



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

COLONNADE 
A FAIRFAX COMPANY

SPIS TREŚCI

DEFINICJE	3
POSTANOWIENIA OGÓLNE	4
OGÓLNE POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE WYPŁATY ŚWIADCZEŃ	6
OGÓLNE WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	6
SPORY I REKLAMACJE	7
OKRESY OCHRONY	7
CZĘŚĆ A – NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK	8
CZĘŚĆ A1 – ŚMIERĆ WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	8
CZĘŚĆ A2 – INWALIDZTWO	8
CZĘŚĆ A3 – CAŁKOWITA OKRESOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY	10
DEFINICJE STOSOWANE W CZĘŚCI A	10
POSTANOWIENIA MAJĄCE ZASTOSOWANIE DO CZĘŚCI A	10
WYŁĄCZENIA DOTYCZĄCE CZĘŚCI A	11
ROZSZERZENIE OCHRONY W CZĘŚCI A	11
CZĘŚĆ A4 – ŚWIADCZENIE SZPITALNE	11
CZĘŚĆ A5 – REKONWALESCENCJA W DOMU	12
CZĘŚĆ A6 – UTRATA PRZYTOMNOŚCI	12
CZĘŚCI A7 I A8 – ZŁAMANIA I POPARZENIA	12
CZĘŚĆ A9 – KOSZTY LECZENIA POWYPADKOWEGO	12
CZĘŚĆ A10 – KOSZTY PRZEKWALIFIKOWANIA	13
CZĘŚĆ A11 – KOSZTY POGRZEBU	13
CZĘŚĆ A12 – KOSZT ZAKUPU WÓZKA INWALIDZKIEGO	13
CZĘŚĆ A13 – UCIAŻLIWE LECZENIE	13
CZĘŚĆ B – PODRÓŻ	13
CZĘŚĆ B1.1 – KOSZTY LECZENIA I NIEPRZEWIDZIANE KOSZTY PODRÓŻY	13
CZĘŚĆ B1.2 – KOSZTY AKCJI RATOWNICZEJ	14
CZĘŚĆ B1.3 – ASSISTANCE	15
CZĘŚĆ B1.4 – KOSZTY OBSŁUGI PRAWNEJ	16
CZĘŚĆ B1.5 – ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA	16
CZĘŚĆ B2 – MIENIE OSOBISTE	17
CZĘŚĆ B3 – ŚRODKI PIENIĘŻNE	18
CZĘŚĆ B4 – ANULOWANIE, SKRÓCENIE LUB OPÓŹNIENIE PODRÓŻY	18
CZĘŚĆ B5 – ANULOWANIE, SKRÓCENIE LUB OPÓŹNIENIE PODRÓŻY – KATASTROFA NATURALNA	20
CZĘŚĆ B6 – UPROWADZENIE, PORWANIE, WZIĘCIE ZAKŁADNIKÓW	20
CZĘŚĆ C – POWAŻNE ZACHOROWANIE	21
WARUNKI SZCZEGÓLNE	23
MEMORANDUM M1 – ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ZABIEGÓW OPERACYJNYCH WYKONYWANYCH W SZPITALU	23
MEMORANDUM M2 – ZAWAŁ SERCA I UDAR MÓZGU	27

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

Część A1 – śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku

Część A2.1 – inwalidztwo, tabela stała

Część A2.2 – inwalidztwo, tabela ZUS

Część A3 – całkowita okresowa niezdolność do pracy

Część A4 – świadczenie szpitalne

Część A5 – rekonwalescencja w domu

Część A6 – utrata przytomności

Część A7 i A8 – złamania i poparzenia

Część A9 – koszty leczenia powypadkowego

Część A10 – koszty przekwalifikowania

Część A11 – koszty pogrzebu

Część A12 – koszt zakupu wózka inwalidzkiego, środków ortopedycznych i pomocniczych

Część A13 – uciążliwe leczenie

Część B1.1 – koszty leczenia i nieprzewidziane koszty podróży

Część B1.2 – koszty akcji ratowniczej

Część B1.3 – assistance

Część B1.4 – koszty obsługi prawnej

Część B1.5 – odpowiedzialność cywilna

Część B2 – mienie osobiste

Część B3 – środki pieniężne

Część B4 – anulowanie, skrócenie lub opóźnienie podróży

Część B5 – anulowanie, skrócenie lub opóźnienie podróży – katastrofa naturalna

Część B6 – uprowadzenie, porwanie, wzięcie zakładników

Część C – poważne zachorowanie

Memorandum M1 – zabiegi operacyjne wykonywane w szpitalu

Memorandum M2 – zawał serca i udar mózgu

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

Ogólne wyłączenia odpowiedzialności

Część A – nieszczęśliwy wypadek

Część A4 – świadczenie szpitalne

Część A7 i A8 – złamania i poparzenia

Część B1.1 – koszty leczenia i nieprzewidziane koszty podróży

Część B1.2 – koszty akcji ratowniczej

Część B1.4 – koszty obsługi prawnej

Część B1.5 – odpowiedzialność cywilna

Część B2 – mienie osobiste

Część B3 – środki pieniężne

Część B4 – anulowanie, skrócenie lub opóźnienie podróży

Część B5 – anulowanie, skrócenie lub opóźnienie podróży – katastrofa naturalna

Część C – poważne zachorowanie

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 z siedzibą w Warszawie w dniu 12 lutego 2018 r., mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 12 lutego 2018 r.

DEFINICJE

W niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia niektóre pojęcia i terminy definiowane są w określony sposób. Definicje te zaznaczone są wytłuszczeniem i zachowują to samo znaczenie w **Polisie**, wszelkich załącznikach, dodatkach oraz oświadczeniach.

Centrum Assistance – jednostka organizacyjna wskazana przez **Ubezpieczyciela** i upoważniona przez niego do działania w jego imieniu.

Beneficjent – o ile **Ubezpieczający** za zgodą **Osoby ubezpieczonej** lub **Osoba ubezpieczona** nie uzgodni inaczej, w przypadku śmierci **Osoby ubezpieczonej** **Beneficjentem** jest pozostający przy życiu i nierozwiedziony małżonek **Osoby ubezpieczonej**, a następnie dzieci **Osoby ubezpieczonej**, w tym uznane czy zaadoptowane przez tę osobę, a potem prawni spadkobiercy **Osoby ubezpieczonej**.

Choroba – każda niespodziewana i nagła choroba lub infekcja zdiagnozowana w **Okresie ochrony**.

Dziecko – każde dziecko **Osoby ubezpieczonej**, stanu wolnego, przed ukończeniem 19. roku życia lub, w przypadku podjęcia przez dziecko **Osoby ubezpieczonej** nauki, przed ukończeniem 25. roku życia.

Dzienne wynagrodzenie – jest to średnie miesięczne wynagrodzenie brutto, otrzymywane przez **Osobę ubezpieczoną** w okresie ostatnich 3 miesięcy poprzedzających doznanie **Uszkodzenia ciała**, bez uwzględnienia wynagrodzenia z tytułu nadgodzin, prowizji i premii, podzielone przez trzydzieści.

