



PERSONAL ACCIDENT PROTECT
AND GROUP TRAVEL PROTECT
OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA
NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW
I NA CZAS PODRÓŻY

COLONNADE 
A FAIRFAX COMPANY

SPIS TREŚCI

§ 1. DEFINICJE OGÓLNE	3
§ 2. POSTANOWIENIA OGÓLNE	4
§ 3. OGÓLNE POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE ZGŁASZANIA ROSZCZEŃ I WYPŁATY ŚWIADCZEŃ	6
§ 4. OGÓLNE WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	7
§ 5. SPORY I REKLAMACJE	7
§ 6. OKRESY OCHRONY	8
CZĘŚĆ A – NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK	9
§ 7. DEFINICJE MAJĄCE ZASTOSOWANIE DO CZĘŚCI A	9
§ 8. POSTANOWIENIA MAJĄCE ZASTOSOWANIE DO CZĘŚCI A	9
§ 9. CZĘŚĆ A1 – ŚMIERĆ WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	10
§ 10. CZĘŚĆ A2 – INWALIDZTWO	10
§ 11. CZĘŚĆ A3 – CAŁKOWITA OKRESOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY	11
§ 12. CZĘŚĆ A4 – ŚWIADCZENIE SZPITALNE	11
§ 13. CZĘŚĆ A5 – REKONWALESCENCJA W DOMU	12
§ 14. CZĘŚĆ A6 – UTRATA PRZYTOMNOŚCI	12
§ 15. CZĘŚCI A7 I A8 – ZŁAMANIA I POPARZENIA	12
§ 16. CZĘŚĆ A9 – KOSZTY LECZENIA POWYPADKOWEGO	13
§ 17. CZĘŚĆ A10 – KOSZTY PRZEKwalifikowania	13
§ 18. CZĘŚĆ A11 – KOSZTY POGRZEBU	13
§ 19. CZĘŚĆ A12 – KOSZT ZAKUPU WÓZKA INWALIDZKIEGO	13
§ 20. CZĘŚĆ A13 – UCIAŻLIWE LECZENIE	13
§ 21. CZĘŚĆ A14 – PRZEBUDOWA DOMU ORAZ MODYFIKACJA POJAZDU	14
CZĘŚĆ B – PODRÓŻ	14
§ 22. CZĘŚĆ B1 – KOSZTY LECZENIA I NIEPRZEWIDZIANE KOSZTY PODRÓŻY, KOSZTY AKCJI RATOWNICZEJ I ASSISTANCE	14
§ 23. CZĘŚĆ B2 – KOSZTY OBSŁUGI PRAWNEJ	19
§ 24. CZĘŚĆ B3 – ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA	19
§ 25. CZĘŚĆ B4 – MIENIE OSOBISTE	20
§ 26. CZĘŚĆ B5 – ŚRODKI PIENIĘŻNE	21
§ 27. CZĘŚĆ B6 – ANULOWANIE, SKRÓCENIE LUB OPÓŹNIENIE PODRÓŻY	22
§ 28. CZĘŚĆ B7 – UPROWADZENIE, PORWANIE, WZIĘCIE ZAKŁADNIKÓW	23
§ 29. CZĘŚĆ B8 – UBEZPIECZENIE MIENIA RUCHOMEGO	23
§ 30. CZĘŚĆ B9 – UBEZPIECZENIE UDZIAŁU WŁASNEGO W UMOWIE NAJMU POJAZDU W SZKODZIE PODCZAS PODRÓŻY OSOBY UBEZPIECZONEJ	24
CZĘŚĆ C – POWAŻNE ZACHOROWANIE	24
§ 31. POWAŻNE ZACHOROWANIE	24
WARUNKI SZCZEGÓLNE	27
MEMORANDUM M1 – CAŁKOWITA TRWAŁA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY (ŚWIADCZENIE DODATKOWE)	27
MEMORANDUM M2 – ZAWAŁ SERCA I UDAR MÓZGU	27
MEMORANDUM M3 – ASSISTANCE MEDYCZNY	27

Nota informacyjna

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

§ 3, § 6, § 8, § 9, § 10	§ 24 pkt 24.1, 24.2, 24.5, 24.6
§ 11 pkt 11.1	§ 25 pkt 25.1–25.3, 25.6, 25.8, 25.9
§ 12 pkt 12.1, 12.2	§ 26 pkt 26.1, 26.3, 26.4
§ 13, § 14	§ 27 pkt 27.1–27.8
§ 15 pkt 15.1	§ 28 pkt 28.1
§ 16 pkt 16.1	§ 29 pkt 29.1, 29.5–29.7
§ 17, § 18, § 19	§ 30 pkt 30.1, 30.3–30.5
§ 20 pkt 20.1	§ 31 pkt 31.1
§ 21	Memorandum M1
§ 22 pkt 22.1–22.6, 22.8–22.10	Memorandum M3: art. 2, art. 3, art. 5, art. 6
§ 23 pkt 23.1, 23.4–23.6	

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

§ 2 pkt 2.3, 2.4.2, 2.8.1, 2.9	§ 25 pkt 25.7, 25.10
§ 4	§ 26 pkt 26.5
§ 8 pkt 8.3, 8.5–8.7	§ 27 pkt 27.9, 27.10
§ 10 pkt 10.3, 10.7, 10.8	§ 28 pkt 28.5
§ 12 pkt 12.3	§ 29 pkt 29.8, 29.9
§ 13 pkt 13.1	§ 30 pkt 30.6, 30.7
§ 15 pkt 15.2–15.4	§ 31 pkt 31.6–31.9
§ 22 pkt 22.7, 22.11, 22.12	Memorandum M3: art. 3 ust. 1 i ust. 2i), art. 4, art. 6 ust. 3
§ 23 pkt 23.7	
§ 24 pkt 24.3, 24.5, 24.7	

COLONNADE INSURANCE SOCIÉTÉ ANONYME ODDZIAŁ W POLSCE

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW I NA CZAS PODRÓŻY

zatwierdzone przez dyrektora Colonnade Insurance Société Anonyme Oddział w Polsce w dniu 17 lipca 2020 r., mające zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 27 lipca 2020 r.

§ 1. DEFINICJE OGÓLNE

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

- 1.1.1. **Beneficjent** – osoba uprawniona do otrzymania świadczenia w razie 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.
- 1.1.2. **Centrum Assistance** – jednostka organizacyjna wskazana przez **Ubezpieczyciela** i upoważniona przez niego do działania w jego imieniu.
- 1.1.3. **Choroba** – każdy niespodziewany i nagły stan chorobowy zdiagnozowany w **Okresie ochrony** i wymagający natychmiastowej pomocy medycznej lub nagle i niespodziewane zaostrzenie w **Okresie ochrony Choroby przewlekłej**, wymagające natychmiastowej pomocy medycznej.
- 1.1.4. **Choroba przewlekła** – zaburzenia lub odchylenia od normy, które mają jedną lub więcej z następujących cech charakterystycznych: są trwałe, pozostawiają po sobie inwalidztwo, spowodowane są nieodwracalnymi zmianami patologicznymi, wymagają specjalnego postępowania rehabilitacyjnego albo według wszelkich oczekiwań wymagać będą długiego okresu nadzoru, obserwacji czy opieki i zostały zdiagnozowane lub były leczone przed rozpoczęciem **Okresu ochrony**.
- 1.1.5. **Dziecko** – każde dziecko **Osoby ubezpieczonej**, stanu wolnego i wspólnie z nią zamieszkujące, przed ukończeniem 19. roku życia lub przed ukończeniem 25. roku życia, gdy kontynuuje naukę i w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie jest zatrudnione na podstawie umowy o pracę.
- 1.1.6. **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.
- 1.1.7. **Lekarz** – osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu lekarza, z wyłączeniem:
 - 1.1.7.1. **Osoby ubezpieczonej**,
 - 1.1.7.2. osoby spokrewnionej z **Osobą ubezpieczoną**, a także jej współmałżonka lub **Partnera**.
- 1.1.8. **Maksymalna łączna kwota ubezpieczenia z tytułu jednego zdarzenia** – maksymalna łączna kwota, którą wypłaci **Ubezpieczyciel** na mocy umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU na rzecz wszystkich **Osób ubezpieczonych**, które doznały **Uszkodzenia ciała** lub **Choroby** spowodowanych tym samym zdarzeniem.
- 1.1.9. **Maksymalna łączna kwota ubezpieczenia z tytułu wypadku podczas planowanego lotu** – maksymalna łączna kwota, którą wypłaci **Ubezpieczyciel** na mocy umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU na rzecz wszystkich **Osób ubezpieczonych**, które doznały **Uszkodzenia ciała** w tym samym **Nieszczęśliwym wypadku** podczas **Planowego lotu**.
- 1.1.10. **Nieszczęśliwy wypadek** – nagle, spowodowane czynnikami zewnętrznymi, niezależne od woli **Osoby ubezpieczonej** i nieoczekiwane zdarzenie powodujące **Uszkodzenie ciała**.
- 1.1.11. **Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny** – **Nieszczęśliwy wypadek** powstały w związku z ruchem pojazdu mechanicznego.

- 1.1.12. **Okres ochrony** – czas w trakcie trwania **Okresu ubezpieczenia**, w którym **Ubezpieczającemu** lub **Osobie ubezpieczonej** udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa.
- 1.1.13. **Okres ubezpieczenia** – określony w **Polisie** okres obowiązywania umowy ubezpieczenia.
- 1.1.14. **Osoba ubezpieczona** – osoba, która nie ukończyła 80 lat, określona w **Polisie** jako **Osoba ubezpieczona**. Ochrona ubezpieczeniowa przysługuje najpóźniej do końca **Okresu ubezpieczenia**, w którym **Osoba ubezpieczona** ukończy 80 lat.
- 1.1.15. **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 pozostaje w tym samym czasie w związku małżeńskim ani we wspólnym pożyciu z inną osobą.
- 1.1.16. **Planowy lot** – lot odbywający się zgodnie z opublikowanym rozkładem lotów linii lotniczej.
- 1.1.17. **Podróż** – każda podróż w **Okresie ubezpieczenia**, o długości nieprzekraczającej 270 (dwustu siedemdziesięciu) dni, chyba że **Ubezpieczyciel** wyrazi pisemnie zgodę na inne warunki.
- 1.1.18. **Podróż służbowa** – każda **Podróż** w **Okresie ubezpieczenia** odbywana w związku z prowadzeniem działalności **Ubezpieczającego**, o długości nieprzekraczającej 270 (dwustu siedemdziesięciu) dni, chyba że **Ubezpieczyciel** wyrazi pisemną zgodę na inne warunki. Czynności niesłużbowe są również przedmiotem ubezpieczenia w czasie trwania **Podróży służbowej**.
- 1.1.19. **Polisa** – wystawiony przez **Ubezpieczyciela** dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia, zawierający szczegóły dotyczące udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
- 1.1.20. **Pracownik** – każda osoba zatrudniona przez **Ubezpieczającego** na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, kontraktu menedżerskiego lub na podstawie umowy cywilnoprawnej. Za **Pracownika** uznaje się również członka zarządu i rady nadzorczej **Ubezpieczającego**.
- 1.1.21. **Suma ubezpieczenia** – określona w **Polisie** dla każdego zakresu ubezpieczenia maksymalna kwota, do wysokości której **Ubezpieczyciel** ponosi odpowiedzialność w przypadku zaistnienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, z zastrzeżeniem odpowiednich postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia.
- 1.1.22. **Terroryzm** – 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 zastraszenie lub wymuszenie na rządzie, organizacji lub poszczególnych osobach zmiany ich zachowań lub stosowanej polityki. Za **Terroryzm** uważane jest także jakiegokolwiek działanie uznane przez władze państwowe za atak terrorystyczny.
- 1.1.23. **Ubezpieczający** – zawierająca umowę ubezpieczenia osoba prawna, fizyczna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej.
- 1.1.24. **Ubezpieczyciel** – Colonnade Insurance Société Anonyme, z siedzibą w Luksemburgu, 1, rue Jean Piret, L-2350 Luxembourg, Wielkie Księstwo Luksemburga, wpisana do Rejestru Handlu i Spółek w Luksemburgu pod numerem B61605, z kapitałem zakładowym wynoszącym 9 500 000 EUR (kapitał wpłacony w całości), działająca w Polsce poprzez Colonnade Insurance Société Anonyme Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (00-838) przy ul. Prostej 67, wpisany do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000678377, posiadający NIP 1070038451 i status dużego przedsiębiorcy.
- 1.1.25. **Uszkodzenie ciała** – uraz ciała spowodowany **Nieszczęśliwym wypadkiem** mającym miejsce w **Okresie ubezpieczenia**.
Za uraz ciała nie uznaje się:
1.1.25.1. **Choroby**, chyba że jest ona następstwem **Nieszczęśliwego wypadku**,
1.1.25.2. zespołu stresu pourazowego,
1.1.25.3. zaburzenia psychicznego niepozostającego w bezpośrednim związku z uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego,
1.1.25.4. każdego występującego naturalnie stanu chorobowego lub procesu zwyrodnieniowego,
1.1.25.5. stanu wywołanego czynnikiem cechującym się stopniowym działaniem.
- 1.1.26. **Wojna** – użycie sił wojskowych w stosunku do innego państwa, wojna domowa, rewolucja, inwazja, powstanie, przejęcie rządu, lub użycie sił wojskowych w celu zapobieżenia **Terroryzmowi**.
- 1.1.27. **Wyczynowe lub 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, niezależnie od faktu czerpania dochodu z uprawiania dyscypliny sportu.
- 1.1.28. **Zwykłe i uzasadnione koszty** – poniesione opłaty i należności, 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 niniejszych OWU.

2.1. **Zmiana ryzyka**

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

2.2. Odstąpienie

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.

2.3. Rozwiązanie

- 2.3.1. **Ubezpieczający** może wypowiedzieć niniejszą umowę ubezpieczenia za 30-dniowym wypowiedzeniem wystosowanym do **Ubezpieczyciela**, na jego adres w Polsce.
- 2.3.2. W przypadku wypowiedzenia umowy **Ubezpieczającemu** zostanie zwrócona odpowiednia część składki za niewykorzystany **Okres ubezpieczenia**.
- 2.3.3. **Osoba ubezpieczona** nie może wypowiedzieć umowy ubezpieczenia.
- 2.3.4. **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**.
- 2.3.5. **Ubezpieczyciel** może również rozwiązać niniejszą umowę za 30-dniowym wypowiedzeniem w przypadku, gdy **Ubezpieczający** zaprzestał prowadzenia działalności gospodarczej.
- 2.3.6. 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 ubezpieczeniowej.

