

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA
„POMOC MEDYCZNA”
zatwierdzone Uchwałą Zarządu Credit Agricole Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
Nr 03/P/2016 z dnia 12.02.2016

Tabela informacyjna o najistotniejszych warunkach ubezpieczenia

Rodzaj informacji	Nr zapisu z Ogólnych Warunków Indywidualnego ubezpieczenia „Pomoc Medyczna”
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartość wykupu ubezpieczenia	§ 12 i § 13 Wartość wykupu: nie dotyczy
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 11
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)

Postanowienia Ogólne

§ 1

Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia assistance „**Pomoc Medyczna**” (dalej „**OWU**”) Credit Agricole Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą we Wrocławiu (dalej „**Ubezpieczyciel**”) zawiera umowy ubezpieczenia (dalej „**Umowa ubezpieczenia**”) z osobami fizycznymi (dalej „**Ubezpieczający**”), na podstawie których Ubezpieczony jest obejmowany ochroną ubezpieczeniową.

Definicje

§ 2

Ilekoć w niniejszych OWU, jak również w innych dokumentach sporządzanych w związku z zawieraniem lub wykonywaniem Umowy ubezpieczenia używa się następujących pojęć, oznaczają one w odpowiednim przypadku i liczbie:

- 1) **Agent** - Credit Agricole Bank Polska S.A. działający na rzecz i w imieniu Ubezpieczyciela;
- 2) **Assistance Medyczny** - świadczenia natychmiastowej pomocy objęte ochroną ubezpieczeniową zgodnie z niniejszymi OWU;
- 3) **Dziecko** - osoba pozostająca pod władzą rodzicielską Ubezpieczonego, na stałe z nim zamieszkująca, która w momencie zajścia zdarzenia Assistance Medycznego nie przekroczyła 15 roku życia;
- 4) **Miejsce zamieszkania (Miejsce ubezpieczenia)** - podany przez Ubezpieczonego adres jego zamieszkania, stałego zameldowania lub wskazany przez niego adres korespondencyjny, w zależności od tego, gdzie zostało zrealizowane po raz pierwszy Świadczenie assistance; za nowe Miejsce ubezpieczenia uznawany jest jeden z wyżej wymienionych adresów podany przez Ubezpieczonego po jego zmianie, która nastąpiła po dacie pierwszego Świadczenia assistance. Wskazanie Miejsca ubezpieczenia może być dokonane przez Ubezpieczonego pisemnie, telefonicznie lub za pośrednictwem każdego innego akceptowanego przez Ubezpieczyciela sposobu komunikacji (nośnika informacji) zapewniającego jednocześnie identyfikację osoby składającej to oświadczenie oraz daty złożenia oświadczenia;
- 5) **Nagle zachorowanie** - stan chorobowy powstały w sposób nagły, wymagający natychmiastowej pomocy medycznej;
- 6) **Nieszczęśliwy wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony niezależnie od swojej woli doznał fizycznych obrażeń ciała;
- 7) **Okres ubezpieczenia** - okres, w którym Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, na podstawie Umowy ubezpieczenia (rozpoczęcie ochrony następuje pod warunkiem zapłacenia składki lub jej pierwszej raty, w terminie wskazanym w Polisie);
- 8) **Osoba niesamodzielna** - osoba pozostająca pod opieką Ubezpieczonego, na stałe z nim zamieszkująca, niezdolna do samodzielnej egzystencji w wyniku uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu w następstwie choroby lub urazu, powodujących konieczność stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy osób trzecich w wykonaniu czynności dnia codziennego (odżywianie się, przemieszczanie się, pielęgnacja ciała itd.);
- 9) **Osoba starsza** - osoba pozostająca pod opieką Ubezpieczonego, na stałe z nim zamieszkująca, która w momencie zajścia zdarzenia Assistance Medycznego przekroczyła wiek 80 lat;
- 10) **Polisa** - wydawany przez Ubezpieczyciela dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia oraz warunki, na jakich została ona zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem;
- 11) **Sprzęt rehabilitacyjny** - niewielkich rozmiarów sprzęt pomocniczy umożliwiający przebieg prawidłowej rehabilitacji, bądź ułatwiający egzystencję pacjenta. Za sprzęt rehabilitacyjny uważa się: kule, wózki, laski ortopedyczne, kołnierze ortopedyczne, temblaki, protezy, stabilizatory, gorsety ortopedyczne, balkoniki, kliny i podpórki;
- 12) **Świadczenia assistance** - wymienione w OWU usługi polegające na organizacji lub organizacji i pokryciu kosztów świadczeń przez Ubezpieczyciela na rzecz Ubezpieczonego w przypadku Nagłego zachorowania, Nieszczęśliwego wypadku lub na życzenie Ubezpieczonego, w zakresie i w granicach limitów świadczeń przewidzianych w OWU;
- 13) **Ubezpieczający** - osoba fizyczna, która zawiera z Ubezpieczycielem Umowę ubezpieczenia na rzecz swoją lub na rachunek osób trzecich wskazanych jako Ubezpieczonych, zobowiązana do zapłaty składki;
- 14) **Ubezpieczony** - Ubezpieczający lub inna osoba fizyczna, wskazana

