którym Ubezpieczyciel może skontaktować się z Ubezpieczonym lub jego przedstawicielem,
 - d) krótki opis zdarzenia,
 - 3) stosować się do zaleceń Ubezpieczyciela, udzielając niezbęd-

nych informacji.

2. Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi:
 - 1) dokumentację medyczną potwierdzającą doznanie przez Ubezpieczonego uszkodzenia ciała na skutek zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz udzielonej pomocy medycznej, o ile taka jest w posiadaniu Ubezpieczonego, w tym:
 - a) karta informacyjna z leczenia szpitalnego,
 - b) karta ze szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR),
 - c) karta informacyjna z Izby Przyjęć,
 - d) karta wyjazdowa Pogotowia Ratunkowego,
 - e) dokumentacja z poradni specjalistycznej lub od lekarza rodzinnego/lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
 - f) informacja o przebytej rehabilitacji,
 - g) zaświadczenie lub wpis w dokumentacji ambulatoryjnej,
 - 2) protokół policji, jeśli był sporządzony lub inny dokument potwierdzający zaistnienie i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, o ile jest w posiadaniu Ubezpieczonego,
 - 3) opis przyczyn i przebiegu wypadku,
 - 4) inne dokumenty niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub oszacowania wysokości szkody.
3. Dokumenty, o których mowa w ustępie 2, sporządzone w języku obcym, przed złożeniem do Ubezpieczyciela powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
4. Na zlecenie i koszt Ubezpieczyciela, Ubezpieczony zobowiązany jest poddać się badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych w celu ustalenia prawa do świadczenia i jego wysokości. Ubezpieczyciel może odstąpić od badań, w szczególności, jeśli w sprawie zgromadzona została dokumentacja medyczna dostatecznie wyjaśniająca okoliczności, od których zależy prawo do świadczenia i jego wysokość.
5. W przypadku dostarczenia przez Ubezpieczonego orzeczenia lekarza orzecznika ZUS stwierdzającego całkowitą niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub niezdolność do samodzielnej egzystencji na łączny i nieprzerwany okres co najmniej 24 miesiące, wskutek Nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel uzna je za wystarczającą podstawę wypłaty świadczenia z tytułu Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, bez potrzeby gromadzenia dalszej dokumentacji.
6. Wypłata świadczenia z tytułu Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku nie jest uzależniona od upływu okresu 24 miesięcy trwania inwalidztwa - wystarczającą podstawą do jego wypłaty jest ustalenie, że taki stan Ubezpieczonego zgodnie z wiedzą medyczną będzie trwał przez okres co najmniej 24 miesięcy, w tym na podstawie orzeczenia lekarza orzecznika ZUS, o którym mowa w ust. 5 powyżej.
7. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Ubezpieczyciel informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą występującą z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. Postanowienia nie stosuje się do Świadczeń Assistance.
8. W przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, zawiadomienie o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z Umowy ubezpieczenia.
9. Świadczenia pieniężne, wypłacane na podstawie umowy ubezpieczenia, zostaną wypłacone w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 10. Świadczenia Assistance są realizowane zgodnie z § 11.
10. Gdyby w terminie, o którym mowa w ust. 9 powyżej, wyjaśnie-

nie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie Ubezpieczyciela zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaci w terminie wskazanym w ust. 9.

11. Jeżeli w terminach określonych w ustawie lub w Umowie ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie wypłaci odszkodowania lub świadczenia, zawiadamia na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego w przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
12. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego w przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz pouczy ją o przysługującym jej prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.
13. Ubezpieczyciel udostępni Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub uprawnionemu z Umowy ubezpieczenia informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości odszkodowania lub świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Ubezpieczyciela udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Ubezpieczyciela.
14. Informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 13, Ubezpieczyciel udostępni, na żądanie, w postaci elektronicznej.
15. Sposób:
 - 1) udostępniania informacji i dokumentów, o których mowa w ust. 13,
 - 2) zapewniania możliwości pisemnego potwierdzania udostępnianych zgodnie z ust. 13 informacji,
 - 3) zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem zgodnie z ust. 13,
 - 4) nie może wiązać się z nadmiernymi utrudnieniami dla osób, o których mowa w ust. 13.
16. Koszty sporządzenia kserokopii oraz udostępniania informacji i dokumentów w postaci elektronicznej, ponoszone przez osoby, o których mowa w ust. 13, nie mogą odbiegać od przyjętych w obrocie zwykłych kosztów wykonywania tego rodzaju usług.
17. Ubezpieczyciel przechowuje informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 13, do czasu upływu terminu przedawnienia roszczeń z Umowy ubezpieczenia.
18. W przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji Ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem OWU nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia obowiązku podania prawdziwych informacji doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
19. Wypłata świadczeń z niniejszego ubezpieczenia NNW podlega przepisom regulującym opodatkowanie osób fizycznych lub prawnych obowiązującym na dzień wypłaty świadczenia.
20. Jeżeli z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczony nie poinformował Ubezpieczyciela o Zdarzeniu ubezpieczeniowym w terminie wskazanym w ust. 1 pkt 2), Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków wypadku. Skutki braku zawiadomienia Ubezpieczyciela o wypadku nie następują, jeżeli Ubezpieczyciel w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.

§12 ZASADY REALIZACJI ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE

Komentarz: co należy zrobić, aby uzyskać Świadczenie Assistance?