Kraj stałego zamieszkania – kraj, w którym **Osoba ubezpieczona** zamieszkuje obecnie lub w którym przebywa z zamiarem stałego pobytu przez okres co najmniej jednego roku z uwagi na swoje zatrudnienie bądź prowadzoną przez siebie działalność zawodową.

Lekarz – każdy posiadający odpowiednie uprawnienia i zarejestrowany lekarz, z wyłączeniem:

- Osoby ubezpieczonej**,
- Współmałżonka lub **Partnera**, Dzieci, rodziców, rodzeństwa oraz teściów **Osoby ubezpieczonej**,
- Pracownika**.

Nieszczęśliwy wypadek – oznacza nagłe, niespodziewane zdarzenie spowodowane czynnikami zewnętrznymi, niezależne od woli **Osoby ubezpieczonej**.

Okres ochrony – czas w trakcie trwania **Okresu ubezpieczenia**, w którym **Ubezpieczającemu** lub **Osobie ubezpieczonej** udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa (zgodnie z **Polisą** i dalszym brzmieniem niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia).

Okres ubezpieczenia – określony w **Polisie** okres obowiązywania umowy ubezpieczenia.

Osoba ubezpieczona – każda osoba, która nie ukończyła 80 lat, określona w **Polisie** jako **Osoba ubezpieczona**. Ochrona ubezpieczeniowa przysługuje do końca **Okresu ubezpieczenia**, w którym **Osoba ubezpieczona** ukończy 80 lat.

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.

Planowy lot – lot, odbywający się zgodnie z opublikowanym grafikiem linii lotniczej.

Podróż – każda podróż rozpoczynająca się w **Okresie ubezpieczenia**, o planowanej długości nieprzekraczającej 270 (dwustu siedemdziesięciu) dni, chyba że **Ubezpieczyciel** wyrazi pisemnie zgodę na inne warunki.

Podróż służbowa – wszelkie podróże odbywane w celu prowadzenia działalności **Ubezpieczającego**, rozpoczynające się w **Okresie ubezpieczenia**, a których planowana długość nie przekracza 270 (dwustu siedemdziesięciu) dni, chyba że **Ubezpieczyciel** wyrazi pisemną zgodę na inne warunki. Czynności niesłużbowe są również przedmiotem ubezpieczenia w czasie trwania **Podróży służbowej**.

Polisa – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia, zawierający szczegóły dotyczące udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.

Pracownik – każda osoba zatrudniona przez **Ubezpieczającego** na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub na podstawie innej umowy cywilnoprawnej.

Roczne wynagrodzenie – łączne roczne podstawowe wynagrodzenie brutto, z wyłączeniem wynagrodzenia za pracę w nadgodzinach, prowizji lub premii wypłacanych przez **Ubezpieczającego** na rzecz **Osoby ubezpieczonej** w dacie doznania **Uszkodzenia ciała**. **Roczne wynagrodzenie** zostanie obliczone poprzez pomnożenie średniego miesięcznego wynagrodzenia brutto, otrzymywanego przez **Osobę ubezpieczoną** w okresie ostatnich 3 miesięcy poprzedzających doznanie **Uszkodzenia ciała**, bez uwzględnienia wynagrodzenia z tytułu nadgodzin, prowizji i premii, przez dwanaście.

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.

Terroryzm – akt, włączając zagrożenie lub rzeczywiste użycie siły lub przemocy przez dowolną osobę lub grupę osób, działających indywidualnie lub w imieniu jakiegokolwiek organizacji lub rządu, lub w związku z nimi, na tle politycznym, religijnym, ideologicznym lub etycznym, lub z innych powodów, w tym z zamiarem wywarcia wpływu na dowolny rząd lub w celu zastraszenia społeczeństwa lub jego części.

Ubezpieczający – zawierająca umowę ubezpieczenia spółka, organizacja lub osoba fizyczna wymieniona w **Polisie**.

Ubezpieczyciel – Colonnade Insurance S.A. zarejestrowana w Luksemburgu pod numerem: B 61605, siedziba główna: 1, rue Jean Piret, L-2350 Luxembourg, działająca w Polsce przez Colonnade Insurance Société Anonyme Oddział w Polsce zarejestrowany w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział KRS, pod numerem 0000678377, NIP 1070038451, z siedzibą: ul. Marszałkowska 111, 00-102 Warszawa.

Udział własny – kwota określona w **Polisie** w formie procentowej lub jako kwota stała, która zostanie odliczona od należnego świadczenia.

Uszkodzenie ciała – uraz ciała spowodowany **Nieszczęśliwym wypadkiem**, mający miejsce w **Okresie ubezpieczenia**, a który nie powstał stopniowo. **Uszkodzeniem ciała** nie jest:

- a) **Choroba**, chyba że stanowi konsekwencję **Uszkodzenia ciała**,
- b) zespół stresu pourazowego,
- c) stan psychologiczny lub psychiczny, z wyłączeniem nieuleczalnej niepoczytalności, stanowiącej bezpośredni skutek **Nieszczęśliwego wypadku**.

Wojna – każda czynność wynikająca z użycia sił wojskowych lub stanowiąca próbę uczestnictwa w użyciu siły w stosunku do narodów, wojna domowa, rewolucja, inwazja, powstanie, użycie sił wojskowych, przejęcie rządu lub sił wojskowych, celowe wykorzystanie sił wojskowych w celu przejęcia, zapobieżenia lub zniwelowania skutków aktów **Terroryzmu**, o których wiadano lub co do których przeprowadzenia istniały podejrzenia.

Zwykłe i uzasadnione koszty – poniesione opłaty i należności, z wyłączeniem opłat i należności, które nie zostałyby poniesione w przypadku niewykupienia ubezpieczenia, oraz opłat i należności za świadczenia medyczne, które z medycznego punktu widzenia nie były niezbędne zarówno w **Okresie ochrony**, jak i w czasie **Podróży/ Podróży służbowej** (którykolwiek okres upływa pierwszy).

POSTANOWIENIA OGÓLNE

Cesja

Niniejsza polisa nie będzie przedmiotem cesji, o ile **Ubezpieczyciel** i **Ubezpieczający** nie postanowili inaczej na piśmie pod rygorem nieważności.

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. Umowa ubezpieczenia będzie miała zastosowanie do wszelkich ww. zmian jedynie po uzyskaniu uprzedniej pisemnej zgody **Ubezpieczyciela**.

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 jakim **Ubezpieczyciel** udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

Rozwiązanie

Ubezpieczający może wypowiedzieć niniejszą umowę ubezpieczenia za 30-dniowym wypowiedzeniem wystosowanym do **Ubezpieczyciela**, na adres **Ubezpieczyciela** w Polsce.

W przypadku wypowiedzenia umowy składka ubezpieczeniowa za okres do rzeczywistej daty rozwiązania umowy zostanie rozliczona, a kwota składki ubezpieczeniowej za okres następujący po rozwiązaniu zostanie zwrócona.

