CRÉDIT AGRICOLE UBEZPIECZENIA

Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Pakiet na Wypadki” (kod: PNWD-2016-v1)

zatwierdzone Uchwałą Zarządu Credit Agricole Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. nr 13/P/2016 z dnia 12.09.2016 r.

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	§ 5, § 11, § 12 Wartość wykupu: nie dotyczy
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5, § 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)

PNWD-2016-v1

Credit Agricole Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą we Wrocławiu, ul. Tęczowa 11 lok. 13, 53-601 Wrocław, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia - Fabrycznej we Wrocławiu, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000528682, NIP: 1010007027, Regon: 022525091.

CRÉDIT AGRICOLE UBEZPIECZENIA

Szanowni Państwo!
Z przyjemnością przedstawiamy Ogólne Warunki Ubezpieczenia ”Pakiet na Wypadki” (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

§1 POSTANOWIENIA OGÓLNE . . . 2
§2 DEFINICJE . . . 2
§3 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA . . . 3
§4 UMOWA UBEZPIECZENIA I OKRES UBEZPIECZENIA . . . 3
§5 SUMY UBEZPIECZENIA . . . 4
§6 ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW . . . 5
§7 ŚWIADCZENIA ASSISTANCE . . . 5
§8 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI . . . 7
§9 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO . . . 7
§10 SKŁADKA . . . 8
§11 ZASADY WYPŁATY ŚWIADCZEŃ Z TYTUŁU NW . . . 8
§12 ZASADY REALIZACJI ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE . . . 9
§13 REKLAMACJE . . . 9
§14 POSTANOWIENIA KOŃCOWE . . . 9
Załącznik do OWU NNW – Tabela uszczerbków na Zdrowiu . . . 10

§1 POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia ”Pakiet na Wypadki” (zwanych dalej: OWU), Credit Agricole Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. (zwane dalej: Ubezpieczycielem) zawiera umowy ubezpieczenia z osobami fizycznymi (zwanymi dalej: Ubezpieczającymi), na rachunek osób fizycznych (zwanych dalej: Ubezpieczonymi), w zakresie następstw nieszczęśliwych wypadków.
2. Niniejsze OWU mają również zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość z zachowaniem obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa.

§2 DEFINICJE

W rozumieniu OWU, polisy oraz innych pism i dokumentów związanych z ubezpieczeniem ”Pakiet na Wypadki” (dalej: **NNW**), poniższe określenia mają następujące znaczenie:
1. **Agent** – Credit Agricole Bank Polska S.A., z siedzibą we Wrocławiu, pl. Orląt Lwowskich 1, kod pocztowy: 53-601;
2. **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. W przypadku Dzieci w wieku 3 – 16 lat, za Całkowite i trwałe inwalidztwo uważa się orzeczoną niepełnosprawność fizyczną lub psychiczną o przewidywanym okresie trwania powyżej 12 miesięcy, z powodu uszkodzenia organizmu, wskutek Nieszczęśliwego wypadku, powodującą konieczność zapewnienia im całkowitej opieki lub pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przewyższający wsparcie potrzebne osobie w danym wieku, a w przypadku Dzieci powyżej 16. roku życia – orzeczoną zgodnie z przepisami prawa polskiego znaczną niepełnosprawność równą pierwszemu stopniowi inwalidztwa;
3. **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;
4. **Dziecko** – osoba, która w momencie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej ukończy 3 lata i nie ukończy 18. lat (ukończenie 18. lat liczy się od dnia 18. urodzin);
5. **Hospitalizacja** - pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu bezpośrednio na skutek Nieszczęśliwego wypadku, przekraczający 24 godziny;
6. **Miejsce zamieszkania** - adres faktycznego pobytu Ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wskazany w Polisie;
7. **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;

> **Ochroną są objęte nieszczęśliwe wypadki, które zdarzyły się w dowolnym miejscu na świecie.**

