



KIDS PROTECT

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA

NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

AON

COLONNADE 
A FAIRFAX COMPANY

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartość wykupu ubezpieczenia:

§ 2: ust. 2.2.1;

§ 6: ust. 6.1, ust. 6.2.1, ust. 6.3.2, ust. 6.3.3, ust. 6.4.1, ust. 6.5.1, ust. 6.6.1, ust. 6.7.1, ust. 6.8.1, ust. 6.9.1, ust. 6.10.1, ust. 6.10.3, ust. 6.11.1, ust. 6.12.1, ust. 6.12.2, ust. 6.12.3, ust. 6.12.8, ust. 6.12.10

2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia:

§ 2: ust. 2.5;

§ 4;

§ 6: ust. 6.3.3 a, b, e, f, g; ust. 6.3.4, ust. 6.4.3, ust. 6.5.2, ust. 6.5.3, ust. 6.6.3, ust. 6.6.4, ust. 6.7.3, ust. 6.8.2, ust. 6.9.2, ust. 6.10.4, ust. 6.12.5

KIDS PROTECT

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

§ 1. DEFINICJE OGÓLNE

W niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia (zwanymi dalej także OWU) niektóre pojęcia i terminy definiowane są w określony sposób. Definicje te zachowują to samo znaczenie w Polisie, wszelkich załącznikach, dodatkach oraz oświadczeniach:

- a) **Beneficjent** – o ile Ubezpieczający nie wskaże inaczej, Beneficjentem jest Ubezpieczający;
- b) **Lekarz** – osoba posiadająca, zgodnie z przepisami polskiego prawa, uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza medycyny, która nie jest spokrewniona z Ubezpieczonym w pierwszym lub drugim stopniu i która jest specjalistą w stosownej dziedzinie medycyny, związanej z przyczyną roszczenia z tytułu niniejszego ubezpieczenia;
- c) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, niespodziewane zdarzenie spowodowane czynnikami zewnętrznymi, niezależne od woli Ubezpieczonego;
- d) **Okres ubezpieczenia** – czas, w którym Ubezpieczonemu udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa (zgodnie z Polisą i dalszym brzmieniem niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia);
- e) **Planowy lot** – lot, odbywający się zgodnie z opublikowanym rozkładem lotów linii lotniczej;
- f) **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia, zawierający szczegóły dotyczące udzielanej ochrony ubezpieczeniowej;
- g) **Składka** – kwota należna Colonnade za Okres ubezpieczenia;
- h) **Suma ubezpieczenia** – określona w Polisie dla każdego zakresu ubezpieczenia maksymalna kwota, do wysokości której Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zaistnienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, z zastrzeżeniem odpowiednich postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia;
- i) **Ubezpieczający** – osoba, która zawarła umowę ubezpieczenia i która w treści Polisy nazywana jest Ubezpieczającym;
- j) **Ubezpieczony/Dziecko** – dziecko Ubezpieczającego wskazane w Polisie, stanu wolnego; Ubezpieczonym może być objęte Dziecko przed ukończeniem 19. roku życia, a w przypadku gdy po ukończeniu 19. roku życia Dziecko kontynuuje naukę – przed ukończeniem 25. roku życia, o ile uczy się w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;
- k) **Ubezpieczyciel, Colonnade** – Colonnade Insurance S.A. zarejestrowana w Luksemburgu pod numerem: B 61605, siedziba główna: 1, rue Jean Piret, L-2350 Luxembourg, działająca w Polsce przez Colonnade Insurance Société Anonyme Oddział w Polsce zarejestrowany w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział KRS, pod numerem 0000678377, NIP 1070038451, z siedzibą: ul. Prosta 67, 00-838 Warszawa;
- l) **Uszkodzenie ciała** – fizyczne uszkodzenie na ciele spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem, do którego doszło w Okresie ubezpieczenia; przypadki uszkodzeń ciała objęte ochroną ubezpieczeniową określone zostały w tabeli Sum ubezpieczenia;

- m) **Wojna** – każde użycie sił wojskowych w stosunku do innego państwa, wojna domowa, rewolucja, inwazja, powstanie, przejście rządu lub sił wojskowych, celowe wykorzystanie sił wojskowych w celu przejęcia, zapobieżenia aktom terroru lub zniwelowania ich skutków.

§ 2. POSTANOWIENIA OGÓLNE

2.1. Zawarcie umowy ubezpieczenia

1. Umowę zawiera się na czas oznaczony – 12 miesięcy, na podstawie wniosku podpisanego przez Ubezpieczającego.
2. Umowa ubezpieczenia może być zawarta na rzecz Dziecka najpóźniej w dniu jego 19. urodzin, a w przypadku gdy po ukończeniu 19. roku życia Dziecko kontynuuje naukę – najpóźniej w dniu jego 25. urodzin.
3. W ramach jednej umowy ubezpieczenia ochroną ubezpieczeniową może być objęte tylko jedno Dziecko.
4. Treść umowy ubezpieczenia określają Polisa oraz OWU.

2.2. Przedmiot ubezpieczenia, początek i koniec Okresu ubezpieczenia

1. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje następstwa Nieszczęśliwych wypadków skutkujących Uszkodzeniem ciała lub śmiercią Dziecka.
2. Początek i koniec Okresu ubezpieczenia wskazany jest w Polisie.
3. Okres ubezpieczenia może zakończyć się przed dniem wskazanym w Polisie w razie odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenia.

2.3. Odstąpienie

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

2.4. Wypowiedzenie

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć niniejszą umowę ubezpieczenia za wypowiedzeniem 30-dniowym.
2. W przypadku wypowiedzenia umowy Ubezpieczającemu zostanie zwrócona odpowiednia część składki za niewykorzystany Okres ubezpieczenia.

2.5. Ujawnienie informacji

Ubezpieczający jest zobowiązany do ujawnienia Ubezpieczycielowi wszelkich okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał przed zawarciem umowy ubezpieczenia na piśmie. W przypadku gdy Ubezpieczyciel nie uzyskał informacji, a mimo to wystawił Polisę, informację nieprzekazaną uznaje się za nieistotną. Ubezpieczający jest zobowiązany do zawiadomienia Ubezpieczyciela o wszelkich zmianach wyżej wymienionych okoliczności. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem zdań poprzednich nie zostały podane do jego wiadomości.

2.6. Składka

1. Składka ubezpieczeniowa jest płatna jednorazowo przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
2. Wysokość składki zależy od wybranego przez Ubezpieczającego wariantu ubezpieczenia i jest wskazana w Polisie.

2.7. Prawo i jurysdykcja

Umowa ubezpieczenia podlega prawu polskiemu. Powództwo o roszczenia wynikające z niniejszej umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, a w przypadku roszczeń spadkobierców Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia – przed sąd właściwy dla tych spadkobierców. Roszczenia z umów ubezpieczenia przedawniają się z upływem 3 lat.