Osoba ubezpieczona nie może wypowiedzieć umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

Ubezpieczyciel ma prawo rozwiązać niniejszą umowę bez zachowania terminu wypowiedzenia, jeżeli ponosił odpowiedzialność z tytułu umowy ubezpieczenia po rozpoczęciu **Okresu ubezpieczenia**, zaś **Ubezpieczający** nie zapłacił **Składki** lub jej pierwszej raty w **Dacie płatności składki** (zgodnie z **Polisą**).

Ubezpieczyciel może również rozwiązać niniejszą umowę za 30-dniowym wypowiedzeniem, w przypadku gdy **Ubezpieczający** zaprzestał prowadzenia działalności gospodarczej.

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.

Ochrona danych

Ubezpieczający:

- potwierdza, że **Ubezpieczający** przekaże wszelkie dane osobowe (zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. z późniejszymi zmianami) **Osób ubezpieczonych** za pełną zgodą **Osób ubezpieczonych**, których dane osobowe dotyczą,
- potwierdza, że **Ubezpieczający** zawiadomi **Ubezpieczyciela** o ewentualnym wycofaniu którejkolwiek ze zgód,
- przyjmuje do wiadomości, że w okresie obowiązywania danej zgody **Ubezpieczyciel** będzie przetwarzał dane osobowe jedynie w celach administracyjnych związanych z wykonywaniem umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

Ujawnienie informacji

Ubezpieczający i **Osoby ubezpieczone** są zobowiązane do ujawnienia **Ubezpieczycielowi** wszelkich istotnych okoliczności wymaganych przez **Ubezpieczyciela**. W przypadku gdy **Ubezpieczyciel** nie uzyskał informacji, a mimo to podpisał **Polisę**, informację uznaje się za nieistotną. **Ubezpieczający** i **Osoby ubezpieczone** są zobowiązane do zawiadomienia **Ubezpieczyciela** o wszelkich zmianach ww. okoliczności. **Ubezpieczyciel** nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem zdań poprzednich nie zostały podane do jego wiadomości.

Obowiązki określone w akapicie poprzedzającym obciążają **Osobę ubezpieczoną**, chyba że **Osoba ubezpieczona** nie wiedziała o zawarciu umowy na jej rachunek.

Składka

Ubezpieczający jest zobowiązany do zapłacenia **Składki** określonej w **Polisie** do **Daty płatności składki** określonej w **Polisie**, o ile **Ubezpieczający** i **Ubezpieczyciel** nie uzgodnią inaczej na piśmie.

Prawo i jurysdykcja

Umowa ubezpieczenia jest przedmiotem wyłącznej właściwości sądów polskich, a do jej postanowień stosuje się przepisy prawa polskiego. 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** lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

Zawiadomienia

Wszelkie zawiadomienia wystosowane na mocy niniejszej umowy przez **Ubezpieczającego** lub **Osobę ubezpieczoną** będą kierowane na poniższy adres, chyba że **Ubezpieczyciel** wyrazi pisemną zgodę na przesyłanie ich na inny adres:

Colonnade
ul. Marszałkowska 111
00-102 Warszawa
Polska

Inne ubezpieczenia

- 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. Między ubezpieczycielami każdy z nich odpowiada w takim stosunku, w jakim przyjęta przez niego suma ubezpieczenia pozostaje do łącznych sum wynikających z podwójnego lub wielokrotnego ubezpieczenia, z wyłączeniem Części A1–A8 oraz Części A13, na mocy których wartość zostanie wypłacona w całości.

2. Jeżeli w którejkolwiek z umów ubezpieczenia, o których mowa w ust. 1, uzgodniono, że suma wypłacona przez ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia może być wyższa od poniesionej szkody, zapłaty świadczenia w części przewyższającej wysokość szkody **Ubezpieczający** może żądać tylko od tego ubezpieczyciela. W takim przypadku dla określenia odpowiedzialności między ubezpieczycielami należy przyjąć, że w ubezpieczeniu, o którym mowa w niniejszym ustępie, suma ubezpieczenia równa jest wartości ubezpieczeniowej.

Roszczenia osób trzecich

Zgłoszenie roszczenia odszkodowawczego na podstawie niniejszej umowy przysługuje wyłącznie **Ubezpieczającemu**, **Osobie ubezpieczonej** lub **Beneficjentowi**, z wyłączeniem osób trzecich uprawnionych do zgłaszania roszczeń z tytułu ubezpieczenia bezpośrednio do **Ubezpieczyciela** zgodnie z Częścią B1.5 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

Uzasadniona staranność

Ubezpieczający i każda **Osoba ubezpieczona** dołożą należytej staranności w celu zapobieżenia powstania szkody, a w przypadku wystąpienia zdarzenia użyją wszelkich dostępnych im środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia szkodzi lub zmniejszenia jej rozmiarów.

USD

Do wszelkich kwot wyrażonych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia w dolarach przyjmować się będzie odpowiednik w złotych polskich, zgodnie ze średnim kursem ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski w tabelach kursów średnich walut obcych, obowiązującym w dacie wystąpienia zdarzenia powodującego powstanie po stronie **Ubezpieczyciela** odpowiedzialności ubezpieczeniowej.

OGÓLNE POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

Wymagane dokumenty

Do wniosku o wypłatę odszkodowania **Ubezpieczający**, **Osoba ubezpieczona** lub **Beneficjent** dołączają, na własny koszt, niezbędne dowody (w tym dokumenty z sekcji zwłok). Rodzaj dowodów (jak też ich forma) będzie zgodny z wymogami **Ubezpieczyciela** i obejmuje m.in. następujące dokumenty:

- formularz wniosku **Ubezpieczyciela**,
- zaświadczenie lekarskie określające rodzaj i stopień wszystkich obrażeń lub chorób oraz ich dokładną diagnozę,
- w przypadku wniosku o zwrot kosztów leczenia – oryginały wszystkich faktur i rachunków umożliwiających **Ubezpieczycielowi** określenie łącznej kwoty kosztów medycznych i innych poniesionych przez **Osobę ubezpieczoną**,
- w przypadku śmierci – akt zgonu (lub jego kopia notarialnie poświadczona za zgodność z oryginałem) i dokumenty prawne stwierdzające tożsamość wszystkich **Beneficjentów**,
- raport policyjny lub wszelkie inne urzędowe raporty, jeżeli są dostępne,
- w przypadku gdy informacje przekazane **Ubezpieczycielowi** są niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności, **Ubezpieczyciel** może zażądać dodatkowych informacji.

Zawiadomienie o złożeniu wniosku o odszkodowanie

Ubezpieczający, **Osoba ubezpieczona** lub **Beneficjent** są zobowiązani do złożenia wniosku o odszkodowanie niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 30 dni od daty wydarzenia skutkującego zgłoszeniem wniosku o odszkodowanie.

Badania lekarskie

Ubezpieczyciel może wymagać, aby **Osoba ubezpieczona** poddała się badaniom lekarskim – na koszt **Ubezpieczyciela** – w związku z dowolnym wnioskiem o odszkodowanie.

