

WARUNKI UBEZPIECZENIA PAKIET „POMOC MEDYCZNA”

DEFINICJE

§ 1

Poniższe określenia mają następujące znaczenie:

- 1) **„Centrum Pomocy” – Europ Assistance Polska Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**, wyłącznie uprawniona, na podstawie odrębnych umów do organizacji i wykonywania w imieniu TU Europa S.A., w zakresie dozwolonym prawem świadczeń wynikających z Warunków ubezpieczenia,
- 2) **„Choroba przewlekła”** – stan chorobowy, którego pierwsze objawy fizyczne lub rozpoznanie na podstawie odchyleń w badaniach dodatkowych miały miejsce przed rozpoczęciem Ochrony ubezpieczeniowej i które nawróciły, trwały nadal, zaostrzyły się lub dawały powikłania w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej,
- 3) **„Deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia” (dalej: Deklaracja Przystąpienia)** – oświadczenie woli Klienta Credit Agricole Banku Polska SA, mocą którego wyraża on zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową na podstawie UMOWY, złożone w formie pisemnej lub ustnej za pośrednictwem serwisu telefonicznego CA 24,
- 4) **„Dziecko”** – osoba pozostająca pod władzą rodzicielską Ubezpieczonego, na stałe z nim zamieszkująca, która w momencie zajścia zdarzenia assistance nie przekroczyła 15 roku życia,
- 5) **„Dzień rozliczeniowy rachunku”** – wskazany Ubezpieczającemu przez Ubezpieczonego dzień, w którym w danym miesiącu kalendarzowym pobierane będą z jego rachunku należne Ubezpieczającemu opłaty i prowizje; przy czym dzień ten na wniosek Ubezpieczonego skierowany do Ubezpieczającego może ulegać zmianie w dowolnym czasie trwania umowy określonej usługi bankowej,
- 6) **„Nagle zachorowanie”** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, wymagający natychmiastowej pomocy medycznej,
- 7) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony niezależnie od swojej woli doznał fizycznych obrażeń ciała,
- 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 dalszej stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy osób ~~drugich~~ 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 przekroczyła wiek 80 lat,
- 10) **„Rok ubezpieczeniowy”** – 12 następujących po sobie kolejno okresów odpowiedzialności, za które została opłacona w pełnej wysokości składka; pierwszy Rok ubezpieczeniowy rozpoczyna się w pierwszym dniu odpowiedzialności TU Europa S.A.,
- 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, ortozy, stabilizatory, gorsety ortopedyczne, balkoniki, kliny, podpórki,
- 12) **„Ubezpieczający”** - Credit Agricole Bank Polska S.A. (dalej: Credit Agricole Bank),
- 13) **„Ubezpieczony”** – podmiot, będący klientem Ubezpieczającego, któremu udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa; Ubezpieczonymi mogą być jedynie podmioty

Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A.

Sąd Rejonowy dla Wrocławia Fabryczna we Wrocławiu, KRS 0000002736, NIP 895 10 07 276,
Kapitał zakładowy zarejestrowany i opłacony 37 800 000 zł

korzystające ze wskazanych przez Ubezpieczającego usług bankowych. W przypadku, gdy z charakteru danej usługi bankowej wynika, że na równych prawach w ramach jednej umowy o jej realizację usługa ta może być oferowana równocześnie dwóm podmiotom (np.: rachunek wspólny), to świadczenia przysługują niezależnie obu tym podmiotom,

- 14) „**Ubezpieczyciel**” – Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A.
- 15) „**UMOWA**” – „**Umowagrupowego ubezpieczenia klientów Credit Agricole Banku na wypadek konieczności udzielenia pomocy medycznej**” zawarta pomiędzy Credit Agricole Bank i TU Europa S.A.,
- 16) „**Usługa bankowa**” – oferowane przez Ubezpieczającego usługi polegające na prowadzeniu rachunków, wydawaniu kart płatniczych, przyjmowaniu depozytów, udzielaniu kredytów lub pożyczek,