§ 3. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

3.1. Zgłaszanie roszczeń

1. W celu zgłoszenia roszczenia należy przesłać je w formie pisemnej do Ubezpieczyciela na adres: ul. Prosta 67, 00-838 Warszawa. Wniosek o wypłatę świadczenia oraz dokumenty dotyczące roszczenia mogą być przekazane również w kopiach na adres e-mail: szkody@colonnade.pl.
2. Wymagane dokumenty
Występując z roszczeniem o wypłatę świadczenia należy przesłać Colonnade następujące dokumenty:
 - a) wypełniony formularz wniosku o wypłatę świadczenia;
 - b) zaświadczenie lekarskie określające rodzaj i stopień wszystkich obrażeń;
 - c) w przypadku wniosku o zwrot kosztów leczenia – oryginały wszystkich faktur i rachunków umożliwiających Ubezpieczycielowi określenie łącznej kwoty kosztów medycznych i innych poniesionych przez Ubezpieczonego;
 - d) w przypadku śmierci Ubezpieczonego – akt zgonu (lub jego kopię poświadczoną notarialnie), dokumenty z sekcji zwłok i dokumenty stwierdzające tożsamość wszystkich Beneficjentów;
 - e) raport policyjny dotyczący Nieszczęśliwego wypadku lub wszelkie inne urzędowe raporty, jeżeli są dostępne;
 - f) inne wskazane przez Ubezpieczyciela, o ile przesłane mu dokumenty nie wystarczają do prawidłowej oceny zdarzenia lub jego następstw.

3.2. Badania lekarskie

Ubezpieczyciel może wymagać, aby Dziecko poddane zostało badaniom lekarskim – na koszt Ubezpieczyciela.

3.3. Termin wypłaty świadczenia

Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty świadczenia w ciągu 30 dni od daty zgłoszenia wniosku. W przypadku gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w tym terminie, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zapłaty jego bezspornej części w terminie wymienionym powyżej, a pozostałej kwoty odszkodowania – w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności stało się możliwe.

§ 4. OGÓLNIEM OBOWIĄZUJĄCE WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

- 4.1. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie wywołujące szkodę spowodowane jest lub wynika z następujących czynników:
 - a) wojna (niezależnie od tego czy została oficjalnie wypowiedziana, czy nie);
 - b) celowe samookaleczenie się, samobójstwo lub próba samobójcza, przestępstwo lub próba popełnienia przestępstwa;
 - c) lot statkiem powietrznym, w charakterze innym niż pasażer komercyjnych linii lotniczych podczas Planowego lotu lub lotu czarterowego;
 - d) aktywne uczestnictwo w sportach ekstremalnych, czyli sportach uprawianych w celu osiągnięcia maksymalnych wrażeń, za które uważa się sporty powietrzne, sporty walki, jazdę na nartach poza wyznaczonymi trasami, skoki na gumowej linie, heliskiing, heliboarding, wspinaczkę górską i skałkową, speleologię, rafting, sporty motorowe (z wyjątkiem amatorskiej jazdy na: quadach, skuterach), sporty motorowodne (z wyjątkiem amatorskiej jazdy: skuterem wodnym, motorówką), a także uczestniczenie w wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi czy przyrodniczymi typu pustynia, wysokie góry (powyżej 5500 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla i tereny lodowcowe lub śnieżne, wymagające użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego, oraz nurkowanie na głębokość większą niż 18 metrów;

- e) wszelkie Uszkodzenia ciała istniejące przed Okresem ubezpieczenia.
- 4.2. Ubezpieczyciel nie będzie zobowiązany do wypłaty odszkodowania, jeśli Nieszczęśliwy wypadek nastąpił w związku z pozostawianiem Dziecka pod wpływem alkoholu bądź narkotyków lub leków nieprzepisanych przez lekarza lub przyjmowanych niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ze wskazaniami producenta. Powyższe postanowienie, w zakresie dotyczącym pozostawiania pod wpływem alkoholu, nie będzie miało zastosowania do Dziecka w wieku powyżej 18. roku życia, o ile zawartość alkoholu we krwi danej osoby, w chwili zajścia Nieszczęśliwego wypadku, wynosi mniej niż 0,2 promila.

§ 5. SPORY I REKLAMACJE

Ubezpieczyciel doloży wszelkich starań celem zapewnienia wysokiego standardu usług Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu.

- 5.1. Jeżeli Ubezpieczający/Ubezpieczony lub inna osoba uprawniona do świadczenia z umowy ubezpieczenia chcieliby zgłosić Ubezpieczycielowi reklamację, powinni to uczynić:
- a) pisemnie na adres Colonnade: ul. Prosta 67, 00-838 Warszawa, lub
 - b) telefonicznie pod numer telefonu 22 276 26 00 albo ustnie do protokołu podczas wizyty w siedzibie Ubezpieczyciela, lub
 - c) pocztą elektroniczną na adres e-mail: reklamacje@colonnade.pl.
- 5.2. Odpowiedź na reklamację Ubezpieczyciel przesyła pisemnie w terminie do 30 dni od dnia jej otrzymania, a w szczególnie skomplikowanych przypadkach – w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania. Jeśli zgłaszający reklamację chciałby otrzymać odpowiedź pocztą elektroniczną, powinien w reklamacji wskazać adres e-mail, na który odpowiedź powinna być przesłana.
- 5.3. Ponadto Ubezpieczający/osoba ubezpieczona może wnosić skargi do:
- a) Rzecznika Finansowego;
 - b) Komisji Nadzoru Finansowego, która sprawuje nadzór nad działalnością Ubezpieczyciela w Polsce;
 - c) Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
- 5.4. Podmiotem uprawnionym do prowadzenia pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów konsumenckich jest Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
- 5.5. Niezależnie od postanowień niniejszego paragrafu Ubezpieczającemu/Ubezpieczonemu lub innej osobie uprawnionej do świadczenia przysługuje prawo do wstępowania na drogę sądową w celu dochodzenia swoich roszczeń.

§ 6. ZAKRES OCHRONY

Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest w Okresie ubezpieczenia 24 godziny na dobę, na całym świecie.

6.1. Śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku

1. Ubezpieczyciel wypłaci kwotę świadczenia wskazaną w Polisie, jeśli Dziecko umrze w ciągu dwóch lat od daty Nieszczęśliwego wypadku na skutek Uszkodzenia ciała.
2. Kwota wskazana w Polisie jako świadczenie na wypadek śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku zostanie wypłacona także, jeśli Dziecko zaginie, zaś właściwy sąd lub urząd państwowy wyda orzeczenie, w którym uzna Dziecko za zmarłe.
3. W przypadku uznania Dziecka za zmarłe, warunkiem płatności świadczenia na wypadek śmierci jest wyrażenie przez Beneficjenta zgody na piśmie na zwrot na rzecz Ubezpieczyciela wszelkich otrzymanych przez Beneficjenta świadczeń w przypadku, gdy okaże się, że Ubezpieczony nie zmarł na skutek Uszkodzenia ciała.