Wypłata odszkodowania

Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zapłaty wnioskowanej kwoty w ciągu 30 dni od daty zgłoszenia wniosku. W przypadku gdy 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 ciągu ww. 30 dni, a pozostałej kwoty odszkodowania – w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności stało się możliwe.

Waluta

Świadczenia wypłacane **Osobie ubezpieczonej** lub osobie uprawnionej są realizowane 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 dacie wystąpienia zdarzenia powodującego powstanie po stronie **Ubezpieczyciela** odpowiedzialności ubezpieczeniowej, i są realizowane maksymalnie do wysokości **Sum ubezpieczenia** wskazanych w **Polisie**.

OGÓLNE WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia/odszkodowania, jeżeli zdarzenie wywołujące szkodę bezpośrednio lub pośrednio spowodowane jest lub wynika z następujących czynników:

- promieniowania jonizującego lub skażenia promieniowaniem dowolnego paliwa nuklearnego lub wszelkich odpadów nuklearnych, lub odpadów ze spalania paliw nuklearnych,

- b) radioaktywnych, toksycznych, wybuchowych lub innych niebezpiecznych właściwości jądrowych urządzeń wybuchowych lub ich nuklearnych części,
- c) rozpylania, stosowania lub rozprzestrzeniania patogennych lub trujących substancji biologicznych i chemicznych,
- d) **Wojny** (niezależnie od tego czy została oficjalnie wypowiedziana, czy nie),
- e) celowego samookaleczenia się, samobójstwa lub próby samobójczej, przestępstwa lub próby popełnienia przestępstwa,
- f) podróży, podczas podróży powietrznych, w charakterze innym niż jako pasażer komercyjnych linii lotniczych podczas **Planowego lotu** lub lotu czarterowego,
- g) pozostawania przez **Osobę ubezpieczoną** pod wpływem alkoholu (którego poziom we krwi przekroczył 0,5 promila, a w przypadku kierującego pojazdem – 0,2 promila), leków lub narkotyków, chyba że zostały one podane przez **Lekarza** lub zostały przepisane przez **Lekarza** i zażywano je zgodnie z zaleceniami,
- h) AIDS/HIV lub dowolnych innych chorób przenoszonych drogą płciową,
- i) aktywnego uczestnictwa w sportach ekstremalnych, czyli sportach uprawianych w celu osiągnięcia maksymalnych wrażeń, za które uważa się sporty powietrzne, sporty walki, jazdę na nartach poza wyznaczonymi trasami, skoki na gumowej linie, heliskiing, heliboarding, wspinaczkę górską i skałkową, speleologię, rafting, sporty motorowe (z wyjątkiem amatorskiej jazdy na: quadach, skuterach), sporty motorowodne (z wyjątkiem amatorskiej jazdy: skuterem wodnym, motorówką), a także uczestniczenia w wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi czy przyrodniczymi typu pustynia, wysokie góry (powyżej 5500 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego, oraz nurkowania na głębokość większą niż 18 metrów,
- j) odbywania zasadniczej służby wojskowej, szkolenia lub dyżuru w organizacji wojskowej, policji lub organizacji paramilitarnej, o ile **Ubezpieczyciel** nie uzgodnił inaczej na piśmie,
- k) wszelkich **Uszkodzeń ciała** istniejących przed **Okresem ubezpieczenia**.

SPORY I REKLAMACJE

Ubezpieczyciel doloży wszelkich starań celem zapewnienia wysokiego standardu usług **Ubezpieczającemu** i **Osobie ubezpieczonej**.

1. Jeżeli **Ubezpieczający/Osoba ubezpieczona** lub inna osoba uprawniona do świadczenia z umowy ubezpieczenia chciałaby zgłosić **Ubezpieczycielowi** reklamację, powinna to uczynić
 - a) pisemnie na adres Colonnade, ul. Marszałkowska 111, 00-102 Warszawa, lub
 - b) telefonicznie pod numerem telefonu 22 528 51 00 albo ustnie do protokołu podczas wizyty w siedzibie **Ubezpieczyciela**, lub
 - c) pocztą elektroniczną na adres e-mail: reklamacje@colonnade.pl.
2. Odpowiedź na reklamację **Ubezpieczyciel** przesyła pisemnie w terminie do 30 dni od dnia jej otrzymania, a w szczególnie skomplikowanych przypadkach – w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania. Jeśli zgłaszający reklamację chciałby otrzymać odpowiedź pocztą elektroniczną, powinien w reklamacji wskazać adres e-mail, na który odpowiedź powinna być przesłana.
3. Ponadto, **Ubezpieczający/Osoba ubezpieczona** może wносить skargi do:
 - a) Rzecznika Finansowego,
 - b) Komisji Nadzoru Finansowego, która sprawuje nadzór nad działalnością **Ubezpieczyciela** w Polsce,
 - c) Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
4. Niezależnie od postanowień niniejszego paragrafu **Ubezpieczającemu/Osobie ubezpieczonej** lub innej osobie uprawnionej do świadczenia przysługuje prawo do wstępowania na drogę sądową w celu dochodzenia swoich roszczeń.
5. Podmiotem uprawnionym do prowadzenia pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów konsumenckich jest Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).

OKRESY OCHRONY

Nieszczęśliwy wypadek

Okres ochrony (OP1) – całodobowy, na całym świecie

- 24 godziny na dobę, na całym świecie.

Okres ochrony (OP2) – zawodowy

- W czasie wykonywania przez **Osobę ubezpieczoną** czynności zawodowych na rzecz **Ubezpieczającego**.

Okres ochrony (OP3) – zawodowy i w drodze do i z pracy

- W czasie wykonywania przez **Osobę ubezpieczoną** czynności zawodowych na rzecz **Ubezpieczającego**.
- Gdy **Osoba ubezpieczona** przebywa w miejscu pracy.
- Gdy **Osoba ubezpieczona** jest w drodze z miejsca zamieszkania do miejsca pracy lub z powrotem.
- Gdy **Osoba ubezpieczona** jest w drodze pomiędzy miejscami pracy, a koszty podróży pokrywa **Ubezpieczający**.

Okres ochrony (OP4) – podróż służbowa na terenie Polski

- Podczas gdy **Osoba ubezpieczona** wykonuje obowiązki zawodowe na zlecenie **Ubezpieczającego** 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**.

Okres ochrony (OP5) – podróż pojazdem

- Podczas gdy **Osoba ubezpieczona** wsiada lub wysiada z pojazdu, podróżuje 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.

Okres ochrony (OP6) – przewoźnik

- Podczas gdy **Osoba ubezpieczona** podróżuje odpłatnie na lądzie, morzu lub w powietrzu pojazdem **Przewoźnika** posiadającego licencję na odpłatny przewóz pasażerów.

Podróż

Okres ochrony (OT1) – zagraniczna podróż służbowa

- Podczas 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, do momentu powrotu do miejsca zamieszkania lub miejsca pracy w Polsce, w zależności od tego, które wydarzenie nastąpi wcześniej.