2.4. Ujawnienie informacji

- 2.4.1. **Ubezpieczający** i **Osoby ubezpieczone** są zobowiązani do ujawnienia **Ubezpieczycielowi** wszelkich znanych sobie okoliczności, o które **Ubezpieczyciel** pytał we wniosku o ubezpieczenie albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia w innych pismach. W przypadku gdy **Ubezpieczyciel** nie uzyskał informacji, a mimo to wystawił **Polisę**, informację uznaje się za nieistotną.
- 2.4.2. **Ubezpieczający** i **Osoby ubezpieczone** są zobowiązani do zawiadomienia **Ubezpieczyciela** o wszelkich zmianach wyżej wymienionych okoliczności. **Ubezpieczyciel** nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem zdań poprzednich nie zostały podane do jego wiadomości.
- 2.4.3. Obowiązki określone w akapitach poprzedzających obciążają **Osobę ubezpieczoną**, jeżeli wiedziała o zawarciu umowy na jej rachunek.

2.5. Składka

Ubezpieczający jest zobowiązany do zaplacenienia składki w wysokości i terminie określonych w **Polisie**.

2.6. Prawo i jurysdykcja

Umowa ubezpieczenia podlega prawu polskiemu. Powództwo o roszczenia wynikające z niniejszej umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby **Ubezpieczającego**, **Osoby ubezpieczonej**, **Beneficjenta**, uprawnionego z umowy ubezpieczenia lub też spadkobierców **Osoby ubezpieczonej**, **Beneficjenta** lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Roszczenia z umów ubezpieczenia przedawniają się z upływem 3 lat.

2.7. Zawiadomienia

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.

2.8. Inne ubezpieczenia

- 2.8.1. 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, **Ubezpieczający** i **Osoby ubezpieczone** nie mogą 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 § 9–15 (Części A1–A8) oraz § 20 (Część A13) OWU.
- 2.8.2. Jeżeli w którejkolwiek z umów ubezpieczenia, o których mowa w punkcie 2.8.1, uzgodniono, że suma wypłacona przez ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia może być wyższa od poniesionej szkody, zapłaty świadczenia w części przewyższającej wysokość szkody **Ubezpieczający** i **Osoba ubezpieczona** mogą żądać tylko od tego ubezpieczyciela. W takim przypadku dla określenia odpowiedzialności między ubezpieczycielami należy przyjąć, że w ubezpieczeniu, o którym mowa w niniejszym punkcie, suma ubezpieczenia równa jest wartości ubezpieczeniowej.

2.9. Maksymalna łączna kwota ubezpieczenia

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**.

2.10. **Roszczenia**

Zgłoszenie roszczenia odszkodowawczego na podstawie niniejszej umowy przysługuje wyłącznie **Ubezpieczającemu, Osobie ubezpieczonej, Beneficjentowi** oraz uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, w tym osobie trzeciej uprawnionej do zgłoszenia roszczenia z tytułu ubezpieczenia bezpośrednio do **Ubezpieczyciela** zgodnie z § 24 (Część B3) niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

2.11. **Uzasadniona staranność**

Ubezpieczający i Osoba ubezpieczona dołożą należytej staranności w celu zapobieżenia powstaniu szkody, a w przypadku zajścia zdarzenia użyją wszelkich dostępnych im środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów.

§ 3. OGÓLNE POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE ZGŁASZANIA ROSZCZEŃ I WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

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

3.1. **Zgłoszenie roszczenia**

3.1.1. W celu zgłoszenia roszczenia należy przesłać je w formie pisemnej do **Ubezpieczyciela** na adres:

Dział Likwidacji Szkód
Colonnade Insurance Société Anonyme Oddział w Polsce
ul. Prosta 67
00-838 Warszawa

Zgłoszenie roszczenia oraz dokumenty dotyczące roszczenia mogą być przekazane również w kopiach na adres e-mail: szkody@colonnade.pl.

3.1.2. W razie zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem podczas podróży zagranicznej **Ubezpieczający, Osoba ubezpieczona, Beneficjent** lub uprawniony z umowy ubezpieczenia powinien niezwłocznie zawiadomić o tym **Centrum Assistance** w celu uzyskania pomocy oraz informacji dotyczących dalszego postępowania.

3.1.3. W przypadku braku kontaktu z **Centrum Assistance** należy skontaktować się w formie pisemnej na adres **Ubezpieczyciela** wskazany w punkcie 3.1.1.

3.1.4. Zgłoszenie roszczenia powinno nastąpić niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 30 dni od daty zdarzenia będącego podstawą roszczenia.

3.2. **Wymagane dokumenty**

3.2.1. Zgłoszenie roszczenia powinno zawierać:

- 3.2.1.1. wypełniony formularz wniosku o wypłatę świadczenia,
- 3.2.1.2. zaświadczenie lekarskie określające rodzaj i stopień wszystkich obrażeń lub chorób, ich dokładną diagnozę oraz opis przebiegu leczenia,
- 3.2.1.3. w przypadku wniosku o zwrot kosztów leczenia – oryginały rachunków za leczenie i dowody ich zapłaty, świadectwa szpitalne – umożliwiające określenie łącznej kwoty kosztów medycznych,
- 3.2.1.4. oryginały innych rachunków dokumentujących poniesione koszty,
- 3.2.1.5. w przypadku śmierci **Osoby ubezpieczonej** – oryginał aktu zgonu (lub jego kopię notarialnie poświadczoną), dokumenty z sekcji zwłok i potwierdzone notarialnie kopie dokumentów stwierdzających tożsamość wszystkich **Beneficjentów**,
- 3.2.1.6. raport policyjny lub wszelkie inne urzędowe raporty, jeżeli są dostępne.

3.2.2. Na żądanie **Ubezpieczyciela** zgłaszający roszczenie zobowiązany jest do przedstawienia innych posiadanych dokumentów, o ile są one niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia lub określenia wysokości świadczenia.

3.3. **Badania lekarskie**

Ubezpieczyciel może wymagać, aby **Osoba ubezpieczona** poddała się badaniom lekarskim na koszt **Ubezpieczyciela** – w związku ze zgłoszonym roszczeniem.

3.4. **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.

3.5. **Waluta**

Świadczenia są wypłacane **Osobie ubezpieczonej** lub osobie uprawnionej w złotych polskich i stanowią 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 ubezpieczeniowej, i są realizowane maksymalnie do wysokości **Sum ubezpieczenia** wskazanych w **Polisie**.

§ 4. OGÓLNE WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

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

- 4.1. **Ubezpieczyciel** nie wypłaci świadczenia/odszkodowania, jeżeli zdarzenie wywołujące szkodę spowodowane jest następującymi czynnikami lub z nich wynika:
 - 4.1.1. promieniowanie jonizujące lub skażenie promieniowaniem dowolnego paliwa nuklearnego lub wszelkich odpadów nuklearnych, lub odpadów ze spalania paliw nuklearnych,
 - 4.1.2. radioaktywne, toksyczne, wybuchowe lub inne niebezpieczne właściwości jądrowych urządzeń wybuchowych lub ich nuklearnych części,
 - 4.1.3. rozpylanie, stosowanie lub rozprzestrzenianie patogennych lub trujących substancji biologicznych i chemicznych,
 - 4.1.4. **Wojna** (niezależnie od tego czy została oficjalnie wypowiedziana, czy też nie), przy czym **Ubezpieczyciel** udziela ochrony ubezpieczeniowej **Osobie ubezpieczonej** w ciągu 72 godzin od momentu, gdy obszar, na którym przebywa **Osoba ubezpieczona**, zostanie objęty **Wojną**,
 - 4.1.5. celowe samookaleczenie, samobójstwo lub próba samobójcza **Osoby ubezpieczonej**, przestępstwo umyślne lub próba jego popełnienia,
 - 4.1.6. lot statkiem powietrznym w charakterze innym niż pasażer komercyjnych linii lotniczych podczas **Planowego lotu** lub lotu czarterowego,
 - 4.1.7. pozostawanie przez **Osobę ubezpieczoną** pod wpływem alkoholu (którego poziom we krwi przekroczył 0,5 promila, a w przypadku kierującego pojazdem – 0,2 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,
 - 4.1.8. zaburzenia i choroby psychiczne, nerwice, depresje, choroba alkoholowa lub choroby będące ich skutkiem, AIDS/HIV lub choroba przenoszona drogą płciową,
 - 4.1.9. **Wyczynowe lub zawodowe uprawianie sportu**,
 - 4.1.10. aktywne uczestnictwo w sportach ekstremalnych, czyli sportach uprawianych 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 uprawianie jakichkolwiek dyscyplin związanych z przemieszczaniem się w przestrzeni powietrznej), sporty walki i obronne, jazdę na nartach lub snowboardzie poza wyznaczonymi trasami, skoki na gumowej linie, jumping, BASE jumping, parkour, heliskiing, heliboarding, skialpinizm, wspinaczkę górską, skalną, skałkową i lodową, wspinaczkę wymagającą użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego, speleologię, rafting (i wszystkie jego odmiany), kajakarstwo górskie, sporty motorowe (z wyjątkiem amatorskiej jazdy na quadach, skuterach), sporty motorowodne (z wyjątkiem amatorskiej jazdy skuterem wodnym, motorówką), żeglarstwo morskie, kolarstwo górskie, 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, nurkowanie na głębokość większą niż 18 metrów, nurkowanie wrakowe, jaskiniowe oraz pod lodem,
 - 4.1.11. odbywanie zasadniczej służby wojskowej, szkolenia lub dyżuru w organizacji wojskowej, policji lub organizacji paramilitarnej,
 - 4.1.12. wszelkie **Uszkodzenia ciała** istniejące przed **Okresem ubezpieczenia**.
- 4.2. **Ubezpieczyciel** nie zapewni ochrony, nie będzie zobowiązany do zapłaty jakiegokolwiek odszkodowania lub świadczenia w ramach umowy ubezpieczenia w takim zakresie, w jakim zapewnienie ochrony, wypłata odszkodowania lub świadczenia naraziłyby **Ubezpieczyciela** lub jego jednostkę dominującą na sankcję, zakaz/prohibicję lub ograniczenie na mocy rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub prawa Unii Europejskiej, Wielkiej Brytanii lub Stanów Zjednoczonych Ameryki dotyczących sankcji handlowych i gospodarczych.

§ 5. SPORY I REKLAMACJE

- 5.1. 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.
- 5.2. **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:
 - 5.2.1. w postaci papierowej na adres **Ubezpieczyciela**: ul. Prosta 67, 00-838 Warszawa, lub
 - 5.2.2. w postaci elektronicznej na adres e-mail reklamacje@colonnade.pl lub na adres do doręczeń elektronicznych AE:PL-60996-58497-FSEAB-16, lub
 - 5.2.3. ustnie: telefonicznie pod numerem telefonu 22 528 51 00 lub do protokołu podczas wizyty w siedzibie **Ubezpieczyciela**.
- 5.3. 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.
- 5.4. Jeżeli w szczególnie skomplikowanych przypadkach **Ubezpieczyciel** nie będzie w stanie odpowiedzieć na reklamację do 30 dni, poinformuje:
 - 5.4.1. jakie są przyczyny opóźnienia;

- 5.4.2. jakie okoliczności muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
- 5.4.3. jaki będzie nowy termin odpowiedzi.
- 5.5. **Ubezpieczyciel** odpowie na reklamację na piśmie:
- 5.5.1. 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;
- 5.5.2. 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;
- 5.5.3. w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem zgłaszającego – w przypadku gdy reklamacja została złożona ustnie.
- 5.6. Ponadto skargi można wnosić do:
- 5.6.1. Rzecznika Finansowego,
- 5.6.2. Komisji Nadzoru Finansowego, która sprawuje nadzór nad naszą działalnością w Polsce,
- 5.6.3. Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
- 5.7. 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>.
- 5.8. Niezależnie od postanowień niniejszego paragrafu **Ubezpieczającemu i Osobie ubezpieczonej** lub innej osobie uprawnionej do świadczenia przysługuje prawo do wstępowania na drogę sądową w celu dochodzenia swoich roszczeń.

§ 6. OKRESY OCHRONY

- 6.1. **OP1 – całodobowy, na całym świecie**
Ochrona ubezpieczeniowa działa przez 24 godziny na dobę, na całym świecie.
- 6.2. **OP2 – zawodowy**
Ochrona ubezpieczeniowa działa w czasie wykonywania przez **Osobę ubezpieczoną** czynności zawodowych na rzecz **Ubezpieczającego**.
- 6.3. **OP3 – zawodowy oraz w drodze do i z pracy**
Ochrona ubezpieczeniowa działa:
- 6.3.1. w czasie wykonywania przez **Osobę ubezpieczoną** czynności zawodowych na rzecz **Ubezpieczającego**, gdy **Osoba ubezpieczona** przebywa w miejscu pracy, oraz
- 6.3.2. w czasie, gdy **Osoba ubezpieczona** jest w drodze z miejsca zamieszkania do miejsca pracy lub z powrotem, oraz
- 6.3.3. w czasie, gdy **Osoba ubezpieczona** jest w drodze pomiędzy miejscami pracy, a koszty podróży pokrywa **Ubezpieczający**.
- 6.4. **OP4 – podróż służbowa na terenie Polski**
Ochrona ubezpieczeniowa działa 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**.
- 6.5. **OP5 – podróż pojazdem**
Ochrona ubezpieczeniowa działa w czasie, gdy **Osoba ubezpieczona** wsiada do pojazdu lub z niego wysiada, jedzie nim, dokonuje załadunku lub wyładunku rzeczy nim przewożonych, naprawia awarię na drodze lub tankuje pojazd będący własnością **Ubezpieczającego**, wypożyczony lub wynajęty przez niego, lub dowolny inny pojazd zastępczy.
- 6.6. **OT1 – zagraniczna podróż służbowa poza Polskę**
Ochrona ubezpieczeniowa działa 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.
- 6.7. **OT2 – podróż służbowa poza Kraj stałego zamieszkania**
Ochrona ubezpieczeniowa działa 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.
- 6.8. **OT3 – wszelkie podróże poza Polskę**
Ochrona ubezpieczeniowa działa 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.

6.9. OT4 – wszelkie podróże poza Kraj stałego zamieszkania

Ochrona ubezpieczeniowa działa 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.