6.2. Całkowite trwale inwalidztwo

1. W przypadku gdy Dziecko dozna Uszkodzenia ciała, które jako jedyna i niezależna od innych czynników przyczyna doprowadzi do Całkowitego trwałego inwalidztwa, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie określone w Polisie.

W ramach niniejszej umowy ubezpieczenia następujące skutki Uszkodzenia ciała traktowane są jako Całkowite trwale inwalidztwo:

Utrata obu rąk lub obu nóg
Utrata jednej kończyny i jednego oka
Utrata wzroku (całkowita i trwała)
Całkowite porażenie kończyn
Nieuleczalne poważne uszkodzenie mózgu
Utrata mowy (całkowita i trwała)
Utrata słuchu w obu uszach (całkowita i trwała)

- Całkowite trwale inwalidztwo wynikające z oddziaływania surowych warunków atmosferycznych będzie uznane za spowodowane Uszkodzeniem ciała.
- Utrata kończyny:
 - w przypadku nogi oznacza:
 - anatomiczną utratę kończyny w kostce lub powyżej kostki, lub
 - trwałą utratę funkcji całej stopy lub nogi;
 - w przypadku ręki oznacza:
 - anatomiczną utratę czterech palców w stawie śródrečno-paliczkowym (stawie łączącym śródreczę z palcami) lub
 - trwałą utratę funkcji całej ręki lub dłoni.
- Całkowite porażenie kończyn – całkowita utrata bądź całkowite upośledzenie funkcji mięśni bądź zdolności odbierania jakichkolwiek bodźców przez kończyny.

6.3. Częściowe trwale inwalidztwo

- Częściowe trwale inwalidztwo, będące wynikiem Uszkodzenia ciała, oznacza: całkowitą bądź częściową utratę anatomicznej części ciała lub trwałą utratę funkcji części ciała bądź też częściową utratę funkcji całego ciała.
- W przypadku gdy Dziecko dozna Uszkodzenia ciała, które jako jedyna i niezależna od innych czynników przyczyna doprowadzi do Częściowego trwałego inwalidztwa, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie określone w poniższej tabeli świadczeń, z zastrzeżeniem poniższych warunków oraz do wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie.

Tabela świadczeń

Rodzaj Częściowego trwałego inwalidztwa	Świadczenie wyrażone jako procent Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie
Całkowita utrata kończyny dolnej	50%
Całkowita utrata funkcji stopy	50%
Niezrośnięte złamanie kości udowej	50%
Utrata jednego oka bądź redukcja o połowę widzenia obuocznego	25%
Niezrośnięte złamanie kości kończyny dolnej innej niż kość udowa	25%
Częściowa anatomiczna utrata stopy, w tym jej palców wraz z częścią stopy	25%

Rodzaj Częściowego trwałego inwalidztwa	Świadczenie wyrażone jako procent Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie	
Usunięcie dolnej szczęki	25%	
Całkowita i nieuleczalna utrata słuchu	30%	
Całkowita utrata słuchu w jednym uchu	10%	
Całkowita utrata zdolności ruchowej biodra	20%	
Całkowita utrata zdolności ruchowej kolana	20%	
Całkowita utrata zdolności ruchowej śródstopia	20%	
Niezrośnięte złamanie rzepki	20%	
Niezrośnięte złamanie dolnej szczęki	20%	
Utrata co najmniej 90% zębów	10%	
Anatomiczna utrata dużego palca u stopy bądź jej czterech pozostałych palców	15%	
Skrócenie dolnej kończyny o więcej niż 5 cm	20%	
Skrócenie dolnej kończyny od 3 cm do 5 cm	10%	
Rodzaj Częściowego trwałego inwalidztwa	Świadczenie wyrażone jako procent Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie	
	Kończyna prawa	Kończyna lewa
Całkowita utrata funkcji kończyny górnej	60%	50%
Całkowita utrata funkcji dłoni	60%	50%
Niezrośnięte złamanie kończyny górnej	50%	25%
Anatomiczna utrata kciuka	15%	12%
Anatomiczna utrata palca wskazującego	10%	8%
Anatomiczna utrata palca środkowego	8%	6%
Anatomiczna utrata palca serdecznego	7%	5%
Anatomiczna utrata małego palca dłoni	5%	5%
Całkowita utrata zdolności ruchowej barku	25%	20%
Całkowita utrata zdolności ruchowej stawu łokciowego	20%	15%
Całkowita utrata funkcji dwóch palców dłoni	15%	10%
Całkowita utrata zdolności ruchowej nadgarstka	15%	10%

3. Warunki dotyczące tego zakresu ochrony:

- jeżeli Dziecko umrze wskutek Uszkodzenia ciała zanim zostanie określony stopień Częściowego trwałego inwalidztwa, Ubezpieczyciel nie będzie zobowiązany do wypłaty świadczenia z tytułu Częściowego trwałego inwalidztwa, natomiast wypłaci świadczenie z tytułu śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku;
- jeżeli Dziecko umrze po wypłaceniu przez Ubezpieczyciela świadczenia z tytułu Częściowego trwałego inwalidztwa, a przed upływem dwóch lat od daty Nieszczęśliwego wypadku, świadczenie z tytułu śmierci Dziecka równe jest różnicy pomiędzy określoną w Polisie sumą należną z tytułu

ubezpieczenia śmierci Dziecka, a sumą wypłatą uprzednio z tytułu ubezpieczenia Częściowego trwałego inwalidztwa; powyższe postanowienie znajduje zastosowanie, o ile Częściowe trwałe inwalidztwo i śmierć są skutkiem tego samego Nieszczęśliwego wypadku;