8. **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);
9. **Polisa** - dokument wystawiany przez Ubezpieczyciela Ubezpieczającemu, potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
10. **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 chorym 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;
11. **Świadczenia Assistance** - świadczenia natyc miastowej pomocy udzielane Ubezpieczonemu na zasadach określonych w OWU, gdy ulegnie on Nieszczęśliwemu wypadkowi. Zakres Świadczeń Assistance jest szczegółowo uregulowany w §7.
12. **Trwały uszczerbek na zdrowiu** - zaburzenie czynności organu, narządu

PNWD-2016-v1

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 „Pakiet na Wypadki", 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 „Pakiet na Wypadki";

13. **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;

14. **Ubezpieczony** - osoba fizyczna, na rachunek której została zawarta umowa ubezpieczenia, w tym Dziecko;

15. **Ubezpieczyciel** - podmiot udzielający ochrony ubezpieczeniowej, czyli Credit Agricole Towarzystwo Ubezpieczeń S.A, z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Tęczowej 11, lok. 13, wpisany do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia - Fabrycznej we Wrocławiu, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000528682, działający na podstawie zezwolenia Komisji Nadzoru Finansowego;

16. **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. 15;

17. **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, rzepki;

Kategoria C: pozostałe złamania kości, niewymienione w kategorii A ani kategorii B.

Ochroną są objęte złamania wszystkich kości.

§3 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

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 **wariancie 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 **wariancie 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 w przypadku hospitalizacji,
         - pomoc psychologa lub pomoc domową w przypadku hospitalizacji.
   3) w **wariancie Szkolnym**:
      a) Trwały uszczerbek na zdrowiu,
      b) Złamania kości,
      c) Całkowite i trwałe inwalidztwo,
      d) Świadczenia Assistance obejmujące:
         - wizytę lekarza,
         - wizytę pielęgniarki,
         - zakup i dostarczenie sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego,
         - rehabilitację w przypadku hospitalizacji,
         - korepetycje,
         - infolinię medyczną.

Warianty Podstawowy i Rozszerzony są przeznaczone dla osób pełnoletnich. Wariant Szkolny to ubezpieczenie dla dzieci.

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

1. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na własny rachunek lub na cudzy rachunek.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w wariancie Podstawowym, Rozszerzonym lub Szkolnym.
3. Umowa ubezpieczenia w wariancie Podstawowym lub Rozszerzonym może zostać zawarta na rachunek osoby fizycznej, która ukończyła 18 lat, lecz nie ukończyła 70 lat (ukończenie 18 lub 70 lat liczy się od dnia odpowiednio 18. lub 70. urodzin).
4. Umowa ubezpieczenia w wariancie Szkolnym może zostać zawarta na rachunek Dziecka.
5. Zawarcie umowy ubezpieczenia następuje na podstawie podanych przez Ubezpieczającego informacji skierowanych do Ubezpieczyciela pisemnie we wniosku złożonym w placówkach Agenta, ustnie - za pośrednictwem telefonu lub za pomocą innych środków porozumiewania się na odległość, pod warunkiem, że te środki zapewniają jednoznaczną identyfikację osoby składającej wniosek oraz oznaczenie dnia złożenia ww. wniosku.
6. Ubezpieczający dokonuje wyboru wariantu ubezpieczenia przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Wybrany wariant ubezpieczenia jest potwierdzony na Polisie.
7. W przypadku, gdy jest więcej niż 1 dorosły Ubezpieczony w ramach jednej polisy, wszyscy dorośli Ubezpieczeni mają ten sam wariant ubezpieczenia – Podstawowy lub Rozszerzony. Dorosła osoba nie może zostać objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach wariantu Szkolnego. Dzieci mogą zostać objęte ochroną ubezpieczeniową wyłącznie w ramach wariantu Szkolnego.
8. Ubezpieczający może zmienić wariant ubezpieczenia dla dorosłych Ubezpieczonych w dowolnym czasie. Zmiany wariantu ubezpieczenia można dokonać w placówkach agenta, pisemnie lub telefonicznie.
9. 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.
10. 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.
11. 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,

Credit Agricole Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą we Wrocławiu, ul. Tęczowa 11 lok. 13, 53-601 Wrocław, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia - Fabrycznej we Wrocławiu, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000528682, NIP: 1010007027, Regon: 022525091.