CZĘŚĆ A – NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK

§ 7. DEFINICJE MAJĄCE ZASTOSOWANIE DO CZĘŚCI A

- 7.1. **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.
- 7.2. **Inwalidztwo** – utrata możliwości posługiwania się jakąkolwiek częścią ciała, narządem lub zaburzenie czynności jakiejkolwiek części ciała, narządu lub funkcji narządu.
- 7.3. **Koszty świadczeń medycznych** – **Zwykłe i uzasadnione koszty** świadczeń medycznych, rehabilitacji lub leczenia zaleconego lub przepisanego przez **Lekarza** oraz hospitalizacji, opieki pielęgniarskiej i opłat za wezwanie karetki pogotowia.
- 7.4. **Paraplegia (porażenie poprzeczne)** – całkowity i nieodwracalny paraliż obu kończyn dolnych lub obu kończyn górnych.
- 7.5. **Tetraplegia (porażenie czterokończynowe)** – całkowity i nieodwracalny paraliż obu kończyn dolnych oraz obu kończyn górnych.
- 7.6. **Utrata kończyny** – oznacza:
 - 7.6.1. w przypadku kończyny dolnej:
 - 7.6.1.1. anatomiczną utratę kończyny w kostce lub powyżej kostki, lub
 - 7.6.1.2. trwałą utratę funkcji całej stopy lub nogi.
 - 7.6.2. w przypadku kończyny górnej:
 - 7.6.2.1. anatomiczną utratę czterech palców w stawie śródręczno-paliczkowym (stawie łączącym śródręcze z palcami) lub utratę kończyny powyżej tego stawu, lub
 - 7.6.2.2. trwałą utratę funkcji całej ręki lub dłoni.
- 7.7. **Utrata mowy** – oznacza całkowitą i trwałą utratę mowy.
- 7.8. **Utrata słuchu** – oznacza całkowitą i trwałą utratę słuchu.
- 7.9. **Utrata wzroku** – oznacza całkowitą i trwałą utratę wzroku:
 - 7.9.1. w obu oczach,
 - 7.9.2. w jednym oku, w przypadku gdy stopień ostrości wzroku w tym oku po korekcji jest równy 3/60 lub mniej w skali Snellena.

§ 8. POSTANOWIENIA MAJĄCE ZASTOSOWANIE DO CZĘŚCI A

- 8.1. 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.
- 8.2. Śmierć lub **Inwalidztwo** w następstwie wystawienia na działanie surowych warunków pogodowych uznaje się za spowodowane **Uszkodzeniem ciała**.
- 8.3. 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 § 11 (Część A3).
- 8.4. W przypadku gdy **Osoba ubezpieczona** nie jest objęta ubezpieczeniem od **Śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku** (§ 9 Część A1), nabywa prawo do świadczenia z tytułu **Inwalidztwa** (§ 10 Część A2) po upływie 13 tygodni od **Nieszczęśliwego wypadku**. **Ubezpieczyciel** wypłaci świadczenie z tytułu **Inwalidztwa** pod warunkiem, że **Osoba ubezpieczona** nie zmarła w tym okresie.
- 8.5. W przypadku gdy **Osoba ubezpieczona** jest objęta ubezpieczeniem od **Śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku** (§ 9 Część A1), jednak suma ubezpieczenia jest niższa niż z tytułu **Inwalidztwa** (§ 10 Część A2), **Ubezpieczyciel** do upływu 13 tygodni od daty **Uszkodzenia ciała** nie wypłaci kwoty wyższej niż świadczenie z tytułu śmierci.
- 8.6. W przypadku gdy **Osoba ubezpieczona** otrzyma świadczenie z tytułu **Inwalidztwa** (§ 10 Część A2) w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku**, po czym to samo **Uszkodzenie ciała** spowoduje śmierć **Osoby ubezpieczonej**, wszelkie świadczenia wypłacone z tytułu **Inwalidztwa** zostaną zaliczone na poczet świadczenia z tytułu **Śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku** (§ 9 Część A1).

- 8.7. **Ubezpieczyciel** zwróci **Osobie ubezpieczonej** poniesione przez nią i udokumentowane **Koszty świadczeń medycznych** – do wysokości 10% świadczenia wypłaconego w ramach § 10 (Część A2), ale nie więcej niż 40 000 PLN. Koszty te nie zostaną zwrócone, jeżeli ochrona ubezpieczeniowa obejmuje **Koszty leczenia powypadkowego** (§ 16 Część A9).
- 8.8. W przypadku gdy nagłe i niespodziewane zdarzenie było spowodowane omdleniem rozumianym jako samoistnie ustępująca, krótkotrwała utrata przytomności i napięcia mięśniowego, która doprowadza do upadku i występuje na skutek niedotlenienia mózgu, ochronie podlegają jedynie **Uszkodzenia ciała** będące bezpośrednim skutkiem tego zdarzenia.

§ 9. CZĘŚĆ A1 – ŚMIERĆ WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

- 9.1. 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**.
- 9.2. Świadczenie wypłacane z tytułu **Śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku** zostanie podwyższone o 10% **Sumy ubezpieczenia** określonej dla Części A1, o ile śmierć nastąpiła w wyniku **Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego**.
- 9.3. 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**.
- 9.4. **Ubezpieczyciel** pokryje koszty wsparcia psychologicznego świadczonego przez psychologa, jeżeli w ciągu 6 miesięcy od śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku **Osoby ubezpieczonej** jego współmałżonek, **Partner** lub **Dziecko** korzystali z takiego wsparcia. Koszty te zostaną pokryte do limitu określonego w **Polisie**.
- 9.5. W przypadku zgonu małżonka lub **Partnera Osoby ubezpieczonej** wskutek **Nieszczęśliwego wypadku** **Ubezpieczyciel** wypłaci **Osobie ubezpieczonej** świadczenie w wysokości 2000 PLN. Zgon małżonka lub **Partnera Osoby ubezpieczonej** powinien być potwierdzony aktem zgonu lub dokumentem z sekcji zwłok.

§ 10. CZĘŚĆ A2 – INWALIDZTWO

Część A2.1 – Tabela stała

- 10.1. W przypadku gdy **Osoba ubezpieczona** dozna **Uszkodzenia ciała**, które jako jedyna i niezależna od innych czynników przyczyna doprowadzi do trwałego i nieodwracalnego **Inwalidztwa**, wskazanego poniżej w Tabeli świadczeń, **Ubezpieczyciel** wypłaci **Osobie ubezpieczonej** świadczenie określone w tej tabeli, z zastrzeżeniem poniższych warunków oraz do wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie**.

Tabela świadczeń

Rodzaj inwalidztwa	Świadczenie wyrażone jako procent sumy ubezpieczenia
1) Utrata kończyny	100%
2) Utrata wzroku	
a) w obu 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%
e) palca stopy innego niż duży palec u stopy	5%
f) barku lub łokcia	25%
g) nadgarstka, biodra, kolana lub kostki	20%
h) żuchwy wskutek zabiegu chirurgicznego	30%
7) Utrata tkanki kostnej (stan trwały i nieuleczalny):	
a) czaszka na całej grubości, powierzchnia:	
– minimum 6 cm kwadratowych	40%
– od 3 do 6 cm kwadratowych	20%
– poniżej 3 cm kwadratowych	10%

Rodzaj inwalidztwa	Świadczenie wyrażone jako procent sumy ubezpieczenia
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) rzepka, kiedy utrata tkanki uniemożliwia obciążenie kończyny dolnej	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

10.2. Świadczenie wypłacane z tytułu **Inwalidztwa** 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.

10.3. Ochroną nie są objęte ubytki tkanki kostnej (punkt 7 w Tabeli świadczeń) powstałe na skutek interwencji chirurgicznej (podczas zabiegów operacyjnych bez względu na ich rodzaj i cel).

Część A2.2 – Tabela ZUS

10.4. W przypadku gdy **Osoba ubezpieczona** dozna **Uszkodzenia ciała**, które jako jedyna niezależna od innych czynników przyczyna doprowadzi do trwałego i nieodwracalnego **Inwalidztwa**, **Ubezpieczyciel** wypłaci **Osobie ubezpieczonej** świadczenie do wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie**, z zastrzeżeniem postanowień punktów 10.5 i 10.6.

10.5. Świadczenie zostanie wypłacone w wysokości będącej iloczynem **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie** i stopnia trwałego i nieodwracalnego **Inwalidztwa** ustalonego przez **Lekarza Ubezpieczyciela**.

10.6. **Lekarz Ubezpieczyciela**, ustalając w ramach Części A2.2 stopień i rodzaj trwałego **Inwalidztwa**, będzie się posługiwać pełną 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.

Postanowienia wspólne do Części A2

10.7. W przypadku gdy jeden **Nieszczęśliwy wypadek** skutkuje więcej niż jedną formą **Inwalidztwa**, wartości procentowe dotyczące każdego **Inwalidztwa** kumulują się, z tym że **Ubezpieczyciel** nie zapłaci kwoty przekraczającej 100% **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie**.

10.8. W przypadku świadczenia za utratę lub utratę funkcji całej kończyny świadczenie za utratę lub utratę funkcji części tej kończyny nie będzie wypłacane.

§ 11. CZĘŚĆ A3 – CAŁKOWITA OKRESOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

11.1. 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**.

Definicje do Części A3

11.2. **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**.

11.3. **Okres oczekiwania** – wyrażony w dniach okres **Całkowitej okresowej niezdolności do pracy**, podczas którego świadczenie nie jest wypłacane.

§ 12. CZĘŚĆ A4 – ŚWIADCZENIE SZPITALNE

12.1. 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

do maksymalnie 365 dni. Świadczenie to będzie podwojone za każdą pełną dobę hospitalizacji w dniu ustawowo wolnym od pracy oraz za każdą pełną dobę przebywania na OIOM-ie (ale nie dłużej niż za 5 dób pobytu na OIOM-ie).

- 12.2. W przypadku gdy **Dziecko** do 13. roku życia będzie hospitalizowane przez minimum 3 kolejne dni, **Ubezpieczyciel** wypłaci **Osobie ubezpieczonej** jednorazowe świadczenie do 200 PLN za zabawkę dla **Dziecka**. Świadczenie będzie wypłacone na podstawie przedstawionego dokumentu potwierdzającego poniesiony koszt zakupu zabawki oraz na podstawie dokumentacji medycznej potwierdzającej hospitalizację **Dziecka**. Wpłata świadczenia jest tylko dla **Osoby ubezpieczonej**, która poniosła koszt zakupu zabawki.

Wyłączenia do Części A4

- 12.3. **Ubezpieczyciel** nie wypłaci świadczenia wynikającego z poniższych okoliczności:
- 12.3.1. leczenie chorób nerwowych i psychicznych, niezależnie od rodzaju,
 - 12.3.2. pobyty w szpitalach, centrach lub oddziałach związane z rehabilitacją, rekonwalescencją lub detoksykacją,
 - 12.3.3. pobyt w szpitalach psychiatrycznych, oddziałach psychiatrycznych, hospicjach, prywatnych lub publicznych domach opieki, domach pomocy społecznej, sanatoriach, uzdrowiskach,
 - 12.3.4. badania, zabiegi i leczenie o charakterze wyłącznie kosmetycznym lub związanym z otyłością, impotencją, sztucznym zapłodnieniem,
 - 12.3.5. hospitalizacja rozpoczęta po 180. dniu od daty doznania **Uszkodzenia ciała**.

§ 13. CZĘŚĆ A5 – REKONWALESCENCJA W DOMU

- 13.1. **Ubezpieczyciel** wypłaci **Osobie ubezpieczonej** świadczenie dzienne z tytułu jej rekonwalescencji w domu, w wysokości określonej w **Polisie** w § 12 (Część A4), jeżeli **Osobie ubezpieczonej** **Lekarz** zalecił zakończenie rekonwalescencji w domu. Świadczenie to będzie ograniczone do maksymalnej liczby dób, za jaką **Osoba ubezpieczona** otrzymała świadczenie zgodnie z § 12 (Część A4).
- 13.2. Świadczenie powyższe zostanie wypłacone tylko w przypadku uznania roszczenia zgodnie z § 12 (Część A4).

§ 14. CZĘŚĆ A6 – UTRATA PRZYTOMNOŚCI

W przypadku gdy **Uszkodzenie ciała** doznane przez **Osobę ubezpieczoną** prowadzi do utraty przytomności, **Ubezpieczyciel** wypłaci **Osobie ubezpieczonej** dzienne świadczenie w wysokości określonej w **Polisie** z tytułu utraty przytomności za każdy dzień, w którym **Osoba ubezpieczona** pozostaje nieprzytomna, przez okres nieprzekraczający 365 dni. Świadczenie to będzie wypłacane niezależnie od świadczenia płatnego zgodnie z § 12 (Część A4).

§ 15. CZĘŚCI A7 I A8 – ZŁAMANIA I POPARZENIA

- 15.1. W przypadku gdy **Osoba ubezpieczona** dozna **Uszkodzenia ciała**, które stanie się jedyną i niezależną od innych czynników przyczyną **Złamania kości** lub poparzenia, **Ubezpieczyciel** wypłaci **Osobie ubezpieczonej** świadczenie podane w poniższej Tabeli świadczeń do wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie**.

Tabela świadczeń

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 lub trzeciego stopnia:	
1) 27% powierzchni ciała i więcej	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%

- 15.2. W przypadku gdy jeden **Nieszczęśliwy wypadek** skutkuje więcej niż jednym **Złamaniem kości**, wartości świadczeń kumulują się, z tym że **Ubezpieczyciel** nie zapłaci kwoty przewyższającej 100% **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie**.

- 15.3. W przypadku gdy **Osobie ubezpieczonej** wypłacono świadczenie z tytułu **Złamania kości** lub poparzenia, a to samo **Uszkodzenie ciała** skutkuje **Inwalidztwem**, o którym mowa w § 10 (Część A2), wszelkie świadczenia wypłacone z tytułu **Złamania kości** lub poparzenia zostaną zaliczone na poczet świadczenia z tytułu **Inwalidztwa**.

Wyłączenia do Części A7 i A8

- 15.4. **Ubezpieczyciel** nie wypłaci świadczenia w przypadku:
- 15.4.1. złamania patologicznego, przeciążeniowego, marszowego (złamania szczelinowatego),
 - 15.4.2. złamań kości wynikających z osteoporozy lub do których przyczyniła się osteoporoza,
 - 15.4.3. nastawiania kości.

§ 16. CZĘŚĆ A9 – KOSZTY LECZENIA POWYPADKOWEGO

- 16.1. W przypadku gdy **Osoba ubezpieczona** dozna **Uszkodzenia ciała** wymagającego **Natychmiastowego leczenia**, to **Ubezpieczyciel** wypłaci **Osobie ubezpieczonej** świadczenie z tytułu poniesionych przez nią **Zwykłych i uzasadnionych Kosztów leczenia powypadkowego** do wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie**.