przez Ubezpieczającego, której udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa na podstawie Umowy ubezpieczenia, zgodnie z niniejszymi OWU;

- 15) **Ubezpieczyciel** - Credit Agricole Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą we Wrocławiu;
- 16) **Umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych OWU, za pośrednictwem Agenta.

Przedmiot i zakres ochrony

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest świadczenie na rzecz Ubezpieczonego świadczeń Assistance Medycznego określonych w § 6-10.
2. Wszystkie świadczenia realizowane są na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Zawarcie Umowy ubezpieczenia i Okres ubezpieczenia

§ 4

1. Ubezpieczający może zawrzeć Umowę ubezpieczenia na własny rachunek lub na cudzy rachunek.
2. 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.
3. Jeżeli Ubezpieczyciel, nie później niż miesiąc przed zakończeniem okresu, na który Umowa ubezpieczenia 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 przedłużonej Umowy ubezpieczenia, w terminie i wysokości analogicznych jak dla poprzedniej Umowy ubezpieczenia (tj. w takim samym dniu i miesiącu). Przedłużenie Umowy ubezpieczenia nie następuje, jeśli Ubezpieczający nie zapłacił w terminie składki lub którejkolwiek raty składki z tytułu Umowy ubezpieczenia.
4. Ubezpieczyciel potwierdza zawarcie Umowy ubezpieczenia wystawiając Polisę.
5. 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.
6. W tym samym czasie, na rachunek tego samego Ubezpieczonego, może zostać zawarta wyłącznie jedna Umowa ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWU.
7. Ubezpieczający ma prawo wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie, ze skutkiem na koniec dnia, w którym Ubezpieczający złożył oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia (liczy się data powiadomienia o wypowiedzeniu Agenta lub Ubezpieczyciela).
8. 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.
9. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia tej umowy (liczy się data powiadomienia o odstąpieniu Agenta lub Ubezpieczyciela).
10. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
11. 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 Umowy ubezpieczenia, zgodnie z ust. 7, lub
 - 3) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy

- ubezpieczenia, zgodnie z ust. 9, 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. 12, o ile Ubezpieczający nie dokonał zapłaty składki w ciągu 7 dni od dnia otrzymania wezwania do zapłaty lub
 - 5) z dniem doręczenia Ubezpieczającemu oświadczenia Ubezpieczyciela o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym, w przypadku, gdy Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem 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.
12. 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.