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 70 lat (jeśli dzień 70. urodzin Ubezpieczonego nastąpił przed lub w dniu przedłużenia ubezpieczenia), a w przypadku, gdy Ubezpieczonym jest Dziecko – jeśli ubezpieczone Dziecko ukończyło 18 lat (jeśli dzień 18. urodzin Dziecka nastąpił przed lub w dniu przedłużenia ubezpieczenia).

W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny okres, ochrona ubezpieczeniowa w ramach przedłużonej umowy rozpoczyna się następnego dnia po ostatnim dniu dotychczasowej ochrony.

12. Ubezpieczyciel potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia wystawiając Polisę.
13. 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.
14. W tym samym czasie, na rachunek tego samego Ubezpieczonego, może zostać zawarta wyłącznie jedna umowa ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWU.
15. 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).
16. 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.
17. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia, przy czym w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość ma prawo odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia lub od dnia otrzymania potwierdzenia informacji dotyczących zawartej Umowy ubezpieczenia, jeśli jest to termin późniejszy. Za datę odstąpienia od umowy ubezpieczenia uważa się datę otrzymania przez Ubezpieczyciela (lub Agenta) pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia, a w przypadku wysyłki odstąpienia od umowy ubezpieczenia do Ubezpieczyciela lub Agenta pocztą, termin odstąpienia uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane. W takim przypadku decyduje data stempla pocztowego. Odstąpienie od umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
18. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu i Okres ubezpieczenia kończy się dla wszystkich Ubezpieczonych wymienionych na danej Polisie z upływem najwcześniejszej z poniższych dat:

1) z dniem zgonu Ubezpieczonego lub
2) z dniem złożenia wypowiedzenia, zgodnie z ust.15, lub
3) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia, zgodnie z ust. 17, 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. 19, o ile Ubezpieczający nie dokonał zapłaty składki w ciągu 7 dni od dnia otrzymania wezwania do zapłaty lub
5) z ostatnim dniem Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony ukończył 70 lat, a w przypadku, gdy Ubezpieczonym jest Dziecko – z ostatnim dniem Okresu ubezpieczenia, w którym Dziecko ukończyło 18 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.

19. 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.

"Kiedy dziecko ukończy 18 lat, może zawrzeć nową umowę w Wariancie Podstawowym lub Rozszerzonym."

§5 SUMY UBEZPIECZENIA

1. Sumy ubezpieczenia, podane w Tabeli nr 1 poniżej, stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe w Okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. W wariancie Szkolnym, w przypadku świadczeń z tytułu złamań, świadczenie przysługuje ubezpieczonemu Dziecku jeden raz w danym Okresie ubezpieczenia, z każdej kategorii złamań.
3. 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	Wariant Szkolny
Uszczerbek na zdrowiu (maksymalna suma ubezpieczenia za 100% uszczerbku)		25 000 zł	50 000 zł	25 000 zł
Złamania kości	Złamania kategorii A	1 000 zł	2 000 zł	500 zł
	Złamania kategorii B	500 zł	1 000 zł	250 zł
	Złamania kategorii C	250 zł	500 zł	125 zł
Całkowite i trwałe inwalidztwo		25 000 zł	50 000 zł	25 000 zł

Tabela nr 2 - Limity Świadczeń Assistance dla Wariantu Podstawowego i Rozszerzonego

Świadczenia Assistance	Limit w Okresie ubezpieczenia – Wariant Podstawowy	Wariant Rozszerzony
Rehabilitacja w przypadku hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku	brak	3 000 zł
Zakup i dostarczenie sprzętu ortopedycznego przepisanego 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