Okres ochrony (OT2) – podróż służbowa poza kraj stałego zamieszkania

- Podczas 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, do momentu powrotu do miejsca zamieszkania lub pracy w **Kraju stałego zamieszkania**, w zależności od tego, które wydarzenie nastąpi wcześniej.

Okres ochrony (OT3) – wszelkie podróże poza granice Polski

- Podczas 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, do momentu powrotu do miejsca zamieszkania lub pracy w Polsce w zależności od tego, które wydarzenie nastąpi wcześniej.

Okres ochrony (OT4) – wszelkie podróże poza granice kraju stałego zamieszkania

- Podczas 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, do momentu powrotu do miejsca zamieszkania lub pracy w **Kraju stałego zamieszkania**, w zależności od tego, które wydarzenie nastąpi wcześniej.

CZĘŚĆ A – NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK

CZĘŚĆ A1 – ŚMIERĆ WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

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 określone w **Polisie**, z zastrzeżeniem poniższych warunków.

Łączna kwota świadczeń płatna zgodnie z Częścią A1 zostanie wypłacona w kwocie przewyższającej dowolne inne świadczenie płatne zgodnie z Częścią A2 – Inwalidztwo, o ile **Śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku** jest konsekwencją tego samego **Uszkodzenia ciała**.

Świadczenie wypłacane z tytułu **Śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku** zostanie podwyższone o 2% dla każdego **Dziecka** – do maksymalnej wysokości 10% **Sumy ubezpieczenia**.

CZĘŚĆ A2 – INWALIDZTWO

Część A2.1 – Tabela stała

W przypadku gdy **Osoba ubezpieczona** dozna **Uszkodzenia ciała**, które jako jedyna i niezależna od innych czynników przyczyna doprowadzi do trwałego i nieodwracalnego **Inwalidztwa**, **Ubezpieczyciel** wypłaci **Osobie ubezpieczonej** świadczenie określone w poniższej tabeli świadczeń, 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	100%
3) Utrata mowy	100%
4) Utrata słuchu	100%

Rodzaj inwalidztwa	Świadczenie wyrażone jako procent sumy ubezpieczenia
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 innego niż wskazujący	10%
d) dużego palca u stopy	15%
e) palca innego niż duży palec u stopy	5%
f) barku lub łokcia	25%
g) nadgarstka, biodra, kolana lub kostki	20%
h) dolnej szczęki, wskutek zabiegu chirurgicznego	30%
7) Znacząca utrata tkanki kostnej (stan trwałości i nieuleczalności):	
a) czaszka na całej grubości, powierzchnia: – minimum 6 cm kwadratowych – od 3 do 6 cm kwadratowych – poniżej 3 cm kwadratowych	40% 20% 10%
b) bark	40%
c) dwie kości przedramienia	30%
d) udo lub podudzie	50%
e) rzepka	20%
f) skrócenie dolnej kończyny o: – minimum 5 cm – od 3 do 5 cm – od 1 do 3 (włącznie) cm	30% 20% 10%
8) Całkowita nieuleczalna niepoczytalność	100%
9) Paraplegia	100%, lecz nie więcej niż 100 000 zł
10) Tetraplegia	100%, lecz nie więcej niż 200 000 zł

Część A2.2 – Tabela ZUS

W przypadku gdy **Osoba ubezpieczona** dozna **Uszkodzenia ciała**, które jako jedyna i 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 poniższych warunków.

Świadczenie stanowi iloczyn **Sumy ubezpieczenia** i stopnia trwałego i nieodwracalnego **Inwalidztwa** ustalonego przez **Lekarza Ubezpieczyciela**.

Lekarz Ubezpieczyciela, ustalając w ramach Części A2.2 stopień i rodzaj trwałego **Inwalidztwa**, będzie się posługiwać pełną tablicą „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 (DzU.02.234.1974), z tym że nie ma zastosowania Dział O „Choroby zawodowe” ww. tablicy.

Postanowienia wspólne do Części A2

1. 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** dla niniejszej części.
2. W przypadku świadczenia za utratę lub utratę funkcji dowolnej całej kończyny, świadczenie za utratę lub utratę funkcji części kończyny nie będzie wypłacane.
3. Kwota płatna z tytułu paraliżu palców rąk (innych niż kciuk i palec wskazujący) i stóp (innych niż duży palec) jest równa 50% świadczenia z tytułu utraty tych palców.
4. Jeżeli **Ubezpieczający** i **Ubezpieczyciel** tak się umówią, wysokość świadczenia z tytułu **Inwalidztwa** może zostać ustalona według skali progresywnej. W takim przypadku wskaźnik progresji zostanie wskazany w **Polisie**.

CZĘŚĆ A3 – CAŁKOWITA OKRESOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

W przypadku gdy **Osoba ubezpieczona** dozna **Uszkodzenia ciała**, które jako jedyna i niezależna od innych czynników przyczyna doprowadzi do **Całkowitej okresowej niezdolności do pracy**, **Ubezpieczyciel** wypłaci **Osobie ubezpieczonej** świadczenie, z zastrzeżeniem poniższych warunków oraz do wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie** i z uwzględnieniem **Okresu oczekiwania**.

Definicja do Części A3

Całkowita okresowa niezdolność do pracy – niepełnosprawność uniemożliwiająca **Osobie ubezpieczonej** wykonywanie wszystkich elementów dotychczasowej pracy na rzecz **Ubezpieczającego**. Niepełnosprawność musi być potwierdzona zwolnieniem z pracy wystawionym przez **Lekarza** (na druku L4).

DEFINICJE STOSOWANE W CZĘŚCI A

Inwalidztwo – utrata możliwości posługiwania się lub zaburzenie czynności jakiegokolwiek części ciała, narządu lub funkcji narządu.

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

Utrata kończyny

W przypadku nogi:

- a) anatomiczna utrata kończyny w kostce lub powyżej kostki, lub
- b) trwała utrata funkcji całej stopy lub nogi.

W przypadku ręki:

- a) utrata polegająca na trwałej anatomicznej utracie czterech palców w stawie śródrečno-paliczkowym (stawie łączącym śródreczę z palcami) lub utracie kończyny powyżej tego stawu, lub
- b) trwała utrata funkcji całej ręki lub dłoni.

Utrata wzroku – trwała i całkowita utrata wzroku:

- a) w obu oczach, w przypadku gdy poprzez badanie okulistyczne stwierdzono, że **Osoba ubezpieczona** jest niewidoma,
- b) w jednym oku, w przypadku gdy stopień wzroku po korekcji jest równy 3/60 lub mniej w skali Snellena.

Utrata mowy – całkowita i trwała utrata mowy.

Utrata słuchu – całkowita i trwała utrata słuchu.

Paraplegia (porażenie poprzeczne) – całkowity i nieodwracalny paraliż obu kończyn dolnych lub obu kończyn górnych.

Tetraplegia (porażenie czterokończynowe) – całkowity i nieodwracalny paraliż obu kończyn dolnych oraz obu kończyn górnych.