Składka ubezpieczeniowa

§ 5

1. Do zapłaty składki zobowiązany jest Ubezpieczający.

Limity Świadczeń assistance

§ 6

1. Poniższe tabele określają limity dla poszczególnych rodzajów Świadczeń assistance oraz maksymalną liczbę Świadczeń assistance w ciągu Okresu ubezpieczenia, o których mowa w ust. 2-4 (w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego).
2. W stosunku do jednego zdarzenia obowiązują następujące limity Świadczeń assistance:

Sytuacja, w jakiej przysługuje Świadczenie assistance	Świadczenie assistance	Limit na zdarzenie w Okresie ubezpieczenia
ASSISTANCE MEDYCZNY		
Nieszczęśliwy wypadek lub Nagłe zachorowanie Ubezpieczonego na terytorium Polski	Wizyta lekarza	Bez limitu
	Dostawa leków i sprzętu rehabilitacyjnego	Bez limitu
	Transport medyczny do szpitala	1000 PLN
	Transport medyczny ze szpitala do miejsca pobytu	1000 PLN
	Wizyta pielęgniarki	Bez limitu
	Pomoc pielęgniarska po hospitalizacji	48 h
	Opieka nad dziećmi, osobami starszymi i niesamodzielnymi	48 h
	Opieka nad zwierzętami domowymi (psami i kotami)	24 h
	Organizacja procesu rehabilitacji	Bez limitu
	Organizacja pomocy psychologa	Bez limitu
	Organizacja wizyty u lekarza specjalisty	Bez limitu
PAKIET JUNIOR ASSISTANCE Uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia Dziecka Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w miejscu pobytu lub w szkole	Wizyta lekarza (2 razy w Okresie ubezpieczenia)	Bez limitu
	Wizyta pielęgniarki (2 razy w Okresie ubezpieczenia)	Bez limitu
	Transport medyczny Dziecka Ubezpieczonego do szpitala	1000 PLN
	Transport medyczny dziecka Ubezpieczonego ze szpitala do miejsca pobytu	1000 PLN
	Opieka nad Dziećmi (2 razy w Okresie ubezpieczenia) lub	500 PLN
	Transport osoby wezwanej do opieki nad Dziećmi (2 razy w Okresie ubezpieczenia)	bilet PKP I klasa lub autobusowy
	Korepetycje dla Dziecka (2 razy w Okresie ubezpieczenia, jeśli nieobecność w szkole wynosi minimum 7 dni)	8h/max 400 PLN
Na życzenie Ubezpieczonego	Zakup leków dla Dziecka	200 PLN
	Serwis Tele-Maluch	Bez limitu
	Infolinia medyczna dla kobiet	Bez limitu
	Infolinia medyczna dla mężczyzn	Bez limitu
	Infolinia medyczna	Bez limitu

