



Group Protect

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA
NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW
I NA CZAS PODRÓŻY

COLONNADE 
A FAIRFAX COMPANY

Spis treści

§ 1. DEFINICJE OGÓLNE	4
§ 2. POSTANOWIENIA OGÓLNE	7
§ 3. OGÓLNE POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE ZGŁASZANIA ROSZCZEŃ I WYPŁATY ŚWIADCZEŃ	10
§ 4. OGÓLNE WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	12
§ 5. REKLAMACJE	12
CZĘŚĆ A – NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK	13
§ 6. POSTANOWIENIA MAJĄCE ZASTOSOWANIE DO CZĘŚCI A	13
§ 7. CZĘŚĆ A1 – ŚMIERĆ WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	14
§ 8. CZĘŚĆ A2 – TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU	14
§ 9. CZĘŚĆ A3 – CAŁKOWITA OKRESOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY	18
§ 10. CZĘŚĆ A4 – ŚWIADCZENIE SZPITALNE	18
§ 11. CZĘŚĆ A5 – REKONWALESCENCJA W DOMU	19
§ 12. CZĘŚĆ A6 – UTRATA PRZYTOMNOŚCI	19
§ 13. CZĘŚCI A7, A8 I A9 – ZŁAMANIA, POPARZENIA I ODMROŻENIA	19
§ 14. CZĘŚĆ A10 – KOSZTY LECZENIA POWYPADKOWEGO	20
§ 15. CZĘŚĆ A11 – KOSZTY REHABILITACJI	20
§ 16. CZĘŚĆ A12 – KOSZTY OPERACJI PLASTYCZNYCH	20
§ 17. CZĘŚĆ A13 – KOSZTY LECZENIA STOMATOLOGICZNEGO	20
§ 18. CZĘŚĆ A14 – KOSZTY PRZEKWALIFIKOWANIA	21
§ 19. CZĘŚĆ A15 – KOSZTY POGRZEBU	21
§ 20. CZĘŚĆ A16 – KOSZTY ZAKUPU LUB NAPRAWY ŚRODKÓW ORTOPEDYCZNYCH I POMOCNICZYCH	21
§ 21. CZĘŚĆ A17 – UCIAŹLIWE LECZENIE	21
§ 22. CZĘŚĆ A18 – OKALECZENIE I OSZPECENIE TWARZY	21
§ 23. CZĘŚĆ A19 – PRZEBUDOWA DOMU ORAZ MODYFIKACJA POJAZDU	22
§ 24. CZĘŚĆ A20 – ASSISTANCE MEDYCZNY	22
§ 25. CZĘŚĆ A21 – ZAWAŁ SERCA I UDAR MÓZGU	24
§ 26. CZĘŚĆ A22 – POWAŻNE ZACHOROWANIE	24
§ 27. CZĘŚĆ A23 – ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA	26
CZĘŚĆ B – PODRÓŻ	27
§ 28. CZĘŚĆ B1 – KOSZTY LECZENIA I NIEPRZEWIDZIANE KOSZTY PODRÓŻY, KOSZTY AKCJI RATOWNICZEJ I ASSISTANCE	27
§ 29. CZĘŚĆ B2 – KOSZTY OBSŁUGI PRAWNEJ	33
§ 30. CZĘŚĆ B3 – ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA W TRAKCIE PODRÓŻY	34
§ 31. CZĘŚĆ B4 – MIENIE OSOBISTE	34
§ 32. CZĘŚĆ B5 – ŚRODKI PIENIĘŻNE	35
§ 33. CZĘŚĆ B6 – ANULOWANIE, SKRÓCENIE LUB OPÓŹNIENIE PODRÓŻY	36
§ 34. CZĘŚĆ B7 – UPROWADZENIE, PORWANIE, WZIĘCIE ZAKŁADNIKÓW	37
§ 35. CZĘŚĆ B8 – UBEZPIECZENIE MIENIA RUCHOMEGO	37
§ 36. CZĘŚĆ B9 – UBEZPIECZENIE UDZIAŁU WŁASNEGO W UMOWIE NAJMU POJAZDU W SZKODZIE PODCZAS PODRÓŻY OSOBY UBEZPIECZONEJ	38

Nota informacyjna

1. Informacje dotyczące przesłanek wypłaty odszkodowania zawarte są w następujących częściach warunków ubezpieczenia:

§ 2 ust. 6–14	§ 12	§ 20	§ 29 ust. 1 i 3–5
§ 3	§ 13 ust. 1	§ 21	§ 30 ust. 1–5
§ 6	§ 14	§ 22 ust. 1	§ 31 ust. 1–7
§ 7	§ 15	§ 23 ust. 1 i 2	§ 32 ust. 1–3
§ 8	§ 16	§ 24 ust. 1–4 i 9–11	§ 33 ust. 1–8
§ 9 ust. 1	§ 17 ust. 1	§ 26 ust. 1	§ 34 ust. 1
§ 10 ust. 1–4	§ 18	§ 27 ust. 1, 2, 5 i 6	§ 35 ust. 1 i 3–5
§ 11	§ 19	§ 28 ust. 1–4	§ 36 ust. 1 i 2

2. Informacje dotyczące ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy lub ograniczenia wypłaty odszkodowania zawarte są w następujących częściach warunków ubezpieczenia:

§ 2 ust. 16, 21, 23, 30 i 32	§ 10 ust. 5	§ 24 ust. 2, 6–10 i 12	§ 31 ust. 5, 8 i 9
§ 3 ust. 6–10, 14 i 15	§ 11	§ 26 ust. 6–9	§ 32 ust. 4
§ 4	§ 13 ust. 2–4	§ 27 ust. 5, 7, 8 i 10	§ 33 ust. 9 i 10
§ 6 ust. 3–5	§ 17 ust. 2	§ 28 ust. 7	§ 34 ust. 5
§ 7 ust. 8	§ 22 ust. 5	§ 29 ust. 6	§ 36 ust. 5 i 6
§ 8 ust. 4, 8, 11–13 i 15	§ 23 ust. 4	§ 30 ust. 3, 4 i 6	

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW I NA CZAS PODRÓŻY

zatwierdzone przez dyrektora Colonnade Insurance Société Anonyme Oddział w Polsce w dniu 10.06.2026 r. mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1.07.2026 r.

§ 1. DEFINICJE OGÓLNE

W niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia poniższe pojęcia definiowane są w następujący sposób:

- 1) **Akt terroru** – sprzeczne z prawem użycie (lub zagrożenie użyciem) siły lub przemocy przeciwko ludziom bądź mieniu w celu spełnienia żądań politycznych, ekonomicznych, narodowych, etnicznych, rasowych lub religijnych, poprzez zastraszanie lub wymuszenie na rządzie, organizacji lub poszczególnych osobach zmiany ich zachowań lub stosowanej polityki. Za **Akt terroru** uważane jest także każde działanie uznane przez władze państwowe za atak terrorystyczny.
- 2) **Beneficjent** – osoba uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci **Osoby ubezpieczonej**. Jeżeli **Osoba ubezpieczona** nie wskazała **Beneficjenta** lub jeżeli w chwili śmierci **Osoby ubezpieczonej** nie ma **Beneficjenta** uprawnionego do otrzymania świadczenia, świadczenie to przysługuje członkom rodziny **Osoby ubezpieczonej** według następującej kolejności: małżonkowi **Osoby ubezpieczonej**, a w razie braku małżonka – dzieciom **Osoby ubezpieczonej**, a w razie braku małżonka i dzieci – rodzicom **Osoby ubezpieczonej**, a w razie braku małżonka, dzieci i rodziców – pozostałym spadkobiercom **Osoby ubezpieczonej**. W braku odmiennego wskazania przez **Osobę ubezpieczoną** kwota świadczenia zostanie podzielona pomiędzy wszystkich **Beneficjentów** w częściach równych.
- 3) **Całkowita trwała niezdolność do pracy** – niepełnosprawność, która całkowicie uniemożliwia **Osobie ubezpieczonej** pracę w dotychczasowym zawodzie na rzecz **Ubezpieczającego** i która wedle aktualnej wiedzy medycznej utrzyma się do końca jej życia.
- 4) **Centrum Assistance** – jednostka organizacyjna wskazana przez **Ubezpieczyciela**, której **Ubezpieczający** lub **Osoba ubezpieczona** zobowiązani są zgłosić zajście zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową i która będzie świadczyć usługi określone w OWU.
- 5) **Certyfikat** – dokument wystawiony przez **Ubezpieczyciela**, potwierdzający przystąpienie **Osoby ubezpieczonej** do ubezpieczenia.
- 6) **Choroba** – każdy nagły i niespodziewany stan chorobowy powstały i zdiagnozowany w **Okresie ochrony** i wymagający natychmiastowej pomocy medycznej lub nagłe i niespodziewane zaostrzenie w **Okresie ochrony Choroby przewlekłej**, wymagające natychmiastowej pomocy medycznej.
- 7) **Choroba przewlekła** – długotrwały stan chorobowy, zdiagnozowany lub leczony stale lub okresowo przed rozpoczęciem **Okresu ubezpieczenia**.
- 8) **Dodatek** – wystawiony przez **Ubezpieczyciela** dokument, potwierdzający wprowadzenie zmian do zawartej umowy ubezpieczenia, zawierający szczegółowe dane dotyczące tej zmiany. Dodatek stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.
- 9) **Dziecko** – każde dziecko **Osoby ubezpieczonej**, stanu wolnego i wspólnie z nią zamieszkujące, przed ukończeniem 19. roku życia lub przed ukończeniem 27. roku życia, gdy kontynuuje naukę i w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie jest zatrudnione na podstawie umowy o pracę lub ma orzeczony znaczny stopień niepełnosprawności, zgodnie z przepisami Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, i nie jest w stanie zaspokajać potrzeb egzystencjalnych – bez względu na wiek.
- 10) **Hospitalizacja** – pobyt i leczenie w szpitalu, związane z leczeniem stanów powstałych w następstwie **Nagłego zachorowania** lub **Nieszcześliwego wypadku**, których nie można leczyć ambulatoryjnie.
- 11) **Kradzież z włamaniem** – dokonanie lub usiłowanie dokonania zaboru mienia **Ubezpieczonego**, po uprzednim usunięciu siły zabezpieczenia lub otworzeniu wejścia przy użyciu narzędzi albo podrobionego lub dopasowanego klucza bądź oryginalnego klucza, w którego posiadanie sprawca wszedł wskutek włamania do innego pomieszczenia lub w wyniku rozboju.
- 12) **Kraj stałego zamieszkania** – kraj, w którym **Osoba ubezpieczona** zamieszkuje przez okres co najmniej jednego roku bezpośrednio poprzedzającego objęcie jej ochroną ubezpieczeniową i w którym koncentruje się jej życie osobiste i zawodowe. Krajem stałego zamieszkania nie jest kraj, w którym **Osoba ubezpieczona** przebywa w celu kształcenia się lub do którego jest oddelegowana do pracy.
- 13) **Lekarz** – osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu lekarza, w tym lekarza dentysty, z wyłączeniem:
 - a) **Osoby ubezpieczonej**,
 - b) **Osoby bliskiej**,
 - c) **Pracownika Ubezpieczającego**.

- 14) **Maksymalna łączna kwota ubezpieczenia z tytułu jednego zdarzenia** – maksymalna łączna kwota, którą wypłaci **Ubezpieczyciel** na mocy umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU na rzecz wszystkich **Osób ubezpieczonych**, które doznały **Uszkodzenia ciała** lub **Choroby** spowodowanych tym samym zdarzeniem.
- 15) **Maksymalna łączna kwota ubezpieczenia z tytułu wypadku podczas planowego lotu** – maksymalna łączna kwota, którą wypłaci **Ubezpieczyciel** na mocy umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU na rzecz wszystkich **Osób ubezpieczonych**, które doznały **Uszkodzenia ciała** w tym samym **Nieszczęśliwym wypadku** podczas **Planowego lotu**.
- 16) **Mienie osobiste** – mienie stanowiące własność **Osoby ubezpieczonej** lub mienie powierzone **Osobie ubezpieczonej** w związku z wykonywaniem obowiązków służbowych.
- 17) **Mienie ruchome** – następujące urządzenia i przedmioty użytku domowego: sprzęt audiowizualny, fotograficzny, elektroniczny i komputerowy, elektryczne urządzenia gospodarstwa domowego oraz meble.
- 18) **Nagłe zachorowanie** – nagłe zaburzenie stanu zdrowia, które ze względu na swój charakter stanowi bezpośrednie zagrożenie dla życia lub zdrowia i wymaga bezzwłocznego leczenia.
- 19) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, spowodowane czynnikami zewnętrznymi, niezależne od woli **Osoby ubezpieczonej** i nieoczekiwane zdarzenie powodujące **Uszkodzenie ciała** lub śmierć.
- 20) **Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny** – **Nieszczęśliwy wypadek** powstały w związku z ruchem pojazdu mechanicznego.
- 21) **Nieszczęśliwy wypadek w pracy** – **Nieszczęśliwy wypadek** powstały podczas wykonywania pracy.
- 22) **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej będący wydzielonym oddziałem szpitalnym, zapewniający przez 24 godziny na dobę specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarską, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt umożliwiający całodobowe monitorowanie i wspomaganie czynności życiowych, przeznaczony do leczenia chorych w stanach zagrożenia życia. Pojęcie OIOM nie obejmuje wydzielonych sal intensywnego nadzoru istniejących w ramach innych oddziałów specjalistycznych.
- 23) **Okres ochrony** – czas w trakcie trwania **Okresu ubezpieczenia**, w którym **Ubezpieczającemu** lub **Osobie ubezpieczonej** udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa.
- 24) **Okres ubezpieczenia** – wskazany w **Polisie**, **Certyfikacie** lub **Dodatku** okres, w którym **Ubezpieczyciel** udziela **Osobom ubezpieczonym** ochrony ubezpieczeniowej.
- 25) **Osoba bliska** – małżonek, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu (konkubent/konkubina), dzieci własne, dzieci przysposobione oraz dzieci przyjęte na wychowanie, pasierbowie, rodzice, ojczym, macocha, rodzeństwo, dziadkowie, wnuki, teściowie, zięć, synowa oraz inne osoby pozostające z **Osobą ubezpieczoną** we wspólnym gospodarstwie domowym.
- 26) **Osoba trzecia** – osoba inna niż **Osoba ubezpieczona** i **Osoba bliska**.
- 27) **Osoba ubezpieczona** – o ile **Ubezpieczyciel** nie określił tego inaczej w **Polisie**, każda osoba do 80. roku życia, wskazana w **Polisie** jako **Osoba ubezpieczona**. W przypadku gdy **Ubezpieczający** zawiera umowę ubezpieczenia na własny rachunek, jest również **Osobą ubezpieczoną**. Ochrona ubezpieczeniowa przysługuje najpóźniej do końca **Okresu ubezpieczenia**, w którym **Osoba ubezpieczona** ukończy 80 lat.
- 28) **OWU** – niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków i na czas podróży.
- 29) **Paraplegia (porażenie poprzeczne)** – całkowity i nieodwracalny paraliż obu kończyn dolnych lub obu kończyn górnych.
- 30) **Partner** – osoba w wieku od 18 do 80 lat, pozostająca z **Osobą ubezpieczoną** we wspólnym pożyciu i prowadząca z nią wspólne gospodarstwo domowe, o ile ani ta osoba, ani **Osoba ubezpieczona** nie pozostają w tym samym czasie w związku małżeńskim ani we wspólnym pożyciu z inną osobą.
- 31) **Planowy lot** – lot odbywający się zgodnie z opublikowanym rozkładem lotów linii lotniczej.
- 32) **Podróż** – każda podróż w **Okresie ubezpieczenia**, o długości nieprzekraczającej 270 dni, chyba że **Ubezpieczyciel** wyrazi pisemnie zgodę na inne warunki.
- 33) **Podróż służbowa** – każda **Podróż** w **Okresie ubezpieczenia** odbywana w związku z prowadzeniem działalności przez **Ubezpieczającego**, o długości nieprzekraczającej 270 dni, chyba że **Ubezpieczyciel** wyrazi pisemną zgodę na inne warunki. Zdarzenia zaistniałe w czasie czynności niesłużbowej są również przedmiotem ubezpieczenia w czasie trwania **Podróży służbowej**.
- 34) **Polisa** – wystawiony przez **Ubezpieczyciela** dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia, zawierający szczegóły dotyczące udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
- 35) **Pozostawanie pod wpływem alkoholu** – stan powstały w wyniku wprowadzenia przez **Osobę ubezpieczoną** do swojego organizmu takiej ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia powyżej 0,5 promila alkoholu we krwi albo do obecności powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza.
- 36) **Praca fizyczna** – wszelkie prace i czynności niebędące pracą umysłową, w szczególności prace remontowo-budowlane, na wysokościach, w transporcie, rolnictwie, pod ziemią, pod wodą, w hutnictwie, w gastronomii, czynności z użyciem substancji chemicznych, niebezpiecznych narzędzi, tj. wiertarki udarowe, piły mechaniczne, młoty pneumatyczne, pilarki i szlifierki mechaniczne, obrabiarki, dźwigi i maszyny robocze, maszyny drogowe.

- 37) Praca umysłowa** – wykonywanie przez **Ubezpieczonego** pracy w biurze (tj. niezwiązanej z pracą fizyczną) lub uczestnictwo w konferencjach i szkoleniach teoretycznych.
- 38) Pracownik** – każda osoba zatrudniona przez **Ubezpieczającego** na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, kontraktu menedżerskiego lub na podstawie umowy cywilnoprawnej, umowy zlecenia, umowy o dzieło, umowy o współpracy lub innej umowy o podobnym charakterze. Za **Pracownika** uznaje się również członka zarządu i rady nadzorczej **Ubezpieczającego** oraz **Ubezpieczającego**, gdy prowadzi działalność gospodarczą jako osoba fizyczna.
- 39) Przewoźnik** – przedsiębiorca posiadający odpowiednią licencję do prowadzenia pojazdu lądowego, jednostki pływającej lub statku powietrznego, służących do przewozu pasażerów za opłatą.
- 40) Rekreacyjne uprawianie sportu** – dobrowolna, niezarobkowa forma aktywności fizycznej **Ubezpieczonego**, podejmowana w celach odpoczynku lub rozrywki, niezwiązana z uczestnictwem w treningach, zawodach, zgrupowaniach ani obozach kondycyjnych lub szkoleniowych organizowanych przez kluby, związki czy organizacje sportowe, wykonywana w czasie wolnym od pracy lub nauki.
- 41) Sporty ekstremalne** – sporty uprawiane w celu osiągnięcia maksymalnych wrażeń, za które uważa się sporty powietrzne (szybownictwo, baloniarstwo, spadochroniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, kitesurfing oraz wszelkiego rodzaju ich odmiany, a także inne dyscypliny związane z przemieszczaniem się w przestrzeni powietrznej), jazdę na nartach lub snowboardzie poza wyznaczonymi trasami, skoki narciarskie, freeride, skoki na gumowej linie, jumping, abseiling, BASE jumping, house running (rap sliding), hydrospeed, canoping, canyoning, parkour, heliskiing, heliboarding, skialpinizm, mountainboarding, wspinaczkę górską, skalną, skałkową, wysokogórską i lodową, wspinaczkę wymagającą użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego, treeclimbing, himalaizm, alpinizm, ferraty, speleologię, rafting (i wszystkie jego odmiany), kajakarstwo górskie, sporty motorowe (z wyjątkiem amatorskiej jazdy na quadach, skuterach), sporty motorowodne (z wyjątkiem amatorskiej jazdy skuterm wodnym, motorówką), żeglarstwo morskie powyżej 20 mil morskich od brzegu, kolarstwo górskie, kolarstwo torowe, downhill, 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, freediving, nurkowanie na głębokość większą niż 18 metrów, nurkowanie wrakowe, jaskiniowe oraz pod lodem.
- 42) Suma ubezpieczenia** – określona w **Polisie** dla każdego zakresu ubezpieczenia maksymalna kwota, do wysokości której **Ubezpieczyciel** ponosi odpowiedzialność w przypadku zaistnienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
- 43) Szpital** – działający zgodnie z prawem zakład leczenia zamkniętego, przeznaczony dla chorych wymagających opieki leczniczej, zabiegów operacyjnych lub zabiegów diagnostycznych, zapewniający chorym całodobową opiekę średniego i wyższego personelu medycznego; za szpital nie uznaje się ośrodków opieki społecznej, ośrodków dla psychicznie chorych, hospicjów onkologicznych, ośrodków leczenia uzależnień, ośrodków sanatoryjnych, ośrodków rehabilitacyjnych, wypoczynkowych, uzdrowiskowych.
- 44) Środki pieniężne** – monety, banknoty, чеки bankierskie, karty płatnicze, чеки podróżne oraz bilety podróżne należące do **Osoby ubezpieczonej** lub znajdujące się pod jej opieką lub kontrolą.
- 45) Tetraplegia (porażenie czterokończynowe)** – całkowity i nieodwracalny paraliż obu kończyn dolnych oraz obu kończyn górnych.
- 46) Trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia **Ubezpieczonego** spowodowane **Nieszczęśliwym wypadkiem** i powstałe w ciągu 12 miesięcy od daty **Nieszczęśliwego wypadku**.
- 47) Twarz** – przednia część głowy ludzkiej, od czoła do podbródka oraz od ucha do ucha.
- 48) Ubezpieczający** – pełnoletnia osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, zawierająca z **Ubezpieczycielem** umowę ubezpieczenia, wymieniona w **Polisie** i zobowiązana do opłacenia składki.
- 49) Ubezpieczyciel** – Colonnade Insurance Société Anonyme, 1, rue Jean Piret, L-2350 Luxembourg, zarejestrowana w Luksemburgu pod numerem B 61605, siedziba główna: 1, rue Jean Piret, L-2350 Luxembourg, prowadząca działalność ubezpieczeniową na podstawie zezwolenia luksemburskiego organu nadzoru – Commissariat aux Assurances, działająca w Polsce przez Colonnade Insurance Société Anonyme Oddział w Polsce zarejestrowany w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000678377, NIP 1070038451, kapitał zakładowy 9 500 000 EUR (wpłacony w całości), z siedzibą: ul. Prosta 67, 00-838 Warszawa.
- 50) Udar mózgu** – rozpoznany przez lekarza i zakwalifikowany w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod I60-I64.
- 51) Uszkodzenie ciała** – uraz ciała spowodowany **Nieszczęśliwym wypadkiem** mającym miejsce w **Okresie ubezpieczenia**. Za uraz ciała nie uznaje się:
- a) **Choroby**, chyba że jest ona następstwem **Nieszczęśliwego wypadku**,
 - b) zespołu stresu pourazowego,

- c) zaburzenia psychicznego niepozostającego w bezpośrednim związku z uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego,
 - d) każdego występującego naturalnie stanu chorobowego lub procesu zwyrodnieniowego,
 - e) stanu wywołanego czynnikiem cechującym się stopniowym działaniem,
 - f) ran pooperacyjnych.
- 52) Utrata kończyny** – oznacza:
- a) w przypadku kończyny dolnej:
 - anatomiczną utratę kończyny w kostce lub powyżej kostki, lub
 - trwałą utratę funkcji całej stopy lub nogi;
 - b) w przypadku kończyny górnej:
 - anatomiczną utratę czterech palców w stawie śródrečno-paliczkowym (stawie łączącym śródreczę z palcami) lub utratę kończyny powyżej tego stawu, lub
 - trwałą utratę funkcji całej ręki lub dłoni.
- 53) Utrata mowy** – całkowita i trwała utrata mowy.
- 54) Utrata słuchu** – całkowita i trwała utrata słuchu.
- 55) Utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w obojgu oczach w wyniku **Nieszczęśliwego wypadku** lub **Choroby**. Utrata wzroku musi być potwierdzona przez okulistę.
- 56) Wojna** – każde użycie sił wojskowych w stosunku do innego państwa, wojna domowa, rewolucja, inwazja, powstanie, przejęcie przy użyciu siły władzy nad krajem lub siłami wojskowymi, celowe wykorzystanie sił wojskowych w celu przejęcia władzy, zapobieżenia lub zniwelowania skutków aktów terroru.
- 57) Wyczynowe uprawianie sportu** – niezawodowe uprawianie sportu w ramach sekcji lub klubów sportowych z jednoczesnym uczestnictwem w zawodach lub treningach, zgrupowaniach, obozach i szkoleniach przygotowujących do zawodów.
- 58) Zaostrzenie choroby przewlekłej** – powstałe w sposób nagły nasilenie **Choroby przewlekłej**, w tym również nowotworowej, o ostrym przebiegu, które wymaga udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej przed powrotem do **Kraju stałego zamieszkania**.
- 59) Zawał serca** – rozpoznany przez lekarza i zakwalifikowany w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod I21-I22.
- 60) Zawodowe uprawianie sportu** – regularne i intensywne treningi, przy jednoczesnym udziale w zawodach lub imprezach, obozach kondycyjnych i szkoleniowych, również w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, związane z uzyskiwaniem dochodu z uprawiania dyscypliny sportu.
- 61) Zwykłe i uzasadnione koszty** – poniesione przez **Osobę ubezpieczoną** w ciągu 12 miesięcy od **Nieszczęśliwego wypadku** opłaty i koszty, których poniesienie było skutkiem tego wypadku, z wyłączeniem opłat i należności, które nie zostałyby poniesione w przypadku braku ubezpieczenia, oraz opłat i należności za świadczenia medyczne, które z medycznego punktu widzenia nie były niezbędne w **Okresie ochrony**.