PNWD-2016-v1

Tabela nr 3 - Limity Świadczeń Assistance dla Wariantu Szkolnego	Limit w Okresie ubezpieczenia
Świadczenia Assistance	**Wariant Szkolny**
Wizyta lekarza pierwszego kontaktu	500 zł (1 Świadczenie Assistance w Okresie ubezpieczenia)
Wizyta pielęgniarki	400 zł (1 Świadczenie Assistance w Okresie ubezpieczenia)
Zakup i dostarczenie sprzętu ortopedycznego przepisanego przez lekarza lub protez, w przypadku hospitalizacji Dziecka na skutek nieszczęśliwego wypadku lub gdy po złamaniu sprzęt został przepisany przez lekarza)	1 000 zł (1 Świadczenie Assistance w Okresie ubezpieczenia)
Rehabilitacja w przypadku hospitalizacji Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku	1 000 zł (1 Świadczenie Assistance w Okresie ubezpieczenia)
Korepetycje	5 godzin (1 Świadczenie Assistance w Okresie ubezpieczenia)
Na życzenie: infolinia medyczna	Bez limitów

4. 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.
5. 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

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 wariancie Podstawowym: 250 zł za każdy 1% Trwałego uszczerbku na zdrowiu, określonego w Tabeli uszczerbków na zdrowiu stanowiącej Załącznik nr 1 do OWU,
      b) w wariancie Rozszerzonym: 500 zł za każdy 1% Trwałego uszczerbku na zdrowiu, określonego w Tabeli uszczerbków na zdrowiu stanowiącej Załącznik nr 1 do OWU,
      c) w wariancie Szkolnym: 250 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, we wszystkich wariantach ubezpieczenia, ustalana jest po zakończeniu leczenia i procesu rehabilitacyjnego, na podstawie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego oraz Tabeli uszczerbków do niniejszego ubezpieczenia 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). 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, z zastrzeżeniem ust. 2;
   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, z zastrzeżeniem ust. 2;
   3) z tytułu **Całkowitego i trwałego inwalidztwa** - sumy ubezpieczenia na dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z Tabelą nr 1.

> **Pamiętaj, że odszkodowanie zostanie wypłacone za wszystkie złamania kości oraz za uszczerbki powyżej 7%, zgodnie z Tabelą uszczerbków.**

2. W przypadku Złamania kości powodującego Trwały uszczerbek na zdrowiu, Ubezpieczonemu przysługuje jedno - większe – świadczenie: z tytułu Złamania kości albo z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
3. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w złotych polskich.

§7 ŚWIADCZENIA ASSISTANCE

> **Świadczenia Assistance organizowane są tylko i wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.**

1. **Druga opinia lekarska** - opinia lekarza praktykującego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, będącego specjalistą w danej dziedzinie. W sytuacji, gdy wskutek 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 lekarską 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. Świadczenie dostępne jest w wariancie Podstawowym i Rozszerzonym ubezpieczenia.
2. **Infolinia medyczna** - Centrum pomocy, w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu lub opiekunowi ubezpieczonego Dziecka, 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;

Credit Agricole Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą we Wrocławiu, ul. Tęczowa 11 lok. 13, 53-601 Wrocław, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia - Fabrycznej we Wrocławiu, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000528682, NIP: 1010007027, Regon: 022525091.

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, działanie 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.

3. 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.

Jeżeli Twoje dziecko będzie nieobecne w szkole z powodu nieszczęśliwego wypadku, może liczyć na pomoc w nadrobieniu zaległości w nauce.

4. **Korepetycje** - jeżeli ubezpieczone Dziecko uległo Nieszczęśliwemu wypadkowi, w wyniku którego nie może uczęszczać na zajęcia lekcyjne, nieprzerwanie przez okres co najmniej 7 dni i jest to udokumentowane zaświadczeniem lekarskim, Centrum pomocy organizuje i pokrywa koszty indywidualnych korepetycji z wybranych przez opiekuna prawnego Dziecka przedmiotów, wchodzących w zakres programowy realizowany w szkole do 5 godzin lekcyjnych w odniesieniu do wszystkich zdarzeń w Okresie ubezpieczenia. Korepetycje udzielane są w miejscu pobytu Dziecka. Świadczenie może zostać udzielone 1 raz w Okresie ubezpieczenia. Świadczenie dostępne jest wyłącznie w wariancie Szkolnym ubezpieczenia;

Tylko w wariancie Rozszerzonym możesz skorzystać z pomocy domowej, która po wypadku pomoże Ci w obowiązkach domowych.