3. Jeżeli Ubezpieczony uległ Nieszczęśliwemu wypadkowi lub Nagłemu zachorowaniu i w związku z tym stan jego zdrowia wymaga udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej, Ubezpieczyciel, zapewnia organizację i pokrycie kosztów niżej wymienionych Świadczeń Assistance Medycznego do wysokości ustalonych w tabeli w ust. 2 limitów:
- 1) **wizyta lekarza** - organizacja i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub organizacja i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza do miejsca pobytu Ubezpieczonego, jeżeli z uwagi na jego stan zdrowia nie jest wymagana interwencja pogotowia ratunkowego;
 - 2) **wizyta pielęgniarki** - organizacja i pokrycie kosztów wizyty pielęgniarki (w celu wykonania prostych czynności pielęgniarskich, np. wykonanie zastrzyku, zmiana opatrunku) w miejscu pobytu Ubezpieczonego. O celowości wizyty pielęgniarki decyduje lekarz pierwszego kontaktu wysłany przez Ubezpieczyciela;
 - 3) **dostarczenie Ubezpieczonemu leków lub Sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca jego pobytu** - organizacja i pokrycie kosztów dostarczenia Ubezpieczonemu leków, środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza lub Sprzętu rehabilitacyjnego, w sytuacji, gdy Ubezpieczony powinien leżeć zgodnie z pisemnymi zaleceniami lekarza. Koszt lekarstw, środków opatrunkowych i Sprzętu rehabilitacyjnego w tym przypadku pokrywa Ubezpieczony;
 - 4) **transport medyczny Ubezpieczonego do szpitala** - organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego Ubezpieczonego do odpowiedniego szpitala, jeżeli według wiedzy medycznej, z uwagi na jego stan zdrowia nie jest wymagana interwencja pogotowia ratunkowego;
 - 5) **transport medyczny Ubezpieczonego ze szpitala do miejsca pobytu** - organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego Ubezpieczonego ze szpitala do miejsca pobytu w przypadku, gdy Ubezpieczony przebywał w szpitalu co najmniej 7 dni;
 - 6) **opieka pielęgniarska po hospitalizacji** - organizacja i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej (wykonanie zabiegów pielęgniarskich, przygotowanie posiłków) w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego po zakończeniu przynajmniej 7-dniowego pobytu w szpitalu Ubezpieczonego;
 - 7) **opieka nad Dziećmi, Osobami niesamodzielnymi, Osobami starszymi** - jeżeli Ubezpieczony jest hospitalizowany na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania, a pełni on rolę opiekuna Dziecka, Osoby niesamodzielnej lub Osoby starszej, Ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty (do wyboru):
 - a) opieki nad Dziećmi, Osobami niesamodzielnymi lub Osobami starszymi w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego do wysokości ustalonego limitu;
 - b) podróży w obydwie strony (bilet kolejowy pierwszej klasy lub autobusowy) dla osoby zamieszkałej na terytorium Polski i wyznaczonej przez Ubezpieczonego do opieki nad Dziećmi, Osobami niesamodzielnymi lub osobami starszymi do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego;
 - 8) **opieka nad zwierzętami domowymi** - jeżeli Ubezpieczony jest hospitalizowany na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania i brak jest osoby, która mogłaby zaopiekować się (karmienie, wyprowadzenie na spacer) pozostawionymi bez opieki zwierzętami domowymi (psami lub kotami), Ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty opieki nad ww. zwierzętami pozostawionymi w miejscu pobytu Ubezpieczonego. Usługa ta dotyczy wyłącznie psów i kotów domowych, z wyłączeniem psów uznanych za agresywne zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracyjnych z 28 kwietnia 2003r. (Dz. U. z 2003 r., Nr 77 poz. 687);
 - 9) **organizacja pomocy psychologa** - jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania konieczna jest pomoc psychologa dla Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel zorganizuje wizyty psychologa w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego lub w placówce medycznej. Koszt wizyt pokrywa Ubezpieczony;
 - 10) **organizacja procesu rehabilitacyjnego** - jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania Ubezpieczony zgodnie ze wskazaniem lekarza wymaga rehabilitacji w Miejscu zamieszkania lub stacjonarnej placówce świadczącej usługi rehabilitacyjne, Ubezpieczyciel zorganizuje wizyty specjalisty fizykoterapeuty w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego lub zorganizuje transport oraz wizyty w poradni rehabilitacyjnej. Koszt wizyt i transportu pokrywa Ubezpieczony;
 - 11) **organizacja wizyty u lekarza specjalisty** - jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania Ubezpieczony potrzebuje konsultacji lekarza specjalisty, Ubezpieczyciel, w uzgodnieniu z Ubezpieczonym, umówi wizytę u lekarza specjalisty. Koszt wizyty u lekarza specjalisty pokrywa Ubezpieczony.
4. Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w domu, miejscu pobytu lub w szkole Dziecko Ubezpieczonego potrzebuje udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrycie kosztów niżej wymienionych świadczeń Assistance Medycznego (Pakiet Junior Assistance) do wysokości ustalonych w tabeli limitów:
- 1) **wizyta lekarza** - organizacja i pokrycie kosztów konsultacji lekarskich w placówce medycznej lub organizacja i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza do miejsca pobytu lub szkoły Dziecka Ubezpieczonego, jeżeli według wiedzy medycznej, z uwagi na jego stan zdrowia nie jest wymagana interwencja pogotowia ratunkowego;
 - 2) **wizyta pielęgniarki** - organizacja i pokrycie kosztów wizyty pielęgniarki (w celu wykonania prostych czynności pielęgniarskich, np. wykonanie zastrzyku, zmiana opatrunku) w miejscu pobytu Ubezpieczonego;
 - 3) **transport medyczny Dziecka Ubezpieczonego do szpitala** - organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego dziecka Ubezpieczonego do odpowiedniego szpitala, jeżeli według wiedzy medycznej z uwagi na jego stan zdrowia nie jest wymagana interwencja pogotowia ratunkowego;
 - 4) **transport medyczny Dziecka Ubezpieczonego ze szpitala do miejsca pobytu** - organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego Dziecka Ubezpieczonego ze szpitala do Miejsca zamieszkania w przypadku, gdy Dziecko Ubezpieczonego przebywało w szpitalu co najmniej 7 dni;
 - 5) **opieka nad Dziećmi** - organizacja i pokrycie kosztów opieki nad Dzieckiem w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego po zakończeniu przynajmniej 7-dniowego pobytu w szpitalu Dziecka Ubezpieczonego do wysokości limitu określonego w tabeli powyżej;
 - 6) **transport osoby wezwanej do opieki na Dziećmi** - organizacja i pokrycie kosztów podróży w obie strony (bilet kolejowy pierwszej klasy lub autobusowy) dla osoby zamieszkałej na terytorium Polski i wyznaczonej przez Ubezpieczonego do opieki nad dziećmi do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, świadczenie przysługuje po zakończeniu przynajmniej 7-dniowego pobytu w szpitalu dziecka Ubezpieczonego do wysokości limitu określonego w tabeli powyżej;
 - 7) **korepetycje dla Dziecka** - organizacja i pokrycie kosztów korepetycji z wybranych przez Ubezpieczonego przedmiotów w miejscu pobytu do wysokości limitu określonego w tabeli powyżej, jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Dziecko Ubezpieczonego nie może uczęszczać na zajęcia lekcyjne do szkoły przez okres dłuższy niż 7 dni (konieczne potwierdzenie zwolnieniem lekarskim);
 - 8) **zakup leków dla dziecka** - jeżeli dziecko Ubezpieczonego doznało uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w miejscu pobytu lub w szkole, Ubezpieczyciel zorganizuje zakup lub zrefunduje koszty leków, które zostały przepisane dziecku Ubezpieczonego na receptę.