§ 2. POSTANOWIENIA OGÓLNE

Postanowienia niniejszego paragrafu mają zastosowanie do wszystkich zakresów ochrony ubezpieczeniowej opisanych w OWU.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa **Nieszczęśliwego wypadku** doznane przez **Osobę ubezpieczoną**, a także zdrowie **Osoby ubezpieczonej** i odpowiedzialność cywilna w życiu prywatnym.
2. Zakresem ubezpieczenia objęte są następstwa **Nieszczęśliwych wypadków**, także podczas **Rekreacyjnego uprawiania sportów** lub następstwa **Choroby** i zaostrzenia **Choroby przewlekłej**.
3. Zakres ochrony ubezpieczeniowej jest określony w **Polisie**, **Certyfikacie** lub **Dodatku**.

Zakres terytorialny ochrony

4. Ochroną ubezpieczeniową objęte są zdarzenia na całym świecie:
 - 1) z zastrzeżeniem, że w części A:
 - a) assistance medyczny – organizacja oraz pokrycie kosztów usług świadczone są na terytorium Polski,
 - b) ubezpieczenie kosztów leczenia powypadkowego – obejmuje zwrot kosztów poniesionych na terytorium Polski,
 - c) ubezpieczenie kosztów rehabilitacji powypadkowej – obejmuje zwrot kosztów poniesionych na terytorium Polski,
 - d) ubezpieczenie kosztów operacji plastycznych – obejmuje zwrot kosztów poniesionych na terytorium Polski,
 - e) ubezpieczenie kosztów przekwalifikowania – obejmuje zwrot kosztów poniesionych na terytorium Polski,

- f) ubezpieczenie kosztów wypożyczenia, zakupu lub naprawy środków ortopedycznych i pomocniczych – obejmuje zwrot kosztów poniesionych na terytorium Polski,
 - g) ubezpieczenie kosztów pogrzebu – obejmuje zwrot kosztów poniesionych na terytorium Polski;
- 2) z zastrzeżeniem, że w części B ochroną objęte są zdarzenia poza terytorium Polski lub **Krajem stałego zamieszkania**.

Okres ubezpieczenia

5. Okres ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu oznaczonym w **Polisie**, **Certyfikacie** lub **Dodatku**.

Okresy ochrony

6. OP1 – całodobowy, na całym świecie

Ochrona ubezpieczeniowa jest zapewniana przez 24 godziny na dobę, na całym świecie.

7. OP2 – zawodowy

Ochrona ubezpieczeniowa jest zapewniana w czasie wykonywania przez **Osobę ubezpieczoną** czynności zawodowych na rzecz **Ubezpieczającego**.

8. OP3 – zawodowy oraz w drodze do i z pracy

Ochrona ubezpieczeniowa jest zapewniana:

- a) w czasie wykonywania przez **Osobę ubezpieczoną** czynności zawodowych na rzecz **Ubezpieczającego**, gdy **Osoba ubezpieczona** przebywa w miejscu pracy, oraz
- b) w czasie gdy **Osoba ubezpieczona** jest w drodze z miejsca zamieszkania do miejsca pracy lub z powrotem, oraz
- c) w czasie gdy **Osoba ubezpieczona** jest w drodze pomiędzy miejscami pracy, a koszty **Podróży** pokrywa **Ubezpieczający**.

9. OP4 – podróż służbowa na terenie Polski

Ochrona ubezpieczeniowa jest zapewniana w czasie, gdy **Osoba ubezpieczona** jest w **Podróży służbowej** na terenie Polski poza siedzibą **Ubezpieczającego**. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w chwili opuszczenia miejsca zamieszkania lub miejsca pracy (w zależności od tego, co nastąpi później) przez **Osobę ubezpieczoną** przy rozpoczęciu **Podróży służbowej** i trwa do momentu przybycia do miejsca pracy lub miejsca zamieszkania (w zależności od tego, co nastąpi wcześniej) **Osoby ubezpieczonej** przy zakończeniu **Podróży służbowej**.

10. OP5 – podróż pojazdem

Ochrona ubezpieczeniowa jest zapewniana w czasie, gdy **Osoba ubezpieczona** wsiada do pojazdu będącego własnością **Ubezpieczającego**, wypożyczonego lub wynajętego przez niego, lub dowolnego pojazdu zastępczego lub z niego wysiada, jedzie nim, dokonuje załadunku lub wyładunku rzeczy nim przewożonych, naprawia awarię na drodze lub tankuje.

11. OT1 – zagraniczna podróż służbowa poza Polskę

Ochrona ubezpieczeniowa jest zapewniana w czasie, gdy **Osoba ubezpieczona** jest w **Podróży służbowej** poza granicami Polski. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w momencie opuszczenia miejsca zamieszkania lub miejsca pracy w Polsce, w zależności od tego, co nastąpi później, a kończy się w momencie powrotu do miejsca zamieszkania lub miejsca pracy w Polsce, w zależności od tego, co nastąpi wcześniej.

12. OT2 – podróż służbowa poza Kraj stałego zamieszkania

Ochrona ubezpieczeniowa jest zapewniana w czasie, gdy **Osoba ubezpieczona** jest w **Podróży służbowej** poza granicami **Kraju stałego zamieszkania**. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w momencie opuszczenia miejsca zamieszkania lub miejsca pracy w **Kraju stałego zamieszkania**, w zależności od tego, co nastąpi później, a kończy się w momencie powrotu do miejsca zamieszkania lub pracy w **Kraju stałego zamieszkania**, w zależności od tego, co nastąpi wcześniej.

13. OT3 – wszelkie podróże poza Polskę

Ochrona ubezpieczeniowa jest zapewniana w czasie, gdy **Osoba ubezpieczona** jest w **Podróży** poza granicami Polski. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w momencie opuszczenia miejsca zamieszkania lub miejsca pracy w Polsce, w zależności od tego, co nastąpi później, a kończy w momencie powrotu do miejsca zamieszkania lub pracy w Polsce, w zależności od tego, co nastąpi wcześniej.

14. OT4 – wszelkie podróże poza Kraj stałego zamieszkania

Ochrona ubezpieczeniowa jest zapewniana w czasie, gdy **Osoba ubezpieczona** jest w **Podróży** poza granicami **Kraju stałego zamieszkania**. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w momencie opuszczenia miejsca zamieszkania lub miejsca pracy w **Kraju stałego zamieszkania**, w zależności od tego, co nastąpi później, a kończy w momencie powrotu do miejsca zamieszkania lub pracy w **Kraju stałego zamieszkania**, w zależności od tego, co nastąpi wcześniej.

Ubezpieczenie obejmuje skutki zdarzeń zaistniałych podczas **Podróży służbowej** niezależnie od ich związku z działalnością **Ubezpieczającego**.

Zmiana ryzyka

- 15. Ubezpieczający** niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni, zawiadomi **Ubezpieczyciela** o wszelkich zmianach w rodzaju działalności gospodarczej prowadzonej w **Okresie ubezpieczenia**, w tym o każdym przejęciu, założeniu i zbyciu spółek lub przedsiębiorstw.

Odstąpienie od umowy ubezpieczenia

- 16.** Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż sześć miesięcy, **Ubezpieczający** ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy **Ubezpieczający** jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia **Ubezpieczającego** z obowiązku zapłacenia składki za okres, w którym **Ubezpieczyciel** udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

- 17. Ubezpieczający** może wypowiedzieć niniejszą umowę ubezpieczenia za 3-miesięcznym wypowiedzeniem wystosowanym do **Ubezpieczyciela**, na jego adres w Polsce.
- 18.** W przypadku wypowiedzenia umowy **Ubezpieczającemu** zostanie zwrócona proporcjonalna część składki za niewykorzystany **Okres ubezpieczenia**.
- 19. Ubezpieczyciel** ma prawo rozwiązać niniejszą umowę bez zachowania terminu wypowiedzenia, jeżeli ponosił odpowiedzialność z tytułu umowy ubezpieczenia przed zaplaceniem **Składki** lub jej pierwszej raty, zaś **Ubezpieczający** nie zapłacił **Składki** lub jej pierwszej raty w terminie określonym w **Polisie**.
- 20. Ubezpieczyciel** może również rozwiązać niniejszą umowę w przypadku, gdy **Ubezpieczający** zaprzestał prowadzenia działalności gospodarczej.
- 21.** Jeżeli ustalono, że **Składka** będzie płatna w ratach, a **Ubezpieczający** nie zapłacił kolejnej raty, to odpowiedzialność **Ubezpieczyciela** wygasa, jeżeli **Ubezpieczyciel** wezwał **Ubezpieczającego** do zapłaty i zastrzegł w wezwaniu, że niedokonanie płatności w ciągu siedmiu dni od daty jego otrzymania skutkować będzie ustaniem jego odpowiedzialności.

Ujawnienie informacji

- 22. Ubezpieczający** jest zobowiązany do ujawnienia **Ubezpieczycielowi** wszelkich znanych sobie okoliczności, o które **Ubezpieczyciel** pytał we wniosku o ubezpieczenie albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia w innych pismach.
- 23. 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.
- 24.** Obowiązki określone w akapitach poprzedzających obciążają **Osobę ubezpieczoną**, jeżeli wiedziała o zawarciu umowy na jej rachunek.

Składka

- 25. Ubezpieczający** jest zobowiązany do zapłacenia składki w wysokości i terminie określonych w **Polisie**, **Certyfikacie** lub **Dodatk**u.
- 26.** Za datę zapłaty składki uważa się datę, w której pełna kwota składki wpłynęła na rachunek bankowy wskazany przez **Ubezpieczyciela**.

Prawo obowiązujące

- 27.** Umowa ubezpieczenia podlega prawu polskiemu.
- 28.** Roszczenia z umów ubezpieczenia przedawniają się z upływem 3 lat.

Zawiadomienia

- 29.** Wszelkie zawiadomienia wystosowane na mocy niniejszej umowy przez **Ubezpieczającego**, **Osobę ubezpieczoną**, **Beneficjenta** lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia będą kierowane na poniższy adres:
- Colonnade Insurance Société Anonyme Oddział w Polsce
ul. Prosta 67
00-838 Warszawa.

Inne ubezpieczenia

- 30.** Jeżeli ten sam przedmiot ubezpieczenia w tym samym czasie jest ubezpieczony od tego samego ryzyka u dwóch lub więcej ubezpieczycieli na sumy, które łącznie przewyższają jego wartość ubezpieczeniową, **Osoba ubezpieczona** nie może żądać świadczenia przewyższającego wysokość szkody. Każdy z ubezpieczycieli odpowiada w takim stosunku, w jakim przyjęta przez niego suma ubezpieczenia pozostaje do łącznych sum wynikających z podwójnego lub wielokrotnego ubezpieczenia. Powyższe postanowienie nie ma zastosowania do świadczeń opisanych w § 7–13 (części A1–A9) oraz § 21–22 (części A17–A18).

31. Jeżeli w którejkolwiek z umów ubezpieczenia, o których mowa w ust. 30, uzgodniono że suma wypłacona przez ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia może być wyższa od poniesionej szkody, to zapłaty świadczenia w części przewyższającej wysokość szkody **Osoba ubezpieczona** może żądać tylko od tego ubezpieczyciela. W takim przypadku dla określenia odpowiedzialności między ubezpieczycielami należy przyjąć, że w ubezpieczeniu, o którym mowa w tym punkcie, suma ubezpieczenia równa jest wartości ubezpieczeniowej.

Maksymalna łączna kwota ubezpieczenia

32. W przypadku gdy roszczenia o wypłatę świadczeń przekraczają **Maksymalną łączną kwotę ubezpieczenia z tytułu wypadku podczas planowego lotu** lub **Maksymalną łączną kwotę ubezpieczenia z tytułu jednego zdarzenia** **Ubezpieczyciel** zmniejszy proporcjonalnie wysokość świadczenia dla każdej uprawnionej osoby, tak aby łączna kwota nie przekroczyła limitu określonego w **Polisie**.

§ 3. OGÓLNE POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE ZGŁASZANIA ROSZCZEŃ I WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

Postanowienia wspólne

1. Wypłata świadczenia

Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty świadczenia w ciągu 30 dni od daty zgłoszenia roszczenia. 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 świadczenia – w ciągu 14 dni od dnia, w którym z zachowaniem należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności stało się możliwe.

2. Świadczenia są wypłacane w złotych polskich.

3. W przypadku refundacji kosztów poniesionych przez **Osobę ubezpieczoną** świadczenia obliczane są jako równowartość kwot w innych walutach, według kursu publikowanego przez Narodowy Bank Polski w tabelach kursów średnich walut obcych, obowiązującego w dniu zajścia zdarzenia powodującego powstanie po stronie **Ubezpieczyciela** odpowiedzialności – do wysokości **Sum ubezpieczenia** wskazanych w **Polisie**.

Ograniczanie zakresu szkód

4. W razie zajścia wypadku **Ubezpieczający**, jak i **Osoba ubezpieczona** zobowiązani są użyć dostępnych im środków w celu zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów, a także zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę.

5. Jak zgłosić szkodę:

- 1) on-line przez stronę szkody.colonnade.pl;
- 2) pocztą elektroniczną na adres szkody@colonnade.pl;
- 3) pocztą tradycyjną na adres:
Colonnade Insurance S.A. Oddział w Polsce
Dział Likwidacji Szkód
ul. Prosta 67, 00-838 Warszawa.

Nieszczęśliwy wypadek

6. Zgłoszenie roszczenia powinno nastąpić niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 30 dni od daty **Nieszczęśliwego wypadku**.
7. Do wniosku o wypłatę świadczenia/odszkodowania **Osoba ubezpieczona** lub **Beneficjent** dołącza następujące dokumenty (o ile są w ich posiadaniu):
- 1) formularz zgłoszenia roszczenia zawierający między innymi opis okoliczności zdarzenia powodującego powstanie szkody, nazwisko i imię oraz dane kontaktowe świadków;
 - 2) dokumentację medyczną dotyczącą doznanych przez **Osobę ubezpieczoną** obrażeń, zawierającą w szczególności datę wypadku, diagnozę oraz rodzaj zastosowanego leczenia;
 - 3) w przypadku śmierci – akt zgonu (lub jego kopię, której zgodność z oryginałem została poświadczona notarialnie);
 - 4) dokumenty potwierdzające tożsamość;
 - 5) raport policyjny lub wszelkie inne urzędowe raporty (jeśli zostały sporządzone).
8. **Ubezpieczyciel** zastrzega sobie prawo żądania dodatkowych informacji oraz dokumentów, jeżeli są one w posiadaniu osoby zgłaszającej roszczenie i będą niezbędne do jego rozpatrzenia.
9. **Ubezpieczyciel** może wymagać, aby **Osoba ubezpieczona** poddała się badaniom lekarskim na koszt **Ubezpieczyciela** w związku ze zgłoszonym roszczeniem.
10. Jeżeli na skutki **Nieszczęśliwego wypadku** miały wpływ wcześniejsze: niepełnosprawność, leczenie lub odmowa bądź zaniedbanie przez **Osobę ubezpieczoną** poddania się leczeniu zaleconemu przez **Lekarza**, **Ubezpieczyciel** uwzględni te

okoliczności jako niebędące konsekwencją **Nieszczęśliwego wypadku**. W takim przypadku wypłacane świadczenie może zostać obniżone odpowiednio do wpływu tych okoliczności na stan **Osoby ubezpieczonej**.

Koszty leczenia i assistance

11. W przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego **Osoba ubezpieczona** zobowiązana jest, przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie, do niezwłocznego nawiązania kontaktu z **Centrum Assistance** w celu uzyskania pomocy oraz informacji dotyczących dalszego postępowania, a w sytuacji zagrażającej życiu – do niezwłocznego wezwania pogotowia ratunkowego.
12. Kontaktując się z **Centrum Assistance**, **Osoba ubezpieczona** lub osoba występująca w jej imieniu powinny:
 - 1) podać numer **Polisy**, dane osobowe **Osoby ubezpieczonej**, dane **Ubezpieczającego**;
 - 2) podać numer telefonu **Osoby ubezpieczonej** oraz adres jej pobytu za granicą;
 - 3) dokładnie wyjaśnić okoliczności zajścia zdarzenia oraz okoliczności, w których znajduje się **Osoba ubezpieczona**;
 - 4) określić, jakiego rodzaju pomocy oczekuje;
 - 5) umożliwić **Ubezpieczycielowi** dostęp do wszelkich informacji medycznych.
13. **Osoba ubezpieczona** zobowiązana jest upoważnić **Ubezpieczyciela**, w formie pisemnej, do zasięgania opinii **Lekarzy** prowadzących leczenie oraz innych osób lub urzędów w sprawach związanych z **Uszkodzeniem ciała** lub **Chorobą** w zakresie dotyczącym postępowania o ustalenie zasadności roszczenia i wysokości świadczenia.
14. Jeżeli **Osoba ubezpieczona** lub osoba występująca w jej imieniu nie skontaktowały się z **Centrum Assistance**, a miało to wpływ na ustalenie odpowiedzialności lub zwiększenie rozmiarów szkody, **Ubezpieczyciel** zastrzega sobie prawo do zmniejszenia świadczenia albo pokrycia kosztów usług do wysokości, do jakiej **Ubezpieczyciel** by je poniósł w przypadku zorganizowania usług przez **Centrum Assistance**.
15. Jeżeli doradca medyczny powołany przez **Ubezpieczyciela** oraz miejscowy **Lekarz** prowadzący wyrażą zgodę na transport **Osoby ubezpieczonej** do jej miejsca zamieszkania w Polsce lub w kraju pochodzenia, lecz **Osoba ubezpieczona** odmówi skorzystania z tej usługi, **Ubezpieczyciel** nie będzie ponosił odpowiedzialności za wydatki na cele medyczne poniesione po terminie, w którym miał nastąpić transport.
16. W przypadku wniosku o zwrot **Kosztów leczenia** **Osoba ubezpieczona** zobowiązana jest dostarczyć **Ubezpieczycielowi** wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia, oryginały rachunków za leczenie i dowody ich zapłaty, dokumentację medyczną, umożliwiającą określenie łącznej kwoty **Kosztów leczenia**.
17. W sytuacji, o której mowa w ust. 16, **Osoba ubezpieczona** ma prawo do zwrotu udokumentowanych **Kosztów leczenia**, pod warunkiem że:
 - 1) koszty zostały poniesione zgodnie z prawem kraju, w którym leczenie się odbywało oraz z zaleceniami lekarza prowadzącego;
 - 2) **Osoba ubezpieczona** posiada dokumentację medyczną i oryginały rachunków za leczenie;
 - 3) **Osoba ubezpieczona** niezwłocznie powiadomiła **Centrum Assistance** lub **Ubezpieczyciela** o zaistniałej sytuacji i okolicznościach uniemożliwiających organizację pomocy.
18. **Ubezpieczyciel** zastrzega, że w sytuacji gdy **Centrum Assistance** nie może zorganizować pomocy z przyczyn określonych w § 4 ust. 5 organizacja ewentualnego transportu medycznego, repatriacji lub innych usług może wymagać dodatkowych uzgodnień, a ich koszty oraz zakres będą ustalane z uwzględnieniem zaistniałej sytuacji i zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Odpowiedzialność cywilna

19. W celu zgłoszenia roszczenia należy przesłać do **Ubezpieczyciela**:
 - 1) formularz zgłoszenia roszczenia zawierający między innymi opis okoliczności zdarzenia powodującego powstanie szkody, nazwisko i imię oraz dane kontaktowe świadków;
 - 2) w przypadku szkody na osobie – dokumentację medyczną dotyczącą doznanych obrażeń, zawierającą w szczególności datę wypadku, diagnozę oraz rodzaj zastosowanego leczenia, oryginały rachunków poniesionych w związku leczeniem lub rehabilitacją;
 - 3) w przypadku szkody w mieniu – specyfikację uszkodzonego mienia (rodzaj, nazwa producenta, model, wymiary, materiały itp.), dowód własności uszkodzonego mienia, zdjęcia uszkodzonego mienia, kosztorys/fakturę za naprawę ze specyfikacją, protokół szkody podpisany przez poszkodowanego;
 - 4) dokumenty potwierdzające tożsamość zgłaszającego;
 - 5) raport policyjny lub wszelkie inne urzędowe raporty (jeśli zostały sporządzone).
20. **Ubezpieczyciel** zastrzega sobie prawo żądania dodatkowych informacji oraz dokumentów, jeżeli są one w posiadaniu osoby zgłaszającej roszczenie i będą niezbędne do jego rozpatrzenia.