- c) stopień Częściowego trwałego inwalidztwa zostanie określony, gdy tylko stan zdrowia Dziecka zostanie uznany za stabilny, nie później jednak niż w ciągu dwóch lat od Nieszczęśliwego wypadku;
 - d) jeżeli nastąpi częściowa anatomiczna utrata części ciała bądź częściowa trwała utrata funkcji części ciała, świadczenie zostanie wypłacone w kwocie odpowiadającej części procentowego uszczerbku na zdrowiu z tytułu całkowitej anatomicznej utraty danej części ciała bądź całkowitej trwałej utraty funkcji danej części ciała, proporcjonalnie do stopnia takiej utraty bądź niezdolności;
 - e) w przypadku gdy odszkodowanie wypłacane jest z tytułu utraty całej kończyny lub utraty funkcji całej kończyny, Ubezpieczonemu nie przysługuje roszczenie o odszkodowanie z tytułu utraty części danej kończyny lub utraty funkcji jej części kończyny;
 - f) w przypadku gdy Nieszczęśliwy wypadek skutkuje więcej niż jedną formą inwalidztwa wskazaną w tabeli świadczeń powyżej lub w Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r., o którym mowa poniżej, kwoty ułamkowe dotyczące wszystkich tych form inwalidztwa kumulują się, z tym że Ubezpieczyciel nie wypłaci kwoty przekraczającej 100% Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie dla zakresu „Częściowe trwałe inwalidztwo”;
 - g) przy ustalaniu procentowego uszczerbku na zdrowiu wszelkie formy trwałego inwalidztwa istniejące przed Nieszczęśliwym wypadkiem powodują odpowiednie zmniejszenie wartości procentowego uszczerbku na zdrowiu, będącego podstawą ustalenia wysokości odszkodowania;
 - h) jeżeli na skutek Nieszczęśliwego wypadku nastąpi utrata bądź uszkodzenie jakichkolwiek części ciała lub organów niewymienionych powyżej, procentowy uszczerbek na zdrowiu zostanie określony w oparciu o ogólną skalę wskazaną w Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania (tekst jednolity z dnia 18 kwietnia 2013 r., Dz.U. z 2013 r. poz. 954) – według stanu prawnego na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia; w przypadku utraty mocy wyżej wymienionego rozporządzenia do ustalania procentowego uszczerbku na zdrowiu stosować się będzie postanowienia aktu prawnego, który zastąpi rozporządzenie, które utraciło moc.
4. Wyłączenia dotyczące zakresu ochrony, wskazanego w ust. 6.1. do 6.3: Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia w przypadku, gdy Uszkodzenie ciała, śmierć lub inwalidztwo są wynikiem poniższych okoliczności:
 - a) choroba (niestanowiąca konsekwencji Uszkodzenia ciała) lub
 - b) przyczyny naturalne lub zmiany zwyrodnieniowe, lub
 - c) stopniowo pogarszający się stan zdrowia, jeśli nie jest następstwem Uszkodzenia ciała.

6.4. Koszty leczenia skutków Nieszczęśliwego wypadku

1. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu poniesienia Zwykłych i uzasadnionych kosztów, do wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie, dla objętych ochroną Kosztów leczenia, jeżeli na skutek Uszkodzenia ciała stan zdrowia Dziecka wymaga Natychmiastowego leczenia.
2. Definicje dotyczące tego zakresu ochrony:
 - a) **Koszty leczenia** – poniesione przez Ubezpieczającego wydatki na pokrycie kosztów następujących usług i materiałów, zaleconych przez Lekarza prowadzącego leczenie Dziecka:
 - i) usługi świadczone przez Lekarzy,
 - ii) pobyt w placówce leczniczej oraz korzystanie z sali operacyjnej w tej placówce,
 - iii) środki znieczulające (a także ich podanie), wykonanie zdjęcia rentgenowskiego/prześwietlenia bądź zabiegi oraz testy laboratoryjne,

- iv) usługi pogotowia ratunkowego,
 - v) lekarstwa, środki lecznicze oraz usługi i materiały terapeutyczne, oraz
 - vi) zabiegi fizjoterapeutyczne;
- b) **Natychmiastowe leczenie** – leczenie rozpoczynające się w ciągu 24 godzin od momentu doznania Uszkodzenia ciała;
- c) **Zwykłe i uzasadnione koszty** – poniesione opłaty i należności, z wyłączeniem opłat i należności, które nie zostałyby poniesione w przypadku niezawarcia umowy ubezpieczenia oraz z wyłączeniem opłat i należności za świadczenia medyczne, które z medycznego punktu widzenia nie były niezbędne w Okresie ubezpieczenia.
3. Wyłączenia dotyczące tego zakresu ochrony: Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia w przypadku, gdy Uszkodzenie ciała bądź poniesienie Kosztów leczenia jest następstwem bądź wynika z:
- a) choroby (niebędącej następstwem Uszkodzenia ciała) lub
 - b) jakiegokolwiek występującego naturalnie stanu chorobowego lub procesu zwyrodnieniowego, lub
 - c) jakiegokolwiek czynnika cechującego się stopniowym działaniem, jeśli nie jest następstwem Uszkodzenia ciała.

6.5. Świadczenie szpitalne z tytułu Nieszczęśliwego wypadku

1. Jeżeli na skutek Uszkodzenia ciała ubezpieczone Dziecko zostanie przyjęte do placówki leczniczej w charakterze pacjenta, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie dzienne w wysokości określonej w Polisie za każdą pełną dobę (24 godziny) spędzoną w placówce leczniczej, do maksymalnej liczby dni określonej w Polisie, pod warunkiem że pobyt w placówce leczniczej trwał nieprzerwanie co najmniej trzy pełne doby.
2. Wyłączenia dotyczące tego zakresu ochrony: Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia szpitalnego z tytułu Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli pobyt w placówce leczniczej wynikał z poniższych okoliczności:
 - a) leczenia chorób nerwowych i psychicznych niezależnie od ich rodzaju;
 - b) badań, zabiegów i leczenia o charakterze wyłącznie kosmetycznym lub związanym z otyłością, impotencją, sztucznym zapłodnieniem;
 - c) ciąży i porodu.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje również z tytułu:
 - a) hospitalizacji rozpoczynającej się po upływie 180 dni od daty Uszkodzenia ciała;
 - b) pobytu w szpitalach psychiatrycznych i na oddziałach psychiatrycznych, w hospicjach, prywatnych lub publicznych domach opieki, domach pomocy społecznej, sanatoriach, centrach lub oddziałach rehabilitacji oraz detoksykacji.

6.6. Trwałe okaleczenie lub oszpecenie twarzy

1. W przypadku gdy Dziecko dozna Uszkodzenia ciała, które w ciągu 90 dni od dnia Nieszczęśliwego wypadku jako jedyna i niezależna od innych czynników przyczyna doprowadzi do okaleczenia lub oszpecenia jego twarzy, Ubezpieczyciel wypłaci określoną poniżej procentowo część wskazanej w Polisie Sumy ubezpieczenia z tytułu okaleczenia i oszpecenia twarzy.

Rodzaj okaleczenia lub oszpecenia twarzy	Świadczenie wyrażone jako procent Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie
1. Trwałe okaleczenie twarzy:	
a) blizna o długości powyżej 10 cm	100%
b) blizna o długości od 3 do 10 cm	50%
2. Trwałe oszpecenie twarzy	100%

2. Definicje dotyczące tego zakresu ochrony:
 - a) **Twarz** – przednia część głowy ludzkiej, od czoła do podbródka oraz od ucha do ucha;
 - b) **Trwałe okaleczenie twarzy** – każda blizna twarzy, będąca skutkiem Uszkodzenia ciała, która pozostaje widoczna przez co najmniej 12 miesięcy;
 - c) **Trwałe oszpecenie twarzy** – fizyczne upośledzenie twarzy lub jej części niespowodowane bliznami.
3. Warunki dotyczące tego zakresu ochrony: maksymalne świadczenie wypłacone z tytułu niniejszego zakresu ochrony nie może przekroczyć 100% Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie.
4. Wyłączenia dotyczące tego zakresu ochrony: Ubezpieczyciel nie uwzględni roszczenia, którego przyczyną będzie zabieg chirurgii plastycznej niesłużący ratowaniu życia.