Infolinia medyczna

§ 7

Ubezpieczyciel zapewni Ubezpieczonemu możliwość rozmowy telefonicznej z lekarzem dyżurnym Ubezpieczyciela, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Informacje udzielone przez lekarza Ubezpieczyciela jako informacje udzielane telefonicznie nie mają charakteru diagnostycznego. Ponadto Ubezpieczyciel udostępni Ubezpieczonemu 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 Ubezpieczzonego,
4. Baza danych placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencyjności oraz kliniki Akademii Medycznych),
5. Baza danych placówek odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terenie kraju,
6. Baza danych placówek opieki społecznej,
7. Baza danych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
8. Informacja o działaniach, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, na przykład niezbędne szczepienia, specyfika danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia),
9. Informacja o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
10. Informacja medyczna o danym schorzeniu, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów),
11. Informacja farmaceutyczna o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) - w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
12. Informacje o zasadach zdrowego żywienia i dietach:
 - 1) bezglutenowej,
 - 2) bogatoreszkowej,
 - 3) cukrzycowej,
 - 4) ubogobiałkowej,
 - 5) bogatobiałkowej,
 - 6) niskocholesterolowej,
 - 7) niskokalorycznej,
 - 8) redukcyjnej,
 - 9) wątrobowej,
 - 10) wrzodowej,
13. Informacja o grupach wsparcia i telefonach zaufania w Polsce dla osób w trudnej sytuacji rodzinnej, samotnych matek, cierpiących na określone schorzenia lub dotkniętych:
 - 1) narkomanią,
 - 2) alkoholizmem,
 - 3) nikotynizmem,
 - 4) przemocą domową,
 - 5) chorobą nowotworową,
 - 6) cukrzycą,
 - 7) otyłością,
 - 8) anoreksją,
 - 9) bulimią,
 - 10) depresją,
14. Informacja o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,
15. Informacja o ciąży:
 - 1) objawy ciąży,
 - 2) badania,
 - 3) zagrożenia,
 - 4) przesady,
 - 5) dieta: przed, w trakcie ciąży i po porodzie,
 - 6) tabela dietetyczna,