§ 4. OGÓLNE WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

Postanowienia niniejszego paragrafu mają zastosowanie do wszystkich zakresów ochrony ubezpieczeniowej opisanych w OWU.

1. **Ubezpieczyciel** nie zapewni świadczenia/odszkodowania, jeżeli zdarzenie miało miejsce poza **Okresem ubezpieczenia**.
 2. **Ubezpieczyciel** nie zapewni świadczenia/odszkodowania, jeżeli zdarzenie wywołujące szkodę spowodowane jest następującymi czynnikami lub z nich wynika:
 - 1) promieniowanie jonizujące lub skażenie promieniowaniem dowolnego paliwa nuklearnego lub wszelkich odpadów nuklearnych, lub odpadów ze spalania paliw nuklearnych;
 - 2) radioaktywne, toksyczne, wybuchowe lub inne niebezpieczne właściwości jądrowych urządzeń wybuchowych lub ich nuklearnych części;
 - 3) rozpylanie, stosowanie lub rozprzestrzenianie patogennych lub trujących substancji biologicznych i chemicznych;
 - 4) **Wojna** (niezależnie od tego, czy została oficjalnie wypowiedziana), przy czym **Ubezpieczyciel** w miarę możliwości udziela ochrony ubezpieczeniowej **Osobie ubezpieczonej** w ciągu 5 dni od momentu, gdy obszar, na którym przebywa **Osoba ubezpieczona**, zostanie objęty **Wojną**;
 - 5) celowe samookaleczenie, samobójstwo lub próba samobójcza **Osoby ubezpieczonej**, przestępstwo umyślne lub próba jego popełnienia,
 - 6) lot statkiem powietrznym w charakterze innym niż pasażer komercyjnych linii lotniczych podczas **Planowego lotu** lub lotu czarterowego;
 - 7) pozostawanie przez **Osobę ubezpieczoną** pod wpływem alkoholu (którego poziom we krwi przekroczył 0,5 promila), narkotyków, innych środków odurzających i substancji psychotropowych lub leków, chyba że zostały one podane lub przepisane przez **Lekarza** i zażywano je zgodnie z zaleceniami;
 - 8) prowadzenie przez **Osobę ubezpieczoną** pojazdu, jeżeli nie posiadała ważnego, wymaganego dokumentu uprawniającego do kierowania pojazdem lub gdy **Osoba ubezpieczona** prowadziła pojazd pod wpływem alkoholu, narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych;
 - 9) zaburzenia i choroby psychiczne, nerwice, depresje, choroba alkoholowa lub choroby będące ich skutkiem, AIDS/HIV lub choroba przenoszona drogą płciową;
 - 10) **Wyczynowe uprawianie sportu**, chyba że została opłacona dodatkowa składka za **Wyczynowe uprawianie sportu**;
 - 11) **Zawodowe uprawianie sportu**, chyba że została opłacona dodatkowa składka za **Zawodowe uprawianie sportu**;
 - 12) aktywne uczestnictwo w **Sportach ekstremalnych**;
 - 13) odbywanie zasadniczej służby wojskowej, szkolenia lub dyżuru w organizacji wojskowej, policji lub organizacji paramilitarnej;
 - 14) wszelkie **Uszkodzenia ciała** i **Choroby** istniejące przed **Okresem ubezpieczenia**;
 - 15) wykonywanie przez **Osobę ubezpieczoną** **Pracy fizycznej**, chyba że została opłacona dodatkowa składka za wykonywanie **Pracy fizycznej**.
 3. Dodatkowo **Ubezpieczyciel** nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia:
 - 1) wynikające z przebywania na obszarach, na których obowiązuje zakaz poruszania się;
 - 2) powstałe na skutek uczestniczenia w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych;
 - 3) które powstały podczas wykonywania zadań kaskaderskich.
 4. **Ubezpieczyciel** nie będzie zapewniał ochrony ani nie będzie zobowiązany do zapłaty jakiegokolwiek odszkodowania lub świadczenia w ramach niniejszej umowy ubezpieczenia w takim zakresie, w jakim zapewnienie takiej ochrony, wypłata takiego odszkodowania lub świadczenia naraziłaby **Ubezpieczyciela** lub jego jednostkę dominującą na sankcję, zakaz/prohibicję lub ograniczenie na mocy rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub prawa Unii Europejskiej, Luksemburga, Polski, Wielkiej Brytanii, Kanady lub Stanów Zjednoczonych Ameryki, dotyczących sankcji handlowych i gospodarczych.
 5. **Ubezpieczyciel** nie ponosi odpowiedzialności za brak możliwości świadczenia usług assistance gwarantowanych OWU lub ich opóźnienie, wynikające z:
 - 1) strajków, zamieszek, niepokojów społecznych, **Aktów terroru**, wojny domowej lub wojny o zasięgu międzynarodowym, promieniowania radioaktywnego lub jonizującego, zdarzenia losowego lub siły wyższej;
 - 2) braku zgody lokalnych władz lub placówek medycznych na organizację pomocy przez **Centrum Assistance**.
- ## § 5. REKLAMACJE
1. Jeżeli **Osoba ubezpieczona** lub **Ubezpieczający** nie zgadza się z decyzjami **Ubezpieczyciela** co do roszczenia albo wnosi inne skargi i zażalenia, może wystąpić do nas z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy.

2. **Osoba ubezpieczona, Ubezpieczający**, uprawniony z umowy ubezpieczenia, a także spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia ma prawo do składania reklamacji dotyczących usług świadczonych przez **Ubezpieczyciela**. Może je składać:
 - 1) w postaci papierowej na adres Colonnade: ul. Prosta 67, 00-838 Warszawa, lub
 - 2) w postaci elektronicznej na adres e-mail: reklamacje@colonnade.pl, lub
 - 3) na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-60996-58497-FSEAB-16, lub
 - 4) telefonicznie pod numerem telefonu 22 528 51 00 albo
 - 5) ustnie do protokołu podczas wizyty w siedzibie **Ubezpieczyciela**.
3. Reklamacje rozpatrywane są najszybciej jak to możliwe, jednak najpóźniej do 30 dni od ich otrzymania, a w szczególnie skomplikowanych przypadkach – w terminie 60 dni od ich otrzymania. Za datę odpowiedzi uznaje się datę jej wysłania.
4. Jeżeli w szczególnie skomplikowanych przypadkach **Ubezpieczyciel** nie będzie w stanie odpowiedzieć na reklamację do 30 dni, poinformuje:
 - 1) jakie są przyczyny opóźnienia;
 - 2) jakie okoliczności muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - 3) jaki będzie nowy termin odpowiedzi.
5. **Ubezpieczyciel** odpowie na reklamację na piśmie:
 - 1) w postaci elektronicznej – w przypadku gdy reklamacja została złożona na piśmie w postaci elektronicznej, chyba że zgłaszający reklamację wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej;
 - 2) w postaci papierowej – w przypadku gdy reklamacja została złożona na piśmie w postaci papierowej, chyba że zgłaszający reklamację wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej;
 - 3) w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem zgłaszającego – w przypadku gdy reklamacja została złożona ustnie.
6. Ponadto skargi można wnosić do:
 - 1) Rzecznika Finansowego,
 - 2) Komisji Nadzoru Finansowego, która sprawuje nadzór nad naszą działalnością w Polsce,
 - 3) Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
7. Jeżeli roszczenie lub reklamacja nie zostaną uwzględnione, **Osoba ubezpieczona, Ubezpieczający**, uposażony, uprawniony z umowy ubezpieczenia, a także spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia ma prawo zwrócić się do Rzecznika Finansowego, aby rozpatrzył sprawę lub przeprowadził postępowanie w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporu między klientem a podmiotem rynku finansowego; szczegóły znajdują się na stronie: <http://www.rf.gov.pl>.



CZĘŚĆ A – NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK

§ 6. POSTANOWIENIA MAJĄCE ZASTOSOWANIE DO CZĘŚCI A

1. W przypadku gdy **Osoba ubezpieczona** zaginie, a właściwy sąd lub urząd państwowy wyda orzeczenie, w którym uzna **Osobę ubezpieczoną** za zmarłą, świadczenie określone w **Polisie** zostanie wypłacone pod warunkiem, że **Beneficjent** oświadczy na piśmie, że przyjmuje do wiadomości, iż w przypadku gdy się okaże, że **Osoba ubezpieczona** nie zmarła, zwróci **Ubezpieczycielowi** wszelkie wypłacone kwoty.
2. Śmierć lub **Trwały uszczerbek na zdrowiu** w następstwie wystawienia na działanie surowych warunków pogodowych uznaje się za spowodowane **Uszkodzeniem ciała**.
3. W przypadku gdy **Osoba ubezpieczona** nie jest **Pracownikiem**, świadczenie z tytułu **Całkowitej trwałej niezdolności do pracy** zostanie wypłacone pod warunkiem, że **Uszkodzenie ciała** całkowicie uniemożliwia **Osobie ubezpieczonej** wykonywanie pracy zawodowej jakiegokolwiek rodzaju, który to stan wedle aktualnej wiedzy medycznej będzie się utrzymywać do końca życia **Osoby ubezpieczonej**. W takim wypadku nie zostaną wypłacone żadne świadczenia opisane w § 9 (część A3).
4. W przypadku gdy **Osoba ubezpieczona** nie jest objęta ubezpieczeniem od śmierci wskutek **Nieszczęśliwego wypadku** (§ 7 część A1), nabywa prawo do świadczenia z tytułu **Trwałego uszczerbku na zdrowiu** (§ 8 część A2) po upływie 13 tygodni od **Nieszczęśliwego wypadku**, pod warunkiem że nie zmarła w tym okresie.
5. W przypadku wypłaty świadczenia na podstawie postanowień § 8 **Ubezpieczyciel** zwróci **Osobie ubezpieczonej** poniesione przez nią i udokumentowane **Zwykłe i uzasadnione koszty** świadczeń medycznych lub leczenia zaleconego przez **Lekarza** oraz **Hospitalizacji**, opieki pielęgniarstwa i opłaty za wezwanie karetki pogotowia. Wyżej wymienione świadczenie nie przekroczy 10% świadczenia wypłaconego na podstawie § 8 ani kwoty 40 000 PLN. Koszty te nie zostaną zwrócone, jeżeli ochrona ubezpieczeniowa obejmuje koszty leczenia powypadkowego (§ 14 część A10).

6. W przypadku gdy **Uszkodzenie ciała** było spowodowane omdleniem rozumianym jako samoistnie ustępująca, krótkotrwała utrata przytomności i napięcia mięśniowego na skutek niedotlenienia mózgu, która doprowadza do upadku, ochronie podlegają jedynie **Uszkodzenia ciała** będące bezpośrednim skutkiem tego zdarzenia.

§ 7. CZĘŚĆ A1 – ŚMIERĆ WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. W przypadku gdy **Osoba ubezpieczona** dozna **Uszkodzenia ciała**, które w ciągu dwóch lat jako jedyna i niezależna od innych czynników przyczyna doprowadzi do śmierci, **Ubezpieczyciel** wypłaci **Beneficjentowi** świadczenie w wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie**.
2. Świadczenie wypłacane z tytułu śmierci wskutek **Nieszczęśliwego wypadku** zostanie podwyższone o 25% **Sumy ubezpieczenia** określonej dla części A1, o ile śmierć nastąpiła w wyniku **Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego**.
3. Świadczenie wypłacane z tytułu śmierci wskutek **Nieszczęśliwego wypadku** zostanie podwyższone o 2% **Sumy ubezpieczenia** określonej dla części A1 na rzecz każdego **Dziecka Osoby ubezpieczonej** – do maksymalnej wysokości 10% **Sumy ubezpieczenia**.
4. **Ubezpieczyciel** pokryje koszty wsparcia psychologicznego świadczonego przez psychologa, jeżeli w ciągu 6 miesięcy od śmierci wskutek **Nieszczęśliwego wypadku Osoby ubezpieczonej** jej współmałżonek, **Partner** lub **Dziecko** korzystali z takiego wsparcia. Koszty te zostaną pokryte do limitu określonego w **Polisie**.
5. W przypadku zgonu małżonka lub **Partnera Osoby ubezpieczonej** wskutek **Nieszczęśliwego wypadku** **Ubezpieczyciel** wypłaci **Osobie ubezpieczonej** świadczenie w wysokości 5000 PLN. Zgon małżonka lub **Partnera Osoby ubezpieczonej** powinien być potwierdzony aktem zgonu lub dokumentem z sekcji zwłok.
6. W przypadku gdy w następstwie tego samego **Nieszczęśliwego wypadku** śmierć poniosą **Osoba ubezpieczona** i jej **Partner** życiowy, którzy posiadają **Dziecko/Dzieci**, **Ubezpieczyciel** podwoi kwotę świadczenia wskazanego w ust. 1.
7. Wysokość wypłaconego świadczenia ulega zwiększeniu o 5%, jeśli **Nieszczęśliwy wypadek** miał miejsce w czasie podróży samochodem, a **Osoba ubezpieczona** miała zapięte pasy lub była transportowana w foteliku samochodowym.
8. W przypadku gdy **Osoba ubezpieczona** otrzyma świadczenie z tytułu **Trwałego uszczerbku na zdrowiu** (§ 8 część A2) w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku**, po czym to samo **Uszkodzenie ciała** spowoduje śmierć **Osoby ubezpieczonej**, wszelkie świadczenia wypłacone z tytułu **Trwałego uszczerbku na zdrowiu** zostaną zaliczone na poczet świadczenia z tytułu śmierci wskutek **Nieszczęśliwego wypadku** (§ 7 część A1).

§ 8. CZĘŚĆ A2 – TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU

Część A2.1 – Trwały uszczerbek na zdrowiu – Tabela inwalidztwa

1. W przypadku gdy **Osoba ubezpieczona** dozna **Uszkodzenia ciała**, które jako jedyna i niezależna od innych czynników przyczyna doprowadzi do **Trwałego uszczerbku na zdrowiu**, wskazanego poniżej w Tabeli inwalidztwa, **Ubezpieczyciel** wypłaci **Osobie ubezpieczonej** świadczenie określone w tej tabeli, z zastrzeżeniem poniższych warunków oraz do wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie** lub **Dodatku**.
2. Świadczenie zostanie wypłacone w wysokości będącej iloczynem **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie** i stopnia uszczerbku na zdrowiu określonego w Tabeli inwalidztwa.

Tabela inwalidztwa

Rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu	Stopień uszczerbku na zdrowiu
1) Utrata kończyny	100%
2) Utrata wzroku	
a) w obojgu oczach	100%
b) w jednym oku	50%
3) Utrata mowy	100%
4) Utrata słuchu	100%
5) Całkowita trwała niezdolność do pracy	100%
6) Anatomiczna utrata lub trwała całkowita utrata funkcji (w tym paraliż):	
a) jednego kciuka	30%
b) palca wskazującego	20%
c) palca dłoni innego niż wskazujący lub kciuk	10%
d) dużego palca u stopy	15%

Rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu	Stopień uszczerbku na zdrowiu
e) palca stopy innego niż duży palec u stopy	5%
f) barku lub łokcia	25%
g) nadgarstka, biodra, kolana lub kostki	20%
h) żuchwy	30%
7) Utrata tkanki kostnej (stan trwały i nieuleczalny)	
a) czaszka na całej grubości, powierzchnia	
– powyżej 6 cm kwadratowych	40%
– od 3 do 6 cm kwadratowych	20%
– poniżej 3 cm kwadratowych	10%
b) bark, kiedy utrata tkanki kostnej powoduje upośledzenie możliwości posługiwania się kończyną górną	40%
c) kości przedramienia, kiedy utrata tkanki kostnej powoduje upośledzenie możliwości posługiwania się kończyną górną	30%
d) udo lub podudzie, kiedy utrata tkanki uniemożliwia obciążenie kończyny dolnej	50%
e) całkowita utrata rzepki	20%
f) skrócenie dolnej kończyny	
– powyżej 5 cm	30%
– o więcej niż 3 cm do 5 cm	20%
– od 1 cm do 3 cm (włącznie)	10%
8) Niepoczytalność	100%
9) Paraplegia	100%, lecz nie więcej niż 100 000 zł
10) Tetraplegia	100%, lecz nie więcej niż 200 000 zł

- Świadczenie wypłacane z tytułu **Trwałego uszczerbku na zdrowiu** na skutek paraliżu palców rąk (innych niż kciuk i palec wskazujący) i stóp (innych niż duży palec) jest równe 50% świadczenia z tytułu utraty tych palców.
- Ochroną nie są objęte ubytki tkanki kostnej (punkt 7 w Tabeli inwalidztwa) powstałe na skutek interwencji chirurgicznej (podczas zabiegów operacyjnych bez względu na ich rodzaj i cel).

Część A2.2 – Trwały uszczerbek na zdrowiu – system świadczeń proporcjonalnych ZUS

- W przypadku gdy **Osoba ubezpieczona** dozna **Uszkodzenia ciała**, które jako jedyna niezależna od innych czynników przyczyna doprowadzi do **Trwałego uszczerbku na zdrowiu**, **Ubezpieczyciel** wypłaci **Osobie ubezpieczonej**, do wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie** lub w **Dodatku** (z zastrzeżeniem postanowień ust. 6 i 7) świadczenie zgodne z tabelą „Ocena procentowa stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu”, będącą załącznikiem do Rozporządzenia 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, z tym że nie ma zastosowania Dział O „Choroby zawodowe” wyżej wymienionej tabeli. W przypadku utraty mocy przez to rozporządzenie do ustalania procentowego uszczerbku na zdrowiu stosować się będzie odpowiednio postanowienia aktu prawnego, który je zastąpi.
- Świadczenie zostanie wypłacone w wysokości będącej iloczynem **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie** i stopnia **Trwałego uszczerbku na zdrowiu** ustalonego przez **Ubezpieczyciela**.
- Ubezpieczyciel**, ustalając w ramach części A2.2 stopień i rodzaj **Trwałego uszczerbku na zdrowiu**, będzie się posługiwać pełną tabelą, o której mowa w ust. 5.
- W okresie 13 tygodni od **Uszkodzenia ciała** świadczenie z tytułu **Trwałego uszczerbku na zdrowiu** ograniczone jest do wysokości **Sumy ubezpieczenia** z tytułu śmierci wskutek **Nieszczęśliwego wypadku**. Jeśli w wymienionym wyżej okresie nie nastąpi śmierć **Osoby ubezpieczonej**, **Ubezpieczyciel** wypłaci dodatkowe świadczenie równe różnicy między dotychczas wypłaconą kwotą a **Sumą ubezpieczenia** z tytułu **Trwałego uszczerbku na zdrowiu**.

Część A2.3 – Trwały uszczerbek na zdrowiu – system świadczeń stałych

9. W przypadku gdy **Osoba ubezpieczona** dozna **Uszkodzenia ciała**, które jako jedyna i niezależna od innych czynników przyczyną doprowadzi do **Trwałego uszczerbku na zdrowiu**, wskazanego poniżej w Tabeli świadczeń stałych, **Ubezpieczyciel** wypłaci **Osobie ubezpieczonej** świadczenie określone w tej tabeli, do wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie** lub **Dodatku**.
10. Świadczenie zostanie wypłacone w wysokości będącej iloczynem **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie** lub **Dodatku** i stopnia **Trwałego uszczerbku na zdrowiu** określonego w Tabeli świadczeń stałych.