Definicje do Części A9

- 16.2. **Koszty leczenia powypadkowego** – oznaczają poniesione przez **Osobę ubezpieczoną** wydatki na pokrycie kosztów następujących usług i materiałów, zaleconych przez **Lekarza** prowadzącego:
- 16.2.1. usługi świadczone przez **Lekarzy**,
 - 16.2.2. pobyt w placówce leczniczej oraz korzystanie z sali operacyjnej w placówce,
 - 16.2.3. środki znieczulające (a także ich podanie), badania diagnostyczne,
 - 16.2.4. usługi pogotowia ratunkowego,
 - 16.2.5. lekarstwa, środki lecznicze oraz usługi i materiały terapeutyczne,
 - 16.2.6. zabiegi rehabilitacyjne,
 - 16.2.7. operacje plastyczne wykonane w celu usunięcia oszpeceń i okaleczeń powierzchni ciała spowodowanych **Nieszczęśliwym wypadkiem**,
 - 16.2.8. odbudowa stomatologiczna zębów (z uwzględnieniem wskazanego w **Polisie** limitu na jeden ząb).
- 16.3. **Natychmiastowe leczenie** – oznacza leczenie rozpoczynające się w ciągu 48 godzin od doznania **Uszkodzenia ciała**.

§ 17. CZĘŚĆ A10 – 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** wypłaci **Osobie ubezpieczonej** świadczenie do wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie** z tytułu poniesionych przez **Osobę ubezpieczoną** wszelkich uzasadnionych kosztów w celu przystosowania jej do życia w zmienionych warunkach po wypadku.

§ 18. CZĘŚĆ A11 – KOSZTY POGRZEBU

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**.

§ 19. CZĘŚĆ A12 – KOSZT ZAKUPU WÓZKA INWALIDZKIEGO

- 19.1. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu **Inwalidztwa** **Ubezpieczyciel** zwróci **Osobie ubezpieczonej**, do wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie**, koszt zakupu wózka inwalidzkiego (jeżeli **Inwalidztwo** to skutkuje koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim) oraz koszty zakupu lub naprawy środków ortopedycznych i pomocniczych.
- 19.2. Za środki pomocnicze i ortopedyczne uznaje się środki wymienione w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, t.j. z dnia 5 czerwca 2019 r. (Dz.U. z 2019 r. poz. 1267)). W przypadku utraty mocy przez to rozporządzenie stosować się będzie odpowiednio postanowienia aktu prawnego, który je zastąpi.

§ 20. CZĘŚĆ A13 – UCIAŻLIWE LECZENIE

- 20.1. Jeżeli leczenie **Osoby ubezpieczonej** było **Uciążliwym leczeniem**, **Ubezpieczyciel** wypłaci **Osobie ubezpieczonej** świadczenie w wysokości 2% **Sumy ubezpieczenia** określonej w § 10 (Część A2), ale nie więcej niż 2000 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**.

Definicja do Części A13

- 20.2. **Uciążliwe leczenie** – oznacza leczenie **Osoby ubezpieczonej**, będące następstwem **Uszkodzenia ciała**, z którym to leczeniem wiązała się konieczność hospitalizacji trwającej nieprzerwanie minimum 5 dób.

§ 21. CZĘŚĆ A14 – PRZEBUDOWA DOMU ORAZ MODYFIKACJA POJAZDU

- 21.1. W przypadku wypłaty Osobie ubezpieczonej świadczenia z tytułu Utraty kończyny, Utraty wzroku, Utraty mowy, Utraty słuchu, Paraplegii, Tetraplegii lub Całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczyciel zwróci Koszty z tytułu przebudowy domu oraz modyfikacji pojazdu poniesione przez Osobę ubezpieczoną w ciągu jednego roku od daty Nieszczęśliwego wypadku powodującego powstanie wyżej wymienionych szkód, do wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie.
- 21.2. Koszty z tytułu przebudowy domu lub modyfikacji pojazdu zostaną zwrócone pod warunkiem, że przebudowa/modyfikacja jest:
- 21.2.1. zalecona przez ogólnokrajową organizację świadczącą pomoc osobom poruszającym się na wózku inwalidzkim,
 - 21.2.2. przeprowadzona przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i doświadczenie w wykonywaniu takich prac,
 - 21.2.3. zgodna z wszelkimi właściwymi przepisami prawa oraz wymogami koniecznymi do uzyskania zezwoleń wydanych przez odpowiednie organy,
 - 21.2.4. udokumentowana rachunkami/fakturami.

Definicja do Części A14

- 21.3. Koszty z tytułu przebudowy domu lub modyfikacji pojazdu – oznaczają wydatki z tytułu przebudowy domu/mieszkania Osoby ubezpieczonej, które są konieczne, aby przystosować ten dom/mieszkanie do użytkowania przez osobę poruszającą się wyłącznie na wózku inwalidzkim; również z tytułu modyfikacji pojazdu silnikowego będącego własnością Osoby ubezpieczonej bądź przez nią wynajmowanego lub modyfikacji pojazdu silnikowego nowego zakupionego dla Osoby ubezpieczonej, które są konieczne, aby przystosować pojazd do poruszania się nim przez Osobę ubezpieczoną i/lub aby umożliwić kierowanie przez nią tym pojazdem. Wydatki te nie obejmują kosztów, które nie zostałyby poniesione w przypadku niezawarcia umowy ubezpieczenia, a także nie mogą przekroczyć zwykłego poziomu kosztów podobnej przebudowy bądź modyfikacji wykonywanej w miejscowości, w której ponoszone są wydatki.

CZĘŚĆ B – PODRÓŻ

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

- 22.1. Zakres ubezpieczenia obejmuje koszty leczenia i nieprzewidziane koszty podróży, koszty akcji ratowniczej, assistance, wyszczególnione poniżej:

Zakres ubezpieczenia		Suma ubezpieczenia dla jednej osoby na każde zdarzenie
22.1.1.	Koszty leczenia	
22.1.1.1.	zabiegi i badania ambulatoryjne	do 100% SU
22.1.1.2.	konsultacje i honoraria lekarskie	do 100% SU
22.1.1.3.	pobyt i leczenie w szpitalu	do 100% SU
22.1.1.4.	dojazd Lekarza	do 100% SU
22.1.1.5.	zakup lekarstw, środków opatrunkowych, płynów infuzyjnych, a także ortopedycznych środków pomocniczych	do 100% SU
22.1.1.6.	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	określona w Polisie
22.1.1.7.	udzielenie natychmiastowej pomocy lekarskiej związanej z komplikacjami wynikającymi z ciąży – do 32 tygodnia ciąży (po 32. tygodniu ciąży tylko transport medyczny do szpitala, do 8000 PLN)	do 100% SU
22.1.1.8.	leczenie stomatologiczne	określona w Polisie
22.1.2.	Koszty akcji ratowniczej i koszty usług związanych z pomocą w podróży, tj. assistance	
22.1.2.1.	Całodobowa obsługa telefoniczna Centrum Assistance	bez limitu
22.1.2.2.	Transport medyczny Osoby ubezpieczonej	do 100% SU
22.1.2.3.	Transport Osoby ubezpieczonej do Polski lub Kraju stałego zamieszkania	bez limitu
22.1.2.4.	Transport zwłok	bez limitu
22.1.2.5.	Koszty pogrzebu poza Polską lub Krajem stałego zamieszkania	do 20 000 PLN
22.1.2.6.	Dostarczenie niezbędnych lekarstw lub środków farmaceutycznych	do 100% SU
22.1.2.7.	Przekazywanie pilnych informacji	do 100% SU

Zakres ubezpieczenia		Suma ubezpieczenia dla jednej osoby na każde zdarzenie
22.1.2.8.	Pokrycie kosztów pobytu i transportu osób towarzyszących Osobie ubezpieczonej w podróży zagranicznej	do 100% SU
22.1.2.9.	Transport i pobyt osób wezwanych do Osoby ubezpieczonej	do 100% SU
22.1.2.10.	Transport członków rodziny towarzyszących Osobie ubezpieczonej w podróży zagranicznej w razie jej śmierci	do 100% SU
22.1.2.11.	Transport niepełnoletnich dzieci Osoby ubezpieczonej oraz pokrycie kosztów ich pobytu	do 600 PLN dziennie, maksymalnie 7 dni
22.1.2.12.	Pomoc w przypadku konieczności przedłużenia podróży Osoby ubezpieczonej	do 400 PLN dziennie, maksymalnie 3 dni
22.1.2.13.	Pokrycie kosztów poszukiwań oraz ratownictwa w górach i na morzu	do 100 000 PLN
22.1.2.14.	Kierowca zastępczy	do 2 000 PLN
22.1.2.15.	Pomoc w przekazaniu kaucji	do 10 000 PLN
22.1.2.16.	Porady medyczne i skierowania	bez limitu
22.1.2.17.	Bezpośrednie fakturowanie	bez limitu
22.1.2.18.	Porady wizowe, informacje o szczepieniach	bez limitu
22.1.2.19.	Porady w sprawie utraty bagażu, paszportu, dokumentów lub biletów	bez limitu
22.1.3.	Hospitalizacja w Polsce w przypadku kontynuacji leczenia rozpoczętego za granicą	do 20 000 PLN

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

22.2. Ubezpieczyciel pokryje do wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie uzasadnione i niezbędne:

22.2.1. **Koszty leczenia** będące następstwem **Uszkodzenia ciała** lub **Choroby**, poniesione w okresie do 24 miesięcy od dnia **Uszkodzenia ciała** lub zdiagnozowania **Choroby** – jeżeli **Osoba ubezpieczona** będzie się musiała niezwłocznie poddać leczeniu w związku z doznanym w **Okresie ochrony Uszkodzeniem ciała** lub **Chorobą**,

22.2.2. koszty akcji ratowniczej oraz koszty usług związanych z pomocą w podróży, tj. assistance.

22.3. 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:

22.3.1. badań i zabiegów ambulatoryjnych zaleconych przez **Lekarza**,

22.3.2. konsultacji i honorariów lekarskich,

22.3.3. 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**,

22.3.4. dojazdu **Lekarza** z najbliższej placówki służby zdrowia do miejsca zakwaterowania **Osoby ubezpieczonej**, w przypadku gdy wymaga tego jej stan zdrowia,

22.3.5. 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,

22.3.6. 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,

22.3.7. 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,

22.3.8. leczenia stomatologicznego w przypadku **Uszkodzenia ciała** lub ostrych stanów bólowych i zapalnych do wysokości określonej w Polisie; koszty stałych koron lub sztucznej szczęki nie są objęte ochroną.

22.4. W skład kosztów akcji ratowniczej oraz assistance wchodzi następujące usługi:

22.4.1. **Całodobowa obsługa**

Centrum Assistance, na podstawie informacji uzyskanych od **Osoby ubezpieczonej**, zorganizuje pomoc w każdej sytuacji objętej ochroną ubezpieczeniową.

22.4.2. **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.

22.4.3. **Transport Osoby ubezpieczonej do Polski lub Kraju stałego zamieszkania**

W przypadku **Uszkodzenia ciała** lub **Choroby Osoby ubezpieczonej** Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrycie kosztów transportu **Osoby ubezpieczonej** do placówki służby zdrowia lub miejsca zamieszkania na terenie Polski lub **Kraju stałego zamieszkania Osoby ubezpieczonej**, o ile wymaga tego jej stan zdrowia, a uprzednio przewidziany środek transportu nie może być wykorzystany. 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 Osoby ubezpieczonej**. O konieczności, możliwości transportu i wyborze miejsca, do którego się on odbywa, decyduje **Centrum Assistance**, w porozumieniu z **Lekarzem** prowadzącym 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 trzecie Ubezpieczyciel zrefunduje poniesione koszty, jednak tylko do wysokości kosztów, jakie poniosłoby **Centrum Assistance**, organizując transport **Osoby ubezpieczonej** na teren Polski.

22.4.4. **Transport zwłok**

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

22.4.4.1. transportu zwłok **Osoby ubezpieczonej** do miejsca pochówku na terenie Polski lub **Kraju stałego zamieszkania Osoby ubezpieczonej**; 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,

22.4.4.2. 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 Osoby ubezpieczonej**, 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.

22.4.5. **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.

22.4.6. **Dostarczenie niezbędnych lekarstw lub środków farmaceutycznych**

W przypadku stwierdzenia przez **Lekarza** zaistnienia uzasadnionej konieczności wysłania **Osobie ubezpieczonej** niezbędnych lekarstw lub środków farmaceutycznych przepisanych przez **Lekarza**, **Centrum Assistance** uzyska oraz dostarczy **Osobie ubezpieczonej** niezbędne lekarstwa lub środki farmaceutyczne, lub ewentualne leki zastępcze. We wszystkich przypadkach, w których dostarczenie **Osobie ubezpieczonej** lekarstwa przepisane przez lekarza nie jest związane z **Uszkodzeniem ciała** lub **Chorobą** zaistniałymi w **Okresie ochrony**, koszty nabycia takiego lekarstwa pokrywa **Osoba ubezpieczona**.

22.4.7. **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.

22.4.8. **Pokrycie kosztów pobytu i transportu osób towarzyszących Osobie ubezpieczonej w podróży zagranicznej**

22.4.8.1. W przypadku **Uszkodzenia ciała** lub **Choroby Osoby ubezpieczonej**, wymagających hospitalizacji, **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**. Transport osób towarzyszących odbywa się z miejsca hospitalizacji **Osoby ubezpieczonej** do miejsca zamieszkania osoby towarzyszącej na terenie Polski lub **Kraju stałego zamieszkania Osoby ubezpieczonej**.

22.4.8.2. 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 Osoby ubezpieczonej**. Transport osoby towarzyszącej w drodze na teren Polski lub **Kraju stałego zamieszkania Osoby ubezpieczonej** odbywa się do miejsca pochówku lub do odpowiedniej placówki na terenie Polski lub **Kraju stałego zamieszkania Osoby ubezpieczonej**. 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 transport **Osoby ubezpieczonej** na teren Polski.

22.4.9. **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.

22.4.10. **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 Osoby ubezpieczonej** 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 trzecie we własnym zakresie, **Ubezpieczyciel** zrefunduje poniesione koszty do wysokości kosztów, jakie poniosłoby **Centrum Assistance**, organizując transport **Osoby ubezpieczonej** na teren Polski.

22.4.11. **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 Osoby ubezpieczonej**, lub do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej przez **Osobę ubezpieczoną** do opieki nad dzieckiem (dziećmi) na terenie Polski lub **Kraju stałego zamieszkania Osoby ubezpieczonej**, 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 trzecie we własnym zakresie, **Ubezpieczyciel** zrefunduje poniesione koszty do wysokości kosztów, jakie poniosłoby **Centrum Assistance** za takie usługi.