5. **Pomoc domowa** - 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 zakres 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. Świadczenie dostępne jest wyłącznie w wariancie Rozszerzonym ubezpieczenia.

6. **Pomoc psychologa** - 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). Świadczenie dostępne jest wyłącznie w wariancie Rozszerzonym ubezpieczenia.

7. **Rehabilitacja** - 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 zorganizuje 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). W przypadku wariantu Szkolnego, świadczenie udzielane jest maksymalnie 1 raz w Okresie ubezpieczenia;

8. **Telefoniczna konsultacja lekarska** - Centrum pomocy zapewni Ubezpieczonemu możliwość **rozmowy 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.

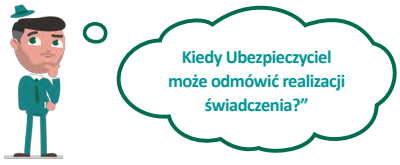
Świadczenie dostępne jest w wariancie Podstawowym i Rozszerzonym ubezpieczenia.

9. **Wizyta lekarza pierwszego kontaktu** - w przypadku Nieszczęśliwego wypadku ubezpieczonego Dziecka, Centrum pomocy organizuje i pokrywa koszty dojazdu oraz honorarium lekarza za wizytę w miejscu pobytu ubezpieczonego Dziecka. Świadczenie udzielane jest maksymalnie 1 raz w Okresie ubezpieczenia. Świadczenie dostępne jest wyłącznie w wariancie

PNWD-2016-v1

Szkolnym ubezpieczenia;
10. **Wizyta pielęgniarki** - Centrum pomocy, organizuje i pokrywa koszty wizyty pielęgniarki (w celu wykonania prostych czynności pielęgniarskich np. wykonanie zastrzyku, zmiana opatrunku) w miejscu pobytu ubezpieczonego Dziecka, w związku z uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia Dziecka, powstałym w wyniku Nieszczęśliwego wypadku. Świadczenie udzielane jest maksymalnie 1 raz w Okresie ubezpieczenia. Świadczenie dostępne jest wyłącznie w wariancie Szkolnym ubezpieczenia;
11. **Zakup sprzętu ortopedycznego** - 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 zakupu 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. W przypadku wariantu Szkolnego, świadczenie udzielane jest maksymalnie 1 raz w Okresie ubezpieczenia;
12. Świadczenia Assistance organizowane są tylko i wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

§8 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI



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) pozostawania 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 wyczynowych 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 inżynieryjnej,
   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),
   16) jazdy rowerem po drogach publicznych przez Ubezpieczonego w wieku do 10 lat, bez opieki osoby pełnoletniej.
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. **W zakresie ryzyka Całkowitego i trwałego inwalidztwa**, ochroną ubezpieczeniowa nie jest objęta niepełnosprawność wynikła z wad wrodzonych lub chorób niebędących następstwem Nieszczęśliwego wypadku
4. Ubezpieczenie nie obejmuje pobytów w Szpitalu z powodu choroby, ciąży.
5. Ubezpieczenie nie obejmuje powikłań ciąży niebędących następstwem Nieszczęśliwego wypadku.
6. 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

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do podania Ubezpieczycielowi wszystkich znanych sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał we wniosku o zawarcie 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 ciążą również na Ubezpieczonym, jeśli wie o zawarciu umowy na jego rachunek.
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,

Credit Agricole Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą we Wrocławiu, ul. Tęczowa 11 lok. 13, 53-601 Wrocław, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia - Fabrycznej we Wrocławiu, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000528682, NIP: 1010007027, Regon: 022525091.

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

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, o ile występują.
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, w tym wariantu ubezpieczenia.