Tabela świadczeń stałych

Lp.	Rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu	Świadczenie wyrażone jako procent Sumy ubezpieczenia
Głowa		
1	Rany skóry Twarki wymagające zaopatrzenia chirurgicznego	3%
2	Złamanie jednej lub wielu kości czaszki lub twarzoczaszki	3%
3	Rany skóry owłosionej głowy wymagające zaopatrzenia chirurgicznego	2%
4	Ubytki w jednej lub wielu kościach Twarki i czaszki	10%
5	Złamanie zęba stałego	0,5%
6	Utrata nosa wraz z kością nosową	30%
7	Utrata zęba stałego	1%
8	Utrata szczęki lub żuchwy	50%
9	Rana gałki ocznej wymagająca zaopatrzenia chirurgicznego	4%
10	Utrata soczewki	15%
11	Utrata oka	30%
12	Częściowa utrata małżowiny usznej	5%
13	Całkowita utrata małżowiny usznej	15%
14	Uszkodzenie ucha wewnętrznego	15%
15	Uszkodzenie krtani, tchawicy lub przełyku	20%
16	Częściowa utrata minimum 50% wzroku, słuchu lub węchu (świadczenie z tytułu Utraty wzroku nie przysługuje w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu utraty oka – punkt 11 tabeli)	25%
17	Całkowita utrata wzroku, słuchu lub węchu (świadczenie z tytułu utraty wzroku nie przysługuje w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu utraty oka – punkt 11 tabeli)	50%
18	Skutki encefalopatii lub urazów rdzenia kręgowego – oceniane będą wg kryteriów Tabeli oceny procentowej stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, stanowiącej załącznik do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 18 grudnia 2002 r.	
Tułów		
19	Rany skóry tułowia wymagające zaopatrzenia chirurgicznego	2%
20	Utrata sutka	15%
21	Uszkodzenie opłucnej	10%
22	Uszkodzenie płuca	15%
23	Złamanie mostka	3%
24	Złamanie żebra (za każde żebro)	1%
25	Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku szyjnym	3%
26	Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym lub lędźwiowym	5%

Lp.	Rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu	Świadczenie wyrażone jako procent Sumy ubezpieczenia
27	Utrata płuca	30%
28	Uszkodzenie serca	50%
29	Uszkodzenie żołądka lub jelit	30%
30	Uszkodzenie śledziony	5%
31	Utrata śledziony	20%
32	Uszkodzenia wątroby, dróg żółciowych lub trzustki	10%
33	Utrata wątroby	30%
34	Utrata trzustki	50%
35	Uszkodzenie nerki	15%
36	Utrata nerki	30%
37	Uszkodzenie pęcherza moczowego	15%
38	Uszkodzenie moczowodów lub cewki moczowej	15%
39	Utrata jądra lub jajnika	20%
40	Utrata macicy	40%
41	Częściowa utrata prącia	20%
42	Utrata prącia	40%
Kończyny górne		
43	Skręcenie stawu kończyny górnej (w tym obręczy barkowej), z wyłączeniem palców, wymagające zastosowania unieruchomienia przez lekarza	2%
44	Złamanie kości kończyny górnej lub zwichnięcie stawu kończyny górnej (w tym obręczy barkowej), z wyłączeniem palców i kości śródreżcza	3%
45	Złamanie palca lub kości śródreżcza	1%
46	Skręcenia palca	0,5%
47	Rany skóry kończyn górnych wymagające zaopatrzenia chirurgicznego	2%
48	Utrata kończyny górnej w nadgarstku i powyżej nadgarstka	60%
49	Utrata jednego paliczka	5%
50	Utrata co najmniej dwóch paliczków	10%
51	Utrata palca wraz z kością śródreżcza	15%
Kończyny dolne		
52	Skręcenie stawu kończyny dolnej z wyłączeniem palców, niewymagające zastosowania unieruchomienia przez lekarza	1%
53	Skręcenie stawu kończyny dolnej z wyłączeniem palców, wymagające zastosowania unieruchomienia przez lekarza	2%
54	Złamanie kości kończyny dolnej lub zwichnięcie stawu kończyny dolnej z wyłączeniem miednicy, kości udowej, palców, kości śródstopia oraz zwichnięcia rzepki	3%
55	Złamanie kości udowej lub miednicy lub zwichnięcie w obrębie miednicy	5%
56	Uszkodzenie więzadeł stawu kolanowego	4%
57	Pierwszorazowe zwichnięcie rzepki	2%
58	Uszkodzenie ścięgna Achillesa	3%
59	Rany skóry kończyn dolnych wymagające zaopatrzenia chirurgicznego	2%
60	Utrata kończyny dolnej na poziomie kolana i powyżej	60%

Lp.	Rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu	Świadczenie wyrażone jako procent Sumy ubezpieczenia
61	Utrata rzepki	10%
62	Utrata kończyny dolnej poniżej kolana	50%
63	Utrata stopy poniżej stawu skokowego	35%
64	Utrata jednego paliczka	2%
65	Utrata co najmniej dwóch paliczków	5%
66	Utrata palca wraz kością śródstopia	7%
67	Skręcenie palca	0,5%
68	Złamanie palca lub kości śródstopia	1%
Pozostałe		
69	Świadczenie bólowe (Uszkodzenie ciała w następstwie Nieszczęśliwego wypadku , wymagające interwencji lekarskiej w placówce medycznej oraz minimum jednej wizyty kontrolnej, pod warunkiem że w związku z tym Nieszczęśliwym wypadkiem nie przyznano świadczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu ; raz w roku kalendarzowym na jednego Ubezpieczonego)	1%

Postanowienia wspólne do części A2

- W przypadku gdy jeden **Nieszczęśliwy wypadek** skutkuje więcej niż jedną formą **Trwałego uszczerbku na zdrowiu**, wartości procentowe dotyczące każdego **Trwałego uszczerbku na zdrowiu** kumulują się, z tym że **Ubezpieczyciel** nie zapłaci kwoty przekraczającej 100% **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie**.
- W przypadku świadczenia za utratę lub utratę funkcji całej kończyny świadczenie za utratę lub utratę funkcji części tej kończyny nie będzie wypłacone.
- Ochroną ubezpieczeniową z tytułu **Trwałego uszczerbku na zdrowiu** nie są objęte rany pooperacyjne.
- Za zapłatą dodatkowej składki świadczenia określone tabelach wskazanych w części A2.2 i A2.3 zostaną podwyższone o:
 - 50% – dla **Trwałych uszczerbków na zdrowiu** powyżej 25% do 45%,
 - 100% – dla **Trwałych uszczerbków na zdrowiu** powyżej 45% do 65%,
 - 150% – dla **Trwałych uszczerbków na zdrowiu** powyżej 65% do 85%,
 - 200% – dla **Trwałych uszczerbków na zdrowiu** powyżej 85% do 100%.
- W przypadkach określonych w ust. 14, gdy jeden **Nieszczęśliwy wypadek** skutkuje więcej niż jedną formą **Trwałego uszczerbku na zdrowiu**, **Ubezpieczyciel** nie wypłaci łącznie kwoty przekraczającej 300% **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie**.

§ 9. CZĘŚĆ A3 – CAŁKOWITA OKRESOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

- W przypadku gdy **Osoba ubezpieczona** dozna **Uszkodzenia ciała**, które jako jedyna i niezależna od innych czynników przyczyna doprowadzi do **Całkowitej okresowej niezdolności do pracy**, **Ubezpieczyciel** wypłaci **Osobie ubezpieczonej** świadczenie do wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie** i z uwzględnieniem **Okresu oczekiwania**.
- Całkowita okresowa niezdolność do pracy** oznacza niepełnosprawność uniemożliwiającą **Osobie ubezpieczonej** wykonywanie wszystkich elementów dotychczasowej pracy na rzecz **Ubezpieczającego**. Niepełnosprawność musi być potwierdzona zwolnieniem z pracy wystawionym przez **Lekarza**.
- Okres oczekiwania** – wyrażony w dniach i wskazany w **Polisie** okres **Całkowitej okresowej niezdolności do pracy**, za który świadczenie nie przysługuje.

§ 10. CZĘŚĆ A4 – ŚWIADCZENIE SZPITALNE

Część A4a – Świadczenie szpitalne z tytułu Nieszczęśliwego wypadku

- W przypadku gdy **Osoba ubezpieczona** zostanie przyjęta do **Szpitala** wskutek doznania **Uszkodzenia ciała**, **Ubezpieczyciel** wypłaci **Osobie ubezpieczonej** dzienne świadczenie w wysokości określonej w **Polisie**, za każdą pełną dobę **Hospitalizacji**, nie więcej niż za 365 dni. Świadczenie to będzie podwojone za każdą pełną dobę przebywania na **OIOM-ie** (ale nie dłużej niż za 5 dób pobytu na **OIOM-ie**).

Część A4b – Świadczenie szpitalne z tytułu Choroby

- W przypadku gdy **Osoba ubezpieczona** zostanie przyjęta do **Szpitala** z powodu **Choroby**, **Ubezpieczyciel** wypłaci **Osobie ubezpieczonej** określone w **Polisie** świadczenie szpitalne z tytułu **Choroby** za każdą pełną dobę **Hospitalizacji**, nie więcej

niż za 30 dób, pod warunkiem że pobyt w **Szpitalu** trwał co najmniej dwie pełne doby. Świadczenie to będzie podwojone za każdą dobę przebywania na **OIOM-ie** (ale nie dłużej niż za 5 dób pobytu na **OIOM-ie**).

3. Świadczenie szpitalne z tytułu **Choroby** przysługuje również za pobyt **Osoby ubezpieczonej** w **Szpitalu** spowodowany powikłaniami ciąży lub porodem, trwający nieprzerwanie dłużej niż 3 doby i związany z leczeniem stanów zdrowotnych, których nie można leczyć ambulatoryjnie.

Postanowienia wspólne do części A4

4. W przypadku gdy **Dziecko Osoby ubezpieczonej** w wieku do 13. roku życia będzie hospitalizowane przez minimum 3 doby, **Ubezpieczyciel** zwróci **Osobie ubezpieczonej** do 200 PLN za zakup zabawki dla **Dziecka**. Świadczenie będzie wypłacone na podstawie dokumentu potwierdzającego poniesiony koszt zakupu zabawki oraz dokumentacji medycznej potwierdzającej **Hospitalizację Dziecka**. Świadczenie wypłacane jest **Osobie ubezpieczonej**, która poniosła koszt zakupu zabawki, gry lub karty do gry. Za zabawkę uznaje się także grę wideo, doładowanie do gry bądź zakup wirtualnej waluty w grze.

Wyłączenia do części A4

5. **Ubezpieczyciel** nie wypłaci świadczenia wynikającego z poniższych okoliczności:

- 1) leczenie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, wymienionych w klasyfikacji ICD-10 w pozycjach F00–F99;
- 2) leczenie będące skutkiem użycia narkotyków, innych środków odurzających i substancji psychotropowych lub leków, chyba że zostały one podane lub przepisane przez **Lekarza** i zażywano je zgodnie z zaleceniami;
- 3) pobyty w szpitalach, centrach lub na oddziałach związane z rehabilitacją, rekonwalescencją lub detoksykacją;
- 4) pobyt w szpitalach psychiatrycznych, na oddziałach psychiatrycznych, w hospicjach, prywatnych lub publicznych domach opieki, domach pomocy społecznej, sanatoriach, uzdrowiskach;
- 5) badania, zabiegi i leczenie o charakterze wyłącznie kosmetycznym lub związanym z otyłością, impotencją, sztucznym zapłodnieniem;
- 6) **Hospitalizacja** rozpoczęta po 180. dniu od daty doznania **Uszkodzenia ciała** lub **Choroby**;
- 7) usuwanie ciąży, z wyjątkiem przypadków aborcji dozwolonych prawem;
- 8) wady wrodzone, okołoporodowe (defekty i deformacje fizyczne), cechy dziedziczne, zmiany płci;
- 9) rutynowe badania okresowe lub inne badania medyczne, które nie są związane ze stanem chorobowym wymagającym dalszej **Hospitalizacji**.

§ 11. CZĘŚĆ A5 – REKONWALESCENCJA W DOMU

Jeżeli **Osoba ubezpieczona** otrzymała świadczenie na podstawie postanowień § 10 (część A4a), **Ubezpieczyciel** wypłaci jej świadczenie z tytułu rekonwalescencji w domu, w wysokości określonej w **Polisie**, o ile **Lekarz** zalecił **Osobie ubezpieczonej** rekonwalescencję w domu. Świadczenie to będzie płatne za liczbę dób, za jaką **Osoba ubezpieczona** otrzymała świadczenie określone w § 10 (część A4a).

§ 12. CZĘŚĆ A6 – UTRATA PRZYTOMNOŚCI

W przypadku gdy **Uszkodzenie ciała** doznane przez **Osobę ubezpieczoną** doprowadziło do utraty przytomności, **Ubezpieczyciel** wypłaci **Osobie ubezpieczonej** dzienne świadczenie w wysokości określonej w **Polisie** z tytułu utraty przytomności za każdą pełną dobę, w której **Osoba ubezpieczona** pozostaje nieprzytomna, przez okres nieprzekraczający 365 dni. Świadczenie to będzie wypłacane niezależnie od świadczenia płatnego zgodnie z § 10 (część A4a).

§ 13. CZĘŚCI A7, A8 I A9 – ZŁAMANIA, POPARZENIA I ODMROŻENIA

1. W przypadku gdy **Uszkodzenie ciała** było jedyną i niezależną od innych czynników przyczyną złamania kości, poparzenia lub odmrożenia, **Ubezpieczyciel** wypłaci **Osobie ubezpieczonej** świadczenie podane w poniższej Tabeli świadczeń do wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie**.

Tabela świadczeń – złamania, poparzenia i odmrożenia

Rodzaj złamania	Świadczenie wyrażone jako procent Sumy ubezpieczenia
1) kości biodrowej, miednicy (z wyjątkiem kości ogonowej), uda, pięty	30%
2) podudzia, obojczyka, kostki, łokcia, ramienia lub przedramienia, nadgarstka, kręgosłupa (kręgi z wyłączeniem kości ogonowej), żuchwy, mózgoczaszki	20%
3) łopatki, rzepki, mostka, dłoni (z wyłączeniem palców i nadgarstka), stopy (z wyłączeniem palców i pięty)	10%
4) żebra lub żeber, twarzoczaszki, kości ogonowej, szczęki, nosa, palca lub palców u dłoni i stóp	8%

Rodzaj poparzenia			Świadczenie wyrażone jako procent Sumy ubezpieczenia		
Poparzenie drugiego, trzeciego lub czwartego stopnia					
1) więcej niż 27% powierzchni ciała			100%		
2) więcej niż 18% powierzchni ciała do 27% powierzchni ciała			60%		
3) więcej niż 9% powierzchni ciała do 18% powierzchni ciała			30%		
4) od 4,5% powierzchni ciała do 9% powierzchni ciała			16%		
Stopień odmrożenia ciała	Powierzchnia ciała dotknięta odmrożeniem				
	1-9%	10-19%	20-49%	50-79%	80% i więcej
	Wysokość świadczenia (procent Sumy ubezpieczenia)				
Drugiego stopnia	1,50%	2,50%	5%	12,5%	20%
Trzeciego stopnia	5%	10%	20%	50%	80%
Czwartego stopnia	7,50%	20%	40%	90%	100%

- W przypadku gdy jeden **Nieszczęśliwy wypadek** skutkuje więcej niż jednym złamaniem kości, poparzeniem lub odmrożeniem wartości świadczeń kumulują się, z tym że **Ubezpieczyciel** nie zapłaci kwoty przewyższającej 100% **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie**.
- W przypadku gdy **Osobie ubezpieczonej** wypłacono świadczenie z tytułu złamania kości, poparzenia lub odmrożenia, a to samo **Uszkodzenie ciała** skutkuje **Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu**, o którym mowa w § 8 (część A2), wszelkie świadczenia wypłacone z tytułu złamania kości, poparzenia lub odmrożenia zostaną zaliczone na poczet świadczenia z tytułu **Trwałego uszczerbku na zdrowiu**.

Wyłączenia do części A7

- Ubezpieczyciel** nie wypłaci świadczenia w przypadku złamania patologicznego, przeciążeniowego, złamań kości wynikających z osteoporozy lub do których przyczyniła się osteoporoza.

§ 14. CZĘŚĆ A10 – KOSZTY LECZENIA POWYPADKOWEGO

Jeżeli **Osoba ubezpieczona** dozna **Uszkodzenia ciała** skutkującego wypłatą świadczenia z tytułu **Trwałego uszczerbku na zdrowiu** i jej stan zdrowia wymagać będzie leczenia, **Ubezpieczyciel**, do wysokości określonej w **Polisie** lub **Dodatku**, pokryje poniesione przez nią na terytorium Polski w ciągu 12 miesięcy **Zwykłe uzasadnione koszty** na następujące usługi i materiały, zalecone przez **Lekarza** prowadzącego:

- usługi świadczone przez **Lekarzy**,
- pobyt w placówce leczniczej oraz korzystanie z sali operacyjnej w placówce,
- środki znieczulające (a także ich podanie), badania diagnostyczne i obrazowe,
- usługi pogotowia ratunkowego,
- lekarstwa i środki lecznicze.

§ 15. CZĘŚĆ A11 – KOSZTY REHABILITACJI

Jeżeli **Osoba ubezpieczona** dozna **Uszkodzenia ciała** skutkującego wypłatą świadczenia z tytułu **Trwałego uszczerbku na zdrowiu** i stan zdrowia **Osoby ubezpieczonej** będzie wymagał przeprowadzenia rehabilitacji, **Ubezpieczyciel** pokryje do wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie** lub **Dodatku** **Zwykłe i uzasadnione koszty** poniesione na terytorium Polski przez **Osobę ubezpieczoną** w ciągu 12 miesięcy od **Uszkodzenia ciała** na rehabilitację, która była zalecona przez **Lekarza** i realizowana metodami kinezyterapii lub fizykoterapii.

§ 16. CZĘŚĆ A12 – KOSZTY OPERACJI PLASTYCZNYCH

Jeżeli na skutek **Uszkodzenia ciała** **Osoba ubezpieczona** była hospitalizowana oraz stan jej zdrowia wymagał przeprowadzenia operacji plastycznej mającej na celu usunięcie oszpeceń lub okaleczeń powierzchni ciała, **Ubezpieczyciel** pokryje **Zwykłe i uzasadnione koszty** takiej operacji do wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie** lub **Dodatku** dla objętych ochroną kosztów operacji plastycznych.

§ 17. CZĘŚĆ A13 – KOSZTY LECZENIA STOMATOLOGICZNEGO

- W przypadku gdy **Osoba ubezpieczona** dozna uszkodzenia zębów będącego skutkiem **Nieszczęśliwego wypadku**, **Ubezpieczyciel** pokryje **Zwykłe i uzasadnione koszty** leczenia stomatologicznego oraz koszty odbudowy stomatologicznej zębów do wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie** lub **Dodatku** dla tego zakresu.

2. Niniejszy zakres ochrony nie obejmuje kosztów leczenia ortodontycznego, leczenia kanałowego, rutynowej bądź profilaktycznej opieki stomatologicznej.

§ 18. CZĘŚĆ A14 – KOSZTY PRZEKWALIFIKOWANIA

W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu **Całkowitej trwałej niezdolności do pracy, Utraty kończyn/-y, Utraty wzroku, Utraty mowy, Utraty słuchu, Paraplegii lub Tetraplegii Ubezpieczyciel** pokryje do wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie** lub **Dodatku** poniesione przez **Osobę ubezpieczoną** uzasadnione koszty przystosowania jej do życia w zmienionych warunkach po wypadku.

§ 19. CZĘŚĆ A15 – KOSZTY POGRZEBU

1. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu śmierci wskutek **Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel** zwróci potwierdzone odpowiednimi rachunkami zwyczajowo przyjęte koszty pogrzebu w Polsce **Osoby ubezpieczonej** do wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie**. **Ubezpieczyciel** pokryje jedynie koszty, które nie zostały pokryte z ZUS, KRUS lub w ramach innego ubezpieczenia. Koszty zostaną zwrócone osobie, która je poniosła.
2. Jeżeli w następstwie tego samego **Nieszczęśliwego wypadku** śmierć poniesie **Partner Osoby ubezpieczonej**, będący rodzicem jej **Dziecka**, **Ubezpieczyciel** zwróci także koszty pogrzebu **Partnera**. Jednakże łączna kwota do zwrotu nie może przewyższać **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie**.

§ 20. CZĘŚĆ A16 – KOSZTY ZAKUPU LUB NAPRAWY ŚRODKÓW ORTOPEDYCZNYCH I POMOCNICZYCH

W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu **Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczyciel** zwróci **Osobie ubezpieczonej**, do wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie** lub **Dodatku**, poniesiony przez nią koszt zakupu lub naprawy środków ortopedycznych i pomocniczych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. W przypadku utraty mocy przez to rozporządzenie stosować się będzie odpowiednio postanowienia aktu prawnego, który je zastąpi. **Ubezpieczyciel** zwróci poniesione na terenie Polski koszty, które nie zostały pokryte z innego ubezpieczenia lub z ubezpieczenia społecznego.

§ 21. CZĘŚĆ A17 – UCIAŻLIWE LECZENIE

Jeżeli leczenie **Osoby ubezpieczonej**, będące następstwem **Uszkodzenia ciała** skutkowało jej **Hospitalizacją** trwającą nieprzerwanie co najmniej 5 dob, **Ubezpieczyciel** wypłaci **Osobie ubezpieczonej** świadczenie w wysokości 2% **Sumy ubezpieczenia** określonej w § 8 (część A2), ale nie więcej niż 5000 PLN. **Osobie ubezpieczonej** przysługuje tylko jedno świadczenie za uciążliwe leczenie z tytułu jednego **Nieszczęśliwego wypadku**. Świadczenie wypłacane jest na podstawie dokumentacji medycznej przedłożonej przez **Osobę ubezpieczoną**.

§ 22. CZĘŚĆ A18 – OKALECZENIE I OSZPECENIE TWARZY

1. W przypadku gdy **Osoba ubezpieczona** dozna **Uszkodzenia ciała**, które w ciągu 90 dni jako jedyna i niezależna od innych czynników przyczyna doprowadzi do okaleczenia lub oszpecenia jej **Twarzy**, **Ubezpieczyciel** wypłaci **Osobie ubezpieczonej** określone w tabeli poniżej świadczenie równe 50% lub 100% **Sumy ubezpieczenia** wskazanej w **Polisie** lub **Dodatku**.
2. **Trwałe okaleczenie twarzy** oznacza fizyczne upośledzenie powstałe na skutek **Uszkodzenia ciała** wraz z upośledzeniem funkcji w postaci uszkodzenia nerwów, widocznej deformacji **Twarzy** na skutek blizn lub złamań w obrębie twarzoczaszki zrośniętych z przemieszczeniem.
3. **Trwałe oszpecenie twarzy** oznacza bliznę na **Twarzy** powyżej 3 cm, która pozostaje widoczna przez co najmniej 90 dni od **Nieszczęśliwego wypadku**.

Rodzaj okaleczenia lub oszpecenia	Świadczenie
Trwałe oszpecenie twarzy	
a) blizna o długości powyżej 10 cm	100%
b) blizna o długości od 3 cm do 10 cm włącznie	50%
Trwałe okaleczenie twarzy	100%

Warunki dotyczące tego zakresu ochrony

4. Świadczenie wypłacone z tytułu niniejszego zakresu ochrony nie może przekroczyć 100% **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie** lub **Dodatku**.

Wyłączenia dotyczące tego zakresu ochrony

5. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje oszpecenia lub okaleczenia, którego przyczyną jest zabieg chirurgii plastycznej niesłużący ratowaniu życia.

§ 23. CZĘŚĆ A19 – PRZEBUDOWA DOMU ORAZ MODYFIKACJA POJAZDU

1. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu **Utraty kończyny, Utraty wzroku, Utraty mowy, Utraty słuchu, Paraplegii, Tetraplegii lub Całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczyciel zwróci Osobie ubezpieczonej**, do wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie lub Dodatku, Koszty przebudowy domu oraz modyfikacji pojazdu** poniesione przez **Osobę ubezpieczoną** w ciągu 12 miesięcy od daty **Nieszczęśliwego wypadku** powodującego powstanie wyżej wymienionych **Uszkodzeń ciała**.
2. **Koszty przebudowy domu oraz modyfikacji pojazdu** zostaną zwrócone pod warunkiem, że przebudowa/modyfikacja była:
 - 1) zalecona przez ogólnokrajową organizację świadczącą pomoc osobom poruszającym się na wózku inwalidzkim;
 - 2) przeprowadzona przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i doświadczenie w wykonywaniu takich prac;
 - 3) zgodna z właściwymi przepisami prawa oraz wymogami koniecznymi po uzyskaniu zezwoleń wydanych przez odpowiednie organy;
 - 4) udokumentowana rachunkami/fakturami.
3. **Koszty z tytułu przebudowy domu oraz modyfikacji pojazdu** oznaczają wydatki na:
 - 1) przebudowę domu/mieszkania **Osoby ubezpieczonej**, które są konieczne, aby przystosować ten dom/mieszkanie do użytkowania przez osobę poruszającą się wyłącznie na wózku inwalidzkim;
 - 2) modyfikację pojazdu silnikowego będącego własnością **Osoby ubezpieczonej** bądź przez nią wynajmowanego lub modyfikację pojazdu silnikowego nowego zakupionego przez **Osobę ubezpieczoną**, które są konieczne, aby przystosować pojazd do poruszania się nim przez **Osobę ubezpieczoną** i/lub aby umożliwić kierowanie przez nią tym pojazdem.
4. Świadczenie **Ubezpieczyciela** nie obejmuje kosztów, które mogą przekroczyć zwykły poziom kosztów podobnej przebudowy bądź modyfikacji wykonywanej w miejscowości, w której zamieszkuje **Osoba ubezpieczona**.