6.7. Uszkodzenie akcesoriów optycznych

1. W przypadku gdy Dziecko dozna objętego ochroną ubezpieczeniową Nieszczęśliwego wypadku, który jako jedyna i niezależna od innych czynników przyczyna doprowadzi do Uszkodzenia akcesoriów optycznych, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie do wysokości Sumy ubezpieczenia wskazanej w Polisie w sekcji „Uszkodzenie akcesoriów optycznych”.
2. Definicja dotycząca tego zakresu ochrony:

Uszkodzenie akcesoriów optycznych – będące skutkiem Nieszczęśliwego wypadku skutkującego Uszkodzeniem ciała Dziecka przypadkowe uszkodzenie przepisanych przez lekarza okulistę okularów lub soczewek kontaktowych, które muszą być wymienione bądź naprawione; Ubezpieczyciel pokryje, do wysokości Sumy ubezpieczenia wskazanej w Polisie, koszt badania wzroku, jeżeli będzie ono wymagane, a także koszt zakupu, wymiany lub naprawy okularów lub soczewek kontaktowych.

3. Wyłączenia dotyczące tego zakresu ochrony: ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje przypadków wymiany akcesoriów optycznych związanej z rutynową bądź profilaktyczną opieką okulistyczną.

6.8. Uszkodzenie zębów na skutek Nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku gdy na skutek Nieszczęśliwego wypadku, który jako jedyna i niezależna od innych czynników przyczyna doprowadzi do Uszkodzenia zębów stałych Dziecka, Ubezpieczyciel wypłaci kwotę odpowiadającą świadczeniu wskazanemu w Polisie w sekcji „Uszkodzenie zębów na skutek Nieszczęśliwego wypadku”.
2. Wyłączenia dotyczące tego zakresu ochrony: Ubezpieczyciel nie uwzględni roszczenia związanego z rutynową bądź profilaktyczną opieką stomatologiczną.

6.9. Świadczenie z tytułu porażenia/paraliżu

1. Jeśli na skutek Nieszczęśliwego wypadku, w ciągu 180 dni od daty tego Nieszczęśliwego wypadku, u Dziecka zostanie zdiagnozowane którekolwiek spośród wymienionych poniżej rodzajów porażenia, to Ubezpieczyciel wypłaci określoną procentowo w tabeli poniżej część Sumy ubezpieczenia wskazanej w Polisie dla tego zakresu.

Rodzaj porażenia	Procent Sumy ubezpieczenia
Tetraplegia (porażenie cztero kończynowe) oznacza całkowity i nieodwracalny paraliż obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	100%
Triplegia (porażenie trzykończynowe) oznacza całkowity i nieodwracalny paraliż trzech kończyn	100%
Paraplegia (porażenie poprzeczne) oznacza całkowity i nieodwracalny paraliż obu kończyn dolnych lub obu kończyn górnych	50%

Rodzaj porażenia	Procent Sumy ubezpieczenia
Hemiplegia (porażenie połowicze) oznacza całkowity i nieodwracalny paraliż kończyny górnej i kończyny dolnej po tej samej stronie ciała	50%
Monoplegia – paraliż jednej kończyny dolnej lub górnej	25%

- Warunki dotyczące tego zakresu ochrony: jeżeli Dziecko dozna więcej niż jednego rodzaju porażenia na skutek tego samego Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci jedynie kwotę największego świadczenia.

6.10. Świadczenie z tytułu przebudowy domu oraz modyfikacji pojazdu

- W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu Całkowitego trwałego inwalidztwa Ubezpieczyciel pokryje Koszty z tytułu przebudowy domu oraz modyfikacji pojazdu, poniesione w ciągu jednego roku od daty Nieszczęśliwego wypadku powodującego Całkowite trwałe inwalidztwo, do wysokości Sumy ubezpieczenia wskazanej w Polisie dla tego zakresu.
- Definicja dotycząca tego zakresu ochrony:
Koszty z tytułu przebudowy domu oraz modyfikacji pojazdu – wydatki na przebudowę domu/mieszkania, w którym mieszka Dziecko, które są konieczne, aby przystosować ten dom/mieszkanie do użytkowania przez osobę poruszającą się wyłącznie na wózku inwalidzkim, oraz modyfikacje pojazdu silnikowego będącego własnością Ubezpieczającego bądź dzierżawionego przez niego w dniu Nieszczęśliwego wypadku, które są konieczne, aby przystosować pojazd do przewożenia nim Dziecka; wydatki te nie obejmują kosztów, które nie zostałyby poniesione w przypadku niezawarcia umowy ubezpieczenia, a także nie mogą przekroczyć zwykłego poziomu kosztów dla podobnej przebudowy bądź modyfikacji wykonywanej w miejscowości, w której mieszkało Dziecko w dniu Nieszczęśliwego wypadku.
- Warunki dotyczące tego zakresu ochrony: ochroną objęte są Koszty z tytułu przebudowy domu oraz modyfikacji pojazdu, pod warunkiem że są one:
 - zalecone przez ogólnokrajową organizację świadczącą pomoc osobom poruszającym się na wózku inwalidzkim;
 - przeprowadzone przez osoby posiadające doświadczenie i kwalifikacje w wykonywaniu takiej przebudowy i modyfikacji;
 - zgodne z wszelkimi właściwymi przepisami prawa oraz wymogami koniecznymi do uzyskania zezwoleń wydanych przez odpowiednie organy;
 - udowodnione odpowiednimi rachunkami/fakturami.
- Wyłączenia dotyczące tego zakresu ochrony: Ubezpieczyciel nie pokryje żadnych kosztów świadczeń w takim zakresie, w jakim mogą one być uzyskane od ZUS lub KRUS.

6.11. Koszt zakupu wózka inwalidzkiego

W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu inwalidztwa (ust. 6.2 i 6.3 powyżej) Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczającemu koszt zakupu wózka inwalidzkiego (jeżeli inwalidztwo to skutkuje koniecznością poruszania się przez Dziecko na wózku inwalidzkim) oraz koszty zakupu lub naprawy środków ortopedycznych i pomocniczych, do łącznej maksymalnej wysokości 6000 PLN.

6.12. Usługi assistance

- W ramach umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel zapewni Ubezpieczonemu Usługi assistance wymienione w tabeli poniżej oraz na warunkach określonych w niniejszym ust. 6.12.
- Usługi assistance dotyczą wyłącznie następstw Nieszczęśliwych wypadków i nagłego zachorowania Ubezpieczonego, objętych ochroną ubezpieczeniową określoną w niniejszych OWU, zaistniałych na terytorium Polski, i są świadczone całodobowo na terytorium Polski.