§11 ZASADY WYPŁATY ŚWIADCZEŃ Z TYTUŁU NW

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 (zawiadomienie o wypadku może zgłosić również opiekun prawny Dziecka), w terminie 14 dni od daty zaistnienia Nieszczęśliwego wypadku, a jeżeli nie jest to możliwe, to w terminie 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/opiekunem prawnym,
      d) krótki opis zdarzenia,
   3) stosować się do zaleceń Ubezpieczyciela, udzielając niezbędnych informacji.
2. Ubezpieczony lub opiekun prawny Ubezpieczonego 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,
      h) w przypadku Dziecka – skrócony akt urodzenia oraz kopię dowodu osobistego osoby zgłaszającej roszczenie i dokument potwierdzający, że osoba ta jest opiekunem prawnym Dziecka (w przypadku rodziców takim dokumentem może być skrócony akt urodzenia dziecka, na którym wpisana jest jako rodzic osoba zgłaszająca roszczenie),
   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 dorosłego Ubezpieczonego orzeczenia lekarza orzecznika ZUS stwierdzającego całkowitą niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub niezdolność do samodzielnej egzystencji na łączny i nieprzerwany okres co najmniej 24 miesięcy, 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. W przypadku dostarczenia przez opiekuna Dziecka w wieku od 3 do 16 lat, orzeczenia o niepełnosprawności wskutek Nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy ubezpieczenia (a dla Dzieci powyżej 16. roku życia orzeczenia o znacznej niepełnosprawności) wydanego przez instytucję uprawnioną zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego do orzekania o niepełnosprawności dla celów pozarentowych, Ubezpieczyciel uzna je za wystarczającą podstawę wypłaty świadczenia z tytułu Całkowitego i trwałego inwalidztwa ubezpieczonego Dziecka wskutek Nieszczęśliwego wypadku, bez potrzeby gromadzenia dalszej dokumentacji.
7. Zapisy ust. 6 stosuje się odpowiednio w stosunku do niepełnosprawności Dziecka, orzeczonej na okres powyżej 12 miesięcy.
8. 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 dorosłego 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.
9. 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.
10. 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.
11. Świadczenia pieniężne, wypłacane na podstawie umowy ubezpieczenia, zostaną wypłacone w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 12. Świadczenia Assistance są realizowane zgodnie z § 12.
12. Gdyby w terminie, o którym mowa w ust. 11 powyżej, wyjaśnienie 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. 11.
13. 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.

PNWD-2016-v1

14. 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.
15. Ubezpieczyciel udostępnia 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.
16. Informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 15, Ubezpieczyciel udostępnia, na żądanie, w postaci elektronicznej.
17. Sposób:
1) udostępniania informacji i dokumentów, o których mowa w ust. 15,
2) zapewniania możliwości pisemnego potwierdzania udostępnianych zgodnie z ust. 15 informacji,
3) zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem zgodnie z ust. 15,
4) nie może wiązać się z nadmiernymi utrudnieniami dla osób, o których mowa w ust. 15.

18. Koszty sporządzenia kserokopii oraz udostępniania informacji i dokumentów w postaci elektronicznej, ponoszone przez osoby, o których mowa w ust. 15, nie mogą odbiegać od przyjętych w obrocie zwykłych kosztów wykonywania tego rodzaju usług.
19. Ubezpieczyciel przechowuje informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 15, do czasu upływu terminu przedawnienia roszczeń z Umowy ubezpieczenia.
20. 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.
21. Wypłata świadczeń z niniejszego ubezpieczenia „Pakiet na Wypadki" podlega przepisom regulującym opodatkowanie osób fizycznych lub prawnych obowiązującym na dzień wypłaty świadczenia.
22. 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

Pamiętaj, aby niezwłocznie powiadomić Ubezpieczyciela o wypadku.

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.
3. Świadczenia Assistance udzielane są na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

§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. Orląt 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 wniosek 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

PNWD-2016-v1

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 wchodzą w życie z dniem 19.09.2016 r. i obowiązują do umów ubezpieczenia zawartych od tej daty.

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

Andrzej Grzych
Członek Zarządu Credit Agricole TU S.A.

Załącznik do OWU „Pakiet na Wypadki" – 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 „Pakiet na Wypadki".

Ubezpiecz się na wszelki wypadek.

PNWD-2016-v1