16. Informacje dotyczące pielęgnacji niemowląt,
 17. Informacje o stanach wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy,
 18. Instrukcja przygotowania do zabiegów i badań medycznych:
 - 1) gastroscopia,
 - 2) kolonoskopia,
 - 3) koronografia,
 - 4) rezonans magnetyczny,
 - 5) ultrasonografia,
 - 6) wlew doodbytniczy,
 19. Informacja o profilaktyce zachorowań na grypę,
 20. Informacje dla osób starszych (placówki opieki społecznej, schorzenia wieku podeszłego, zasady zdrowego żywienia).
- Informacje, o których mowa powyżej nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.

Serwis Tele-Maluch

§ 8

1. Serwis informacyjny dla rodziców „Tele-Maluch” - na życzenie Ubezpiezonego Ubezpieczyciel przekaze następujące informacje:
 - 1) Informacje o szkołach rodzenia,
 - 2) Informacje o pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie,
 - 3) Informacje o pielęgnacji noworodka,
 - 4) Informacje o szczepieniach dzieci,
 - 5) Informacje o przedszkolach, szkołach i uczelniach na terenie kraju,
 - 6) Informacje o ośrodkach kolonijnych, schroniskach młodzieżowych, ośrodkach sportowo-rekreacyjnych na terenie kraju.
2. Informacje udzielone przez lekarza Ubezpieczyciela nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.

Infolinia medyczna dla kobiet

§ 9

1. Ubezpieczyciel udostępni Ubezpieczonemu następujące informacje:
 - 1) Profilaktyka kobiecych chorób nowotworowych - czynniki kancerogenne,
 - 2) Profilaktyka kobiecych chorób nowotworowych - baza placówek medycznych przeprowadzających badania, punktów szczepień, przychodni, szpitali onkologicznych, ginekologicznych, lekarzy onkologów, ginekologów,
 - 3) Badania dotyczące profilaktyki raka piersi (mammografia, USG piersi oraz BRCA 1) oraz raka szyjki macicy (cytologia oraz badanie na obecność wirusa HPV),
 - 4) Testy wykrywające predyspozycje do raka piersi i jajników, testy HPV, cytologia jednowarstwowa - informacja o możliwościach zakupu testu lub przeprowadzenia badania ambulatoryjnego,
 - 5) Informacje o akcjach bezpłatnych badań w profilaktyce nowotworowej (np. Różowa Wstążka),
 - 6) Informacja o badaniach kontrolnych dla kobiet w grupach wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
 - 7) Instrukcja samobadania piersi w warunkach domowych,
 - 8) Informacja o stronach internetowych zawierających aktualne informacje o genezie, przebiegu i profilaktyce chorób nowotworowych.
2. Informacje udzielone przez lekarza Ubezpieczyciela nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.