22.4.12. **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**.

22.4.13. **Pokrycie kosztów poszukiwań oraz ratownictwa w górach i na morzu**

Ubezpieczyciel pokrywa koszty poszukiwań i ratownictwa **Osoby ubezpieczonej** w górach i na morzu do wysokości 100 000 PLN. Usługa poszukiwania i ratownictwa odbywa się przez wyspecjalizowane służby ratownictwa górskiego lub morskiego na terenie danego kraju lub na obszarze międzynarodowym. Usługa poszukiwania 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**.

22.4.14. **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. Koszty te pokrywane są do wysokości 2000 PLN. Transport osób i pojazdu odbywa się na teren Polski lub **Kraju stałego zamieszkania Osoby ubezpieczonej**. W przypadku gdy wraz z kierowcą zastępczym liczba osób odbywających podróż powrotną na teren Polski lub **Kraju stałego zamieszkania Osoby ubezpieczonej** jest większa niż liczba miejsc, na którą pojazd jest zarejestrowany, **Ubezpieczyciel** nie ponosi dodatkowych kosztów transportu.

22.4.15. **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 kwoty na rzecz kaucji maksymalnie do równowartości 10 000 PLN.

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 atakach terrorystycznych.

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 Osoby ubezpieczonej**, 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**.

22.4.16. **Porady medyczne i skierowania**

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

- 22.4.16.1. telefoniczne porady medyczne,
- 22.4.16.2. informacje o lekarzach i szpitalach na całym świecie,
- 22.4.16.3. umawianie wizyt lekarskich dla **Osoby ubezpieczonej**,
- 22.4.16.4. załatwianie spraw związanych z przyjęciem **Osoby ubezpieczonej** do szpitala.

22.4.17. **Bezpośrednie fakturowanie**

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.

22.4.18. **Porady wizowe, informacje o szczepieniach**

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

22.4.19. **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.

22.5. W przypadku uznania roszczenia z tytułu **Kosztów leczenia Ubezpieczyciel** dodatkowo pokryje niezbędne koszty hospitalizacji **Osoby ubezpieczonej**, poniesione w ciągu 3 miesięcy od daty powrotu do Polski, do maksymalnej kwoty 20 000 PLN. Koszty te będą pokryte, o ile wynikają z kontynuacji leczenia rozpoczętego poza granicami Polski.

22.6. **Suma ubezpieczenia** określona w **Polisie** dla Części B1 stanowi górną granicę odpowiedzialności dla wszystkich świadczeń określonych w punktach 22.3 i 22.4, wynikłych z jednego zdarzenia, z wyłączeniem świadczeń określonych w punktach 22.4.3 i 22.4.4.

Wyłączenia do Części B1

22.7. **Ubezpieczyciel** nie ponosi odpowiedzialności w przypadku, gdy:

- 22.7.1. **Osoba ubezpieczona** udała się w **Podróż** lub **Podróż służbową** wbrew zaleceniom **Lekarza**,
- 22.7.2. celem **Podróży** lub **Podróży służbowej** jest uzyskanie leczenia lub porady lekarskiej,
- 22.7.3. **Choroba** powstała w wyniku lub jest następstwem nadużywania alkoholu, alkoholizmu, nadużywania narkotyków lub innych środków odurzających,
- 22.7.4. zdarzenie wywołujące szkodę spowodowane jest epidemią bądź pandemią lub z nich wynika, z wyjątkiem świadczeń określonych w punkcie 22.3.6.

Warunki do Części B1

22.8. W przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego **Osoba ubezpieczona** lub osoba występująca w jej imieniu zobowiązane są, przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie, do niezwłocznego nawiązania kontaktu z **Centrum Assistance** w celu uzyskania pomocy oraz informacji dotyczących dalszego postępowania.

22.9. Kontaktując się z **Centrum Assistance**, **Osoba ubezpieczona** lub osoba występująca w jej imieniu powinny:

- 22.9.1. podać numer **Polisy**, dane osobowe **Osoby ubezpieczonej**, dane **Ubezpieczającego**,
- 22.9.2. podać numer telefonu **Osoby ubezpieczonej** oraz adres jej pobytu za granicą,
- 22.9.3. dokładnie wyjaśnić okoliczności zajścia zdarzenia oraz okoliczności, w których znajduje się **Osoba ubezpieczona**,
- 22.9.4. określić, jakiego rodzaju pomocy oczekuje,
- 22.9.5. umożliwić **Lekarzom Ubezpieczyciela** dostęp do wszelkich informacji medycznych.

22.10. W celu rozpatrzenia roszczenia **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 świadczenia i jego wysokości.

- 22.11. 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**.
- 22.12. 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 stałego zamieszkania**, 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.

§ 23. CZĘŚĆ B2 – KOSZTY OBSŁUGI PRAWNEJ

- 23.1. **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** wskutek wypadku mającego miejsce poza Polską lub **Krajem stałego zamieszkania** w **Okresie ochrony**.

Definicje do Części B2

- 23.2. **Koszty obsługi prawnej** oznaczają:
- 23.2.1. opłaty, wydatki i inne kwoty pobrane przez **Przedstawiciela prawnego** w związku z jakimkolwiek roszczeniem lub postępowaniem prawnym, w tym koszty i wydatki poniesione w związku z powołaniem biegłego,
 - 23.2.2. koszty przypadające do zapłaty przez **Osobę ubezpieczoną** po zasądzeniu kosztów 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 prawnym,
 - 23.2.3. opłaty, wydatki, koszty i inne kwoty poniesione przez **Przedstawiciela prawnego** w związku z odwołaniem od wyroku sądu lub innego organu rozstrzygającego sprawę bądź też orzeczeniem arbitra lub odpieraniem odwołania.
- 23.3. **Przedstawiciel prawny** – prawnik lub kancelaria prawna działająca na rzecz **Osoby ubezpieczonej**.

Warunki do Części B2

- 23.4. **Osoba ubezpieczona** obowiązana jest uzyskać uprzednią pisemną zgodę **Ubezpieczyciela** na pokrycie **Kosztów obsługi prawnej**. Zgoda ta jest wydawana, jeżeli:
- 23.4.1. istnieją uzasadnione podstawy do przeprowadzenia postępowania prawnego oraz
 - 23.4.2. pokrycie **Kosztów obsługi prawnej** w danej sprawie jest uzasadnione.
- 23.5. Wszystkie roszczenia lub postępowania prawne, w tym zaskarżenie wyroku, wynikające z tej samej pierwotnej przyczyny, zdarzenia lub okoliczności, są traktowane jako pojedyncze roszczenie.
- 23.6. Jeżeli **Osoba ubezpieczona** wygra spór, wszelkie **Koszty obsługi prawnej** poniesione przez **Ubezpieczyciela** zostaną mu zwrócone przez **Osobę ubezpieczoną**.

Wyłączenia do Części B2

- 23.7. **Ubezpieczyciel** nie pokrywa:
- 23.7.1. **Kosztów obsługi prawnej** poniesionych w związku z odpieraniem roszczeń cywilnych lub postępowaniem prawnym prowadzonym przeciwko **Osobie ubezpieczonej**,
 - 23.7.2. kosztów kar pieniężnych ani innych nałożonych przez sąd karny,
 - 23.7.3. **Kosztów obsługi prawnej** poniesionych w związku z przestępstwem popełnionym przez **Osobę ubezpieczoną**,
 - 23.7.4. **Kosztów obsługi prawnej** poniesionych w związku z dochodzeniem roszczeń wobec agencji podróży, biura podróży, **Ubezpieczyciela** lub ich przedstawicieli,
 - 23.7.5. **Kosztów obsługi prawnej** poniesionych przez **Osobę ubezpieczoną** w związku z roszczeniem wobec **Ubezpieczającego**, **Ubezpieczyciela** lub jakiegokolwiek instytucji lub osoby uczestniczącej w udzielaniu niniejszej ochrony ubezpieczeniowej.

§ 24. CZĘŚĆ B3 – ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA

- 24.1. 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 ubezpieczenia** określonej w **Polisie**.
- 24.2. W granicach **Sumy ubezpieczenia** **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.
- 24.3. **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.
- 24.4. **Ubezpieczyciel** ma prawo, według własnego uznania, przejąć i prowadzić obronę lub zaspokoić wszelkie roszczenia wobec **Osoby ubezpieczonej**. **Ubezpieczyciel** może prowadzić obronę w sposób, jaki uzna za stosowny.

- 24.5. **Osoba ubezpieczona** musi powiadomić **Ubezpieczyciela** natychmiast po uzyskaniu informacji o jakimkolwiek zdarzeniu mogącym skutkować jej odpowiedzialnością cywilną z tytułu **Uszkodzenia ciała, Choroby** 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.
- 24.6. **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

- 24.7. **Ubezpieczyciel** nie ponosi odpowiedzialności z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej **Osoby ubezpieczonej**, jeżeli podnoszone wobec niej roszczenia wynikają:
- 24.7.1. 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),
 - 24.7.2. z użytkowania wszelkich pojazdów mechanicznych, statków powietrznych lub wodnych,
 - 24.7.3. ze szkód spowodowanych przez posiadane, wynajmowane lub użytkowane przez **Osobę ubezpieczoną** budynki lub ich części lub z uszkodzeń tychże budynków lub ich części,
 - 24.7.4. z celowego i bezprawnego działania **Osoby ubezpieczonej**,
 - 24.7.5. z utraty lub uszkodzenia mienia należącego do, powierzonego lub będącego pod pieczę lub kontrolą **Ubezpieczającego, Osoby ubezpieczonej** lub któregośkolwiek z jego członków rodziny lub domowników (nie dotyczy wynajętego pokoju w hotelu lub pensjonacie),
 - 24.7.6. ze zdarzeń zaistniałych w wyniku zaburzeń i chorób psychicznych, nerwic, depresji **Osoby ubezpieczonej** lub pozostawiania przez **Osobę ubezpieczoną** pod wpływem narkotyków, leków (jeżeli nie są to leki przepisane przez uprawnionego Lekarza), alkoholu lub wziętych środków odurzających,
 - 24.7.7. z roszczeń wynikających z zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS) lub związanych z nim chorób, a także chorób przenoszonych drogą płciową,
 - 24.7.8. z wszelkich szkód niematerialnych, zobowiązań z tytułu zadośćuczynień, kar umownych, kar pieniężnych i innych kar lub opłat o charakterze karnym.

§ 25. CZĘŚĆ B4 – MIENIE OSOBISTE

- 25.1. 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**.
- 25.2. 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**, 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 – 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.
- 25.3. Jeżeli w trakcie **Podróży** odbywanej w **Okresie ochrony** paszport, wiza, pieniądze, bilety podróżne lub inne podstawowe dokumenty podróży **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**, lecz nie więcej niż 4000 PLN.

Definicje do Części B4

- 25.4. **Mienie osobiste** – mienie stanowiące własność **Osoby ubezpieczonej** lub znajdujące się pod jej opieką lub kontrolą.
- 25.5. **Przewoźnik** – oznacza każdego przedsiębiorcę posiadającego odpowiednią licencję do prowadzenia pojazdu lądowego, jednostki pływającej lub statku powietrznego, służących do przewozu pasażerów za opłatą.

Postanowienia dodatkowe do Części B4

- 25.6. 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.
- 25.7. Odszkodowanie będzie wypłacone w części, która nie zostanie pokryta przez **Przewoźnika** lub inny podmiot odpowiedzialny za uszkodzenie, utratę lub zniszczenie bagażu podróżnego.
- 25.8. W przypadku utraty lub uszkodzenia **Mienia osobistego** podczas transportu **Osoba ubezpieczona** obowiązana jest niezwłocznie powiadomić danego **Przewoźnika** lub odpowiednią jednostkę policji.
- 25.9. W przypadku zgłoszenia roszczenia **Osoba ubezpieczona** zobowiązana jest dostarczyć **Ubezpieczycielowi** następujące dokumenty:
- 25.9.1. szczegółowy opis okoliczności poniesionej szkody (data, miejsce, opis szkody i działań, jakie **Osoba ubezpieczona** podjęła po zajściu zdarzenia),

- 25.9.2. 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**,
- 25.9.3. dokumentację potwierdzającą utratę, zniszczenie lub uszkodzenie **Mienia osobistego**, w tym kopię raportu sporządzonego przez **Przewoźnika** lub policję,
- 25.9.4. oryginalne bilety lub kwity bagażowe,
- 25.9.5. spis utraconych lub uszkodzonych przedmiotów z podaniem daty, miejsca oraz wartości zakupu, jeżeli **Osoba ubezpieczona** jest w stanie podać te informacje,
- 25.9.6. dokumenty potwierdzające zakup lub własność utraconych lub uszkodzonych przedmiotów (rachunki lub inne dokumenty) – o ile są dostępne,
- 25.9.7. oryginały rachunków za naprawę uszkodzonych przedmiotów i dowody ich zapłaty,
- 25.9.8. oryginały rachunków za przedmioty kupione w trakcie **Podróży**,
- 25.9.9. dokumenty potwierdzające otrzymanie odszkodowania od **Przewoźnika**.

Wyłączenia do Części B4

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

- 25.10.1. przedmioty wycenione na kwotę powyżej 6000 PLN, chyba że **Ubezpieczający** lub **Osoba ubezpieczona** pokrywa pierwsze 25% każdej kwoty, o jaką przekroczona zostanie kwota 6000 PLN,
- 25.10.2. 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,
- 25.10.3. szkody będące następstwem zwykłego zużycia przedmiotu w trakcie jego użytkowania,
- 25.10.4. szkody spowodowane przez gryzonie i robactwo,
- 25.10.5. szkody w ubezpieczonych przedmiotach spowodowane awarią mechaniczną lub elektryczną,
- 25.10.6. szkody spowodowane długotrwałym działaniem warunków atmosferycznych lub klimatycznych,
- 25.10.7. szkody spowodowane w procesie czyszczenia, farbowania, renowacji, naprawy lub przeróbki,
- 25.10.8. szkody w środkach transportu, ich akcesoriach i częściach zamiennych – z wyjątkiem wózków dziecięcych,
- 25.10.9. szkody wynikające z konfiskaty, zatrzymania lub zniszczenia przedmiotów przez organa celne lub inne władze państwowe,
- 25.10.10. szkody powstałe w wyniku kradzieży przedmiotów z pojazdu silnikowego, chyba że była to kradzież z włamaniem, a przedmioty nie były pozostawione na widoku,
- 25.10.11. szkody powstałe w **Mieniu osobistym** wysłanym jako ładunek na podstawie listu przewozowego lub pocztą kurierską,
- 25.10.12. utratę **Środków pieniężnych** (zgodnie z definicją zawartą w § 26 Część B5), obligacji ani wszelkiego rodzaju zbywalnych instrumentów i papierów wartościowych,

§ 26. CZĘŚĆ B5 – ŚRODKI PIENIĘŻNE

26.1. **Ubezpieczyciel** pokryje do wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie** straty poniesione przez **Osobę ubezpieczoną** w związku z utratą lub kradzieżą **Środków pieniężnych** lub w wyniku nieuprawnionego użycia karty płatniczej, jeżeli do utraty czy kradzieży **Środków pieniężnych** lub nieuprawnionego użycia karty doszło w **Okresie ochrony**.