Całkowita trwała niezdolność do pracy – niepełnosprawność, która całkowicie uniemożliwia **Osobie ubezpieczonej** pracę w dotychczasowym zawodzie na rzecz **Ubezpieczającego**, która wedle aktualnej wiedzy medycznej utrzyma się do końca życia **Osoby ubezpieczonej**.

Maksymalna łączna kwota ubezpieczenia z tytułu wypadku podczas planowanego lotu – maksymalna łączna kwota, którą wypłaci **Ubezpieczyciel** na mocy niniejszego i każdego innego indywidualnego ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków wystawionego przez **Ubezpieczyciela Ubezpieczającego** na rzecz wszystkich **Osób ubezpieczonych**, które doznały **Uszkodzenia ciała** w tym samym **Nieszczęśliwym wypadku** podczas **Planowego lotu** lub serii **Nieszczęśliwych wypadków** podczas **Planowych lotów**, do których przyczyniło się, spowodowało je to samo zdarzenie lub stanowiły one jego konsekwencję.

Maksymalna łączna kwota ubezpieczenia z tytułu nieszczęśliwego wypadku – maksymalna łączna kwota, którą wypłaci **Ubezpieczyciel** na mocy niniejszego i dowolnego indywidualnego ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków wystawionego przez **Ubezpieczyciela Ubezpieczającego** na rzecz wszystkich **Osób ubezpieczonych**, które doznały **Uszkodzenia ciała** w tym samym **Nieszczęśliwym wypadku** lub serii **Nieszczęśliwych wypadków**, do których przyczyniło się, spowodowało je to samo zdarzenie lub stanowiły one jego konsekwencję.

Koszty świadczeń medycznych – **zwykle i uzasadnione koszty** świadczeń medycznych, leczenia chirurgicznego, rehabilitacji lub innego leczenia zaleconego lub przepisane przez **Lekarza** oraz wszelkie koszty hospitalizacji, opieki pielęgniarskiej i opłat za wezwanie karetki pogotowia. Koszty leczenia dentystycznego nie wchodzą w zakres kosztów świadczeń medycznych.

Złamanie kości – przerwanie ciągłości tkanki kostnej będące działaniem sił zewnętrznych, przekraczających wytrzymałość tkanki kostnej.

POSTANOWIENIA MAJĄCE ZASTOSOWANIE DO CZĘŚCI A

1. W przypadku gdy **Osoba ubezpieczona** zaginie, a właściwy sąd lub urząd państwowy wyda orzeczenie, w którym uzna **Osobę ubezpieczoną** za zmarłą, świadczenie określone w **Polisie** zostanie wypłacone. Jednakże w przypadku, gdy okaże się, że **Osoba ubezpieczona** nie zmarła, **Ubezpieczyciel** ma prawo domagać się zwrotu wszelkich wypłaconych kwot.

2. Śmierć lub Inwalidztwo w następstwie wystawienia na działanie surowych warunków pogodowych uznaje się za spowodowane Uszkodzeniem ciała.
3. W przypadku gdy Osoba ubezpieczona nie jest Pracownikiem, świadczenie z tytułu Całkowitej trwałej niezdolności do pracy zostanie wypłacone pod warunkiem, że Uszkodzenie ciała całkowicie uniemożliwia Osobie ubezpieczonej wykonywanie pracy zawodowej jakiegokolwiek rodzaju, który to stan wedle aktualnej wiedzy medycznej będzie się utrzymywać do końca życia Osoby ubezpieczonej. W takim wypadku nie zostaną wypłacone żadne świadczenia na podstawie Części A3.
4. Świadczenie wypłacane z tytułu Śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku (Część A1) Osoby ubezpieczonej, która jest Dzieckiem zostanie ograniczone do 10 000 USD z wyjątkiem sytuacji, gdy Osoba ubezpieczona, w wieku pomiędzy 16. a 18. rokiem życia, w dacie odniesienia Uszkodzenia ciała jest Pracownikiem.
5. W przypadku gdy Osoba ubezpieczona nie posiada ubezpieczenia od Śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel nie wypłaci żadnego świadczenia z tytułu Inwalidztwa (Część A2) do dnia upłynięcia 13 tygodni od Nieszczęśliwego wypadku. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie pod warunkiem, że Osoba ubezpieczona nie zmarła w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w tym okresie.
6. W przypadku gdy Osoba ubezpieczona posiada ubezpieczenie od Śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku (Część A1), jednak suma ubezpieczenia jest niższa niż z tytułu Inwalidztwa (Część A2), Ubezpieczyciel do upływu 13 tygodni od daty Uszkodzenia ciała nie wypłaci kwoty wyższej niż świadczenie z tytułu śmierci.
7. W razie gdy Osoba ubezpieczona otrzyma świadczenie z tytułu Inwalidztwa (Część A2) w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, po czym to samo Uszkodzenie ciała spowoduje śmierć Osoby ubezpieczonej, wszelkie świadczenia wypłacone z tytułu Inwalidztwa w następstwie Nieszczęśliwego wypadku zostaną zaliczone na poczet świadczenia z tytułu śmierci spowodowanej wypadkiem.
8. W przypadku gdy wnioski o wypłatę świadczeń przekraczają Maksymalną łączną kwotę świadczenia z tytułu wypadku podczas planowego lotu lub Maksymalną łączną kwotę świadczenia z tytułu nieszczęśliwego wypadku przedstawioną w Polisie, Ubezpieczyciel zmniejszy proporcjonalnie wysokość świadczenia dla każdej uprawnionej osoby tak, aby łączna kwota nie przekroczyła limitu określonego w Polisie.
9. W przypadku gdy Nieszczęśliwy wypadek skutkuje więcej niż jedną formą Inwalidztwa, kwoty ułamkowe ich dotyczące kumulują się, z tym że Ubezpieczyciel nie wypłaci kwoty przekraczającej 100% Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie dla zakresu Inwalidztwo.
10. Ubezpieczyciel zwróci Osobie ubezpieczonej poniesione przez nią i udokumentowane Koszty świadczeń medycznych – do wysokości 10% świadczenia wypłaconego w ramach Części A1 i A2, ale nie więcej niż 10 000 USD. Koszty te nie zostaną zwrócone, jeżeli ochrona ubezpieczeniowa obejmuje Część A9.
11. W przypadku gdy wnioskowane świadczenie wypłacane jest z tytułu utraty lub utraty funkcji całej kończyny, Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu utraty lub utraty funkcji jej części.

WYŁĄCZENIA DOTYCZĄCE CZĘŚCI A

1. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, w przypadku gdy do powstania Uszkodzenia ciała lub śmierci, Inwalidztwa, hospitalizacji, złamań, poniesienia Kosztów leczenia powypadkowego przyczyniły się lub stanowiły ich skutek poniższe okoliczności:
 - a) Choroba (niestanowiąca konsekwencji Uszkodzenia ciała) lub
 - b) przyczyny naturalne lub zmiany zwyrodnieniowe, lub
 - c) stopniowo pogarszający się stan zdrowia.
2. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia Osobie ubezpieczonej, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek zdarzył się po wygaśnięciu Okresu ubezpieczenia, w którym Osoba ubezpieczona ukończyła 80 lat. Dla Osoby ubezpieczonej po upływie Okresu ubezpieczenia, w którym ta osoba ukończyła 75 lat, Suma ubezpieczenia z tytułu Śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub Inwalidztwa zostanie pomniejszona do 50% Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie dla danego zakresu, ale nie więcej niż 30 000 złotych, a w pozostałych zakresach ubezpieczenia w Części A świadczenie nie zostanie wypłacone w ogóle.