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia są realizowane na rzecz Ubezpieczonego świadczenia Assistance o charakterze medycznym określone w ust 2 oraz § 3-6.
2. Jeżeli Ubezpieczony uległ Niez szczęśliwemu wypadkowi lub Nagłemu zachorowaniu i w związku z tym stan jego zdrowia wymaga udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej, TU Europa S.A. za pośrednictwem Centrum Pomocy, zapewnia organizację i pokrycie kosztów niżej wymienionych świadczeń Assistance Medycznego do wysokości ustalonych w §7 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 zamieszkania Ubezpieczonego. O celowości wizyty pielęgniarki decyduje lekarz pierwszego kontaktu wysłany przez Centrum Pomocy lub lekarz Centrum Pomocy,
 - 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 dokumentem zwolnienia lekarskiego. Koszt lekarstw, środków opatrunkowych i sprzętu rehabilitacyjnego pokrywa Ubezpieczony.
 - 4) **transport medyczny Ubezpieczonego do szpitala** – organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego Ubezpieczonego do odpowiedniego szpitala, jeżeli 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 i z uwagi na jego stan zdrowia nie jest wymagana interwencja pogotowia ratunkowego,
 - 6) **pomoc 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 starszymi, niesamodzielnymi** – jeżeli Ubezpieczony jest hospitalizowany na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania i jeżeli pełni on rolę opiekuna Dziecka, Osoby niesamodzielną lub Osoby starszej, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty (do wyboru):
- a) opieki nad Osobami starszymi, niesamodzielnymi i Dziećmi 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 osobami starszymi, niesamodzielnymi i dziećmi 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 pozostawionymi bez opieki zwierzętami domowymi – psami lub kotami, Centrum Pomocy 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. Nr 77 poz. 687),
- 9) **organizacja pomocy psychologa** – jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania konieczna jest pomoc psychologa dla Ubezpieczonego, Centrum Pomocy zorganizuje wizyty lekarza specjalisty 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 Centrum Pomocy wymaga rehabilitacji w miejscu zamieszkania lub stacjonarnej placówce świadczącej usługi rehabilitacyjne, Centrum Pomocy zorganizuje wizyty specjalisty fizyioterapeuty 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 pomocy specjalistycznej Centrum Pomocy, w uzgodnieniu z Ubezpieczonym, umówi wizytę u lekarza specjalisty. Koszt wizyty lekarza specjalisty pokrywa Ubezpieczony.
3. Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku w domu lub w szkole Dziecko Ubezpieczonego potrzebuje udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej, TU Europa SA za pośrednictwem Centrum Pomocy zapewnia organizację i pokrycie kosztów niżej wymienionych świadczeń Assistance Medycznego (Pakiet Junior Assistance) do wysokości ustalonych w § 7 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 dziecka 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 zamieszkania Ubezpieczonego. O celowości wizyty pielęgniarki decyduje lekarz pierwszego kontaktu wysłany przez Centrum Pomocy lub lekarz Centrum Pomocy, po konsultacji z Ubezpieczonym,
 - 3) **transport medyczny Dziecka Ubezpieczonego do szpitala** – organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego dziecka Ubezpieczonego do

odpowiedniego szpitala, jeżeli 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 pobytu w przypadku, gdy Dziecko Ubezpieczonego przebywało w szpitalu co najmniej 7 dni i z uwagi na jego stan zdrowia nie jest wymagana interwencja pogotowia ratunkowego,
 - 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 ustalonego limitu,
 - 6) **transport osoby wezwanej do opieki na Dziećmi** – organizacja i pokrycie kosztów podróży w obydwie 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 ustalonego limitu,
 - 7) **korepetycje dla Dziecka** - organizacja i pokrycie kosztów korepetycji z wybranych przez Ubezpieczonego przedmiotów w miejscu zamieszkania do wysokości ustalonego limitu, 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).
4. Decyzja o zasadności świadczeń wymienionych w ust 2-3 podejmowana jest przez lekarza Centrum Pomocy, na podstawie konsultacji z Ubezpieczonym.
 5. Wszystkie świadczenia realizowane są na terenie Polski .

INFOLINIA MEDYCZNA

§3

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 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 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 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) bogatoresztkowej
 - 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 dla młodych matek dotyczące pielęgnacji niemowląt,
17. Informacje o stanach wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy,
18. Instrukcja przygotowania do zabiegów i badań medycznych:
 - 1) gastroskopia
 - 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 i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec uprawnionego lekarza i Centrum Pomocy.

SERWIS TELE-MALUCH

§ 4

1. Serwis informacyjny dla rodziców „Tele-Maluch” – na życzenie Ubezpieczonego lub współubezpieczonego Centrum Pomocy przekazuje 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 Centrum Pomocy nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec uprawnionego lekarza i Centrum Pomocy.