§ 24. CZĘŚĆ A20 – ASSISTANCE MEDYCZNY

Przedmiot i zakres assistance medycznego

1. W razie **Nieszczęśliwego wypadku Osoby ubezpieczonej**, do którego doszło na terenie Polski, **Centrum Assistance** na zasadach określonych tym paragrafie zorganizuje na jej rzecz i pokryje koszty usług określonych w ust. 3, w ramach limitów wskazanych w ust. 9 i 10.

Zakres assistance

2. **Centrum Assistance** nie organizuje pomocy medycznej w przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia **Osoby ubezpieczonej**, tj. w sytuacjach wymagających wezwania pogotowia ratunkowego.
3. W ramach pomocy medycznej **Osobie ubezpieczonej** przysługują następujące świadczenia:
 - 1) **wizyta Lekarza** – **Centrum Assistance** organizuje i pokrywa koszty dojazdu do miejsca pobytu **Osoby ubezpieczonej** i honorarium **Lekarza**;
 - 2) **wizyta pielęgniarki** – **Centrum Assistance** organizuje i pokrywa koszty wizyty pielęgniarki w miejscu pobytu **Osoby ubezpieczonej** w godzinach 8.00–16.00 w celu wykonania czynności pielęgnarskich na podstawie zlecenia lekarskiego; o celowości wizyty pielęgniarki decyduje **Lekarz** prowadzący leczenie **Osoby ubezpieczonej** lub **Lekarz** wysłany przez **Centrum Assistance**;
 - 3) **dostawa leków i sprzętu rehabilitacyjnego** – zgodnie ze wskazaniami **Lekarza** prowadzącego leczenie **Osoby ubezpieczonej**, potwierdzonymi dokumentacją medyczną, lub ze wskazaniami **Lekarza** wysłanego przez **Centrum Assistance**, **Centrum Assistance** organizuje i pokrywa koszty dostarczenia leków, środków opatrunkowych lub sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu **Osoby ubezpieczonej**; koszty leków, środków opatrunkowych lub sprzętu ponosi **Osoba ubezpieczona**;
 - 4) **organizacja wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku Osoba ubezpieczona** powinna używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu zgodnie ze wskazaniami **Lekarza** prowadzącego leczenie, potwierdzonymi dokumentacją medyczną, lub ze wskazaniami **Lekarza** wysłanego przez **Centrum Assistance**, **Centrum Assistance** organizuje transport sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu **Osoby ubezpieczonej**; koszty transportu i wypożyczenia lub zakupu sprzętu ponosi **Osoba ubezpieczona**;
 - 5) **transport medyczny** – w przypadkach niewymagających interwencji pogotowia ratunkowego **Centrum Assistance** organizuje i pokrywa koszty transportu medycznego **Osoby ubezpieczonej**:
 - a) z miejsca pobytu do najbliższego **Szpitala**, który może udzielić wymaganej pomocy,
 - b) ze **Szpitala** do **Szpitala** (jeśli placówka medyczna, w której przebywa **Osoba ubezpieczona**, nie może zapewnić jej wymaganej opieki bądź gdy skierowana jest ona na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny),
 - c) ze **Szpitala** do miejsca pobytu (jeśli pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 5 dni);

- 6) **pomoc domowa po Hospitalizacji** – jeżeli wskutek **Nieszczęśliwego wypadku Osoba ubezpieczona** jest hospitalizowana dłużej niż 5 dni, **Centrum Assistance** organizuje i pokrywa koszty usług pomocy domowej (przygotowywanie posiłków, drobne zakupy, drobne porządki) świadczonych w godzinach 8.00–16.00 po zakończeniu **Hospitalizacji**, w związku ze stwierdzoną przez **Lekarza** uzasadnioną koniecznością pomocy i niemożnością wsparcia rodziny lub **Osób bliskich**; koszty zakupu wszelkich materiałów, środków spożywczych ponosi **Osoba ubezpieczona**;
 - 7) **pomoc psychologa** – **Centrum Assistance** organizuje i pokrywa koszt dojazdu do miejsca pobytu **Dziecka**, małżonka lub **Partnera** oraz honorarium psychologa w przypadku zgonu lub ciężkiej choroby **Osoby ubezpieczonej**; jeżeli konsultacja psychologa została zalecona przez **Lekarza**;
 - 8) **organizacja procesu rehabilitacyjnego** – jeżeli zgodnie ze wskazaniem **Lekarza**, na podstawie dokumentacji medycznej, **Osoba ubezpieczona** wymaga rehabilitacji w miejscu pobytu lub stacjonarnej placówce świadczącej usługi rehabilitacyjne, **Centrum Assistance** organizuje wizytę specjalisty fizykoterapeuty w miejscu pobytu **Osoby ubezpieczonej** lub organizuje transport oraz wizytę w poradni rehabilitacyjnej; koszt transportu oraz rehabilitacji ponosi **Osoba ubezpieczona**;
 - 9) **organizacja transportu na komisję lekarską** – **Centrum Assistance** organizuje jednorazowy transport z miejsca pobytu na komisję lekarską oraz z powrotem odpowiednim środkiem transportu zalecanym przez uprawnionego **Lekarza** lub pracownika **Centrum Assistance**; koszt transportu na komisję ponosi **Osoba ubezpieczona**; z ochrony wyłączona jest organizacja transportu na komisję lekarską w związku z innym ubezpieczeniem u innego ubezpieczyciela.
4. Jeżeli w wyniku **Nieszczęśliwego wypadku Osoba ubezpieczona**, pełniąca rolę opiekuna lub rodzica, jest hospitalizowana co najmniej 5 dni, a w jej miejscu zamieszkania bez opieki pozostaje dziecko do 13. roku życia lub **Osoba niesamodzielną**, **Centrum Assistance** zapewnia jedno z poniższych świadczeń:
- 1) **opieka nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi** – **Centrum Assistance** organizuje i pokrywa koszty opieki lub opiekuna dla dziecka lub **Osoby niesamodzielną** w miejscu zamieszkania **Osoby ubezpieczonej**;
 - 2) **transport opiekuna** – **Centrum Assistance** organizuje i pokrywa koszty podróży w obie strony dla opiekuna z jego miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania **Osoby ubezpieczonej**.
5. **Osoba niesamodzielną** oznacza osobę zamieszkuje w miejscu zamieszkania **Osoby ubezpieczonej** w momencie **Nieszczęśliwego wypadku**, która ze względu na zły stan zdrowia lub podeszły wiek wymaga stałej opieki i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych (co najmniej 3 z następujących: mycie, ubieranie się, poruszanie się, korzystanie z toalety, jedzenie).

Wyłączenia odpowiedzialności

6. Poza wyłączeniami odpowiedzialności **Ubezpieczyciela** wskazanymi w § 4, **Ubezpieczyciel** nie ponosi odpowiedzialności z tytułu assistance medycznego, jeżeli **Nieszczęśliwy wypadek** był bezpośrednio lub pośrednio spowodowany:
- 1) operacjami kosmetycznymi lub plastycznymi, z wyjątkiem przypadków gdy ich przeprowadzenie spowodowane było koniecznością usunięcia następstw **Nieszczęśliwych wypadków**;
 - 2) operacjami zmiany płci, pozbawienia płodności, usunięcia ciąży, sztucznego zapłodnienia lub innego sposobu leczenia niepłodności, pobrania narządów lub tkanek do przeszczepu;
 - 3) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem;
 - 4) kataklizmami naturalnymi;
 - 5) **Chorobami**, na które **Osoba ubezpieczona** cierpiała przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej, wymagającymi natychmiastowej pomocy medycznej
7. Odpowiedzialność **Ubezpieczyciela** dotycząca organizacji usług pomocy medycznej jest wyłączona, jeżeli konieczność interwencji medycznej lub **Hospitalizacji** jest związana z: planowym leczeniem, koniecznością odbycia wizyt kontrolnych, rekonwalescencją lub schorzeniami w trakcie leczenia, które jeszcze nie zostały wyleczone, leczeniem stomatologicznym, ortodontycznym i protetycznym, leczeniem **Chorób przewlekłych Osoby ubezpieczonej**.
8. Odpowiedzialność **Ubezpieczyciela** nie obejmuje: świadczeń realizowanych poza terytorium Polski oraz kosztów leków, środków opatrunkowych i sytuacji, w których wymagana jest interwencja pogotowia ratunkowego, służb ratownictwa specjalistycznego (WOPR, GOPR, TOPR).

Limity odpowiedzialności

9. Podane w poniższej tabeli kwoty oraz liczba świadczeń stanowią górną granicę odpowiedzialności **Ubezpieczyciela** dla poszczególnych rodzajów świadczeń assistance i ustalane są na **Okres ubezpieczenia** – w odniesieniu do każdej **Osoby ubezpieczonej**.
10. Niezależnie od postanowień punktu poprzedzającego, maksymalna liczba świadczeń spośród wymienionych poniżej w tabeli wynosi cztery w ciągu **Okresu ubezpieczenia** dla **Osoby ubezpieczonej**.

Tabela limitów

Rodzaj świadczenia assistance		Limit
Wizyta Lekarza (2 razy)		500 PLN (łącznie)
Wizyta pielęgniarki (2 razy)		400 PLN (łącznie)
Dostawa leków i sprzętu rehabilitacyjnego (2 razy)		500 PLN (łącznie)
Organizacja wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego (2 razy)		2 razy
Transport medyczny do Szpitala (2 razy)		2000 PLN (łącznie na wszystkie transporty)
Transport medyczny Szpital-Szpital (2 razy)		
Transport medyczny ze Szpitala (2 razy)		
Pomoc domowa po Hospitalizacji (2 razy)		16 godzin (łącznie)
Pomoc psychologa (2 razy)		800 PLN (łącznie)
Organizacja procesu rehabilitacyjnego (1 raz)		1 raz
Organizacja transportu na komisję lekarską (1 raz)		1 raz
Świadczenie do wyboru	Opieka nad Dziećmi lub Osobami niesamodzielnymi (2 razy)	500 PLN (łącznie)
	Transport opiekuna (2 razy)	bilet kolejowy I klasy lub autobusowy

Postępowanie w przypadku organizacji świadczeń

11. W przypadku zamiaru skorzystania z assistance medycznego **Osoba ubezpieczona** jest zobowiązana:

- 1) przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie niezwłocznie skontaktować się z **Centrum Assistance** pod numerem telefonu +48 22 203 79 57;
- 2) przy zgłoszeniu podać następujące informacje: numer **Polisy**, imię i nazwisko, krótki opis zaistniałego zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy, numer telefonu do skontaktowania się z **Osobą ubezpieczoną** lub wskazaną przez nią osobą, inne informacje niezbędne konsultantowi **Centrum Assistance** do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług;
- 3) udostępnić niezbędną do realizacji świadczenia dokumentację medyczną;
- 4) współdziałać z **Centrum Assistance** w zakresie niezbędnym do realizacji świadczenia.

12. W przypadku odmowy udzielenia informacji przez **Osobę ubezpieczoną**, zgodnie z ust. 11 lub braku współpracy z obsługą **Centrum Assistance**, **Centrum Assistance** może nie być w stanie zorganizować świadczeń określonych w Tabeli limitów.

§ 25. CZĘŚĆ A21 – ZAWAŁ SERCA I UDAR MÓZGU

Na potrzeby niniejszego zakresu ochrony za **Uszkodzenie ciała** uznaje się również uraz ciała spowodowany **Zawałem serca** lub **Udarem mózgu**, o ile wystąpiły u **Osoby ubezpieczonej** po raz pierwszy w **Okresie ubezpieczenia** i nie były spowodowane wcześniej zdiagnozowanymi przez lekarza stanami chorobowymi.

§ 26. CZĘŚĆ A22 – POWAŻNE ZACHOROWANIE

1. Jeżeli u **Osoby ubezpieczonej** po upływie 30 dni od **Początkowej daty wejścia w życie** rozpoznane zostanie **Poważne zachorowanie**, **Ubezpieczyciel** wypłaci jej określone w **Polisie** świadczenie z tytułu **Poważnego zachorowania**.

2. W rozumieniu OWU **Poważne zachorowanie** to:

- 1) **choroba Alzheimera / ciężkie otępienie** – pogorszenie lub utrata sprawności intelektualnej potwierdzone oceną kliniczną dokonaną z wykorzystaniem technik obrazowania, spowodowane chorobą Alzheimera lub nieodwracalnymi zaburzeniami organicznymi, prowadzące do znacznego obniżenia poziomu funkcjonowania intelektualnego i społecznego oraz powodujące konieczność stałego nadzoru nad **Osobą ubezpieczoną**. Rozpoznanie musi być poparte potwierdzeniem klinicznym dokonanym przez **Lekarza** oraz lekarza powołanego przez **Ubezpieczyciela**; wyłącza się:
 - a) choroby nieorganiczne, takie jak nerwice i choroby psychiczne,
 - b) stres, depresję,
 - c) uszkodzenie mózgu spowodowane alkoholem lub substancjami odurzającymi;
- 2) **choroba neuronu ruchowego** – choroba neuronu ruchowego charakteryzująca się postępującą degeneracją szlaku korowo-rdzeniowego oraz neuronów rogu przedniego rdzenia kręgowego lub neuronów rdzenia przedłużonego, której towarzyszy atrofia mięśni kręgosłupa, postępujące porażenie opuszkowe, stwardnienie boczne zanikowe oraz pier-

wotne stwardnienie boczne; rozpoznanie musi być potwierdzone przez neurologa, który stwierdzi, że choroba ma charakter postępujący oraz prowadzi do trwałego deficytu neurologicznego;

- 3) **niewydolność nerek** – przewlekła, nieodwracalna niewydolność obydwu nerek wymagająca stałego dializowania lub przeszczepu nerek;
 - 4) **operacja aorty** – operacja służąca leczeniu tętniaka bądź też zwężenia, niedrożności lub rozwarstwienia ściany aorty poprzez otwarcie klatki piersiowej lub jamy brzusznej. Na potrzeby tej definicji aorta oznacza aortę piersiową lub brzuszную, z wyłączeniem gałęzi aorty;
 - 5) **operacja zastawek serca** – operacja na otwartym sercu przeprowadzona celem wymiany zastawek serca lub korekty nieprawidłowości w ich budowie lub czynności; rozpoznanie nieprawidłowości w budowie lub czynności zastawek serca musi być dokonane na podstawie cewnikowania serca lub badania echokardiograficznego, a zabieg musi być uznany za niezbędny z medycznego punktu widzenia przez konsultanta z zakresu kardiologii;
 - 6) **paraliż (utrata funkcji kończyn)** – całkowita i nieodwracalna utrata funkcji co najmniej dwóch kończyn w wyniku **Nieszczęśliwego wypadku** lub **Choroby**;
 - 7) **poważna forma raka** – guz złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem oraz rozprzestrzenianiem się komórek złośliwych, ich inwazją do zdrowych tkanek i zniszczeniem zdrowych tkanek. Rozpoznanie musi być poparte badaniem histopatologicznym stwierdzającym złośliwość komórek oraz potwierdzone przez onkologa lub patologa; wyłącza się:
 - a) guzy wykazujące zmiany złośliwe typu carcinoma in situ oraz guzy histologicznie opisane jako przedrakowe lub nieinwazyjne, w tym: przedinwazyjny rak sutki, dysplazja szyjki macicy typu CIN-1, CIN-2 oraz CIN-3, hiperkeratoza, podstawniokomórkowy i płaskonabłonkowy rak skóry oraz czerniaki o grubości nieprzekraczającej 1,5 mm według Breslowa lub 3. stopnia zaawansowania według Clarka, chyba że stwierdzono przerzuty; rak prostaty opisany histologicznie jako T1a lub T1b według klasyfikacji TNM lub rak prostaty o stopniu zaawansowania sklasyfikowanym jako równoważny lub niższy, mikrorak brodawkowaty tarczycy w stadium T1N0M0 o średnicy nieprzekraczającej 1 cm, mikrorak brodawkowaty pęcherza moczowego oraz przewlekła białaczka limfatyczna o stopniu zaawansowania według Raia poniżej 3; choroba Hodgkina w stadium poniżej III,
 - b) wszystkie guzy współistniejące z zakażeniem wirusem HIV oraz pojawiające się w przebiegu AIDS;
 - 8) **poważne oparzenia** – oparzenia skóry trzeciego stopnia, obejmujące co najmniej 40% powierzchni ciała **Osoby ubezpieczonej**;
 - 9) **przeszczep**:
 - a) ludzkiego szpiku kostnego z wykorzystaniem macierzystych komórek krwiotwórczych poprzedzony całkowitym usunięciem szpiku kostnego, lub
 - b) ludzkiego serca, płuca, wątroby, nerki lub trzustki w wyniku stwierdzenia końcowego stadium nieodwracalnej niewydolności danego organu;wyłącza się inne przeszczepy komórek macierzystych;
 - 10) **stwardnienie rozsiane** poparte następującymi danymi:
 - a) badania jednoznacznie potwierdzające stwardnienie rozsiane, oraz
 - b) liczne deficyty neurologiczne występujące przez okres co najmniej 6 kolejnych miesięcy, oraz
 - c) udokumentowana historia zaostrzeń i remisji powyższych objawów i deficytów neurologicznych;wyłącza się inne przyczyny uszkodzeń neurologicznych.
 - 11) **ślepotą (utrata wzroku)** – całkowita i nieodwracalna **Utrata wzroku** w obojgu oczach w wyniku **Nieszczęśliwego wypadku** lub **Choroby**;
 - 12) **udar mózgu** – rozpoznany przez lekarza i zakwalifikowany w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod I60-I64;
 - 13) **wszczepienie bypassów** – operacja na otwartym sercu przeprowadzona w celu usunięcia zwężenia lub blokady co najmniej jednej tętnicy wieńcowej poprzez wszczepienie bypassu; rozpoznanie zwężenia lub blokady musi być poparte badaniem angiograficznym wykazującym znaczną niedrożność tętnicy wieńcowej, a zabieg musi zostać uznany za niezbędny z medycznego punktu widzenia przez konsultanta z zakresu kardiologii; angioplastyka oraz wszystkie inne zabiegi wewnątrztętnicze oparte na technikach cewnikowania, zabiegi laparoskopowe i laserowe nie są uznawane za wszczepienie bypassów;
 - 14) **zawał serca** – rozpoznany przez lekarza i zakwalifikowany w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod I21-I22.
3. **Okres zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej** – okres wskazany w **Polisie**, rozpoczynający się z **Początkową datą wejścia w życie** lub w dniu podwyższenia **Sumy ubezpieczenia** dotyczącej **Osoby ubezpieczonej**. W przypadku podwyższenia **Sumy ubezpieczenia** **Okres zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej** dotyczy wyłącznie kwoty wynikającej z podwyższenia **Sumy ubezpieczenia**.

4. **Okres przeżycia** – okres wskazany w **Polisie**, w trakcie którego **Osoba ubezpieczona** musi pozostawać przy życiu po rozpoznaniu **Poważnego zachorowania**.
5. **Początkowa data wejścia w życie** – dzień przystąpienia **Osoby ubezpieczonej** do ubezpieczenia.
6. Ochrona ubezpieczeniowa wynikająca z części A22 kończy się w odniesieniu do **Osoby ubezpieczonej** z chwilą wypłacenia jej świadczenia z tytułu **Poważnego zachorowania**.
7. **Ubezpieczyciel** nie wypłaci żadnego świadczenia z tytułu **Poważnego zachorowania** przed upływem **Okresu przeżycia**. Po tym terminie **Ubezpieczyciel** wypłaci świadczenie, pod warunkiem że **Osoba ubezpieczona** nie zmarła w **Okresie przeżycia**.
8. **Osobie ubezpieczonej** przysługuje z tytułu **Poważnego zachorowania** tylko jedno świadczenie, w wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie**.

Wyłączenia do części A22

9. **Ubezpieczyciel** nie wypłaci świadczenia, jeśli roszczenie wynika z:
 - 1) **Choroby** innej niż **Poważne zachorowanie**;
 - 2) **Poważnego zachorowania**, którego pierwsze objawy pojawiły się przed **Początkową datą wejścia w życie** ochrony lub w ciągu 30 dni od tej daty;
 - 3) wady wrodzonej;
 - 4) zabiegu chirurgicznego lub leczenia;
 - 5) **Poważnego zachorowania** będącego skutkiem uzależnienia od alkoholu lub narkotyków;
 - 6) **Poważnego zachorowania** skutkującego śmiercią **Osoby ubezpieczonej** w **Okresie zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej**;
 - 7) **Poważnego zachorowania** rozpoznanego w **Okresie zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej**;
 - 8) kolejnego **Poważnego zachorowania** w danym **Okresie ubezpieczenia**.

§ 27. CZĘŚĆ A23 – ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA

1. W przypadku gdy **Osoba ubezpieczona** w związku z wykonywaniem czynności życia prywatnego wyrządzi czynem niedozwolonym **Osobie trzeciej** szkodę, **Ubezpieczyciel** pokryje wartość roszczeń **Osoby trzeciej** wobec **Osoby ubezpieczonej** z tego tytułu do wysokości **Sumy gwarancyjnej** określonej w **Polisie** lub **Dodatku**. We wskazanym powyżej zakresie ochroną ubezpieczeniową objęta jest także odpowiedzialność cywilna rodzica (którego **Dziecko** jest **Osobą ubezpieczoną** w zakresie części A) za szkody wyrządzone przez **Dziecko**, które nie ukończyło 13. roku życia.