Infolinia medyczna dla mężczyzn

§ 10

1. Ubezpieczyciel udostępni Ubezpieczonemu następujące informacje:
 - 1) Choroby układu krążenia u mężczyzn - czynniki ryzyka, profilaktyka,
 - 2) Choroby nowotworowe u mężczyzn - czynniki ryzyka, profilaktyka,
 - 3) Choroby gruczołu krokowego - poradnictwo,
 - 4) Zagadnienia związane z andropauzą,
 - 5) Zagadnienia związane z zaburzeniami płodności u mężczyzn,
 - 6) Otyłość i poradnictwo związane z trybem życia stanowiącym czynnik ryzyka dla zdrowia,
 - 7) Poradnictwo związane z treningiem siłowym,

- 8) Poradnictwo u osób po przebytych urazach sportowych,
 - 9) Poradnictwo związane z leczeniem przepuklin pachwinowych i brzusznych,
 - 10) Informacja o badaniach kontrolnych dla mężczyzn w grupach wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
 - 11) Organizacja tzw. Drugiej Opinii Medycznej w placówce zagranicznej (koszty badania i organizacji pokrywa Ubezpieczony),
 - 12) Zagrożenia zdrowotne związane ze średnim wiekiem mężczyzn:
 - a) Bóle w klatce piersiowej,
 - b) Otyłość brzuszna,
 - c) Przewlekły kaszel,
 - d) Zaparcia i krew w stolcu,
 - e) Trudności w oddawaniu moczu,
 - f) Zaburzenia erekcji,
 - g) Zapominanie,
 - h) Depresja,
 - i) Bezsenność.Informacje obejmują przyczyny, zapobieganie, leczenie.
 - 13) Choroby układu kostnego m.in.:
 - a) Osteoporoza,
 - b) Artroza i choroby stawów,
 - c) Reumatyzm.Informacje obejmują przyczyny, zapobieganie, leczenie.
 - 14) Choroby skóry - rodzaje, przyczyny, zapobieganie, leczenie,
 - 15) Alergie - rodzaje, przyczyny, zapobieganie, leczenie,
 - 16) Choroby tarczycy - rodzaje, przyczyny, zapobieganie, leczenie,
 - 17) Choroby weneryczne - rodzaje, przyczyny, zapobieganie, leczenie,
 - 18) Choroby oczu - rodzaje, przyczyny, zapobieganie, leczenie.
2. Informacje udzielone przez lekarza Ubezpieczyciel nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności

§ 11

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje:
 - 1) świadczeń realizowanych poza terytorium Polski;
 - 2) kosztów świadczeń odpowiadających zakresem Świadczeniom assistance poniesionych samodzielnie przez Ubezpieczonego - jeżeli jednak skontaktowanie się z Ubezpieczycielem w celu skorzystania ze Świadczeń assistance było niemożliwe z powodu siły wyższej lub innych obiektywnych przyczyn, Ubezpieczyciel, na zasadach określonych w § 12, pokryje koszty w takiej wysokości, jakie poniosłoby Ubezpieczyciel w przypadku organizowania świadczeń Assistance Medycznego;
 - 3) kosztów leków (z zastrzeżeniem zapisów § 6 ust. 4 pkt 8), środków opatrunkowych;
 - 4) kosztów świadczeń, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego;
 - 5) sytuacji, w których według wskazań medycznych wymagana jest interwencja pogotowia ratunkowego, służb ratownictwa specjalistycznego (WOPR, GOPR, itp.).
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za nieudzielenie informacji lub niezorganizowanie Świadczeń assistance wynikających z OWU z powodu siły wyższej.

Refundacje

§ 12

1. W sytuacji opisanej w § 11 ust. 1 pkt 2) Ubezpieczyciel zapewni refundację kosztów poniesionych samodzielnie przez Ubezpieczonego do wysokości, w jakiej zostałyby one poniesione, gdyby dane Świadczenie assistance było realizowane bezpośrednio przez Ubezpieczyciela. W celu uzyskania refundacji Ubezpieczony powinien zgłosić roszczenie za pośrednictwem Ubezpieczyciela.
2. Zgłoszenie roszczenia o wypłatę refundacji (odszkodowania), o którym mowa w ust. 1 należy kierować do Ubezpieczyciela oraz powinno ono zawierać:
 - a) szczegółowy opis okoliczności zdarzenia oraz przyczyn nie skontaktowania się z Ubezpieczycielem,
 - b) dowody skorzystania ze świadczeń (np. dokumentacja z leczenia szpitalnego etc.),
 - c) faktury, rachunki, dowody wpłaty, które umożliwią określenie