ROZSZERZENIE OCHRONY W CZĘŚCI A

CZĘŚĆ A4 – ŚWIADCZENIE SZPITALNE

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 dobę hospitalizacji (po co najmniej 24-godzinnej hospitalizacji) do maksymalnie 365 dni. Świadczenie to będzie podwójne za każdą dobę hospitalizacji w przypadku dnia ustawowo wolnego od pracy.

Wyłączenia

Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia wynikającego z poniższych okoliczności lub w związku z nimi:

- a) leczenie chorób nerwowych i psychicznych, niezależnie od rodzaju,
- b) pobyt we wszelkiego rodzaju instytucjach zdrowia psychicznego oraz pobyt w instytucjach długotrwałej opieki, w tym między innymi w domach opieki społecznej, centrach rekonwalescencji, centrach lub oddziałach rehabilitacji oraz detoksykacji,
- c) badania, zabiegi i leczenie o charakterze wyłącznie kosmetycznym lub związanym z tytością, impotencją, sztucznym zapłodnieniem,
- d) hospitalizacja, która rozpoczęła się później niż w 180. dniu od daty doznania Uszkodzenia ciała.

CZĘŚĆ A5 – REKONWALESCENCJA W DOMU

Ubezpieczyciel wypłaci **Osobie ubezpieczonej** świadczenie dzienne z tytułu jego rekonwalescencji w domu, w wysokości określonej w **Polisie** dla Części A4, jeżeli **Osoba ubezpieczona** ma zalecenie od **Lekarza** zakończenia okresu rekonwalescencji w domu. Świadczenie to będzie ograniczone do maksymalnej liczby dni, za jaką **Osoba ubezpieczona** otrzymała świadczenie w ramach Części A4.

Świadczenie powyższe będzie wypłacone tylko w przypadku uznania roszczenia z tytułu Części A4.

CZĘŚĆ A6 – UTRATA PRZYTOMNOŚCI

W przypadku gdy **Uszkodzenie ciała** doznane przez **Osobę ubezpieczoną** prowadzi do utraty przytomności **Osoby ubezpieczonej**, **Ubezpieczyciel** będzie wypłacać **Osobie ubezpieczonej** świadczenie z tytułu hospitalizacji, w wysokości określonej w **Polisie**, za każdy dzień, w którym **Osoba ubezpieczona** pozostaje nieprzytomna, przez okres nieprzekraczający 365 dni. Wyżej wymienione świadczenie będzie wypłacane niezależnie od świadczeń płatnych zgodnie z Częścią A4 powyższych warunków rozszerzenia ubezpieczenia („Świadczenie szpitalne”).

CZĘŚCI A7 I A8 – ZŁAMANIA I POPARZENIA

W przypadku gdy **Osoba ubezpieczona** dozna **Uszkodzenia ciała**, które w ciągu miesiąca stanie się jedyną i niezależną od innych czynników przyczyną **Złamań 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), zuchwy, 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) od 18% (włącznie) powierzchni ciała do 27% powierzchni ciała	60%
3) od 9% (włącznie) powierzchni ciała do 18% powierzchni ciała	30%
4) od 4,5% powierzchni ciała do 9% powierzchni ciała	16%

W przypadku gdy **Osoba ubezpieczona** dozna w wyniku **Nieszczęśliwego wypadku** więcej niż jednego **Złamania kości**, wartości procentowe kumulują się, z tym że **Ubezpieczyciel** nie zapłaci kwoty przewyższającej 100% **Sumy ubezpieczenia**.

W przypadku gdy **Osoba ubezpieczona** uzyskała świadczenie z tytułu **Złamania kości** lub **Poparzenia**, a to samo **Uszkodzenie ciała** prowadzi do **Inwalidztwa**, wszelkie świadczenia płatne z tytułu **Złamania kości** lub **Poparzenia** zostaną odliczone od świadczenia z tytułu **Inwalidztwa**, a **Ubezpieczyciel** wypłaci ich różnicę.

Wyłączenia dotyczące złamań i poparzeń

Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu:

- złamania patologicznego, przeciężeniowego, marszewego (złamania szczelinowatego),
- Złamań kości** wynikających z osteoporozy lub **Złamań kości**, do których przyczyniła się osteoporoza,
- nastawiania kości.

CZĘŚĆ A9 – KOSZTY LECZENIA POWYPADKOWEGO

Jeżeli **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 (z uwzględnieniem **Udziału własnego**, jeśli ma zastosowanie) do wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie**.

Definicje do Części A9

Koszty leczenia powypadkowego – rzeczywiste wydatki poniesione przez **Osobę ubezpieczoną**, w ciągu 24 miesięcy od doznania **Uszkodzenia ciała**, z tytułu zabiegów i leków zaleconych przez **Lekarza** prowadzącego, w tym:

- koszty usług świadczonych przez **Lekarza** lub pielęgniarkę,
- koszty sali jednoosobowej i koszt sali operacyjnej w placówce medycznej,
- koszty znieczulenia (w tym koszty podania znieczulenia), wykonania badania rentgenowskiego, koszty badań laboratoryjnych,
- koszt wezwania karetki pogotowia,
- leki, usługi terapeutyczne i materiały,
- koszty rehabilitacji.

Natychmiastowe leczenie – leczenie rozpoczynające się w ciągu 72 godzin od doznania **Uszkodzenia ciała**.

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, Tetraplegii Ubezpieczyciel** pokryje do maksymalnej wysokości 6000 złotych:

- poniesione przez **Osobę ubezpieczoną** wszelkie uzasadnione koszty przekwalifikowania, tak aby przygotować **Osobę ubezpieczoną** do wykonywania innego zawodu, lub
- poniesione przez **Osobę ubezpieczoną** wszelkie uzasadnione koszty w celu przystosowania jej do życia w zmienionych warunkach po wypadku.

CZĘŚĆ A11 – KOSZTY POGRZEBU

W przypadku płatności z tytułu **Śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel** pokryje uzasadnione koszty pogrzebu w Polsce każdej **Osoby ubezpieczonej** do maksymalnej wysokości 5000 złotych.

CZĘŚĆ A12 – KOSZT ZAKUPU WÓZKA INWALIDZKIEGO

W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu **Inwalidztwa, Ubezpieczyciel** zwróci **Osobie ubezpieczonej** koszt zakupu wózka inwalidzkiego (jeżeli **Inwalidztwo** to skutkuje koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim) oraz koszty zakupu lub naprawy środków ortopedycznych i pomocniczych, do maksymalnej wysokości 6000 złotych.