Warunki dotyczące tego zakresu ochrony

2. Ochrona obejmuje **Szkody osobowe** (uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia lub śmierć **Osoby trzeciej**) oraz **Szkody rzeczowe** (uszkodzenie, zniszczenie lub utrata rzeczy **Osoby trzeciej**), wyrządzone przez **Osobę ubezpieczoną** nieumyślnie.
3. Czynności życia prywatnego oznaczają działania i zaniechania **Osoby ubezpieczonej** niezwiązane z aktywnością zawodową, zatrudnieniem oraz prowadzeniem działalności gospodarczej.
4. **Suma gwarancyjna** określona w **Polisie** stanowi górną granicę odpowiedzialności **Ubezpieczyciela** w odniesieniu do jednego i wszystkich zdarzeń w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.
5. Odszkodowanie z tytułu każdej **Szkody rzeczowej** pomniejszane jest o 100 PLN. Jednakże w przypadku szkód powstałych wskutek zniszczenia lub uszkodzenia sprzętu elektronicznego, audiowizualnego, komputerowego, fotograficznego oraz instrumentów muzycznych odszkodowanie z tytułu każdej szkody zostanie pomniejszone o kwotę 500 PLN.
6. **Ubezpieczyciel** w granicach **Sumy gwarancyjnej** pokrywa także:
 - 1) niezbędne koszty obrony sądowej przed roszczeniem poszkodowanego;
 - 2) koszty mediacji lub postępowania pojednawczego prowadzonego w związku ze zgłoszonymi roszczeniami **Osoby trzeciej**, o ile **Ubezpieczyciel** udzielił zgody **Osobie ubezpieczonej** na prowadzenie takiej mediacji lub postępowania;
 - 3) koszty akcji ratowniczej.
7. **Osobie ubezpieczonej** nie wolno uznać roszczenia **Osoby trzeciej**, składać propozycji ugodowych ani zaspokoić roszczenia bez uprzedniej, pisemnej zgody **Ubezpieczyciela**, pod rygorem utraty prawa do świadczenia.
8. **Osoba ubezpieczona** musi powiadomić **Ubezpieczyciela** niezwłocznie po uzyskaniu informacji o roszczeniu. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa tego obowiązku przez **Osobę ubezpieczoną** **Ubezpieczyciel** może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia.
9. Ochroną ubezpieczeniową objęta jest odpowiedzialność za zdarzenia powstałe na terytorium Unii Europejskiej.

Wyłączenia dotyczące tego zakresu ochrony

- 10. Ubezpieczyciel** nie ponosi odpowiedzialności z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym za szkody:
- 1) wyrządzone umyślnie;
 - 2) wyrządzone przez **Osobę ubezpieczoną, Pozostającą pod wpływem alkoholu**, narkotyków, substancji psychoaktywnych, leku bądź leków, jeśli nie zostały one przepisane przez **Lekarza** lub jeśli leki przepisane przez **Lekarza** zażywane były niezgodnie z zaleceniami;
 - 3) wyrządzone przez **Osobę ubezpieczoną** osobom wspólnie z nią zamieszkującym;
 - 4) wyrządzone **Ubezpieczającemu** przez **Osobę ubezpieczoną**;
 - 5) wyrządzone **Osobom bliskim**;
 - 6) wyrządzone podmiotowi prowadzącemu działalność gospodarczą, jeżeli **Osoba ubezpieczona** jest jego właścicielem, współwłaścicielem, udziałowcem lub akcjonariuszem;
 - 7) wyrządzone przez wszelkiego rodzaju wirusy komputerowe lub programy zakłócające pracę jakiegokolwiek programu, komputera, sieci, telefonu, niezależnie od przyczyn ich pojawienia się, w tym związane z dostępem do Internetu i korzystaniem z niego;
 - 8) wyrządzone w środowisku naturalnym;
 - 9) powstałe w następstwie aktów wandalizmu lub sabotażu;
 - 10) powstałe wskutek umownego przejęcia przez **Osobę ubezpieczoną** odpowiedzialności cywilnej **Osoby trzeciej** albo wskutek rozszerzenia zakresu własnej odpowiedzialności cywilnej wynikającej z ustawy;
 - 11) powstałe wskutek zniszczenia lub uszkodzenia telefonu komórkowego lub smartfonu;
 - 12) powstałe wskutek korzystania ze statków powietrznych, w tym dronów i zdalnie sterowanych modeli pojazdów;
 - 13) wynikłe z przeniesienia jakichkolwiek chorób;
 - 14) wynikłe z zaburzeń i chorób psychicznych, nerwic, depresji, chorób alkoholowych lub chorób będących ich skutkiem;
 - 15) wynikłe z posiadania broni palnej oraz uczestnictwa w polowaniach;
 - 16) związane z naruszeniem praw autorskich, patentów, znaków towarowych i oznaczeń;
 - 17) polegające na utracie lub uszkodzeniu pieniędzy i innych środków płatniczych, kart płatniczych, papierów wartościowych, wszelkich rodzajów dokumentów, zbiorów filatelistycznych, numizmatycznych, archiwalnych, biżuterii (w tym zegarków), dzieł sztuki;
 - 18) w postaci kar sądowych, administracyjnych, grzywnien lub kar pieniężnych nałożonych na **Osobę ubezpieczoną** przez sądy lub inne organy państwowe;
 - 19) inne niż **Szkoda osobowa** lub **Szkoda rzeczowa**;
 - 20) w mieniu, które **Osoba ubezpieczona** posiadała na podstawie umowy najmu, dzierżawy, użyczenia, przechowania, leasingu lub innej umowy o podobnym charakterze;
 - 21) objęte ubezpieczeniami obowiązkowymi, które **Osoba ubezpieczona** miała obowiązek zawrzeć;
 - 22) związane z hodowlą zwierząt do celów zarobkowych;
 - 23) wynikłe z posiadania lub użytkowania sprzętu pływającego z napędem mechanicznym.



CZĘŚĆ B – PODRÓŻ

Części B nie można rozszerzyć o następujące ryzyka z części A: A20, A22, A23.

§ 28. CZĘŚĆ B1 – KOSZTY LECZENIA I NIEPRZEWIDZIANE KOSZTY PODRÓŻY, KOSZTY AKCJI RATOWNICZEJ I ASSISTANCE

1. Na zasadach określonych w części B zakres ubezpieczenia obejmuje **Koszty leczenia** i nieprzewidziane koszty **Podróży**, koszty akcji ratowniczej, assistance, wyszczególnione poniżej:

Zakres ubezpieczenia	Limit dla jednej osoby na każde zdarzenie
Koszty leczenia	
– zabiegi i badania ambulatoryjne	100% SU
– konsultacje i honoraria lekarskie	100% SU
– pobyt i leczenie w szpitalu	100% SU

Zakres ubezpieczenia	Limit dla jednej osoby na każde zdarzenie
– dojazd Lekarza	100% SU
– zakup lekarstw, środków opatrunkowych, płynów infuzyjnych, a także ortopedycznych środków pomocniczych	100% SU
– COVID-19: zabiegi i badania ambulatoryjne, konsultacje i honoraria lekarskie, pobyt i leczenie w szpitalu, dojazd Lekarza , zakup lekarstw, środków opatrunkowych, płynów infuzyjnych, a także ortopedycznych środków pomocniczych, transport medyczny Osoby ubezpieczonej , transport Osoby ubezpieczonej do Polski lub Kraju stałego zamieszkania , transport zwłok	100% SU
– udzielenie natychmiastowej pomocy lekarskiej związanej z komplikacjami wynikającymi z ciąży – do 32. tygodnia ciąży (po 32. tygodniu ciąży ubezpieczenie obejmuje tylko koszty transportu medycznego do szpitala, do 8000 PLN)	100% SU
– leczenie stomatologiczne	określony w Polisie lub Dodatku
Koszty akcji ratowniczej i koszty usług związanych z pomocą w Podróży, tj. assistance	
Całodobowa obsługa telefoniczna Centrum Assistance	bez limitu
Transport medyczny Osoby ubezpieczonej ,	100% SU
Transport Osoby ubezpieczonej do Polski lub Kraju stałego zamieszkania	bez limitu
Transport zwłok	bez limitu
Koszty pogrzebu poza Polską lub Krajem stałego zamieszkania	20 000 PLN
Przekazywanie pilnych informacji	100% SU
Pokrycie kosztów pobytu i transportu osób towarzyszących Osobie ubezpieczonej w podróży zagranicznej	100% SU
Transport i pobyt osób wezwanych do Osoby ubezpieczonej	100% SU
Transport członków rodziny towarzyszących Osobie ubezpieczonej w podróży zagranicznej w razie jej śmierci	100% SU
Transport niepełnoletnich dzieci Osoby ubezpieczonej oraz pokrycie kosztów ich pobytu	600 PLN dziennie, maksymalnie 7 dni
Pomoc w przypadku konieczności przedłużenia Podróży Osoby ubezpieczonej	400 PLN dziennie, maksymalnie 3 dni
Pokrycie kosztów poszukiwań oraz ratownictwa	200 000 PLN
Kierowca zastępczy	4 000 PLN
Pomoc w przekazaniu kaucji	10 000 PLN
Porady medyczne i skierowania	bez limitu
Porady wizowe, informacje o szczepieniach	bez limitu
Porady w sprawie utraty bagażu, paszportu, dokumentów lub biletów	bez limitu
Przedłużenie ochrony ubezpieczeniowej w sytuacjach nagłych	bez limitu
Świadczenie na wypadek kwarantanny	określony w Polisie lub Dodatku
Świadczenie na wypadek ograniczeń w przekraczaniu granicy spowodowanych lockdownem	określony w Polisie lub Dodatku
Zapewnienie tłumacza telefonicznego	bez limitu
Dzienne świadczenie szpitalne dla posiadaczy karty EKUZ	100 PLN za dzień, maksymalnie 15 dni
Organizacja pomocy finansowej	tak
Hospitalizacja w Polsce w przypadku kontynuacji leczenia rozpoczętego za granicą	20 000 PLN

Wszędzie, gdzie w powyższej tabeli **Suma ubezpieczenia** określona jest jako „bez limitu”, oznacza to, że **Ubezpieczyciel** pokrywa koszty do kwoty, jaka odpowiada kosztom zorganizowania przez **Centrum Assistance** danej usługi.

2. **Ubezpieczyciel** pokryje do wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie** lub **Dodatku** uzasadnione i niezbędne **Koszty leczenia** będące następstwem mających miejsce podczas **Podróży Uszkodzenia ciała** lub **Choroby**, poniesione w okresie do 12 miesięcy od dnia **Uszkodzenia ciała** lub zdiagnozowania **Choroby** – jeżeli **Osoba ubezpieczona** będzie się musiała niezwłocznie poddać leczeniu w związku z doznany w **Okresie ochrony Uszkodzeniem ciała** lub **Chorobą**. O ile będzie to możliwe, **Centrum Assistance** rozlicza koszty ze **Szpitalami** na całym świecie poprzez bezpośrednie fakturowanie, tak by **Osoba ubezpieczona** nie musiała korzystać z własnych środków pieniężnych.
3. Za **Koszty leczenia** uważa się **Zwykłe i uzasadnione koszty** niezbędne do przywrócenia stanu zdrowia **Osoby ubezpieczonej** umożliwiającego jej powrót lub transport do miejsca zamieszkania lub placówki medycznej na terenie Polski lub **Kraju stałego zamieszkania**, poniesione poza Polską i **Krajem stałego zamieszkania Osoby ubezpieczonej** z tytułu:
- 1) badań i zabiegów ambulatoryjnych zaleconych przez **Lekarza**;
 - 2) konsultacji i honorariów lekarskich;
 - 3) pobytu w szpitalu, tj. leczenia, badań, zabiegów i operacji, których przeprowadzenia nie można było, ze względu na stan zdrowia **Osoby ubezpieczonej**, odłożyć do czasu jej powrotu na teren Polski lub **Kraju stałego zamieszkania**;
 - 4) dojazdu **Lekarza** z najbliższej placówki służby zdrowia do miejsca zakwaterowania **Osoby ubezpieczonej**, w przypadku gdy wymaga tego jej stan zdrowia;
 - 5) zakupu lekarstw, środków opatrunkowych, płynów infuzyjnych, a także ortopedycznych środków pomocniczych (np. protez, kul) przepisanych przez **Lekarza**, z wyjątkiem odżywek, środków wzmacniających i preparatów kosmetycznych;
 - 6) zabiegów i badań ambulatoryjnych, konsultacji i honorariów lekarskich, pobytu i leczenia w szpitalu, dojazdu **Lekarza**, zakupu lekarstw, środków opatrunkowych, płynów infuzyjnych, a także ortopedycznych środków pomocniczych, transportu medycznego **Osoby ubezpieczonej**, transportu **Osoby ubezpieczonej** do Polski lub **Kraju stałego zamieszkania**, transportu zwłok w wyniku zachorowania na COVID-19, do wysokości określonej w **Polisie** lub **Dodatku**;
 - 7) udzielenia natychmiastowej pomocy lekarskiej związanej z komplikacjami wynikającymi z ciąży – do 32. tygodnia ciąży; bez względu na ten termin **Ubezpieczyciel** pokryje koszty transportu medycznego do **Szpitala** w wysokości nieprzekraczającej 8000 PLN,
 - 8) leczenia stomatologicznego w przypadku **Uszkodzenia ciała** lub ostrych stanów bólowych i zapalnych do wysokości określonej w **Polisie** lub **Dodatku**; koszty dotyczące stałych koron lub sztucznej szczęki nie są objęte ochroną.
4. **Ubezpieczyciel** obejmuje zakresem ubezpieczenia również następujące koszty akcji ratowniczej oraz koszty usług związanych z pomocą w **Podróży**, tj. assistance:
- 1) **Całodobowa obsługa**
Centrum Assistance jest dostępne 24 godziny na dobę i organizuje pomoc w sytuacjach objętych ochroną ubezpieczeniową opisaną w części B1 oraz udziela informacji odnośnie do postępowania w razie zaistnienia szkody w pozostałych przypadkach objętych ochroną ubezpieczeniową.
 - 2) **Transport medyczny Osoby ubezpieczonej**
W przypadku **Uszkodzenia ciała** lub **Choroby Osoby ubezpieczonej** **Ubezpieczyciel** zapewnia organizację i pokrycie kosztów transportu **Osoby ubezpieczonej** z miejsca jej pobytu lub miejsca wypadku do najbliższego **Szpitala** lub placówki służby zdrowia, jeżeli transportu wymaga stan zdrowia **Osoby ubezpieczonej** i **Centrum Assistance** wyraziło na to zgodę.
 - 3) **Transport Osoby ubezpieczonej do Polski lub Kraju stałego zamieszkania**
W przypadku **Uszkodzenia ciała** lub **Choroby Osoby ubezpieczonej**, gdy uprzednio przewidziany środek nie może być wykorzystany, **Ubezpieczyciel** zapewnia organizację i pokrycie kosztów transportu **Osoby ubezpieczonej** do miejsca zamieszkania lub – o ile wymaga tego jej stan zdrowia – do placówki medycznej na terenie Polski lub **Kraju stałego zamieszkania**. Transport odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia **Osoby ubezpieczonej**, po udzieleniu jej niezbędnej pomocy medycznej za granicą, umożliwiającej transport na teren Polski lub **Kraju stałego zamieszkania**. O konieczności, możliwości transportu i wyborze miejsca, do którego się on odbywa, decyduje **Centrum Assistance**, w porozumieniu z **Lekarzem** prowadzącym leczenie **Osoby ubezpieczonej**.
Ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty transportu, pod warunkiem akceptacji przyjęcia **Osoby ubezpieczonej** przez odpowiednią placówkę. W przypadku braku tej akceptacji **Ubezpieczyciel** z chwilą podjęcia decyzji o możliwości transportu **Osoby ubezpieczonej** wolny jest od dalszej odpowiedzialności. **Centrum Assistance** nie jest zobowiązane do poszukiwania innych, niż wybrana lub wskazana przez klienta, placówek, które będą kontynuować leczenie **Osoby ubezpieczonej**.
Koszty transportu **Osoby ubezpieczonej** pokrywane są do kwoty, jaka odpowiada kosztom zorganizowania przez **Centrum Assistance** takiego transportu na teren Polski, i nie pomniejszają sumy ubezpieczenia kosztów leczenia i nieprzewidzianych kosztów podróży, kosztów akcji ratowniczej, assistance. W przypadku zorganizowania transportu we własnym zakresie przez członków rodziny **Osoby ubezpieczonej** lub **Osoby trzeciej** **Ubezpieczyciel** zrefunduje

poniesione koszty, jednak tylko do wysokości kosztów, jakie poniosłoby **Centrum Assistance**, organizując transport **Osoby ubezpieczonej** na teren Polski.

4) Transport zwłok

W przypadku gdy **Osoba ubezpieczona** zmarła w wyniku **Uszkodzenia ciała** lub **Choroby**, **Ubezpieczyciel** zapewnia organizację i pokrycie kosztów:

a) transportu zwłok **Osoby ubezpieczonej** do miejsca pochówku na terenie Polski lub **Kraju stałego zamieszkania**; transport zwłok świadczony jest do kwoty, jaka odpowiada zorganizowaniu takiego transportu przez **Centrum Assistance** na teren Polski, a jego koszt nie pomniejsza sumy ubezpieczenia kosztów leczenia i nieprzewidzianych kosztów podróży, kosztów akcji ratowniczej, assistance,

b) zakupu trumny przewozowej.

Wyboru sposobu i środka transportu zwłok dokonuje **Centrum Assistance**. **Centrum Assistance** może również zorganizować i pokryć koszty kremacji i transportu urny (prochów) na teren Polski lub **Kraju stałego zamieszkania**, jednak tylko do wysokości kosztów, jakie poniosłoby **Centrum Assistance**, organizując przewóz zwłok **Osoby ubezpieczonej** do Polski.

W przypadku zorganizowania transportu przez członków rodziny **Osoby ubezpieczonej** lub **Osoby trzecie** we własnym zakresie, **Ubezpieczyciel** zrefunduje poniesione koszty, jednak tylko do wysokości kosztów, jakie poniosłoby **Centrum Assistance**, organizując przewóz zwłok **Osoby ubezpieczonej** na teren Polski.

5) Koszty pogrzebu poza Polską lub Krajem stałego zamieszkania

W przypadku śmierci w wyniku **Uszkodzenia ciała** lub **Choroby Osoby ubezpieczonej** **Ubezpieczyciel** pokryje koszty pogrzebu **Osoby ubezpieczonej** poza Polską lub **Krajem stałego zamieszkania** do wysokości 20 000 PLN.

6) Przekazywanie pilnych informacji

W razie zajścia nieprzewidzianego zdarzenia niezależnego od **Osoby ubezpieczonej**, które spowodowało opóźnienie lub zmianę przebiegu **Podróży Osoby ubezpieczonej**, **Centrum Assistance** na jej życzenie przekaze niezbędne informacje wskazanej osobie lub instytucji.

7) Pokrycie kosztów pobytu i transportu osób towarzyszących Osobie ubezpieczonej w podróży zagranicznej

W przypadku **Uszkodzenia ciała** lub **Choroby Osoby ubezpieczonej**, wymagających **Hospitalizacji** lub skutkujących niesamodzielnością, o której mowa w § 24 ust. 5, **Centrum Assistance** organizuje i pokrywa koszty zakwaterowania, wyżywienia i transportu powrotnego maksymalnie dwóch osób (członków rodziny lub współpracowników) towarzyszących **Osobie ubezpieczonej**, jeżeli ich pozostanie jest konieczne i zalecone na piśmie przez **Lekarza** prowadzącego leczenie **Osoby ubezpieczonej** za granicą, wyznaczonego lub zaakceptowanego przez **Centrum Assistance**, lub przez **Lekarza Centrum Assistance**. Transport osób towarzyszących odbywa się z miejsca **Hospitalizacji Osoby ubezpieczonej** do miejsca zamieszkania osoby towarzyszącej na terenie Polski lub **Kraju stałego zamieszkania**.

W razie śmierci **Osoby ubezpieczonej**, będącej następstwem **Uszkodzenia ciała** lub **Choroby**, **Centrum Assistance** organizuje i pokrywa koszty zakwaterowania, wyżywienia oraz transportu powrotnego jednej osoby, która pozostaje z ciałem **Osoby ubezpieczonej** i towarzyszy mu w drodze na teren Polski lub **Kraju stałego zamieszkania**. Transport osoby towarzyszącej w drodze na teren Polski lub **Kraju stałego zamieszkania** odbywa się do miejsca pochówku lub do odpowiedniej placówki na terenie Polski lub **Kraju stałego zamieszkania**. O wyborze miejsca, do którego odbywa się podróż, decyduje **Centrum Assistance**.

Wyżej wymienione koszty transportu pokrywane są do kwoty, jaka odpowiada kosztom zorganizowania przez **Centrum Assistance** takiego transportu na teren Polski.

W przypadku zorganizowania zakwaterowania, wyżywienia i transportu powrotnego przez członków rodziny **Osoby ubezpieczonej** lub **Osoby trzecie** we własnym zakresie **Ubezpieczyciel** zrefunduje poniesione koszty do wysokości kosztów, jakie poniosłoby **Centrum Assistance**, organizując takie usługi.

8) Transport i pobyt osób wezwanych do Osoby ubezpieczonej

W przypadku gdy **Osoba ubezpieczona** jest hospitalizowana za granicą przez okres przekraczający 5 dni i nie towarzyszy jej w **Podróży** żadna osoba pełnoletnia lub gdy **Osoba ubezpieczona** znajduje się w stanie zagrożenia życia poświadczonym pisemną opinią **Lekarza** prowadzącego leczenie, **Centrum Assistance** organizuje i pokrywa koszty zakwaterowania, wyżywienia i transportu do miejsca **Hospitalizacji Osoby ubezpieczonej** i z powrotem do miejsca zamieszkania maksymalnie dwóm osobom (członkom rodziny lub współpracownikom) wezwanym przez **Osobę ubezpieczoną** do towarzyszenia jej, zamieszkałym na terenie Polski lub **Kraju stałego zamieszkania**, lub **Hospitalizacji Osoby ubezpieczonej**.

Koszty transportu pokrywane są do kwoty, jaka odpowiada kosztom zorganizowania przez **Centrum Assistance** takiego transportu na teren i z terenu Polski.

W przypadku zorganizowania zakwaterowania, wyżywienia i transportu przez członków rodziny **Osoby ubezpieczonej** lub **Osoby trzecie** we własnym zakresie **Ubezpieczyciel** zrefunduje poniesione koszty do wysokości kosztów, jakie poniosłoby **Centrum Assistance**, organizując takie usługi.

9) Transport członków rodziny towarzyszących Osobie ubezpieczonej w podróży zagranicznej w razie jej śmierci

Jeżeli **Osoba ubezpieczona** zmarła w wyniku **Uszkodzenia ciała** lub **Choroby**, **Centrum Assistance** zorganizuje i opłaci transport na teren Polski lub **Kraju stałego zamieszkania** członków jej rodziny, którzy w dniu jej śmierci towarzyszyli jej w podróży zagranicznej. Wyboru środka transportu dokonuje **Centrum Assistance**.

