

**„Pakiet Usług Assistance”
Ogólne warunki ubezpieczenia „Pakietu informacji medycznej”
dla Klientów Banku BGŻ**

**Artykuł 1
Postanowienia ogólne. Definicje.**

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia, zwane dalej „Warunkami Ubezpieczenia”, określają zasady udzielania klientom Banku Gospodarki Żywnościowej, zwanym dalej Bankiem BGŻ, przez Elvia Travel Insurance Company Główny Oddział w Polsce, zwaną dalej „Ubezpieczycielem” ochrony ubezpieczeniowej w zakresie usług assistance, polegających na udzielaniu informacji medycznych przez telefon.
2. Ubezpieczyciel realizuje wszelkie świadczenia wynikające z Warunków Ubezpieczenia przez przedstawiciela, którym jest Mondial Assistance Sp. z o. o., ul. Domaniewska 50 B, 02-672 Warszawa, tel. 0 prefix 22 522-25-74, fax 0 prefix 22 522-25-20, zwana dalej „Centrum Pomocy”.
3. Pod pojęciem „**Ubezpieczony**” rozumie się posiadacza oraz współposiadacza konta osobistego w Banku BGŻ, który nie wyraził sprzeciwu na objęcie go ochroną ubezpieczeniową w ramach Pakietu: Plan Standardowy lub Plan Aktywny.
4. Pod pojęciem „**Pakiet Plan Standardowy/ Plan Aktywny**” rozumie się konto osobiste wraz z zestawem produktów i usług bankowych oraz ubezpieczeń NNW i Pakietem Usług Assistance, którego zakres zależy od wybranego przez Ubezpieczonego planu taryfowego.
5. Pod pojęciem „**UBEZPIECZAJĄCY**” rozumie się Bank BGŻ.
6. Pod pojęciem „**nieszczęśliwy wypadek**” rozumie się nagłe zdarzenie, które miało miejsce na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony, niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia.
7. Pod pojęciem „**choroba**” rozumie się reakcję organizmu, która miała miejsce na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.

8. Pod pojęciem „**lekarz uprawniony**” rozumie się lekarza – konsultanta Centrum Pomocy.
9. Pod pojęciem „Pakiet Usług Assistance” rozumie się usługi assistance wymienione w art. 3 wykonywane za pośrednictwem Centrum Pomocy
10. Okres ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Pakietu Plan Standardowy lub Plan Aktywny.
11. Okres ubezpieczenia w stosunku do Ubezpieczonego, który złożył dyspozycję zmiany Pakietu, z którego korzystał dotychczas, na Pakiet Plan Standardowy lub Plan Aktywny, rozpoczyna się dla nowego Pakietu od nowego cyklu prowizyjnego, określonego dla konta osobistego, rozpoczynającego się po cyklu prowizyjnym, w którym złożona zostanie dyspozycja.
12. Okres ubezpieczenia kończy się z upływem ostatniego dnia obowiązywania Umowy, ale nie później niż w dniu, w którym:
 - 1) Ubezpieczony zrezygnował z objęcia go ochroną ubezpieczeniową w ramach Pakietu Plan Standardowy lub Plan Aktywny. Oświadczenie o rezygnacji z objęcia ochroną ubezpieczeniową musi być złożone przez Ubezpieczonego do UBEZPIECZAJĄCEGO i dokonane w formie pisemnej pod rygorem nieważności lub
 - 2) została rozwiązana umowa prowadzenia konta osobistego, lub
 - 3) Ubezpieczony zmarł, w zależności od tego, które z tych zdarzeń nastąpiło pierwsze, z zastrzeżeniem ust. 13.
13. Okres ubezpieczenia w stosunku do Ubezpieczonego, który złożył dyspozycję zmiany Pakietu Plan Standardowy lub Plan Aktywny na inny, oferowany przez UBEZPIECZAJĄCEGO, kończy się dla dotychczasowego Pakietu wraz z końcem cyklu prowizyjnego, określonego dla konta osobistego, w którym ta dyspozycja została złożona.

Artykuł 2

Przedmiot ubezpieczenia.

Przedmiotem ubezpieczenia są medyczne usługi informacyjne świadczone Ubezpieczonemu przez telefon.

Artykuł 3

Zakres świadczeń.

1. W przypadku nieszczęśliwego wypadku lub choroby, Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonym dostęp do telefonicznej informacji o:
 - 1) jednostkach chorobowych,
 - 2) stanach wymagających nagłej pomocy,
 - 3) zachowaniach prozdrowotnych,
 - 4) lekach, w tym objawach niepożądanych przy przyjmowaniu leków oraz przyjmowaniu leków w trakcie ciąży,

- 5) pielęgnacji niemowląt,
 - 6) transporcie medycznym,
 - 7) grupach wsparcia, telefonach zaufania,
 - 8) dietach, zdrowym żywieniu,
 - 9) placówkach medycznych (lekarzach ogólnych, szpitalach, przychodniach, spółdzielniach lekarskich), w tym o adresach, godzinach pracy i numerach telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy uprawnionych,
 - 10) aptekach, w tym w szczególności godzinach ich otwarcia, adresach, numerach telefonów.
2. Informacje, o których mowa w ust. 1, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza, który ich udzielił lub wobec Ubezpieczyciela.

Artykuł 4

Postępowanie w celu uzyskania informacji medycznej.

1. Aby uzyskać informacje wymienione w art. 3, ust. 1 Ubezpieczony jest obowiązany zgłosić się telefonicznie

pod numer telefonu w Warszawie:
0 prefix 22 522 25 74

do Centrum Pomocy i podać następujące informacje:

- 1) PESEL,
 - 2) imię i nazwisko,
 - 3) rodzaj Pakietu, z którego korzysta Ubezpieczony,
 - 4) numer telefonu, pod którym możliwy jest kontakt z Ubezpieczonym, z zastrzeżeniem ust. 2,
 - 5) inne informacje konieczne pracownikowi Centrum Pomocy do realizacji usług assistance.
2. Centrum Pomocy nie oddzwania na zagraniczne numery telefonów.

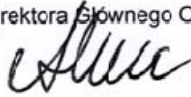
Artykuł 5

Postanowienia końcowe.

1. W kwestiach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami Ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz inne obowiązujące przepisy prawa.
2. Powództwo o roszczenia, wynikające z umowy, można wytoczyć przed sądem właściwym według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla siedziby UBEZPIECZAJĄCEGO albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania Ubezpieczonego.

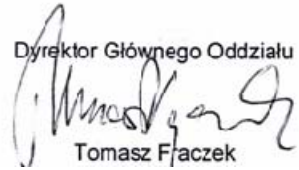
3. Skargi lub zażalenia, związane z wykonywaniem Umowy, UBEZPIECZAJĄCY lub Ubezpieczony może zgłaszać pisemnie lub telefonicznie do Działu Jakości Mondial Assistance Sp. z o. o., ul. Domaniewska 50 B, 02-672 Warszawa, tel.: 0-22-522-25-89, fax: 0-22-522-25-20 w ciągu 30 dni od wystąpienia zdarzenia będącego przyczyną skargi. Skarga zostanie rozpatrzona w ciągu 14 dni od pisemnego złożenia jej do Działu Jakości.
4. Niniejsze Warunki Ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Elvia Travel Insurance Company Główny Oddział w Polsce nr U015/2007 z dnia 16 lipca 2007 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 10 sierpnia 2007.

Zastępca Dyrektora Głównego Oddziału



Agnieszka Walczak-Kuc

Dyrektor Głównego Oddziału



Tomasz Fiaczek