3. Świadczenie Ubezpieczyciela polega na zorganizowaniu Usług assistance i pokryciu ich kosztów – do wysokości określonej w tabeli poniżej.
4. Definicje mające zastosowanie do tego zakresu ochrony:
 - a) **Centrum Alarmowe** – działająca w imieniu Ubezpieczyciela: Europ Assistance Polska Sp. z o.o., ul. Wołoska 5, 02-675 Warszawa;

Całodobowy numer Centrum Alarmowego +48 22 203 75 13

- b) **Choroba przewlekła** – wszelkie zaburzenia lub odchylenia od normy, które mają jedną lub więcej z następujących cech charakterystycznych: są trwale, pozostawiają po sobie inwalidztwo, spowodowane są nieodwracalnymi zmianami patologicznymi, wymagają specjalnego postępowania rehabilitacyjnego albo według wszelkich oczekiwań wymagać będą długiego okresu nadzoru, obserwacji czy opieki i zostały zdiagnozowane lub były leczone przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej;
 - c) **Nagle zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, wymagający natychmiastowej pomocy medycznej;
5. Wyłączenia dotyczące tego zakresu ochrony:
 - a) jeżeli Ubezpieczony lub jego opiekun z winy umyślnej lub na skutek rażącego niedbalstwa nie powiadomił Ubezpieczyciela o Nieszczęśliwym wypadku, Ubezpieczyciel może odmówić spełnienia świadczenia w całości lub części, jeżeli Ubezpieczony lub jego opiekun w ten sposób przyczynił się do zwiększenia szkody lub uniemożliwił ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia;
 - b) Ubezpieczyciel nie jest zobowiązany do świadczenia Usług assistance, jeśli roszczenie Ubezpieczonego wynika ze zdarzeń zaistniałych jako skutek:
 - i) reakcji jądrowej, skażenia radioaktywnego, skażenia lub zanieczyszczenia opadami przemysłowymi, działania broni biologicznej lub chemicznej, promieni laserowych i maserowych, pola magnetycznego lub elektromagnetycznego, oddziaływania azbestu lub formaldehydu,
 - ii) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego;
 - c) Ubezpieczyciel nie ponosi również odpowiedzialności, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek lub nagle zachorowanie były spowodowane:
 - i) operacjami kosmetycznymi lub plastycznymi, z wyjątkiem przypadków gdy ich przeprowadzenie spowodowane było koniecznością usunięcia następstw Nieszczęśliwych wypadków lub nagłymi zachorowaniami,
 - ii) operacjami zmiany płci, pozbawienia płodności, usunięcia ciąży, sztucznego zapłodnienia lub innego sposobu leczenia niepłodności, pobrania narządów lub tkanek do przeszczepu,
 - iii) chorobą psychiczną, depresją, zaburzeniami psychicznymi Ubezpieczonego,
 - iv) spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia,
 - v) wadami wrodzonymi Ubezpieczonego i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - vi) kataklizmami naturalnymi,
 - vii) wypadkiem lotniczym zaistniałym w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych;
 - d) odpowiedzialność Ubezpieczyciela polegająca na organizacji usług pomocy medycznej nie ma charakteru ubezpieczenia zdrowotnego i jest wyłączona, jeżeli konieczność interwencji medycznej jest związana z: planowym leczeniem, koniecznością odbycia wizyt kontrolnych, rekonwalescencją lub schorzeniami w trakcie leczenia, które jeszcze nie zostały wyleczone, leczeniem stomatologicznym i protetycznym, leczeniem chorób przewlekłych, nagłym pogorszeniem stanu zdrowia Ubezpieczonego lub komplikacjami w przypadku chorób, które wymagają stałego leczenia lub opieki medycznej;

- e) odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje: świadczeń realizowanych poza terytorium RP, kosztów leków, środków opatrunkowych ani sytuacji, w których wymagana jest interwencja pogotowia ratunkowego, służb ratownictwa specjalistycznego.
6. Limity odpowiedzialności:
- podane w poniższych tabelach kwoty stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do jednego zdarzenia i dotyczą całego Okresu ubezpieczenia;
 - poniższe tabele określają limity odpowiedzialności dla poszczególnych rodzajów Usług assistance oraz maksymalną liczbę Usług assistance w ciągu Okresu ubezpieczenia.
7. Postępowanie w przypadku zajścia zdarzenia:
- w przypadku zamiaru skorzystania z Usługi assistance Ubezpieczony lub jego opiekun jest zobowiązany:
 - przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie, niezwłocznie skontaktować się z Centrum Alarmowym pod numerem telefonu +48 22 203 75 13,
 - użyć dostępnych mu środków w celu zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów,
 - przy zgłoszeniu szkody podać następujące informacje: numer polisy, imię i nazwisko, krótki opis zaistniałego zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy, numer telefonu kontaktowego, inne informacje wskazane przez Ubezpieczyciela niezbędne do zorganizowania pomocy w ramach Usług assistance;
 - w przypadku odmowy udzielenia informacji przez osobę ubezpieconą zgodnie z lit. a) lub braku współpracy z obsługą Centrum Alarmowego, Centrum Alarmowe może odmówić organizacji świadczeń określonych w tabeli;
 - w każdym przypadku powstania zdarzenia Ubezpieczony lub jego opiekun zobowiązany jest:
 - udzielić konsultantowi Centrum Alarmowego wyjaśnień dotyczących zdarzenia, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności i zakresu świadczeń,
 - udzielić specjalście przysланemu przez Centrum Alarmowe wszelkich pełnomocnictw niezbędnych do wykonania Usługi assistance,
 - współdziałać z Ubezpieczycielem w zakresie niezbędnym do wykonania zobowiązania.
8. Refundacja:
- w przypadku nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony lub jego opiekun prawny ma prawo do refundacji kosztów poniesionych z tytułu skorzystania z usług innego świadczeniodawcy niż Centrum Alarmowe, o ile:
 - zakres tych usług i ich koszty są tożsame z Usługami assistance wskazanymi w tabeli poniżej,
 - Centrum Alarmowe nie przystąpi do spełniania świadczenia w okresie 6 godzin od zawiadomienia o szkodzie lub wyrazi zgodę na spełnienie świadczenia przez inną osobę;
 - niezależnie od okoliczności wskazanych w lit. a) powyżej, Ubezpieczony lub jego opiekun prawny ma prawo do refundacji, jeżeli na skutek okoliczności od siebie niezależnych nie dopełnił obowiązków, o których mowa w części dotyczącej postępowania w przypadku zajścia zdarzenia, oraz poniósł koszty świadczeń, o których mowa w tabeli poniżej;
 - w celu otrzymania refundacji Ubezpieczony lub jego opiekun prawny powinien zgłosić roszczenie do Centrum Alarmowego:

Europ Assistance Polska Sp. z o.o.
Zespół ds. Likwidacji Szkód
ul. Wołoska 5
02-675 Warszawa
tel. +48 22 205 50 19
e-mail: refundacje@europ-assistance.pl

- d) zgłoszenie roszczenia o refundację powinno zawierać:
- numer konta, na które powinna być zwrócona kwota poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów świadczeń,
 - dokumentację dotyczącą szkody, zawierającą dokładny opis zdarzenia,
 - oryginały wszystkich faktur, rachunków, dowodów wpłaty, potwierdzających wysokość kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego.