Definicja do Części B5

26.2. **Środki pieniężne** – oznaczają monety, banknoty, czek bankierskie, karty płatnicze, czek podróżny oraz bilety podróżne należące do **Osoby ubezpieczonej** lub znajdujące się pod jej opieką lub kontrolą.

Postanowienia dodatkowe do Części B5

- 26.3. **Osoba ubezpieczona** zobowiązana jest do niezwłocznego zawiadomienia policji o utracie lub kradzieży **Środków pieniężnych** oraz nielegalnym użyciu kart płatniczych, nie później jednak niż w terminie 48 godzin od momentu stwierdzenia tego faktu, i uzyskać raport policyjny z zawiadomienia. Ponadto **Osoba ubezpieczona** zobowiązana jest do jak najszybszego zablokowania kart płatniczych.
- 26.4. Kopię powyżej opisanego raportu należy dołączyć do zgłoszenia roszczenia.

Wyłączenia do Części B5

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

- 26.5.1. utratę lub kradzież gotówki przekraczającą kwotę 2000 PLN,
- 26.5.2. szkody wynikające z konfiskaty, zatrzymania lub zniszczenia **Środków pieniężnych** przez organa celne lub inne władze państwowe,
- 26.5.3. utratę, kradzież lub nielegalne użycie karty płatniczej w przypadku, gdy **Osoba ubezpieczona** nie przestrzegała warunków umowy, na podstawie której korzystała z karty.

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

- 27.1. Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczającemu lub Osobie ubezpieczonej odszkodowanie do wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie, jeżeli objęta wcześniejszą rezerwacją Podróż w Okresie ochrony musi zostać anulowana, skrócona lub zmieniona w wyniku:
- 27.1.1. okoliczności, na które Ubezpieczający lub Osoba ubezpieczona nie mają wpływu, lub
 - 27.1.2. **Katastrofy naturalnej** – za którą uważa się trzęsienie ziemi, powódź, erupcję wulkanu, falę pożarów, huragan, tornado lub lawinę ziemną spowodowane przyczynami naturalnymi i powodujące poważne i rozległe zniszczenia.

Anulowanie

- 27.2. 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

- 27.3. W przypadku gdy objęta wcześniejszą rezerwacją Podróż musi zostać skrócona lub zmieniona po jej rozpoczęciu, Ubezpieczyciel zwróci wydatki związane z Podróżą, które:
- 27.3.1. zostały poniesione lub
 - 27.3.2. musiałyby zostać poniesione, gdyż staną się wymagalne na mocy umowy, i
 - 27.3.3. nie zostaną zwrócone Ubezpieczającemu lub Osobie ubezpieczonej z innego źródła.
- 27.4. 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:
- 27.4.1. celem zapewnienia powrotu Osoby ubezpieczonej do Polski lub do Kraju stałego zamieszkania,
 - 27.4.2. celem wysłania w zastępstwie Osoby ubezpieczonej innej osoby, która przyjmie na siebie obowiązki Osoby ubezpieczonej.
- 27.5. 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

- 27.6. Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczającemu lub Osobie ubezpieczonej poniesione wydatki na dobra pierwszej potrzeby, takie jak posiłki, przekąski i napoje oraz zakwaterowanie, do wysokości 300 PLN za każdą godzinę, po minimum 4 godzinach opóźnienia, do wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie, lecz nie więcej niż 2000 PLN, jeżeli wypłynięcie statku, wylot samolotu lub odjazd pociągu lub autobusu, na bądź w którym Osoba ubezpieczona ma zarezerwowane miejsce podróże 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

- 27.7. Jeżeli stosunek pracy pomiędzy Pracownikiem Ubezpieczającego a Ubezpieczającym ustanie wcześniej niż 31. dnia przed rozpoczęciem objętej wcześniejszą rezerwacją Podróży, 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.
- 27.8. Ubezpieczający oraz Osoba ubezpieczona zobowiązani są przedstawić Ubezpieczycielowi dokumentację potwierdzającą okoliczności będące podstawą roszczenia w ramach niniejszego paragrafu.

Wyłączenia do Części B6

- 27.9. Ubezpieczyciel nie wypłaci odszkodowania, jeżeli Podróż została anulowana, skrócona, zmieniona lub opóźniona z powodu:
- 27.9.1. nieuzasadnionej niezależnymi od Osoby ubezpieczonej lub Ubezpieczającego okolicznościami decyzji o nieodbywaniu Podróży lub jeżeli Podróż została już rozpoczęta – o jej niekontynuowaniu,
 - 27.9.2. 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,
 - 27.9.3. sytuacji finansowej Ubezpieczającego lub Osoby ubezpieczonej lub ich decyzji o nieodbywaniu Podróży uzasadnionej okolicznościami związanymi z prowadzoną przez nich działalnością gospodarczą,
 - 27.9.4. niewypełnienia zobowiązań przez podmiot zapewniający transport lub zakwaterowanie działający na rzecz Ubezpieczającego lub Osoby ubezpieczonej, lub ich agenta,
 - 27.9.5. przepisów wprowadzonych przez władze państwowe lub rząd,
 - 27.9.6. awarii środków transportu wymienionych poniżej (o ile nie została spowodowana przerwą w ruchu drogowym lub kolejowym w wyniku zejścia lawiny, opadów śniegu lub powodzi), w przypadku gdy wypłynięcie statku, odlot samolotu lub odjazd pociągu lub autobusu, na lub w którym Osoba ubezpieczona ma zarezerwowane miejsce, ulega opóźnieniu o więcej niż 24 godziny,
 - 27.9.7. protestów pracowniczych, na skutek których odpłynięcie statku, wylot samolotu lub odjazd pociągu, na lub w którym zarezerwowane jest miejsce Osoby ubezpieczonej, został opóźniony o więcej niż 24 godziny; niezależnie jednak od czasu opóźnienia Ubezpieczyciel nie wypłaca świadczenia, jeżeli protest pracowniczy rozpoczął się lub

istniała możliwość jego rozpoczęcia przed dniem, na który dokonana była rezerwacja związana z **Podróżą**, oraz uprzedzono o jego istnieniu lub możliwości rozpoczęcia,

- 27.9.8. odbycia podróży lub zamiaru odbycia **Podróży** przez **Osobę ubezpieczoną** wbrew zaleceniom **Lekarza** bądź też w celu leczenia,
 - 27.9.9. zdarzeń i szkód, które powstały w wyniku lub w związku z chorobami wenerycznymi, AIDS, HIV, SARS-CoV-2 wraz z mutacjami,
 - 27.9.10. epidemii bądź pandemii.
- 27.10. **Ubezpieczyciel** nie wypłaci odszkodowania z tytułu anulowania **Podróży** zgłoszonego po opóźnieniu statku, samolotu lub pociągu, jeżeli:
- 27.10.1. **Osoba ubezpieczona** nie dokonała odprawy podróźnej w terminie, chyba że uchybienie to wynikać będzie z protestu pracowniczego, lub
 - 27.10.2. opóźnienie wynika z wycofania z ruchu statku, pociągu lub samolotu na podstawie zarządzenia lub zalecenia władz portu, dyrekcji kolei, władz lotniczych lub organu administracji rządowej.

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

- 28.1. **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**, do wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie**.

Definicje do Części B7

- 28.2. **Uprowadzenie** – oznacza bezprawne zajęcie samolotu, statku lub pociągu, którym podróżuje **Osoba ubezpieczona**, lub przejęcie nad nim kontroli.
- 28.3. **Porwanie** – oznacza 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** oraz bez uzasadnienia prawnego.
- 28.4. **Zatrzymanie w charakterze zakładnika** – oznacza 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

- 28.5. **Ubezpieczyciel** nie ponosi odpowiedzialności w przypadku, gdy:
- 28.5.1. zdarzenie ubezpieczeniowe wynika z przestępstw popełnionych przez **Ubezpieczającego** lub **Osobę ubezpieczoną** bądź też jakąkolwiek osobę upoważnioną do działania w ich imieniu,
 - 28.5.2. związane jest z **Uprowadzeniem, Porwaniem** lub **Zatrzymaniem w charakterze zakładnika**, do których doszło w Polsce lub w **Kraju stałego zamieszkania**,
 - 28.5.3. do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło 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.

§ 29. CZĘŚĆ B8 – UBEZPIECZENIE MIENIA RUCHOMEGO

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

Definicje do Części B8

- 29.2. **Mienie ruchome** – następujące urządzenia i przedmioty użytku domowego: sprzęt audiowizualny, fotograficzny, elektroniczny i komputerowy, elektryczne urządzenia gospodarstwa domowego oraz meble.
- 29.3. **Mieszkanie** – miejsce stałego zamieszkania lub zameldowania **Osoby ubezpieczonej**.
- 29.4. **Kradzież z włamaniem** – dokonanie lub usiłowanie dokonania zaboru mienia **Ubezpieczonego**, po uprzednim usunięciu siłą 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.

Postanowienia dodatkowe do Części B8

- 29.5. Suma ubezpieczenia **Mienia ruchomego** wskazana w **Polisie** jest sumą dla każdej **Osoby ubezpieczonej** w trakcie jej pobytu za granicą.
- 29.6. O uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie **Mienia ruchomego**, należącego do **Osoby ubezpieczonej**, w wyniku **Kradzieży z włamaniem Osoba ubezpieczona** jest zobowiązana powiadomić **Ubezpieczyciela** na piśmie, w ciągu 7 dni od daty zakończenia **Podróży**, i dostarczyć:
- 29.6.1. raport policyjny ze zdarzenia stwierdzający fakt zajścia zdarzenia w okresie ubezpieczenia,

- 29.6.2. dokumenty oraz informacje potwierdzające podstawę roszczenia i/lub informacje, których zażąda **Ubezpieczyciel** w celu ustalenia prawa do odszkodowania lub jego wysokości.
- 29.7. O uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie **Mienia ruchomego**, należącego do **Osoby ubezpieczonej**, w wyniku **Kradzieży z włamaniem** **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**.

Wyłączenia do Części B8

- 29.8. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za mienie uszkodzone, zniszczone lub utracone na skutek **Kradzieży z włamaniem**:
- 29.8.1. gdy uszkodzenie, zniszczenie lub utrata **Mienia ruchomego**, należącego do **Osoby ubezpieczonej**, w wyniku **Kradzieży z włamaniem** miały miejsce poza okresem obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej,
- 29.8.2. która miała miejsce po upływie 16 dni od momentu rozpoczęcia **Podróży Osoby ubezpieczonej**,
- 29.8.3. gdy uszkodzenie, zniszczenie lub utrata **Mienia ruchomego**, należącego do **Osoby ubezpieczonej**, nie zostały spowodowane **Kradzieżą z włamaniem**.
- 29.9. Ubezpieczyciel nie wypłaci odszkodowania za szkody przekraczające kwotę 12 000 PLN.

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

- 30.1. **Ubezpieczyciel** wypłaci **Osobie ubezpieczonej** udział własny w umowie najmu należny wobec przedsiębiorstwa wynajmu **Pojazdów**, do wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w **Polisie**, w razie zaistnienia szkody objętej ubezpieczeniem autocasco **Pojazdu**.

Definicja do Części B9

- 30.2. **Pojazd** – pojazd zarejestrowany zgodnie z odpowiednimi przepisami, przeznaczony do przewozu nie więcej niż 10 osób, z którego korzysta **Osoba ubezpieczona** na podstawie zawartej umowy najmu podczas **Podróży służbowej**.

Postanowienia dodatkowe do Części B9

- 30.3. **Pojazd** musi być wynajęty od przedsiębiorstwa wynajmu **Pojazdów**,
- 30.4. **Osoba ubezpieczona** musi spełniać wszystkie wymagania przedsiębiorstwa najmu **Pojazdów** wynikające z umowy najmu oraz umowy ubezpieczenia autocasco mającej zastosowanie do najętego **Pojazdu**.
- 30.5. W przypadku powstania szkody **Osoba ubezpieczona** zobowiązana jest dostarczyć do **Ubezpieczyciela**:
- 30.5.1. umowę najmu **Pojazdu**,
- 30.5.2. dokument, w którym został określony udział własny, który ponosi **Osoba ubezpieczona**,
- 30.5.3. potwierdzenie z policji o zajściu zdarzenia,
- 30.5.4. potwierdzenie uiszczenia udziału własnego przez **Osobę ubezpieczoną**.

Wyłączenia do Części B9

- 30.6. **Ubezpieczyciel** nie ponosi odpowiedzialności za:
- 30.6.1. szkody przekraczające sumę ubezpieczenia wskazaną w **Polisie**,
- 30.6.2. szkody wynikające z użytkowania **Pojazdu**, niezgodnie z jego przeznaczeniem i instrukcją obsługi wydaną przez producenta,
- 30.6.3. szkody wynikające z normalnego zużycia **Pojazdu**, stopniowego pogorszenia jego jakości,
- 30.6.4. szkody mające miejsce poza czasem trwania najmu **Pojazdu** potwierdzonego umową najmu,
- 30.6.5. szkody lub uszkodzenia powstałe w wyniku eksploatacji wynajętego **Pojazdu** z naruszeniem warunków umowy najmu **Pojazdu**.
- 30.7. Ubezpieczeniem nie jest objęty udział własny w przypadku gdy:
- 30.7.1. **Pojazd** wykorzystywany jest do transportu towarów i pasażerów w ramach prowadzonej działalności gospodarczej,
- 30.7.2. wynajęty **Pojazd** jest pojazdem kempingowym (kamper) używanym podczas wyścigów, rajdów, prób szybkości lub treningów do nich,
- 30.7.3. najem dotyczy motocykli, motorowerów, skuterów.
- 30.8. **Ubezpieczyciel** nie wypłaci odszkodowania za szkody przekraczające kwotę 5000 PLN.

CZĘŚĆ C – POWAŻNE ZACHOROWANIE

§ 31. POWAŻNE ZACHOROWANIE

- 31.1. Jeżeli u **Osoby ubezpieczonej** rozpoznane zostanie **Poważne zachorowanie**, **Ubezpieczyciel** wypłaca jej świadczenie określone w **Polisie**.