INFOLINIA MEDYCZNA DLA KOBIET

§ 5

1. Centrum Pomocy 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) Organizacja badań 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 Centrum Pomocy nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec uprawnionego lekarza i Centrum Pomocy.

INFOLINIA MEDYCZNA DLA MĘŻCZYŹN

Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A.

Sąd Rejonowy dla Wrocławia Fabryczna we Wrocławiu, KRS 0000002736, NIP 895 10 07 276,
Kapitał zakładowy zarejestrowany i opłacony 37 800 000 zł

§ 6

1. Centrum Pomocy 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 Centrum Pomocy nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec uprawnionego lekarza i Centrum Pomocy.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 7

1. Poniższe tabele określają Sumy ubezpieczenia dla poszczególnych rodzajów Usług Assistance oraz maksymalną ilość interwencji w ciągu 12-miesięcznych okresów ubezpieczeniowych, o których mowa w ust. 2 - 3(w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego).

2. Sumy ubezpieczenia stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do jednego zdarzenia (limity brutto).

SYTUACJA W JAKIEJ PRZYŚLUGUJE ŚWIADCZENIE	ŚWIADCZENIE ASSISTANCE	LIMIT NA ZDARZENIE
MEDICAL ASSISTANCE		
Uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz nagłego zachorowania 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 NW w domu lub w szkole	Wizyta lekarza (2 razy w roku ubezpieczeniowym)	Bez limitu
	Wizyta pielęgniarki (2 razy w roku ubezpieczeniowym)	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 roku ubezpieczeniowym) lub	500 PLN
	Transport osoby wezwanej do opieki nad dziećmi (2 razy w roku ubezpieczeniowym)	bilet PKP I klasa lub autobusowy
	Korepetycje dla dziecka (2 razy w roku ubezpieczeniowym, jeśli nieobecność w szkole wynosi minimum 7 dni)	8h/ max 400 PLN
Na życzenie Ubezpieczonego	Serwis Tele-Maluch	Bez limitu
	Infolinia medyczna dla kobiet	Bez limitu
	Infolinia medyczna dla mężczyzn	Bez limitu
	Infolinia medyczna	Bez limitu

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TU EUROPA S.A.

§ 8

1. Odpowiedzialność TU Europa S.A. nie obejmuje:
 - 1) świadczeń realizowanych poza terytorium Polski,

Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A.

Sąd Rejonowy dla Wrocławia Fabryczna we Wrocławiu, KRS 0000002736, NIP 895 10 07 276,
Kapitał zakładowy zarejestrowany i opłacony 37 800 000 zł

- 2) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania akceptacji Centrum Pomocy, nawet, jeśli są objęte ochroną ubezpieczeniową i mieszczą się w granicach i limitach określonych w Warunkach ubezpieczenia, chyba że skontaktowanie się z Centrum Pomocy było niemożliwe z powodu siły wyższej lub szczególnych okoliczności uznanych przez Centrum Pomocy; w takim wypadku zwrot kosztów nastąpi w takiej wysokości, jakie poniosłoby Centrum Pomocy w przypadku organizowania świadczeń Assistance Medycznego we własnym zakresie,
 - 3) kosztów leków, środków opatrunkowych,
 - 4) kosztów świadczeń, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego,
 - 5) sytuacji, w których wymagana jest interwencja pogotowia ratunkowego, służb ratownictwa specjalistycznego (WOPR, GOPR, itp.).
2. TU Europa S.A. nie ponosi odpowiedzialności za nieudzielenie informacji lub niezorganizowanie realizacji świadczeń, wynikających z Warunków ubezpieczenia, z powodu siły wyższej.

REFUNDACJE

§ 9

1. W razie braku możliwości zorganizowania realizacji świadczenia przez Centrum Pomocy, nastąpi refundacja kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego do wysokości, w jakiej zostałyby one poniesione, gdyby dane świadczenie było realizowane bezpośrednio przez Centrum Pomocy, z zastrzeżeniem postanowień § 8 ust. 1 pkt 2. Zgłoszenie roszczenia w tym zakresie następuje za pośrednictwem Centrum Pomocy.
2. Zgłoszenie roszczenia o wypłatę odszkodowania powinno zawierać:
 - a. Szczegółowy opis okoliczności zaistnienia zdarzenia,
 - b. Dokumentację dotyczącą szkody zawierającą dokładny opis zdarzenia,
 - c. Oryginały wszystkich faktur, rachunków, dowodów wpłaty, które umożliwią określenie łącznych kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego.
3. W przypadku, gdy Ubezpieczony korzysta równocześnie z dwóch lub większej ilości usług oferowanych przez Ubezpieczającego, w wyniku czego uzyskał wielokrotnie ochronę ubezpieczeniową na podstawie Warunków ubezpieczenia, to TU Europa S.A. zobowiązana jest jedynie do takiego zakresu świadczeń, do jakiego byłoby zobowiązane, gdyby Ubezpieczony został objęty ochroną ubezpieczeniową w związku z korzystaniem przez niego wyłącznie z jednej usługi bankowej.

OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TU EUROPA S.A.

§ 10

1. Odpowiedzialność TU Europa S.A. rozpoczyna się:
 - 1) w stosunku do Ubezpieczonych posiadających zawartą z Ubezpieczającym umowę usługi bankowej polegającej na prowadzeniu Konta Premium i Konta PROSTOoszczędzającego Premium od następnego dnia po dniu wskazanym przez Ubezpieczonego jako pierwszy dzień rozliczeniowy rachunku następujący po dniu złożenia **Deklaracji Przystąpienia** i trwa do końca kolejnego dnia rozliczeniowego rachunku; okres odpowiedzialności jest automatycznie przedłużany o kolejne okresy odpowiedzialności trwające od następnego dnia po dniu wskazanym przez Ubezpieczonego jako dzień rozliczeniowy rachunku do końca kolejnego dnia rozliczeniowego rachunku z zastrzeżeniem postanowień ust. 2,
 - 2) w stosunku do pozostałych Ubezpieczonych posiadających zawartą z Ubezpieczającym umowę usługi bankowej inną niż wskazaną w pkt 1) i inną niż Konto Depozytowe, od następnego dnia po dniu wskazanym przez Ubezpieczonego jako dzień rozliczeniowy rachunku, który nastąpi po dniu złożenia **Deklaracji**

Przystąpienia. Ubezpieczający informuje, że niezapewnienie środków przez Ubezpieczonego skutkować będzie niezapłaceniem składki przez Ubezpieczającego, czego efektem będzie nierozpoczęcie ochrony dla danego Ubezpieczonego. Okres odpowiedzialności jest automatycznie przedłużany o kolejne okresy odpowiedzialności trwające od następnego dnia po dniu wskazanym przez Ubezpieczonego jako Dzień rozliczeniowy rachunku, z zastrzeżeniem ust 3..

- 3) w stosunku do Ubezpieczonych posiadających zawartą z Ubezpieczającym umowę usługi bankowej polegającej na prowadzeniu Konta Depozytowego:
 - a) jeżeli Ubezpieczony był wcześniej objęty ochroną ubezpieczeniową ze względu na posiadanie zawartej z Ubezpieczającym umowy, o której mowa w pkt. 1) - zgodnie z zasadami określonymi pkt. 1),
 - b) jeżeli Ubezpieczony nie był wcześniej objęty ochroną ubezpieczeniową lub był objęty ze względu na posiadanie zawartej z Ubezpieczającym umowy, o której mowa w pkt. 2) powyżej - zgodnie z zasadami określonymi w pkt. 2).
2. Odpowiedzialność TU Europa S.A. ustaje:
 - 1) z dniem rozwiązania UMOWY lub odstąpienia przez Ubezpieczającego od UMOWY, z tym, iż w stosunku do Ubezpieczonych, za których składka została opłacona przed rozwiązaniem UMOWY lub dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od UMOWY odpowiedzialność trwa do końca okresu, za jaki została opłacona składka,
lub
 - 2) w stosunku do pojedynczego Ubezpieczonego z dniem, w którym Ubezpieczony zrezygnował z określonej usługi bankowej, w związku z którą był objęty ochroną ubezpieczeniową,
lub
 - 3) w stosunku do pojedynczego Ubezpieczonego z dniem, w którym Ubezpieczony złożył oświadczenie o rezygnacji z obejmowania go ochroną ubezpieczeniową z tym, iż w stosunku do Ubezpieczonego, za którego składka została opłacona przed dniem rezygnacji z ubezpieczenia odpowiedzialność trwa do końca okresu, za jaki została opłacona składka. **Rezygnacja z ubezpieczenia** musi być złożona przez Ubezpieczonego do Ubezpieczającego
lub
 - 4) z chwilą śmierci Ubezpieczonego – dotyczy osób fizycznych, w zależności od tego, które z tych zdarzeń nastąpi pierwsze.
3. Ubezpieczający informuje, że w odniesieniu do pozostałych Ubezpieczonych, poza przypadkami określonymi w ust. 1 pkt 1), niezapewnienie środków przez Ubezpieczonego skutkować będzie niezapłaceniem składki przez Ubezpieczającego, czego efektem będzie zawieszenie odpowiedzialności TU Europa S.A. w stosunku do tego Ubezpieczonego począwszy od dnia następującego po tym dniu. Odpowiedzialność TU Europa S.A. zostaje kontynuowana począwszy od dnia następującego po kolejnym Dniu rozliczeniowym rachunku, w którym Ubezpieczony zapewnił środki należne Ubezpieczającemu, co w konsekwencji spowoduje, iż Ubezpieczający opłaci składkę za Ubezpieczonego.