9. Tabela usług assistance

Colonnade Assistance Plus			
Uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia Ubezpieczonego w wyniku nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku na terenie RP	wizyta lekarza (2 razy w Okresie ubezpieczenia)	500 PLN	
	wizyta pielęgniarki (2 razy w Okresie ubezpieczenia)	400 PLN	
	dostawa leków i sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego (2 razy w Okresie ubezpieczenia)	500 PLN	
	organizacja wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego (2 razy w Okresie ubezpieczenia)	organizacja	
Uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia Ubezpieczonego w wyniku nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku na terenie RP	transport medyczny do szpitala (2 razy w Okresie ubezpieczenia)	2 000 PLN (łącznie na wszystkie transporty)	
	transport medyczny szpital-szpital (2 razy w Okresie ubezpieczenia)		
	transport medyczny ze szpitala (2 razy w Okresie ubezpieczenia)		
	pomoc domowa po hospitalizacji (2 razy w Okresie ubezpieczenia)	48 h	
	pomoc psychologa (raz w Okresie ubezpieczenia)	800 PLN	
	organizacja procesu rehabilitacyjnego (raz w Okresie ubezpieczenia)	organizacja	
	transport na komisję lekarską (raz w Okresie ubezpieczenia)	organizacja	
	świadczenie do wyboru:	opieka nad dziećmi (2 razy w Okresie ubezpieczenia)	500 PLN
		transport opiekuna (2 razy w Okresie ubezpieczenia)	bilet PKP I klasy lub autobusowy
		telefoniczna konsultacja z lekarzem	bez limitu
		organizacja wizyty u lekarza specjalisty	bez limitu
	infolinia medyczna	bez limitu	

10. Usługi assistance określone w tabeli powyżej będą świadczone na rzecz Ubezpieczonego wg następujących zasad:

- a) **Wizyta lekarza** – Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty wizyty lekarza pierwszego kontaktu, czyli koszty dojazdu do miejsca pobytu i honorarium lekarza;
- b) **Wizyta pielęgniarki** – Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty wizyty pielęgniarki w miejscu pobytu Ubezpieczonego w godzinach 8.00–16.00 w celu wykonania czynności pielęgniarskich na podstawie zlecenia lekarskiego, w ramach ustalonego limitu; o celowości wizyty pielęgniarki decyduje lekarz wskazany przez Centrum Alarmowe;
- c) **Dostawa leków i sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego** – zgodnie z zaleceniami Lekarza wskazanego przez Centrum Alarmowe, Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty dostarczenia leków, środków opatrunkowych lub drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego do miejsca pobytu osoby ubezpieczonej; koszt leków, środków opatrunkowych lub sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego jest pokrywany przez Ubezpieczonego;
- d) **Organizacja wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony zgodnie ze wskazaniem lekarza powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu, Centrum Alarmowe organizuje transport sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego; koszty transportu i wypożyczenia lub zakupu sprzętu ponosi Ubezpieczony;
- e) **Transport medyczny** – w przypadkach niewymagających interwencji pogotowia ratunkowego Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty transportu medycznego:
 - i) z miejsca pobytu do najbliższego szpitala, który może udzielić wymaganej pomocy,
 - ii) ze szpitala do szpitala (jeśli placówka medyczna, w której przebywa Ubezpieczony, nie może zapewnić mu wymaganej opieki bądź gdy skierowany jest on na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny),
 - iii) ze szpitala do miejsca pobytu (jeśli pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 5 dni);
- f) **Pomoc domowa po hospitalizacji** – jeżeli wskutek nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony jest hospitalizowany dłużej niż 5 dni, Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty honorarium pomocy domowej w godzinach 8.00–16.00 (przygotowywanie posiłków, drobne zakupy, drobne porządki) po zakończeniu hospitalizacji, w związku ze stwierdzoną przez lekarza uzasadnioną koniecznością pomocy i niemożności wsparcia rodziny lub osób bliskich; koszty zakupu wszelkich materiałów, środków spożywczych ponosi Ubezpieczony;
- g) **Pomoc psychologa** – Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszt dojazdu do miejsca pobytu Ubezpieczonego oraz honorarium psychologa w trudnych sytuacjach losowych, tj. zgon albo ciężka choroba osoby bliskiej;
- h) **Organizacja procesu rehabilitacji** – jeżeli zgodnie ze wskazaniem lekarza Centrum Alarmowego Ubezpieczony wymaga rehabilitacji w miejscu pobytu lub stacjonarnej placówce świadczącej usługi rehabilitacyjne, Centrum Alarmowe organizuje wizytę specjalisty fizyioterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego lub organizuje transport oraz wizytę w poradni rehabilitacyjnej; koszt transportu oraz rehabilitacji ponosi Ubezpieczony;
- i) **Organizacja transportu na komisję lekarską** – Centrum Alarmowe organizuje jednorazowy transport z miejsca pobytu na komisję lekarską oraz z powrotem odpowiednim zalecanym przez lekarza Centrum Alarmowego środkiem transportu; koszt transportu na komisję ponosi Ubezpieczony;

jeżeli w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania Ubezpieczony, pełniący rolę opiekuna lub rodzica, jest hospitalizowany co najmniej 5 dni, a w jego miejscu pobytu bez opieki pozostaje dziecko lub osoba niesamodzielna, Centrum Alarmowe zapewnia jedno z poniższych świadczeń:

- j) **Opieka nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi** – Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty opieki nad dziećmi w miejscu pobytu Ubezpieczonego, do wysokości ustalonego limitu;

- k) **Transport opiekuna** – Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty podróży w obie strony dla innego opiekuna z jego miejsca zamieszkania do miejsca pobytu Ubezpieczonego;

Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Alarmowego realizuje na życzenie Ubezpieczonego następujące usługi:

- l) **Telefoniczna konsultacja z lekarzem** – Centrum Alarmowe zapewni:
- całodobowy dostęp do infolinii medycznej umożliwiającej telefoniczną rozmowę z lekarzem Centrum Alarmowego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli ustnej informacji co do dalszego toku postępowania,
 - telefoniczny dostęp do informacji o lekach, ich zamiennikach, działaniu, interakcjach z innymi środkami, przeciwwskazaniach, dawkowaniu;
- m) **Organizacja wizyty u lekarza specjalisty** – jeżeli lekarz wskazany przez Centrum Alarmowe zaleci wizytę u lekarza specjalisty, Centrum Alarmowe organizuje wizytę w terminie wskazanym przez Ubezpieczonego; koszt wizyty u lekarza specjalisty ponosi Ubezpieczony;
- n) **Infolinia medyczna** – Centrum Alarmowe w ramach infolinii medycznej udostępni Ubezpieczonemu na życzenie:
- dane dotyczące aptek na terenie całego kraju, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów,
 - dane dotyczące placówek medycznych mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - dane dotyczące placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym adresy, godziny pracy i numery telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy uprawnionych,
 - dane dotyczące placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki uniwersytetów medycznych),
 - dane dotyczące placówek odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terenie kraju,
 - dane dotyczące placówek opieki społecznej,
 - dane dotyczące placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - informacje o działaniach, które należy podjąć przed podróżą oraz w jej trakcie, np. niezbędnych szczepieniach, specyfice danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia),
 - informacje o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
 - informacje medyczne o danym schorzeniu, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów),
 - informacje farmaceutyczne o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działania uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
 - informacje o zasadach zdrowego żywienia i dietach: bezglutenowej, bogatoresztkowej, cukrzycowej, ubogobiałkowej, bogatobiałkowej, niskocholesterolowej, niskokalorycznej, redukcyjnej, wątrobowej, wrzodowej,
 - informacje o grupach wsparcia i telefonach zaufania w Polsce dla osób w trudnej sytuacji rodzinnej, samotnych matek, cierpiących na określone schorzenia lub dotkniętych: narkomanią, alkoholizmem, nikotynizmem, przemocą domową, chorobą nowotworową, cukrzycą, otyłością, anoreksją, bulimią, depresją,
 - informacje o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,
 - informacje o ciąży: objawy ciąży, badania, zagrożenia, przesady, dieta przed, w trakcie ciąży i po porodzie, tabela dietetyczna.

- informacje dla młodych matek dotyczące pielęgnacji niemowląt,
- informacje o stanach wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy,
- instrukcje przygotowania do zabiegów i badań medycznych: gastroskopia, kolonoskopia, koronarografia, rezonans magnetyczny, ultrasonografia, wlew doodbytniczy.

Informacje, o których mowa powyżej, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone przez dyrektora Colonnade Insurance Société Anonyme Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie oraz wprowadzone do obrotu z dniem 20 września 2018 roku.

ZASADY PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Administratorem danych osobowych jest Colonnade Insurance S.A. działająca w Polsce przez Colonnade Insurance Société Anonyme Oddział w Polsce (dalej: Colonnade lub Administrator). Podstawą prawną i celem przetwarzania podstawowych danych osobowych jest podjęcie działań przed zawarciem umowy oraz zawarcie i wykonanie umowy. W przypadku pozyskania od ubezpieczającego lub innej osoby kontaktującej się z Administratorem danych osobowych innych osób prawnie usprawiedliwionym celem przetwarzania tych danych jest wykonanie umowy stanowiące podstawę prawną do ich przetwarzania. Jeżeli jest to niezbędne w związku z wyżej wymienionymi celami, w przypadku zbierania danych osobowych dotyczących stanu zdrowia podstawą do ich przetwarzania jest zgoda.

Dane osobowe mogą być również przetwarzane w celu wypełnienia obowiązków prawnych ciążyących na Administratorze, a konieczność ich przetwarzania wynika zawsze z przepisów prawa (dotyczących: działalności ubezpieczeniowej, rozpatrywania reklamacji, kwestii podatkowych i księgowych, obowiązków statystycznych i aktuarialnych oraz ochrony konsumentów). Mogą być przetwarzane także w celach wynikających z prawnie uzasadnionych interesów Administratora (tj. zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego przez jego reasekurację, zapobieganie szkodom Administratora przez przeciwdziałanie przestępczości ubezpieczeniowej, prowadzenie marketingu bezpośredniego produktów własnych przez prowadzenie działań analitycznych i kontakt z osobą, której dane dotyczą, zapewnienie zgodności w zakresie międzynarodowych sankcji przez prowadzenie analiz, a także dochodzenie lub obrona przed roszczeniami wynikającymi z działalności Administratora, w tym podejmowanie niezbędnych działań dla ich zabezpieczenia).

Dane osobowe mogą być ujawnione innym podmiotom jedynie w związku z realizacją wyżej wymienionych celów i na podstawie pisemnej umowy (m.in. dostawcom usług IT, pośrednikom ubezpieczeniowym, likwidatorom szkód, windykatorom, agencjom marketingowym) lub w związku z usprawiedliwionym celem Administratora (m.in. zakładom ubezpieczeń, reasekuratorom, instytucjom płatniczym).

Dane osobowe w zależności od celu są przetwarzane zawsze nie dłużej niż to wynika z okresu przedawnienia roszczeń lub przepisów prawa. Dane osobowe mogą być przekazane do państw trzecich (poza Europejski Obszar Gospodarczy) jedynie w sytuacjach określonych przez prawo, w szczególności gdy zostaną spełnione warunki zapewniające odpowiedni poziom bezpieczeństwa danych osobowych. W celu przestrzegania ustanowionych sankcji międzynarodowych dane osobowe związane z umową ubezpieczenia mogą zostać przekazane spółce DXC Technology z siedzibą w Stanach Zjednoczonych, na podstawie standardowych klauzul ochrony danych przyjętych przez Komisję Europejską, co oznacza, że zapewniłoby stosowanie odpowiednich środków ochrony i bezpieczeństwa danych osobowych wymaganych przez przepisy europejskie.

Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo do żądania dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz do wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych (zarówno w Polsce, jak i w Luksemburgu), a także prawo do cofnięcia wyrażonych zgód. Podanie danych osobowych jest konieczne do zawarcia i wykonywania umowy oraz wypełnienia obowiązków prawnych Colonnade. Bez podania danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy. Podanie numeru telefonu jest dobrowolne, tak samo jak adresu e-mail, chyba że jest on konieczny do dostarczenia dokumentacji ubezpieczeniowej. Niemniej prowadzenie marketingu bezpośredniego e-mailowo lub telefonicznie nie będzie możliwe bez uprzedniej zgody. Zgoda może być w każdym czasie cofnięta w sposób wskazany poniżej i bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Z Administratorem można się kontaktować, pisząc na adres oddziału Colonnade, dzwoniąc pod numer +48 22 528 51 00 oraz wysyłając e-mail: info@colonnade.pl. We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych, w szczególności w sprawie skorzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych, sprzeciwu, przekazywania danych poza obszar EOG, można kontaktować się z inspektorem ochrony danych osobowych w Colonnade (dpo@colonnade.pl) lub wysyłając pismo na adres oddziału Colonnade.

Colonnade Insurance Société Anonyme
Oddział w Polsce
ul. Prosta 67
00-838 Warszawa
Polska

tel. +48 22 276 26 00
fax +48 22 528 52 52

e-mail: bok@colonnade.pl
www.colonnade.pl

073/0322