Definicje do Części C

31.2. **Poważne zachorowanie** – oznacza wymienioną poniżej chorobę **Osoby ubezpieczonej** lub jej niezdolność do określonych funkcji, której objawy pojawiają się po raz pierwszy w **Okresie ubezpieczenia** i która jest po raz pierwszy rozpoznana w **Okresie ubezpieczenia**, z wyłączeniem **Okresu oczekiwania**. **Poważne zachorowanie** uznaje się za rozpoznane wyłącznie w sytuacji, gdy **Osoba ubezpieczona** została zbadana przez **Lekarza**, który jest dyplomowanym specjalistą w zakresie chorób odpowiadających **Poważnemu zachorowaniu**, a pisemna opinia sporządzona przez **Lekarza** lub pod jego nadzorem określa, że zostały spełnione wszystkie wymogi diagnostyczne opisane w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia dla danego **Poważnego zachorowania**.

W rozumieniu niniejszych OWU **Poważne zachorowanie** to:

- 31.2.1. **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:
 - 31.2.1.1. choroby nieorganiczne, takie jak nerwice i choroby psychiczne,
 - 31.2.1.2. stres, depresję,
 - 31.2.1.3. uszkodzenie mózgu spowodowane alkoholem lub substancjami odurzającymi.
- 31.2.2. **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 pierwotne stwardnienie boczne. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez neurologa, który stwierdzi, że choroba ma charakter postępujący oraz prowadzi do trwałego deficytu neurologicznego.
- 31.2.3. **Niewydolność nerek** – przewlekła, nieodwracalna niewydolność obydwu nerek wymagająca stałego dializowania lub przeszczepu nerek.
- 31.2.4. **Operacja aorty** – przejście operacji służącej leczeniu tętniaka bądź też zwężenia, niedrożności lub rozwarstwienia ściany aorty poprzez otwarcie klatki piersiowej lub jamy brzusznej. Na potrzeby niniejszej definicji aorta oznacza aortę piersiową lub brzuszną, z wyłączeniem gałęzi aorty.
- 31.2.5. **Operacja zastawek serca** – przejście operacji na otwartym sercu przeprowadzonej 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.
- 31.2.6. **Paraliż (utrata funkcji kończyn)** – całkowita i nieodwracalna utrata funkcji co najmniej dwóch kończyn w wyniku **Nieszczęśliwego wypadku** lub **Choroby**.
- 31.2.7. **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:
 - 31.2.7.1. guzy wykazujące zmiany złośliwe typu carcinoma in situ oraz guzy histologicznie opisane jako przedrakowe lub nieinwazyjne, w tym: przedinwazyjny rak sutka, 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,
 - 31.2.7.2. wszystkie guzy współistniejące z zakażeniem wirusem HIV oraz pojawiające się w przebiegu AIDS.
- 31.2.8. **Poważne oparzenia** – oparzenia trzeciego stopnia skóry, obejmujące co najmniej 40% powierzchni ciała **Osoby ubezpieczonej**.
- 31.2.9. **Przeszczep ważnego organu/szpiku kostnego** – otrzymanie przeszczepu:
 - 31.2.9.1. ludzkiego szpiku kostnego z wykorzystaniem macierzystych komórek krwiotwórczych poprzedzone całkowitym usunięciem szpiku kostnego, lub
 - 31.2.9.2. ludzkiego serca, płuca, wątroby, nerki lub trzustki w wyniku stwierdzenia końcowego stadium nieodwracalnej niewydolności danego organu.
 Wyłącza się inne przeszczepy komórek macierzystych.
- 31.2.10. **Stwardnienie rozsiane** – ostateczne rozpoznanie stwardnienia rozsianego, które musi być poparte następującymi danymi:
 - 31.2.10.1. badania jednoznacznie potwierdzające stwardnienie rozsiane, oraz
 - 31.2.10.2. liczne deficyty neurologiczne występujące przez okres co najmniej 6 kolejnych miesięcy, oraz
 - 31.2.10.3. udokumentowana historia zaostrzeń i remisji powyższych objawów i deficytów neurologicznych.
 Wyłącza się inne przyczyny uszkodzeń neurologicznych.

- 31.2.11. **Ślepota (utrata wzroku)** – całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w obojgu oczach w wyniku **Nieszczęśliwego wypadku** lub **Choroby**.
- 31.2.12. **Udar** – incydent naczyniowo-mózgowy, w czasie którego dochodzi do zawału tkanki mózgowej, krwawienia mózgowego lub podpajęczynówkowego, zatoru mózgu lub zakrzepicy mózgowej. Rozpoznanie musi być poparte:
- 31.2.12.1. stwierdzeniem przez neurologa trwałego uszkodzenia neurologicznego co najmniej 6 tygodni po zdarzeniu, oraz
- 31.2.12.2. wynikami badania za pomocą rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej lub innych niezawodnych technik obrazowania zgodnym z rozpoznaniem świeżego udaru.
- Wyłącza się:
- 31.2.12.3. przejściowe ataki niedokrwienne,
- 31.2.12.4. uszkodzenie mózgu spowodowane wypadkiem lub obrażeniem, infekcją, zapaleniem naczyń lub innym stanem zapalnym,
- 31.2.12.5. choroby naczyniowe oka lub nerwu wzrokowego, oraz
- 31.2.12.6. zaburzenia niedokrwienne systemu przedsionków.
- 31.2.13. **Wszczepienie bypassów** – przejście operacji na otwartym sercu przeprowadzonej w celu usunięcia zwężenia lub blokad co najmniej jednej tętnicy wieńcowej poprzez wszczepienie bypassu. Rozpoznanie 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. Z definicji tej wyłącza się angioplastykę oraz wszystkie inne zabiegi wewnątrz tętnicze oparte na technikach cewnikowania, zabiegi laparoskopowe i laserowe.
- 31.2.14. **Zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego spowodowana niedokrwieniem danego obszaru serca. Rozpoznanie musi być dokonane na podstawie stwierdzenia spełnienia trzech z pięciu kryteriów wskazujących na nowy zawał serca:
- 31.2.14.1. typowe bóle klatki piersiowej w wywiadzie,
- 31.2.14.2. świeże zmiany w elektrokardiogramie (EKG) wskazujące na zawał,
- 31.2.14.3. podwyższony poziom enzymu sercowego CK-MB,
- 31.2.14.4. podwyższony poziom troponiny (T lub I),
- 31.2.14.5. obniżona frakcja wyrzutowa lewej komory <50%, stwierdzona w badaniu przeprowadzonym co najmniej 3 miesiące po zdarzeniu.
- 31.3. **Okres oczekiwania** – 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 oczekiwania** dotyczy wyłącznie kwoty wynikającej z podwyższenia **Sumy ubezpieczenia**.
- 31.4. **Okres przeżycia** – okres wskazany w **Polisie**, w trakcie którego **Osoba ubezpieczona** musi pozostawać przy życiu po rozpoznaniu **Poważnego zachorowania**.
- 31.5. **Początkowa data wejścia w życie** – dzień, w którym po raz pierwszy wchodzi w życie ochrona ubezpieczeniowa przewidziana w Części C.

Postanowienia do Części C

- 31.6. Ochrona ubezpieczeniowa wynikająca z Części C kończy się w odniesieniu do **Osoby ubezpieczonej** z chwilą wypłacenia jej świadczenia z tytułu **Poważnego zachorowania**.
- 31.7. **Ubezpieczyciel** nie wypłaci żadnego świadczenia z tytułu **Poważnego zachorowania** do momentu, w którym upłynie **Okres przeżycia**. Po tym terminie **Ubezpieczyciel** wypłaci świadczenie, pod warunkiem że **Osoba ubezpieczona** nie zmarła w **Okresie przeżycia**.
- 31.8. **Osobie ubezpieczonej** przysługuje z tytułu **Poważnego zachorowania** tylko jedno świadczenie, w wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie**.

Wyłączenia do Części C

- 31.9. **Ubezpieczyciel** nie wypłaci świadczenia z tytułu roszczeń wynikających z:
- 31.9.1. **Choroby** innej niż **Poważne zachorowanie**,
- 31.9.2. **Poważnego zachorowania**, którego pierwsze objawy pojawiły się przed **Początkową datą wejścia w życie** ochrony lub w ciągu 90 (dziewięćdziesięciu) dni od tej daty,
- 31.9.3. **Poważnego zachorowania** wskutek choroby somatycznej lub psychicznej rozpoznanej przed **Początkową datą wejścia w życie** ochrony, która nie została ujawniona **Ubezpieczycielowi** i zaakceptowana przez niego na piśmie,
- 31.9.4. wady wrodzonej,
- 31.9.5. rozpoznania **Poważnego zachorowania** dokonanego przez **Lekarza** będącego **Osobą ubezpieczoną** lub członkiem najbliższej rodziny **Osoby ubezpieczonej** bądź też osobą prowadzącą z **Osobą ubezpieczoną** wspólne gospodarstwo domowe,
- 31.9.6. zabiegu chirurgicznego lub leczenia,
- 31.9.7. **Poważnego zachorowania** w wyniku uzależnienia od alkoholu lub narkotyków,
- 31.9.8. śmierci **Osoby ubezpieczonej** w **Okresie przeżycia**,
- 31.9.9. **Poważnego zachorowania** rozpoznanego w **Okresie oczekiwania**,
- 31.9.10. więcej niż jednego **Poważnego zachorowania** w stosunku do jednej **Osoby ubezpieczonej**.

WARUNKI SZCZEGÓLNE,

które mogą mieć zastosowanie do umowy ubezpieczenia, o ile **Ubezpieczający** oraz **Ubezpieczyciel** tak ustalą, z wyjątkiem Memorandum M3, które jest w zakresie ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.

MEMORANDUM M1 – CAŁKOWITA TRWAŁA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY (ŚWIADCZENIE DODATKOWE)

W przypadku gdy **Osoba ubezpieczona** dozna **Uszkodzenia ciała**, które jako jedyna i niezależna od innych czynników przyczyna doprowadzi do **Całkowitej trwałej niezdolności do pracy**, **Ubezpieczyciel** wypłaci **Osobie ubezpieczonej** świadczenie w wysokości poniesionych przez nią miesięcznych kosztów mediów i czynszu w jej miejscu zamieszkania, do kwoty 2000 PLN przez 3 kolejne miesiące, na podstawie przedstawionych rachunków lub faktur.

MEMORANDUM M2 – ZAWAŁ SERCA I UDAR MÓZGU

1. Definicja **Uszkodzenia ciała** przyjmuje następujące brzmienie:

Uszkodzenie ciała – uraz ciała spowodowany **Nieszczęśliwym wypadkiem** mającym miejsce w **Okresie ubezpieczenia**. Za uraz ciała nie uznaje się:

- 1.1. **Choroby**, chyba że jest ona następstwem **Nieszczęśliwego wypadku**,
- 1.2. zespołu stresu pourazowego,
- 1.3. stanu chorobowego, psychologicznego lub psychicznego, z wyłączeniem niepoczytalności, stanowiącego bezpośredni skutek **Nieszczęśliwego wypadku**,
- 1.4. każdego występującego naturalnie stanu chorobowego lub procesu zwyrodnieniowego,
- 1.5. stanu wywołanego czynnikiem cechującym się stopniowym działaniem.

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**.

2. W odniesieniu do wszystkich części ogólnych warunków ubezpieczenia mają zastosowanie następujące definicje **Zawału serca** oraz **Udaru mózgu**:

2.1. **Zawał serca** – martwica części serca spowodowana niedokrwieniem danego obszaru serca. Rozpoznanie, z włączeniem wszelkich diagnoz dokonanych po śmierci, musi być dokonane na podstawie stwierdzenia co najmniej dwóch z poniższych kryteriów wskazujących na nowy zawał serca:

- 2.1.1. typowe bóle klatki piersiowej w wywiadzie,
- 2.1.2. świeże zmiany w elektrokardiogramie (EKG) wskazujące na zawał,
- 2.1.3. podwyższony poziom enzymu sercowego CK-MB,
- 2.1.4. podwyższony poziom troponiny (T lub I),
- 2.1.5. obniżona frakcja wyrzutowa lewej komory <50%, stwierdzona w badaniu przeprowadzonym co najmniej 3 miesiące po zdarzeniu.

2.2. **Udar** – incydent naczyniowo-mózgowy, w czasie którego dochodzi do zawału tkanki mózgowej, krwawienia mózgowego lub podpajęczynówkowego, zatoru mózgu lub zakrzepicy mózgowej. Rozpoznanie, chyba że zostało dokonane po śmierci, musi być poparte:

- 2.2.1. stwierdzeniem przez neurologa trwałego uszkodzenia neurologicznego co najmniej 6 tygodni po zdarzeniu, oraz
- 2.2.2. wynikiem badania za pomocą rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej lub innych niezawodnych technik obrazowania zgodnym z rozpoznaniem świeżego udaru.

Wyłącza się:

- 2.2.3. przejściowe ataki niedokrwienne, TIA,
- 2.2.4. uszkodzenie mózgu spowodowane wypadkiem lub obrażeniem, infekcją, zapaleniem naczyń lub innym stanem zapalnym.

MEMORANDUM M3 – ASSISTANCE MEDYCZNY

Niniejsze Memorandum M3 ma zastosowanie do Ogólnych warunków ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków i na czas podróży (dalej: OWU) zatwierdzonych przez dyrektora Colonnade Insurance Société Anonyme Oddział w Polsce dnia 17 lipca 2020 r.

Artykuł 1. Definicje

Wszystkie terminy i nazwy użyte w niniejszym Memorandum M3 mają znaczenie identyczne z definicjami zawartymi w OWU, chyba że zostały określone w odmienny sposób i mają wówczas zastosowanie wyłącznie do zakresu assistance medycznego:

1. **Nagłe zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły i niepowiązany z wcześniejszymi wypadkami, chorobami lub schorzeniami, na które **Osoba ubezpieczona** cierpiała przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej, wymagający natychmiastowej pomocy medycznej.

2. **Osoba niesamodzielną** – osoba zamieszkująca w miejscu zamieszkania **Osoby ubezpieczonej** w momencie zajścia zdarzenia assistance, która ze względu na zły stan zdrowia lub podeszły wiek wymaga stałej opieki i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych.

Artykuł 2. Przedmiot i zakres assistance medycznego

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest organizacja oraz pokrycie kosztów usług w zakresie assistance medycznego świadczonego na rzecz **Osoby ubezpieczonej**, która posiada grupowe ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje świadczenia w razie **Nagłego zachorowania** lub **Nieszczęśliwego wypadku**, do których doszło na terenie Polski. Rodzaje świadczeń objętych ubezpieczeniem oraz limity odpowiedzialności znajdują się w artykule 5.