Koszty transportu członków rodziny towarzyszących **Osobie ubezpieczonej** pokrywane są do kwoty, jaka odpowiada kosztom zorganizowania przez **Centrum Assistance** takiego transportu na teren Polski.

W przypadku zorganizowania transportu przez członków rodziny **Osoby ubezpieczonej** lub **Osoby trzeciej** we własnym zakresie **Ubezpieczyciel** zrefunduje poniesione koszty do wysokości kosztów, jakie poniosłoby **Centrum Assistance**, organizując transport na teren Polski.

10) Transport niepełnoletnich dzieci Osoby ubezpieczonej oraz pokrycie kosztów ich pobytu

W przypadku **Hospitalizacji** lub śmierci **Osoby ubezpieczonej**, jeżeli zdarzenia te były następstwem **Uszkodzenia ciała** lub **Choroby**, **Centrum Assistance** organizuje i pokrywa koszty zakwaterowania, wyżywienia oraz transportu niepełnoletniego dziecka (dzieci) **Osoby ubezpieczonej** podróżującego wspólnie z **Osobą ubezpieczoną**, w przypadku gdy w czasie podróży zagranicznej znajdowało się ono pod jej wyłączną opieką. **Ubezpieczyciel** pokrywa wydatki poniesione na zakwaterowanie i wyżywienie niepełnoletniego dziecka (dzieci) maksymalnie za okres do 7 dni, z limitem dziennym do równowartości 600 PLN. **Ubezpieczyciel** pokrywa koszty transportu niepełnoletniego dziecka (dzieci) **Osoby ubezpieczonej** na teren Polski lub **Kraju stałego zamieszkania** lub do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej przez **Osobę ubezpieczoną** do opieki nad dzieckiem (dziećmi) na terenie Polski lub **Kraju stałego zamieszkania**, lub kraju hospitalizacji **Osoby ubezpieczonej**. Transport ten odbywa się pod opieką przedstawiciela **Ubezpieczyciela**.

Koszty transportu niepełnoletniego dziecka (dzieci) **Osoby ubezpieczonej** pokrywane są do kwoty, jaka odpowiada kosztom zorganizowania przez **Centrum Assistance** takiego transportu na teren Polski.

Wyboru środka transportu dokonuje **Centrum Assistance**. W przypadku zorganizowania zakwaterowania, wyżywienia i transportu przez członków rodziny **Osoby ubezpieczonej** lub **Osoby trzeciej** we własnym zakresie **Ubezpieczyciel** zrefunduje poniesione koszty do wysokości kosztów, jakie poniosłoby **Centrum Assistance** za takie usługi.

11) Pomoc w przypadku konieczności przedłużenia Podróży Osoby ubezpieczonej

Jeżeli stan zdrowia **Osoby ubezpieczonej** nie wymaga **Hospitalizacji**, planowany okres **Podróży Osoby ubezpieczonej** upłynął, natomiast **Centrum Assistance** nie może przetransportować **Osoby ubezpieczonej** z przyczyn od niej niezależnych, **Centrum Assistance** organizuje i pokrywa koszty zakwaterowania i wyżywienia **Osoby ubezpieczonej**.

12) Pokrycie kosztów poszukiwań oraz ratownictwa

Ubezpieczyciel pokrywa koszty poszukiwań i ratownictwa **Osoby ubezpieczonej**, w przypadku gdy w wyniku **Nieszczęśliwego wypadku** lub **Nagłego zachorowania** **Osoba ubezpieczona** znajduje się w sytuacji wymagającej takiej usługi. Usługa poszukiwania i ratownictwa odbywa się przez wyspecjalizowane służby ratownictwa oraz świadczona jest od momentu otrzymania zgłoszenia zaginięcia przez dane służby do momentu odnalezienia **Osoby ubezpieczonej** lub zaprzestania akcji poszukiwawczej. Usługa ratownictwa świadczona jest od momentu odnalezienia **Osoby ubezpieczonej** do momentu przekazania jej odpowiednim służbom medycznym i polega na udzieleniu doraźnej pomocy medycznej przez wyspecjalizowane w tym zakresie służby. **Ubezpieczyciel** nie pokrywa kosztów w przypadku, gdy okoliczności zaginięcia wskazują na porwanie **Osoby ubezpieczonej**.

13) Kierowca zastępczy

W przypadku gdy stan zdrowia **Osoby ubezpieczonej** na skutek **Uszkodzenia ciała** lub **Choroby**, potwierdzony pisemnie przez **Lekarza** prowadzącego leczenie za granicą, nie pozwala jej na prowadzenie pojazdu samochodowego, którym wcześniej odbywała podróż, w czasie powrotu na teren Polski lub **Kraju stałego zamieszkania**, a w podróży zagranicznej nie towarzyszy jej żadna osoba posiadająca prawo jazdy, **Centrum Assistance** organizuje i pokrywa koszty związane z kierowcą zastępczym. Transport osób i pojazdu odbywa się na teren Polski lub **Kraju stałego zamieszkania**. W przypadku gdy wraz z kierowcą zastępczym liczba osób odbywających podróż powrotną na teren Polski lub **Kraju stałego zamieszkania** jest większa niż liczba miejsc, na którą pojazd jest zarejestrowany, **Ubezpieczyciel** nie ponosi dodatkowych kosztów transportu.

14) Pomoc w przekazaniu kaucji

Jeżeli w związku z zaistniałym podczas podróży zagranicznej zdarzeniem, za które **Osoba ubezpieczona** ponosi odpowiedzialność, została ona zatrzymana lub tymczasowo aresztowana przez organa ścigania kraju, w którym się znajduje, i konieczne jest wniesienie kaucji, aby uzyskać zwolnienie z aresztu lub miejsca zatrzymania, **Ubezpieczyciel** dokona wpłaty na rzecz kaucji.

Wpłaty dokonuje się po otrzymaniu podpisanego przez **Osobę ubezpieczoną** weksla poręczonego przez **Osobę trzecią** oraz deklaracji wekslowej. Kwota na rzecz kaucji nie jest wypłacana w przypadku umyślnego naruszenia prawa przez **Osobę ubezpieczoną**, wszelkiego rodzaju mandatów drogowych, grzywien, kar pieniężnych, handlu narkotykami, środkami odurzającymi, alkoholem, lub udziału **Osoby ubezpieczonej** w działaniach o charakterze przestępczym, politycznym i w **Aktach terroru**.

Osoba ubezpieczona zobowiązana jest do zwrotu **Ubezpieczycielowi** zapłaconej kwoty kaucji w terminie 7 dni od daty powrotu **Osoby ubezpieczonej** na teren Polski lub **Kraju stałego zamieszkania**, jednak nie później niż w ciągu trzech miesięcy od daty przekazania tej kwoty przez **Ubezpieczyciela**. Jeśli kaucja zostanie wcześniej zwrócona przez władze lokalne, musi być ona niezwłocznie zwrócona **Ubezpieczycielowi**. W przypadku gdy **Osoba ubezpieczona** zostanie wezwana do stawienia się w sądzie i nie stawi się w nim, **Ubezpieczyciel** może zażądać natychmiastowego zwrotu kaucji, której nie będzie mógł odzyskać wskutek niestawienia się **Osoby ubezpieczonej**.

15) Porady medyczne i skierowania

Centrum Assistance świadczy na rzecz **Osób ubezpieczonych** następujące usługi:

- a) telefoniczne porady medyczne,
- b) informacje o lekarzach i szpitalach na całym świecie,
- c) umawianie wizyt lekarskich dla **Osoby ubezpieczonej**,
- d) organizacja przyjęcia **Osoby ubezpieczonej** do **Szpitala** poza granicami Polski lub **Kraju stałego zamieszkania**.

16) Porady wizowe, informacje o szczepieniach

Centrum Assistance udziela **Osobie ubezpieczonej** informacji dotyczących wymogów wizowych oraz wymogów dotyczących szczepień obowiązujących w innych krajach.

17) Porady w sprawie utraty bagażu, paszportu, dokumentów lub biletów

Centrum Assistance udziela **Osobie ubezpieczonej** porad dotyczących możliwych działań w przypadku utraty lub kradzieży bagażu, paszportu, dokumentów lub biletów podczas podróży zagranicznej.

18) Przedłużenie ochrony ubezpieczeniowej w sytuacjach nagłych

Okres ubezpieczenia zostanie przedłużony bez konieczności opłacenia dodatkowej składki, o nie więcej niż 7 dni, w przypadku gdy powrót **Osoby ubezpieczonej** do Polski lub **Kraju stałego zamieszkania** opóźnia się z następujących przyczyn niespowodowanych przez **Osobę ubezpieczoną**:

- a) awaria środka transportu,
- b) pożar, huragan, powódź, deszcz nawalny, grad, pył wulkaniczny, lawina, bezpośrednie uderzenie piorunu, trzęsienie, zapadanie lub osuwanie się ziemi, wybuch lub upadek statku powietrznego,
- c) akcja ratownicza, prowadzona w związku ze zdarzeniami losowymi wymienionymi w lit. b),
- d) odwołanie lub opóźnienie środka transportu publicznego ze względu na złe warunki atmosferyczne,
- e) wypadek środka transportu,
- f) epidemia choroby zakaźnej lub pandemia, której początek nastąpił w trakcie pobytu **Osoby ubezpieczonej** za granicą.

W przypadku zagrożenia przedłużenia się podróży zagranicznej, z wyżej wymienionych przyczyn, **Osoba ubezpieczona** zobowiązana jest niezwłocznie skontaktować się z **Centrum Assistance**. Warunkiem przedłużenia ochrony ubezpieczeniowej w sytuacjach nagłych jest udokumentowanie przez **Osobę ubezpieczoną** zajścia wymienionych wyżej zdarzeń. W przypadku awarii środka transportu dokumentem potwierdzającym jest rachunek za naprawę lub holowanie samochodu lub pisemne potwierdzenie awarii przez **Przewoźnika**.

19) Świadczenie na wypadek kwarantanny

W przypadku gdy **Osoba ubezpieczona** będzie zmuszona przedłużyć swój pobyt za granicą z powodu zakażenia COVID-19, potwierdzonego pozytywnym testem, lub objęcia jej przez lokalne służby sanitarne obowiązkową kwarantanną na skutek COVID-19, która nie zakończy się do dnia zaplanowanego zakończenia podróży, **Ubezpieczyciel** pokryje niezbędne i udokumentowane dodatkowe koszty zakwaterowania (w standardzie/kategorii nie wyższej niż pierwotny pobyt), wyżywienia i transportu, do sumy wskazanej w **Polisie** lub **Dodatku**. W ramach tego limitu **Ubezpieczyciel** pokryje koszty transportu powrotnego **Osoby ubezpieczonej** do Polski lub **Kraju stałego zamieszkania**, pod warunkiem że nie będzie on mógł nastąpić z wykorzystaniem wcześniej zaplanowanego środka transportu.

20) Świadczenie na wypadek ograniczeń w przekraczaniu granicy spowodowanych lockdownem

W przypadku gdy **Osoba ubezpieczona** przebywająca w **Podróży** nie będzie mogła opuścić państwa, w którym się znajduje, i będzie zmuszona przedłużyć swój pobyt z powodu uzasadnionej sytuacji epidemicznej decyzji właściwych organów tego państwa o zamknięciu granic, **Ubezpieczyciel** pokryje niezbędne i udokumentowane dodatkowe koszty: zakwaterowania (w standardzie/kategorii nie wyższej niż pierwotny pobyt), wyżywienia, zmiany rezerwacji lotniczej w postaci kosztów manipulacyjnych, transferu na lotnisko, transportu do Polski lub **Kraju stałego zamieszkania**, pod warunkiem że nie będzie on mógł nastąpić z wykorzystaniem wcześniej zaplanowanego środka transportu.

21) Zapewnienie tłumacza telefonicznego

W przypadku gdy **Osoba ubezpieczona** dozna **Uszkodzenia ciała**, **Choroby** lub zostanie okradziona, wówczas **Centrum Assistance** zapewni telefoniczną pomoc tłumacza w języku angielskim.

22) Dienne świadczenie szpitalne dla posiadaczy karty EKUZ

Jeżeli koszty leczenia szpitalnego za granicą **Osoby ubezpieczonej**, trwającego co najmniej 3 dni, objęte ochroną w ramach umowy ubezpieczenia, zostaną w całości sfinansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w związku z posiadaniem przez **Osobę ubezpieczoną** Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ), **Ubezpieczyciel** wypłaci **Osobie ubezpieczonej** dienne świadczenie szpitalne. Świadczenie będzie wypłacane maksymalnie za 15 dni pobytu w Szpitalu.

23) Organizacja pomocy finansowej

W przypadku utraty, uszkodzenia lub zniszczenia środków płatniczych: gotówki, czeków, kart płatniczych przez **Osobę ubezpieczoną**, **Centrum Assistance** zorganizuje pomoc w przekazaniu gotówki. **Centrum Assistance** dokona przekazania gotówki po otrzymaniu jej od wskazanej przez **Osobę ubezpieczoną** osoby.

5. W przypadku uznania roszczenia z tytułu **Kosztów leczenia Ubezpieczyciel** dodatkowo pokryje niezbędne koszty **Hospitalizacji Osoby ubezpieczonej**, poniesione w ciągu 1 miesiąca od daty powrotu do Polski, do kwoty 20 000 PLN. Koszty te będą pokryte, o ile leczenie, którego dotyczą, wynika z kontynuacji leczenia rozpoczętego poza granicami Polski, którego koszty zostały pokryte w ramach niniejszego ubezpieczenia.
6. **Suma ubezpieczenia** określona w **Polisie** lub **Dodatku** dla części B1 stanowi górną granicę odpowiedzialności dla wszystkich świadczeń określonych w ust. 2, wynikłych z jednego zdarzenia, z wyłączeniem świadczeń określonych w ust. 4 pkt 3) i 4).

Wyłączenia do części B1

7. **Ubezpieczyciel** nie ponosi odpowiedzialności, w przypadku gdy:
 - 1) **Osoba ubezpieczona** udała się w **Podróż** lub **Podróż służbową** wbrew zaleceniom **Lekarza**;
 - 2) celem **Podróży** lub **Podróży służbowej** jest uzyskanie leczenia lub porady lekarskiej;
 - 3) **Choroba** powstała w wyniku lub jest następstwem nadużywania alkoholu, alkoholizmu, nadużywania narkotyków lub innych środków odurzających;
 - 4) zdarzenie wywołujące szkodę spowodowane jest epidemią bądź pandemią lub z nich wynika, z wyjątkiem świadczeń określonych w ust. 3 pkt 6), 19) i 20).

§ 29. CZĘŚĆ B2 – KOSZTY OBSŁUGI PRAWNEJ

1. **Ubezpieczyciel** zwraca, do wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie**, **Koszty obsługi prawnej** poniesione przez **Osobę ubezpieczoną** lub w jej imieniu w związku z dochodzeniem odszkodowania i zadośćuczynienia od **Osoby trzeciej**, która spowodowała **Uszkodzenie ciała**, śmierć lub **Chorobę Osoby ubezpieczonej** poza Polską lub **Krajem stałego zamieszkania** w **Okresie ochrony**.
2. **Koszty obsługi prawnej** obejmują:
 - 1) wynagrodzenie prawnika zaangażowanego przez **Osobę ubezpieczoną** oraz opłaty i inne koszty poniesione w związku z jakimkolwiek roszczeniem lub postępowaniem;
 - 2) koszty zasądzone od **Osoby ubezpieczonej** przez sąd lub inny organ rozstrzygający sprawę, jak też wszelkie koszty przypadające do zapłaty po zawarciu ugody pozasądowej w związku z jakimkolwiek roszczeniem lub postępowaniem;
 - 3) opłaty i inne koszty poniesione w związku z odwołaniem od wyroku sądu lub innego organu rozstrzygającego sprawę bądź też orzeczenia arbitra lub odpieraniem odwołania.

Warunki do części B2

3. **Osoba ubezpieczona** obowiązana jest uzyskać uprzednią pisemną zgodę **Ubezpieczyciela** na pokrycie **Kosztów obsługi prawnej**. Zgoda ta jest wydawana, jeżeli:
 - 1) istnieją uzasadnione podstawy do przeprowadzenia postępowania oraz
 - 2) pokrycie **Kosztów obsługi prawnej** w danej sprawie jest uzasadnione.
4. Wszystkie roszczenia lub postępowania, w tym zaskarżenie wyroku, wynikające z tej samej pierwotnej przyczyny, zdarzenia lub okoliczności, są traktowane jako jedno roszczenie.
5. Jeżeli **Osoba ubezpieczona** wygra spór, wszelkie **Koszty obsługi prawnej** poniesione przez **Ubezpieczyciela** zostaną mu zwrócone przez **Osobę ubezpieczoną** do wysokości, w jakiej takie koszty zostały wyegzekwowane od strony, która przegrała spór.

Wyłączenia do części B2

6. **Ubezpieczyciel** nie pokrywa:
 - 1) **Kosztów obsługi prawnej** poniesionych w związku z odpieraniem roszczeń cywilnych wobec **Osoby ubezpieczonej** lub postępowaniem prowadzonym przeciwko niej;
 - 2) kosztów kar pieniężnych ani innych nałożonych przez sąd karny;
 - 3) **Kosztów obsługi prawnej** poniesionych w związku z przestępstwem popełnionym przez **Osobę ubezpieczoną**;

- 4) **Kosztów obsługi prawnej** poniesionych w związku z dochodzeniem roszczeń wobec agencji podróży, biura podróży, **Ubezpieczyciela** lub ich przedstawicieli;
- 5) **Kosztów obsługi prawnej** poniesionych przez **Osobę ubezpieczoną** w związku z roszczeniem wobec **Ubezpieczającego, Ubezpieczyciela** lub jakiegokolwiek osoby uczestniczącej w udzielaniu niniejszej ochrony ubezpieczeniowej.

§ 30. CZĘŚĆ B3 – ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA W TRAKCIE PODRÓŻY

1. Jeżeli w trakcie podróży poza granicami Polski bądź **Kraju stałego zamieszkania** odbywanych w **Okresie ochrony Osoba ubezpieczona** spowoduje **Uszkodzenie ciała**, rozstrój zdrowia lub utratę bądź uszkodzenie mienia **Osoby trzeciej**, w wyniku czego będzie ponosić odpowiedzialność cywilną w stosunku do tej osoby, **Ubezpieczyciel** pokryje wartość roszczeń tej **Osoby trzeciej** wobec **Osoby ubezpieczonej** z tego tytułu, do wysokości **Sumy gwarancyjnej** określonej w **Polisie**.
2. W granicach **Sumy gwarancyjnej Ubezpieczyciel** pokryje ponadto wszelkie koszty i wydatki poniesione przez **Osobę ubezpieczoną** w związku z obroną przed roszczeniami, pod warunkiem uzyskania uprzedniej pisemnej zgody **Ubezpieczyciela** na ich poniesienie.
3. **Osobie ubezpieczonej** nie wolno uznać roszczenia **Osoby trzeciej**, składać propozycji ugodowych ani zaspokoić roszczenia bez wyraźnej pisemnej zgody **Ubezpieczyciela**, pod rygorem utraty prawa do świadczenia.
4. **Osoba ubezpieczona** musi powiadomić **Ubezpieczyciela** niezwłocznie po uzyskaniu informacji o jakimkolwiek zdarzeniu mogącym skutkować jej odpowiedzialnością cywilną z tytułu **Uszkodzenia ciała**, rozstroju zdrowia lub utraty bądź uszkodzenia mienia. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa tego obowiązku przez **Osobę ubezpieczoną Ubezpieczyciel** może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia.
5. **Osoba ubezpieczona** udzieli **Ubezpieczycielowi** wszelkiej pomocy w sprawach, w których występuje jako pozwana, i dostarczy **Ubezpieczycielowi** wszelkich informacji oraz dokumenty, jakimi dysponuje.

Wyłączenia do części B3

6. **Ubezpieczyciel** nie ponosi odpowiedzialności z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej **Osoby ubezpieczonej**, jeżeli podnoszone wobec niej roszczenia wynikają:
 - 1) z wykonywania przez **Osobę ubezpieczoną** czynności zawodowych lub z jakiegokolwiek umowy (chyba że odpowiedzialność ta istniałaby niezależnie do tego, czy jest przewidziana umową, czy też nie);
 - 2) z użytkowania wszelkich pojazdów mechanicznych, statków powietrznych lub wodnych;
 - 3) ze szkód spowodowanych przez posiadane, wynajmowane lub użytkowane przez **Osobę ubezpieczoną** budynki lub ich części lub z uszkodzeń tychże budynków lub ich części;
 - 4) z umyślnego i bezprawnego działania **Osoby ubezpieczonej**;
 - 5) z utraty lub uszkodzenia mienia należącego do, powierzonego lub będącego pod pieczę lub kontrolą **Ubezpieczającego, Osoby ubezpieczonej** lub któregośkolwiek z członków jej rodziny lub domowników (nie dotyczy wynajętego pokoju w hotelu lub pensjonacie);
 - 6) ze zdarzeń zaistniałych w wyniku zaburzeń i chorób psychicznych, nerwic, depresji **Osoby ubezpieczonej** lub pozostawania przez **Osobę ubezpieczoną** pod wpływem narkotyków, leków (jeżeli nie są to leki przepisane przez uprawnionego **Lekarza**), alkoholu lub wziewnych środków odurzających;
 - 7) z roszczeń wynikających z zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS) lub związanych z nim chorób, a także chorób przenoszonych drogą płciową;
 - 8) z wszelkich szkód niematerialnych, zobowiązań z tytułu zadośćuczynień, kar umownych, kar pieniężnych i innych kar lub opłat o charakterze karnym.

§ 31. CZĘŚĆ B4 – MIENIE OSOBISTE

1. Jeżeli **Mienie osobiste Osoby ubezpieczonej** zaginie, zostanie skradzione lub uszkodzone w **Podróży** odbywanej w **Okresie ochrony**, **Ubezpieczyciel** wypłaci **Osobie ubezpieczonej** odszkodowanie z tytułu jego utraty lub zwróci koszty naprawy do wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie** lub **Dodatku**.
2. Jeżeli w trakcie **Podróży** odbywanej w **Okresie ochrony** nastąpi opóźnienie w dostarczeniu **Mienia osobistego Osoby ubezpieczonej** o czas dłuższy niż cztery godziny, **Ubezpieczyciel** zrefunduje **Osobie ubezpieczonej** kwotę do wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie** lub **Dodatku**, lecz nie więcej niż 4000 PLN i nie więcej niż 300 PLN za każdą godzinę powyżej czwartej godziny, z tytułu kosztów zakupu artykułów pierwszej potrzeby oraz przedmiotów niezbędnych do zastąpienia przedmiotów niedostarczonych w wyżej wymienionym terminie przedmiotami o podobnej wartości. Jeżeli opóźnione **Mienie osobiste** zostanie utracone trwale, w wyniku czego **Osoba ubezpieczona** zgłosi roszczenie z tytułu jego utraty, to wypłaty z tytułu opóźnienia **Mienia osobistego** zostaną zaliczone na poczet wypłaty odszkodowania z tytułu utraty mienia.
3. Jeżeli w trakcie **Podróży** odbywanej w **Okresie ochrony** paszport, wiza, pieniądze, bilety podróżne **Osoby ubezpieczonej** zaginę lub ulegną uszkodzeniu, **Ubezpieczyciel** zwróci **Ubezpieczającemu** lub **Osobie ubezpieczonej** poniesione przez

nich uzasadnione i niezbędne dodatkowe koszty podróży lub zakwaterowania do wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie** lub **Dodatku**, lecz nie więcej niż 4000 PLN.