1. W celu skorzystania ze Świadczeń Assistance, Ubezpieczony (lub osoba działająca w jego imieniu) powinien niezwłocznie po zajściu zdarzenia i przed podjęciem działań we własnym zakresie w celu uzyskania świadczeń objętych zakresem assistance, zawiadomić telefonicznie o Zdarzeniu ubezpieczeniowym Centrum pomocy za pośrednictwem Ubezpieczyciela, na numer telefonu wskazany w Polisie i podać następujące informacje:
 - 1) nr Polisy,
 - 2) imię, nazwisko, PESEL i adres zamieszkania Ubezpieczonego,
 - 3) numer telefonu, pod którym Centrum pomocy może skontaktować się z Ubezpieczonym lub jego przedstawicielem,
 - 4) krótki opis zdarzenia oraz rodzaj potrzebnej pomocy,
 - 5) wszelkie inne informacje niezbędne do realizacji Świadczeń Assistance.
2. Ubezpieczony powinien stosować się do zaleceń Centrum pomocy, udzielając informacji i niezbędnych pełnomocnictw celem możliwości realizacji świadczenia na rzecz Ubezpieczonego.

§13 REKLAMACJE

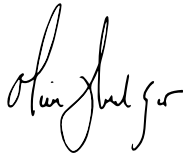
1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu lub uprawnionemu z Umowy ubezpieczenia przysługuje prawo składania reklamacji w rozumieniu Ustawy z dnia 05 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (Dz.U. z 2015 r. poz. 1348) Ubezpieczycielowi:
 - 1) w formie pisemnej przesyłką pocztową wysłaną na adres Ubezpieczyciela:
Credit Agricole Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
ul. Tęczowa 11, lok. 13
53-601 Wrocław
lub na adres Agenta:
Credit Agricole Bank Polska S.A.
pl. Orłąt Lwowskich 1
53-605 Wrocław
 - 2) w formie elektronicznej za pośrednictwem poczty elektronicznej, wyłącznie na adres: reklamacje@ca-ubezpieczenia.pl;
 - 3) ustnie – pod numerem telefonu Ubezpieczyciela wskazanym w Polisie lub w innym oświadczeniu Ubezpieczyciela (o ile będzie z niego wyraźnie wynikało, że zastępuje podane w Polisie dane kontaktowe Ubezpieczyciela).
2. Złożona reklamacja, wraz z opisem przedmiotu reklamacji, powinna zawierać dane umożliwiające jednoznaczną identyfikację składającego reklamację oraz Umowy ubezpieczenia, której reklamacja dotyczy. W treści reklamacji należy podać imię i nazwisko oraz adres do korespondencji. W przypadku pisemnych reklamacji zgłoszonych do Ubezpieczyciela, pismo powinno być opatrzone podpisem składającego reklamację.
3. Odpowiedź na reklamację zostanie przekazana w formie papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, a za pośrednictwem poczty elektronicznej wyłącznie na wniosek składającego reklamację.
4. Reklamacje rozpatrywane są przez Ubezpieczyciela niezwłocznie po ich otrzymaniu, nie później jednak niż w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia ich otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, w razie braku możliwości rozpatrzenia reklamacji w powyższym terminie, składający reklamację zostanie poinformowany o przyczynie opóźnienia, okolicznościach uzasadniających opóźnienie wymagających jeszcze wyjaśnienia oraz o przewidywanej dacie uzyskania odpowiedzi. Łączny czas rozpatrzenia reklamacji nie może przekraczać 60 (sześćdziesięciu) dni od daty wpływu reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem. W przypadku niedotrzymania terminu rozpatrzenia reklamacji składanej przez osobę fizyczną uważa się ją za rozpatrzoną zgodnie z wolą składającego reklamację.
5. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
6. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub uprawniony z Umowy ubezpieczenia jest uprawniony do zwrócenia się o pomoc do Miejskich

i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz złożyć wnioski do Rzecznika Finansowego o rozpatrzenie sprawy lub o przeprowadzenie pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów.

§14 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane przez Strony i podmioty stosunku ubezpieczenia powstałego na podstawie umowy ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie.
2. Ubezpieczyciel, Ubezpieczający i Ubezpieczony są zobowiązani informować się wzajemnie o zmianie adresu.
3. Ubezpieczający i Ubezpieczony powinni informować Ubezpieczyciela o każdej zmianie swoich danych osobowych wskazanych w umowie ubezpieczenia za pośrednictwem Agenta lub bezpośrednio u Ubezpieczyciela.
4. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia zawartej zgodnie z niniejszymi OWU można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
5. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
6. Niniejsze OWU wchodzi w życie z dniem 22.02.2016 r. i obowiązują do umów ubezpieczenia zawartych od tej daty.

W imieniu Ubezpieczyciela:



Olivier Sperat- Czar
Wiceprezes Zarządu Credit Agricole TU S.A.



Andrzej Grzych
Członek Zarządu Credit Agricole TU S.A.

Załącznik do OWU NNW – Tabela uszczerbków na Zdrowiu

Zatwierdzona Uchwałą Zarządu Credit Agricole Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., nr 04/P/2015 z dnia 16.01.2015 r. mająca zastosowanie przy ustalaniu wysokości Trwałego uszczerbku na zdrowiu w ramach ubezpieczenia NNW.