Artykuł 3. Zakres assistance

1. W przypadku **Nagłego zachorowania** lub **Nieszczęśliwego wypadku** **Osoby ubezpieczonej** Centrum Assistance realizuje świadczenia pomocy medycznej wymienione w ust. 2 i 3. Centrum Assistance nie organizuje pomocy medycznej w przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia **Osoby ubezpieczonej**, tj. w sytuacjach wymagających wezwania pogotowia ratunkowego.
2. W ramach pomocy medycznej, **Osobie ubezpieczonej** przysługują następujące świadczenia:
 - a) **wizyta Lekarza** – Centrum Assistance organizuje i pokrywa koszty wizyty **Lekarza** pierwszego kontaktu, czyli koszty dojazdu do miejsca pobytu i honorarium **Lekarza**;
 - b) **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 pielęgniarstwa na podstawie zlecenia lekarskiego; o celowości wizyty pielęgniarki decyduje **Lekarz** prowadzący leczenie **Osoby ubezpieczonej** lub **Lekarz** wysłany przez Centrum Assistance;
 - c) **dostawa leków i sprzętu rehabilitacyjnego** – zgodnie ze wskazaniami **Lekarza** prowadzącego leczenie **Osoby ubezpieczonej**, potwierdzoną 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**; koszt leków, środków opatrunkowych lub sprzętu jest pokrywany przez **Osobę ubezpieczoną**;
 - d) **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, potwierdzoną 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**;
 - e) **transport medyczny** – w przypadkach niewymagających interwencji pogotowia ratunkowego, Centrum Assistance organizuje i pokrywa koszty transportu medycznego:
 - z miejsca pobytu do najbliższego szpitala, który może udzielić wymaganej pomocy,
 - 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),
 - ze szpitala do miejsca pobytu (jeśli pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 5 dni);
 - f) **pomoc domowa po hospitalizacji** – jeżeli wskutek **Nieszczęśliwego wypadku** **Osoba ubezpieczona** jest hospitalizowana dłużej niż 5 dni, Centrum Assistance organizuje i pokrywa koszty honorarium pomocy domowej w godzinach 8.00–16.00 (przygotowywanie posiłków, drobne zakupy, drobne porządki) po zakończeniu hospitalizacji, w związku ze stwierdzoną przez **Lekarza** uzasadnioną koniecznością pomocy i niemożności wsparcia rodziny lub osób bliskich; koszty zakupu wszelkich materiałów, środków spożywczych ponosi **Osoba ubezpieczona**;
 - g) **pomoc psychologa** – Centrum Assistance organizuje i pokrywa koszt dojazdu do miejsca pobytu **Osoby ubezpieczonej** oraz honorarium psychologa w trudnych sytuacjach losowych, tj. zgon albo ciężka choroba osoby bliskiej;
 - h) **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**;
 - i) **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 odpowiedzialności wyłączona jest organizacja transportu na komisję lekarską w związku z innym ubezpieczeniem u innego ubezpieczyciela.
3. Jeżeli w wyniku **Nieszczęśliwego wypadku** lub **Nagłego zachorowania** **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:
 - a) **Opieka nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi** – Centrum Assistance organizuje i pokrywa koszty opieki lub opiekuna dla dziecka lub **Osoby niesamodzielną** w miejscu pobytu **Osoby ubezpieczonej**;
 - b) **Transport opiekuna** – Centrum Assistance organizuje i pokrywa koszty podróży w obie strony dla opiekuna z jego miejsca zamieszkania do miejsca pobytu **Osoby ubezpieczonej**.

Artykuł 4. Wyłączenia odpowiedzialności

1. Poza wyłączeniami odpowiedzialności **Ubezpieczyciela** wskazanymi w OWU, **Ubezpieczyciel** nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli **Nieszczęśliwy wypadek** lub **Nagłe zachorowanie** było bezpośrednio lub pośrednio spowodowane:

- a) operacjami kosmetycznymi lub plastycznymi, z wyjątkiem przypadków gdy ich przeprowadzenie spowodowane było koniecznością usunięcia następstw **Nieszczęśliwych wypadków** lub **Nagłymi zachorowaniami**;
 - b) operacjami zmiany płci, pozbawienia płodności, usunięcia ciąży, sztucznego zapłodnienia lub innego sposobu leczenia niepłodności, pobrania narządów lub tkanek do przeszczepu;
 - c) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem;
 - d) kataklizmami naturalnymi.
3. Odpowiedzialność **Ubezpieczyciela** polegająca na organizacji usług pomocy medycznej nie ma charakteru ubezpieczenia zdrowotnego i 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 i protetycznym, leczeniem chorób przewlekłych **Osoby ubezpieczonej**.
 4. 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).

Artykuł 5. Limity odpowiedzialności

1. 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**.
2. Niezależnie od powyższych zapisów, maksymalna liczba świadczeń spośród wymienionych poniżej w tabeli wynosi 4 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)		organizacja
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)		organizacja
Organizacja transportu na komisję lekarską (1 raz)		organizacja
Świadczenie do wyboru	Opieka nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi (2 razy)	500 PLN (łącznie)
	Transport opiekuna (2 razy)	bilet kolejowy I klasy lub autobusowy

Artykuł 6. Postępowanie w przypadku organizacji świadczeń

1. Odpowiedzialność **Ubezpieczyciela** polega na zorganizowaniu oraz pokryciu kosztów świadczeń do wysokości limitów odpowiedzialności wymienionych w artykule 5.
2. W przypadku zamiaru skorzystania z ubezpieczenia assistance medycznego **Osoba ubezpieczona** jest zobowiązana:
 - a) przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie niezwłocznie skontaktować się z **Centrum Assistance** pod numerem telefonu +48 22 203 79 57;
 - b) przy zgłoszeniu szkody 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;
 - c) udostępnić niezbędną do realizacji świadczenia dokumentację medyczną;
 - d) współdziałać z **Centrum Assistance** w zakresie niezbędnym do realizacji świadczenia.
3. W przypadku odmowy udzielenia informacji przez **Osobę ubezpieczoną** zgodnie z ust. 1 lub braku współpracy z obsługą **Centrum Assistance**, **Centrum Assistance** może nie być w stanie zorganizować świadczeń określonych w tabeli w artykule 5.

ZASADY PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

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, windykatorem, 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.

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

tel. +48 22 528 51 00
fax +48 22 528 52 52

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

ANEKS NR 1

DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW I NA CZAS PODRÓŻY

zatwierdzonych przez dyrektora Colonnade Insurance S.A. Oddział w Polsce w dniu 17 lipca 2020 r. (zwanych dalej także „OWU”)

Niniejszym aneksem wprowadza się następujące zmiany do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków i Na Czas Podróży

§ 1

1. § 22.1 otrzymuje brzmienie:

Zakres ubezpieczenia obejmuje koszty leczenia i nieprzewidziane koszty podróży, koszty akcji ratowniczej, assistance, wyszczególnione poniżej:

Zakres ubezpieczenia		Suma ubezpieczenia (SU) dla jednej osoby na każde zdarzenie
22.1.1.	Koszty leczenia	
	22.1.1.1. zabiegi i badania ambulatoryjne	do 100% SU
	22.1.1.2. konsultacje i honoraria lekarskie	do 100% SU
	22.1.1.3. pobyt i leczenie w szpitalu	do 100% SU
	22.1.1.4. dojazd Lekarza	do 100% SU
	22.1.1.5. zakup lekarstw, środków opatrunkowych, płynów infuzyjnych, a także ortopedycznych środków pomocniczych	do 100% SU
	22.1.1.6. 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	do 100% SU
	22.1.1.7. udzielenie natychmiastowej pomocy lekarskiej związanej z komplikacjami wynikającymi z ciąży – do 32 tygodnia ciąży (po 32. tygodniu ciąży tylko transport medyczny do szpitala, do 8000 PLN)	do 100% SU
	22.1.1.8. leczenie stomatologiczne	określona w Polisie
22.1.2.	Koszty akcji ratowniczej i koszty usług związanych z pomocą w podróży, tj. assistance	
	22.1.2.1. całodobowa obsługa telefoniczna Centrum Assistance	bez limitu
	22.1.2.2. Transport medyczny Osoby ubezpieczonej, w tym transport w przypadku zachorowania na COVID-19	do 100% SU
	22.1.2.3. Transport Osoby ubezpieczonej do Polski lub Kraju stałego zamieszkania, w tym transport w przypadku zachorowania na COVID-19	bez limitu
	22.1.2.4. Transport zwłok, w tym transport w przypadku zachorowania na COVID-19	bez limitu
	22.1.2.5. Koszty pogrzebu poza Polską lub Krajem stałego zamieszkania	do 20 000 PLN
	22.1.2.6. Dostarczenie niezbędnych lekarstw lub środków farmaceutycznych	do 100% SU

Zakres ubezpieczenia		Suma ubezpieczenia (SU) dla jednej osoby na każde zdarzenie
	22.1.2.7. Przekazywanie pilnych informacji	do 100% SU
	22.1.2.8. Pokrycie kosztów pobytu i transportu osób towarzyszących Osobie ubezpieczonej w podróży zagranicznej	do 100% SU
	22.1.2.9. Transport i pobyt osób wezwanych do Osoby ubezpieczonej	do 100% SU
	22.1.2.10. Transport członków rodziny towarzyszących Osobie ubezpieczonej w podróży zagranicznej w razie jej śmierci	do 100% SU
	22.1.2.11. Transport niepełnoletnich dzieci Osoby ubezpieczonej oraz pokrycie kosztów ich pobytu	do 600 PLN dziennie, maksymalnie 7 dni
	22.1.2.12. Pomoc w przypadku konieczności przedłużenia podróży Osoby ubezpieczonej	do 400 PLN dziennie, maksymalnie 3 dni
	22.1.2.13. Pokrycie kosztów poszukiwań oraz ratownictwa w górach i na morzu	do 100 000 PLN
	22.1.2.14. Kierowca zastępczy	do 2 000 PLN
	22.1.2.15. Pomoc w przekazaniu kaucji	do 10 000 PLN
	22.1.2.16. Porady medyczne i skierowania	bez limitu
	22.1.2.17. Bezpośrednie fakturowanie	bez limitu
	22.1.2.18. Porady wizowe, informacje o szczepieniach	bez limitu
	22.1.2.19. Porady w sprawie utraty bagażu, paszportu, dokumentów lub biletów	bez limitu
	22.1.2.20. Przedłużenie ochrony ubezpieczeniowej w sytuacjach nagłych	bez limitu
22.1.3.	Hospitalizacja w Polsce w przypadku kontynuacji leczenia rozpoczętego za granicą	do 20 000 PLN
22.1.4.	Świadczenie na wypadek kwarantanny	Do 6 000 PLN
Wszędzie, gdzie w powyższej tabeli Suma ubezpieczenia określona jest jako „bez limitu”, oznacza to, iż Ubezpieczyciel pokrywa koszty do kwoty, jaka odpowiada kosztom zorganizowania przez Centrum Assistance danej usługi.		

2. Po § 22.4.19 dodaje się kolejny § 22.4.20 o następującym brzmieniu:

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 opóźnia się z przyczyn wymienionych w lit. a)–g), niespowodowanych przez Osobę ubezpieczoną:

- awaria środka transportu komunikacji lądowej, wodnej lub powietrznej,
- zdarzenia losowe: pożar, huragan, powódź, deszcz nawalny, grad, pył wulkaniczny,
- lawina, bezpośrednie uderzenie piorunu, trzęsienie, zapadanie lub osuwanie się ziemi, wybuch,
- akcja ratownicza, prowadzona w związku ze zdarzeniami losowymi wymienionymi w lit. b) niniejszego punktu,
- odwołanie lub opóźnienie środka transportu publicznego ze względu na złe warunki atmosferyczne,
- wypadek w komunikacji lądowej, wodnej lub powietrznej

g) odwołanie wcześniej zaplanowanego powrotu z podróży zagranicznej wskutek epidemii choroby zakaźnej, pandemii, których 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 wypłaty przez Ubezpieczyciela świadczenia w ramach przedłużonej ochrony ubezpieczeniowej w sytuacjach nagłych, jest udokumentowanie przez Osobę ubezpieczoną zajścia ww. zdarzeń. W przypadku awarii środka komunikacji dokumentem potwierdzającym jest rachunek za naprawę lub holowanie samochodu lub pisemne potwierdzenie awarii przez przewoźnika.

3. Po § 22.4.20 dodaje się kolejny § 22.4.21 o następującym brzmieniu:

Świadczenie na wypadek kwarantanny

W przypadku, gdy Osoba ubezpieczona będzie zmuszona przedłużyć swój pobyt z powodu zakażenia COVID-19, potwierdzonego pozytywnym testem lub objęcia go 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, maksymalnie do kwoty 6000 PLN. W ramach tego limitu Ubezpieczyciel pokryje koszty transportu powrotnego Osoby ubezpieczonej do kraju zamieszkania pod warunkiem, że nie będzie on mógł nastąpić przy wykorzystaniu wcześniej zaplanowanego środka transportu.

4. Po § 22.7.4 dodaje się kolejny § 22.7.5 o następującym brzmieniu:

Osoba ubezpieczona podróżowała do kraju, do którego wyjazd jest odradzany przez Ministerstwo Spraw Zagranicznych Rzeczypospolitej Polskiej i ta informacja jest opublikowana przez Ministerstwo najpóźniej w dniu wyjazdu Osoby ubezpieczonej.

5. Po § 27.1.2. dodaje się kolejny § 27.1.3. o następującym brzmieniu:

zachorowania Osoby ubezpieczonej na COVID-19, potwierdzone pozytywnym testem

6. Po § 27.1.3. dodaje się kolejny § 27.1.4. o następującym brzmieniu:

skierowania Osoby ubezpieczonej na kwarantannę przez odpowiednie organy sanitarne

7. § 27.9.10 otrzymuje następujące brzmienie:

epidemii bądź pandemii z wyjątkiem zachorowania na Covid- 19.

8. Po § 27.10 dodaje się kolejny § 27.11 o następującym brzmieniu:

Ubezpieczyciel nie wypłaci odszkodowania, jeżeli Podróż została anulowana, skrócona, zmieniona lub opóźniona z powodu zamknięcia granic lub wprowadzenia restrykcji związanych z Covid-19 w kraju rozpoczęcia podróży i kraju docelowym.

§ 2

Pozostałe postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków i Na Czas Podróży pozostają bez zmian.

§ 3

Niniejszy Aneks wchodzi w życie z dniem 15 października 2020 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od tego dnia.