- łącznych kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego.
3. Odszkodowanie, o którym mowa w ust. 1 wypłacane jest w ciągu 30 dni od daty otrzymania przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

Jeżeli odszkodowanie lub świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie:

- 1) osobę występującą z roszczeniem oraz
 - 2) 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. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
- W przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, zawiadomienie o wystąpieniu Wypadku ubezpieczeniowego może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z Umowy ubezpieczenia.
4. Udzielenie informacji niezgodnych z prawdą przez zgłaszającego roszczenie o wypłatę odszkodowania może być podstawą do odmowy jego wypłaty, jeżeli miało to wpływ na ustalenie okoliczności zdarzenia objętego ubezpieczeniem, odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub miało na celu wyłudzenie odszkodowania.

Tryb postępowania w razie zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem

§ 13

1. W razie wystąpienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem, Ubezpieczony powinien zapobiegać w miarę możliwości zwiększaniu się jego skutków.
2. Ponadto do obowiązków Ubezpieczonego należy:
 - 1) niezwłocznie, po zaistnieniu zdarzenia uprawnającego do skorzystania ze Świadczeń assistance wynikających z udzielonej ochrony ubezpieczeniowej, skontaktować się telefonicznie z Ubezpieczycielem za pośrednictwem Ubezpieczyciela, pod numerem telefonu podanym w Polisie i w pierwszej kolejności podać następujące dane:
 - a) nr Polisy,
 - b) PESEL, datę urodzenia, imię i nazwisko oraz adres Miejsca zamieszkania,
 - c) nr telefonu, pod którym możliwy jest kontakt z Ubezpieczonym,
 - d) krótki opis zaistniałego zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
 - e) inne informacje konieczne pracownikowi Ubezpieczyciela do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług;
 - 2) współdziałać z Ubezpieczycielem w zakresie niezbędnym do skorzystania ze Świadczeń assistance.
3. W przypadku naruszenia, z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa, obowiązku określonego w ust. 2 pkt 1), Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia.

Postanowienia końcowe

§ 14

1. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony w związku z Umową ubezpieczenia mogą być dokonywane na piśmie, o ile inaczej nie postanowiono w niniejszych OWU.
2. Ubezpieczyciel, Ubezpieczający i Ubezpieczony są zobowiązani informować się wzajemnie o zmianie adresu.
3. Ubezpieczający i Ubezpieczony są zobowiązani informować Ubezpieczyciela o zmianie Miejsca ubezpieczenia za pośrednictwem Agenta lub bezpośrednio u Ubezpieczyciela.
4. Ubezpieczający i Ubezpieczony powinni informować Ubezpieczyciela o każdej zmianie swoich danych osobowych wskazanych w Umowie ubezpieczenia za pośrednictwem Agenta lub bezpośrednio u Ubezpieczyciela.

§ 15


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:
 - a) 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
 - b) w formie elektronicznej za pośrednictwem poczty elektronicznej, wyłącznie na adres:
reklamacje@ca-ubezpieczenia.pl;
 - c) 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 spodziewanej dacie uzyskania odpowiedzi. Łączny czas rozpatrzenia reklamacji nie może przekraczać 60 (sześćdziesiąt) 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. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub uprawniony z Umowy ubezpieczenia jest uprawniony do zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz złożyć wniosek do Rzecznika Finansowego o rozpatrzenie sprawy lub o przepro-

wadzenie pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów.

§ 16

1. Powództwo o roszczenia wynikające z Umów ubezpieczenia zawartych zgodnie z OWU można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
2. 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.
3. OWU zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela nr 03/P/2016 i obowiązują od dnia 22.02.2016 r.

W imieniu Ubezpieczyciela:



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



Andrzej Grzych
Członek Zarządu Credit Agricole TU S.A.