4. Wysokość odszkodowania w przypadku uszkodzenia **Mienia osobistego** ustala się według kosztów naprawy, a w przypadku utraty – według rzeczywistej wartości przedmiotu z uwzględnieniem stopnia jego faktycznego zużycia. Wartość przedmiotów określana jest na podstawie oryginałów rachunków zakupu lub na podstawie wartości nowego przedmiotu o identycznych właściwościach użytkowych w dniu zdarzenia.
5. Odszkodowanie będzie wypłacone w części, która nie zostanie pokryta przez **Przewoźnika** lub inny podmiot odpowiedzialny za uszkodzenie, utratę lub zniszczenie bagażu podróżnego.
6. W przypadku utraty lub uszkodzenia **Mienia osobistego** podczas transportu **Osoba ubezpieczona** obowiązana jest niezwłocznie powiadomić danego **Przewoźnika** lub odpowiednią jednostkę policji.
7. Wraz ze zgłoszeniem roszczenia **Osoba ubezpieczona** zobowiązana jest dostarczyć **Ubezpieczycielowi** następujące dokumenty:
 - 1) szczegółowy opis okoliczności poniesionej szkody (data, miejsce, opis szkody i działań, jakie **Osoba ubezpieczona** podjęła po zajściu zdarzenia);
 - 2) spis uszkodzonych lub utraconych przedmiotów sporządzony przez **Osobę ubezpieczoną** i potwierdzony przez odpowiednie władze lub osobę czy firmę odpowiedzialną za przechowywanie lub przewóz **Mienia osobistego**;
 - 3) dokumentację potwierdzającą utratę, zniszczenie lub uszkodzenie **Mienia osobistego**, w tym kopię raportu sporządzonego przez **Przewoźnika** lub policję;
 - 4) oryginalne bilety lub kwity bagażowe;
 - 5) spis utraconych lub uszkodzonych przedmiotów z podaniem daty, miejsca oraz wartości zakupu, jeżeli **Osoba ubezpieczona** jest w stanie podać te informacje;
 - 6) dokumenty potwierdzające zakup lub własność utraconych lub uszkodzonych przedmiotów (rachunki lub inne dokumenty) – o ile są dostępne;
 - 7) oryginały rachunków za naprawę uszkodzonych przedmiotów i dowody ich zapłaty;
 - 8) oryginały rachunków za przedmioty kupione w trakcie **Podróży** w miejsce utraconych przedmiotów;
 - 9) dokumenty potwierdzające otrzymanie odszkodowania od **Przewoźnika**.
8. W przypadku szkód o wartości powyżej 6000 PLN stosowany jest udział własny pokrywany przez **Osobę ubezpieczoną** równy 25% wartości szkody przewyższającej 6000 PLN.

Wyłączenia do części B4

9. Ubezpieczyciel nie wypłaci odszkodowania za:

- 1) przedmioty łatwo tłukące się, wykonane z gliny, szkła, porcelany, marmuru, chyba że szkoda została spowodowana przez pożar, kradzież lub wypadek środka transportu, którym były przewożone;
- 2) szkody będące następstwem zwykłego zużycia przedmiotu w trakcie jego użytkowania;
- 3) szkody spowodowane przez gryzonie i insekty;
- 4) szkody spowodowane awarią mechaniczną lub elektryczną uszkodzonego przedmiotu;
- 5) szkody spowodowane długotrwałym działaniem warunków atmosferycznych lub klimatycznych;
- 6) szkody spowodowane w procesie czyszczenia, farbowania, renowacji, naprawy lub przeróbki;
- 7) szkody w środkach transportu, ich akcesoriach i częściach zamiennych – z wyjątkiem wózków dziecięcych;
- 8) szkody wynikające z konfiskaty, zatrzymania lub zniszczenia przedmiotów przez organa celne lub inne władze państwowe;
- 9) szkody powstałe w wyniku kradzieży przedmiotów z pojazdu silnikowego, chyba że była to **Kradzież z włamaniem**, a przedmioty nie były pozostawione na widoku;
- 10) szkody powstałe w **Mieniu osobistym** wysłanym na podstawie listu przewozowego lub pocztą kurierską;
- 11) utratę **Środków pieniężnych**, obligacji lub wszelkiego rodzaju zbywalnych instrumentów finansowych i papierów wartościowych.

§ 32. CZĘŚĆ B5 – ŚRODKI PIENIĘŻNE

1. Ubezpieczyciel zwróci **Osobie ubezpieczonej** do wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie** lub **Dodatku** utracone przez nią (w tym w wyniku nieuprawnionego użycia karty płatniczej) lub skradzione jej **Środki pieniężne**, jeżeli do utraty czy kradzieży **Środków pieniężnych** lub nieuprawnionego użycia karty doszło w **Okresie ochrony**.

Postanowienia dodatkowe do części B5

2. **Osoba ubezpieczona** zobowiązana jest do niezwłocznego zawiadomienia policji o utracie lub kradzieży **Środków pieniężnych** oraz nieuprawnionym użyciu kart płatniczych, nie później jednak niż w terminie 48 godzin od momentu stwierdzenia

tego faktu, i uzyskania raportu policyjnego z zawiadomienia. Ponadto **Osoba ubezpieczona** zobowiązana jest do jak najszybszego zastrzeżenia kart płatniczych.

3. Kopię powyżej opisanego raportu należy dołączyć do zgłoszenia roszczenia.

Wyłączenia do części B5

4. **Ubezpieczyciel** nie wypłaci odszkodowania za:

- 1) szkody wynikające z konfiskaty, zatrzymania lub zniszczenia **Środków pieniężnych** przez organy celne lub inne władze państwowe;
- 2) skutki utraty, kradzieży lub nielegalnego użycia karty płatniczej, w przypadku gdy **Osoba ubezpieczona** nie przestrzegła warunków umowy, na podstawie której korzystała z karty.

§ 33. CZĘŚĆ B6 – ANULOWANIE, SKRÓCENIE LUB OPÓŹNIENIE PODRÓŻY

1. **Ubezpieczyciel** wypłaci **Ubezpieczającemu** lub **Osobie ubezpieczonej** odszkodowanie do wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie** lub **Dodatku**, jeżeli objęta wcześniejszą rezerwacją **Podróż** w **Okresie ochrony** musi zostać anulowana, skrócona lub zmieniona w wyniku okoliczności, na które **Ubezpieczający** lub **Osoba ubezpieczona** nie mają wpływu.

Anulowanie

2. W przypadku gdy objęta wcześniejszą rezerwacją **Podróż** musi zostać anulowana przed jej rozpoczęciem, **Ubezpieczyciel** zwróci poniesione koszty na transport i zakwaterowanie, które nie zostaną zwrócone **Ubezpieczającemu** lub **Osobie ubezpieczonej** z innego źródła pomimo rezygnacji z transportu lub zakwaterowania.

Skrócenie, zmiana w podróży

3. W przypadku gdy objęta wcześniejszą rezerwacją **Podróż** musi zostać skrócona lub zmieniona po jej rozpoczęciu, **Ubezpieczyciel** zwróci wydatki związane z **Podróżą**, które zostały poniesione i nie zostaną zwrócone **Ubezpieczającemu** lub **Osobie ubezpieczonej** z innego źródła.
4. W przypadku gdy objęta wcześniejszą rezerwacją **Podróż** musi zostać skrócona po jej rozpoczęciu, **Ubezpieczyciel** zwróci niezbędne i niepodlegające zwrotowi z innych źródeł wydatki poniesione na **Podróż** i zakwaterowanie:
 - 1) celem zapewnienia powrotu **Osoby ubezpieczonej** do Polski lub do **Kraju stałego zamieszkania**;
 - 2) celem wysłania w zastępstwie **Osoby ubezpieczonej** innej osoby, która przyjmie na siebie obowiązki **Osoby ubezpieczonej**.
5. W przypadku gdy objęta wcześniejszą rezerwacją **Podróż** musi zostać zmieniona po jej rozpoczęciu, **Ubezpieczyciel** zwróci niezbędne i niepodlegające zwrotowi z innych źródeł wydatki poniesione na **Podróż** i zakwaterowanie, celem umożliwienia **Osobie ubezpieczonej** kontynuowania **Podróży** lub powrotu do Polski lub **Kraju stałego zamieszkania**.

Opóźnienie

6. **Ubezpieczyciel** zwróci **Ubezpieczającemu** lub **Osobie ubezpieczonej** poniesione wydatki na posiłki, napoje oraz zakwaterowanie, do wysokości 300 PLN za każdą godzinę, po minimum 4 godzinach opóźnienia, do wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie** lub **Dodatku**, jeżeli wypłynięcie statku, wylot samolotu lub odjazd pociągu lub autobusu, w którym **Osoba ubezpieczona** ma zarezerwowane miejsce celem dotarcia do miejsca przeznaczenia, ulegnie opóźnieniu na początku **Podróży** lub na jej końcu, a opóźnienie to jest wynikiem strajku, innych protestów pracowniczych, niekorzystnych warunków pogodowych lub awarii mechanicznej środka transportu.

Postanowienia dodatkowe do części B6

7. Jeżeli stosunek pracy pomiędzy **Pracownikiem Ubezpieczającego** a **Ubezpieczającym** ustanie wcześniej niż 31. dnia przed rozpoczęciem objętej wcześniejszą rezerwacją **Podróży Pracownika**, w wyniku czego podróż ta zostanie anulowana, **Ubezpieczyciel** zwróci poniesione przez **Ubezpieczającego** koszty na transport i zakwaterowanie, które nie podlegają zwrotowi z innego źródła pomimo rezygnacji z transportu i zakwaterowania.
8. **Ubezpieczający** oraz **Osoba ubezpieczona** zobowiązani są przedstawić **Ubezpieczycielowi** dokumentację potwierdzającą anulowanie, skrócenie, zmianę lub opóźnienie **Podróży**, będące podstawą roszczenia w ramach części B6.

Wyłączenia do części B6

9. **Ubezpieczyciel** nie wypłaci odszkodowania, jeżeli **Podróż** została anulowana, skrócona, zmieniona lub opóźniona z powodu:
 - 1) nieuzasadnionej niezależnymi od **Osoby ubezpieczonej** lub **Ubezpieczającego** okolicznościami decyzji o nieodbywaniu **Podróży**, a jeżeli **Podróż** została już rozpoczęta – o jej niekontynuowaniu;
 - 2) ustania stosunku pracy pomiędzy **Osobą ubezpieczoną** a **Ubezpieczającym** w okresie 31 dni poprzedzających rozpoczęcie **Podróży** lub po rozpoczęciu **Podróży**, w przypadku gdy jest to **Podróż służbowa**;
 - 3) braku środków finansowych **Ubezpieczającego** lub **Osoby ubezpieczonej** lub ich decyzji o nieodbywaniu **Podróży** uzasadnionej okolicznościami związanymi z prowadzoną przez nich działalnością gospodarczą;

- 4) niewypełnienia zobowiązań przez podmiot zapewniający transport lub zakwaterowanie działający na rzecz **Ubezpieczającego** lub **Osoby ubezpieczonej**, lub ich agenta;
 - 5) przepisów wprowadzonych przez władze państwowe lub rząd;
 - 6) protestów pracowniczych, na skutek których odpłynięcie statku, wylot samolotu lub odjazd pociągu, w którym zarezerwowane jest miejsce **Osoby ubezpieczonej**, zostały odwołane lub opóźnione;
 - 7) odbycia **Podróży** lub zamiaru odbycia **Podróży** przez **Osobę ubezpieczoną** wbrew zaleceniom **Lekarza** bądź też w celu leczenia;
 - 8) zdarzeń, które powstały w wyniku lub w związku z chorobami wenerycznymi, AIDS, HIV, SARS-CoV-2 wraz z mutacjami, z wyjątkiem zachorowania na COVID-19;
 - 9) epidemii bądź pandemii, z wyjątkiem zachorowania na COVID-19;
 - 10) zamknięcia granic lub wprowadzenia restrykcji związanych z COVID-19 w kraju rozpoczęcia podróży i kraju docelowym.
10. **Ubezpieczyciel** nie wypłaci odszkodowania z tytułu anulowania **Podróży** zgłoszonego po opóźnieniu statku, samolotu lub pociągu, jeżeli:
- 1) **Osoba ubezpieczona** nie dokonała odprawy podróźnej w terminie, chyba że uchybienie to wynikać będzie z protestu pracowniczego, lub
 - 2) opóźnienie wynika z wycofania z ruchu statku, pociągu lub samolotu na podstawie zarządzenia lub zalecenia właściwych władz.

§ 34. CZĘŚĆ B7 – UPROWADZENIE, PORWANIE, WZIĘCIE ZAKŁADNIKÓW

1. **Ubezpieczyciel** wypłaci **Osobie ubezpieczonej** świadczenie w kwocie 1200 PLN za każdą pełną dobę, w której **Osoba ubezpieczona** została pozbawiona wolności w wyniku **Uprowadzenia**, **Porwania** lub **Zatrzymania w charakterze zakładnika**, jeżeli zdarzenie to ma początek w **Okresie ochrony** – jednak nie więcej niż do wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie** lub **Dodatku**.
2. **Uprowadzenie** oznacza bezprawne zajęcie samolotu, statku lub pociągu, którym podróżuje **Osoba ubezpieczona**, lub przejęcie nad nim kontroli.
3. **Porwanie** oznacza bezprawne zatrzymanie lub uprowadzenie siłą lub podstępem **Osoby ubezpieczonej** (z wyjątkiem sytuacji, gdy **Dziecko** zostaje zatrzymane lub uprowadzone przez jednego z rodziców lub opiekuna) przez **Osobę trzecią** bez zgody **Osoby ubezpieczonej**.
4. **Zatrzymanie w charakterze zakładnika** oznacza bezprawne zatrzymanie **Osoby ubezpieczonej** przez **Osobę trzecią**, która grozi jej zabiciem, zranieniem lub dalszym przetrzymywaniem, w celu wymuszenia określonych działań lub zaniechania działań na władzach państwowych, organizacji międzynarodowej lub innej osobie.

Wyłączenia do części B7

5. **Ubezpieczyciel** nie ponosi odpowiedzialności, w przypadku gdy:
 - 1) zdarzenie ubezpieczeniowe wynika z przestępstw popełnionych przez **Ubezpieczającego** lub **Osobę ubezpieczoną** bądź też jakąkolwiek osobę upoważnioną do działania w ich imieniu;
 - 2) **Uprowadzenie**, **Porwanie** lub **Zatrzymanie w charakterze zakładnika** miało miejsce w Polsce, w **Kraju stałego zamieszkania** lub w Afganistanie, Algierii, Czadzie, Czeczenii, Kolumbii, Kongu, Iraku, na Wybrzeżu Kości Słoniowej, w Nigerii, Korei Północnej, na Filipinach, w Arabii Saudyjskiej, Somalii, Syrii lub Sudanie, na Zachodnim Brzegu Jordanu, w Strefie Gazy.

§ 35. CZĘŚĆ B8 – UBEZPIECZENIE MIENIA RUCHOMEGO

1. **Ubezpieczyciel** pokryje koszty uszkodzonego, zniszczonego lub utraconego na skutek **Kradzieży z włamaniem**, w okresie jej **Podróży**, **Mienia ruchomego** będącego własnością **Osoby ubezpieczonej**, pozostawionego w **Mieszkaniu w Kraju stałego zamieszkania**, do wysokości **Sumy ubezpieczenia** wskazanej w **Polisie** lub **Dodatku**, o ile **Kradzież z włamaniem** miała miejsce w ciągu 16 dni od momentu rozpoczęcia **Podróży Osoby ubezpieczonej**.
2. **Mieszkanie** – miejsce stałego zamieszkania **Osoby ubezpieczonej**.

Postanowienia dodatkowe do części B8

3. **Suma ubezpieczenia Mienia ruchomego** wskazana w **Polisie** lub **Dodatku** jest sumą dla każdej **Osoby ubezpieczonej** w trakcie jej pobytu za granicą.
4. O uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie **Mienia ruchomego Osoba ubezpieczona** jest zobowiązana powiadomić policję, tak szybko jak to możliwe po stwierdzeniu zdarzenia, nie później jednak niż do 24 godzin po zaplanowanym terminie zakończenia **Podróży**.
5. O uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie **Mienia ruchomego Osoba ubezpieczona** jest zobowiązana powiadomić **Ubezpieczyciela** na piśmie, w ciągu 7 dni od daty zakończenia **Podróży**, i dostarczyć:
 - 1) raport policyjny stwierdzający fakt zajścia zdarzenia w okresie ubezpieczenia;

- 2) wskazane przez **Ubezpieczyciela** dokumenty oraz informacje potwierdzające zakres szkód, a także podstawę roszczenia, niezbędne w celu ustalenia prawa do odszkodowania lub jego wysokości.

Wyłączenia do części B8

6. **Ubezpieczyciel** nie ponosi odpowiedzialności, gdy uszkodzenie, zniszczenie lub utrata **Mienia ruchomego**:
 - 1) miały miejsce poza okresem obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) miały miejsce po upływie 16 dni od momentu rozpoczęcia **Podróży Osoby ubezpieczonej**;
 - 3) nie zostały spowodowane **Kradzieżą z włamaniem**.

§ 36. CZĘŚĆ B9 – UBEZPIECZENIE UDZIAŁU WŁASNEGO W UMOWIE NAJMU POJAZDU W SZKODZIE PODCZAS PODRÓŻY OSOBY UBEZPIECZONEJ

1. **Ubezpieczyciel** wypłaci **Osobie ubezpieczonej**, do wysokości **Sumy ubezpieczenia** wskazanej w **Polisie** lub **Dodatku**, zapłacony przez nią udział własny w szkodzie dotyczącej pojazdu wynajętego od przedsiębiorstwa wynajmu **Pojazdów**, w razie zaistnienia w czasie **Podróży** szkody objętej ubezpieczeniem autocasco **Pojazdu**, o ile:
 - 1) najem **Pojazdu** został potwierdzony na piśmie odpowiednią umową;
 - 2) **Pojazd** w czasie najmu był zarejestrowany zgodnie z odpowiednimi przepisami właściwego kraju;
 - 3) **Pojazd** był przeznaczony do przewozu nie więcej niż 10 osób.

Postanowienia dodatkowe do części B9

2. W przypadku powstania szkody **Osoba ubezpieczona** zobowiązana jest dostarczyć do **Ubezpieczyciela**:
 - 1) umowę najmu **Pojazdu**;
 - 2) dokument, w którym został określony udział własny, który ponosi **Osoba ubezpieczona**;
 - 3) potwierdzenie z policji o zajściu zdarzenia, o ile została o nim poinformowana;
 - 4) potwierdzenie uiszczenia udziału własnego przez **Osobę ubezpieczoną**.

Wyłączenia do części B9

3. **Ubezpieczyciel** nie ponosi odpowiedzialności w przypadku szkód w pojeździe:
 - 1) wynikających z użytkowania **Pojazdu** niezgodnie z jego przeznaczeniem, warunkami umowy najmu lub instrukcją obsługi wydaną przez producenta;
 - 2) wynikających z normalnego zużycia **Pojazdu**, stopniowego pogorszenia jego jakości;
 - 3) mających miejsce poza czasem trwania najmu **Pojazdu** potwierdzonego umową najmu.
4. Ubezpieczeniem nie jest objęty udział własny **Osoby ubezpieczonej**, w przypadku gdy:
 - 1) **Pojazd** wykorzystywany jest do transportu towarów i pasażerów w ramach prowadzonej działalności gospodarczej;
 - 2) wynajęty **Pojazd** jest pojazdem kempingowym (kamper), pojazdem używanym podczas wyścigów, rajdów, prób szybkości lub treningów do nich;
 - 3) najem dotyczy motocykli, motorowerów, skuterów, hulajnóg elektrycznych, rowerów elektrycznych.
 - 4) **Osoba ubezpieczona** naruszyła warunki ubezpieczenia autocasco wynajętego **Pojazdu**.



Administratorem danych osobowych jest Colonnade Insurance S.A. działająca w Polsce przez Colonnade Insurance Société Anonyme Oddział w Polsce, ul. Prosta 67, 00-838 Warszawa (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 stanowiącej podstawę prawną do ich przetwarzania. W zakresie danych dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonych lub uprawnionych z umowy ubezpieczenia, zawartych w umowach ubezpieczenia lub oświadczeniach składanych przed zawarciem umowy ubezpieczenia, mogą one być przetwarzane odpowiednio w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub wykonania umowy ubezpieczenia, w zakresie niezbędnym z uwagi na cel i rodzaj ubezpieczenia, a podstawą prawną ich przetwarzania jest uprawnienie zakładu ubezpieczeń wynikające z ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. W pozostałych przypadkach dane dotyczące stanu zdrowia mogą być przetwarzane na podstawie i w celu ustalenia, dochodzenia lub obrony przed wnoszonymi roszczeniami.

Dane osobowe mogą być również przetwarzane w celu wypełnienia obowiązków prawnych ciążących 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 lub podmiotom świadczącym bezpośrednio usługi wobec osoby, której dane dotyczą).

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 przez Colonnade 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. Przekazanie danych osobowych może odbywać się m.in. na podstawie standardowych klauzul ochrony danych przyjętych przez Komisję Europejską, na podstawie decyzji Komisji Europejskiej stwierdzającej odpowiedni stopień ochrony zgodnie z art. 45 RODO lub na podstawie „Ram Prywatności Danych UE-USA”, co oznacza, że zapewniono stosowanie odpowiednich środków ochrony i bezpieczeństwa danych osobowych wymaganych przez przepisy europejskie. W innych przypadkach przesyłania danych osobowych poza Europejski Obszar Gospodarczy informacja o tym zostanie udostępniona w klauzuli dotyczącej zasad ich przetwarzania.

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 22 276 26 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.