OBOWIĄZKI I UPRAWNIENIA UBEZPIECZONEGO

§ 11

1. W razie powstania szkody wskutek zdarzenia objętego ubezpieczeniem, Ubezpieczony powinien zapobiegać w miarę możliwości zwiększaniu się szkody i dążyć do ograniczenia konsekwencji zdarzenia.
2. Ponadto do obowiązków Ubezpieczonego należy:

Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A.

Sąd Rejonowy dla Wrocławia Fabryczna we Wrocławiu, KRS 0000002736, NIP 895 10 07 276,
Kapitał zakładowy zarejestrowany i opłacony 37 800 000 zł

- 1) niezwłoczne – po zaistnieniu zdarzenia uprawniającego do skorzystania ze świadczeń wynikających z udzielonej ochrony ubezpieczeniowej – zawiadomienie telefoniczne Centrum Pomocy pod czynnym całą dobę numerem: tel. **(022 205 50 48)** podając co najmniej następujące dane:
 - a) PESEL, imię, nazwisko i adres miejsca zamieszkania,
 - b) nr telefonu, pod którym możliwy jest kontakt z Ubezpieczonym,
 - c) krótki opis zaistniałego zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
 - d) inne informacje konieczne pracownikowi Centrum Pomocy do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
- 2) współdziałanie z Centrum Pomocy w zakresie niezbędnym do wykonania zobowiązania.
3. Jeżeli Ubezpieczony nie dopełnił obowiązków określonych w ust. 1 z winy umyślnej lub na skutek rażącego niedbalstwa, TU Europa S.A. może odmówić organizacji świadczeń określonych w § 2 oraz refundacji poniesionych kosztów, o których mowa w § 9 ust. 1.
4. W przypadku naruszenia, z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa, obowiązku określonego w ust. 2, TU Europa S.A. może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia Szkody lub uniemożliwiło TU Europa S.A. ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 12

1. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
2. Ubezpieczony ma prawo do składania zażaleń i skarg w formie pisemnej do Ubezpieczyciela na adres Ubezpieczyciela: ul. Gwiazdzysta 62, 53-413 Wrocław. Zażalenia oraz skargi rozpatrywane są przez Zarząd Ubezpieczyciela w terminie 30 dni od dnia ich złożenia. Odpowiedź Ubezpieczyciela na skargę Ubezpieczonego zostanie przekazana w formie pisemnej na adres wskazany przez Ubezpieczonego w piśmie do Ubezpieczyciela. W przypadku nie rozpatrzenia skargi Ubezpieczonego i w terminie przez Ubezpieczyciela, Ubezpieczony zostanie poinformowany przez Ubezpieczyciela o przyczynie opóźnienia oraz o spodziewanej dacie uzyskania odpowiedzi.
3. Ubezpieczony ma prawo do zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz do Rzecznika Ubezpieczonych.
4. Ubezpieczony powinien informować Ubezpieczyciela o każdej zmianie swoich danych podanych w Deklaracji ubezpieczeniowej, w szczególności poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o zmianie danych do ubezpieczenia potwierdzonego przez Ubezpieczającego .

§ 13

Powództwo o roszczenia wynikające ze stosunku ubezpieczenia można wytoczyć przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej bądź przed sąd właściwy dla siedziby Ubezpieczającego, lub miejsca zamieszkania Ubezpieczonego.

§ 14

W sprawach nieuregulowanych mają zastosowanie przepisy powszechnie obowiązującego prawa.