CZĘŚĆ A13 – UCIAŻLIWE LECZENIE

Jeżeli leczenie **Osoby ubezpieczonej** było **Uciążliwym leczeniem, Ubezpieczyciel** wypłaci **Osobie ubezpieczonej** świadczenie w wysokości 2% **Sumy ubezpieczenia** dla Części A2, ale nie więcej niż 2000 złotych. **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

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

CZĘŚĆ B – PODRÓŻ**CZĘŚĆ B1.1 – KOSZTY LECZENIA I NIEPRZEWIDZIANE KOSZTY PODRÓŻY**

Jeżeli **Osoba ubezpieczona** dozna **Uszkodzenia ciała** lub zapadnie na **Chorobę** w **Okresie ochrony, Ubezpieczyciel** pokryje uzasadnione i niezbędne **Koszty leczenia** oraz **Nieprzewidziane koszty podróży** poniesione bezpośrednio w wyniku powyższych okoliczności, w okresie do 24 miesięcy od dnia **Uszkodzenia ciała** lub zdiagnozowania **Choroby**, do wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie** (z uwzględnieniem **Udziału własnego**, jeśli ma on zastosowanie).

Definicje dotyczące Części B1.1

Koszty leczenia – **Zwykłe i uzasadnione koszty** poniesione poza Polską lub **Krajem stałego zamieszkania Osoby ubezpieczonej** z tytułu usług medycznych, zabiegów chirurgicznych lub innego rodzaju pomocy lub leczenia, wykonanych lub zaleconych przez **Lekarza**, jak też wszystkie opłaty za pobyt w szpitalu, domu opieki oraz opłaty za korzystanie z karetki pogotowia ratunkowego.

Koszty leczenia związane z ciążą i porodem pokrywane są do zakończenia 32. tygodnia ciąży.

Koszty leczenia stomatologicznego pokrywane są do **Sumy ubezpieczenia** określonej w punkcie B1.1a **Polisy**, o ile wynikają z **Uszkodzenia ciała** lub niespodziewanego i nagłego bólu wymagającego leczenia. **Ubezpieczyciel** nie pokrywa kosztów stałych koron ani sztucznej szczęki.

Nieprzewidziane koszty podróży – dodatkowe wydatki na pokrycie kosztów podróży klasą ekonomiczną, jak też koszty zakwaterowania poniesione przez **Osobę ubezpieczoną** oraz maksymalnie dwie osoby (członka rodziny lub współpracownika **Osoby ubezpieczonej**), które muszą do niej dojechać, pozostać z nią lub towarzyszyć jej w podróży (jeżeli ich obecność była konieczna i zalecona przez lekarza prowadzącego leczenie za granicą). Powyższe niezbędne koszty muszą zostać zaakceptowane przez **Ubezpieczyciela** przed ich poniesieniem.

Warunki dotyczące Części B1.1

Ubezpieczający lub **Osoba ubezpieczona** zobowiązani są do skontaktowania się z **Centrum Assistance** tak szybko, jak będzie to możliwe, w przypadku gdy **Osoba ubezpieczona** wymaga leczenia w wyniku **Uszkodzenia ciała** lub **Choroby**.

Jeżeli **Ubezpieczający** lub **Osoba ubezpieczona** nie dopełnili powyższego obowiązku, a miało to wpływ na ustalenie odpowiedzialności lub zwiększenie rozmiarów szkody, **Ubezpieczyciel** zastrzega sobie prawo do zmniejszenia świadczenia albo pokrycia kosztów usług w wysokości, w jakiej **Ubezpieczyciel** by je poniósł w przypadku zorganizowania usług przez **Centrum Assistance**.

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.

Rozszerzenie ochrony w Części B1.1

W przypadku uznania roszczenia na podstawie niniejszej Części B1.1, **Ubezpieczyciel** dodatkowo pokryje niezbędne koszty hospitalizacji **Osoby ubezpieczonej**, poniesione w ciągu 3 miesięcy od daty powrotu do Polski, do maksymalnej kwoty 5000 USD. Koszty te będą pokryte, o ile wynikają z kontynuacji leczenia rozpoczętego poza granicami Polski.

Wyłączenia dotyczące Części B1.1

Ubezpieczyciel nie wypłaca świadczeń z tytułu roszczeń:

- jeżeli **Osoba ubezpieczona** podróżuje wbrew zaleceniom **Lekarza**,
- jeżeli celem **Podróży** jest uzyskanie leczenia lub porady medycznej.

CZĘŚĆ B1.2 – KOSZTY AKCJI RATOWNICZEJ

Jeżeli **Osoba ubezpieczona** dozna **Uszkodzenia ciała** lub zapadnie na **Chorobę** w **Okresie ochrony**, **Ubezpieczyciel** pokryje niezbędne i uzasadnione **Koszty akcji ratowniczej** poniesione bezpośrednio w wyniku powyższych okoliczności, do wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie**.

Definicja do Części B1.2

Koszty akcji ratowniczej

- Koszty transportu z wykorzystaniem odpowiednich środków transportu do odpowiedniej placówki medycznej lub do miejsca zamieszkania **Osoby ubezpieczonej** w Polsce lub w **Kraju stałego zamieszkania**, zgodnie z zaleceniem doradcy medycznego powołanego przez **Ubezpieczyciela**, wydanym w porozumieniu z **Lekarzem** prowadzącym, opiekującym się pacjentem na miejscu.
- W przypadku śmierci koszty transportu ciała lub prochów oraz przedmiotów użytku osobistego **Osoby ubezpieczonej** z powrotem do Polski lub do **Kraju stałego zamieszkania**.
- Koszty pogrzebu poza Polską lub **Krajem stałego zamieszkania Osoby ubezpieczonej** do wysokości 10 000 USD.

Warunki dotyczące Części B1.2

- Ubezpieczający** lub **Osoba ubezpieczona** obowiązani są skontaktować się z **Centrum Assistance** tak szybko, jak będzie to możliwe, jeżeli w wyniku **Uszkodzenia ciała** lub **Choroby** niezbędna będzie akcja ratownicza. Koszty akcji ratowniczej muszą zostać zatwierdzone przez **Centrum Assistance**.
- Jeżeli **Ubezpieczający** lub **Osoba ubezpieczona** nie dopełnili powyższego obowiązku, a miało to wpływ na ustalenie odpowiedzialności lub zwiększenie rozmiarów szkody, **Ubezpieczyciel** zastrzega sobie prawo do zmniejszenia świadczenia albo pokrycia kosztów usług w wysokości, w jakiej **Ubezpieczyciel** by je poniósł w przypadku zorganizowania usług przez **Centrum Assistance**.
- 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.

Rozszerzenie ochrony w Części B1.2

Ubezpieczyciel dodatkowo pokryje niezbędne i udokumentowane koszty poniesione na akcję poszukiwania **Osoby ubezpieczonej** prowadzoną przez wyspecjalizowane służby ratownicze w celu ratowania jej życia lub zdrowia, do maksymalnej wysokości 6000 USD. Za poszukiwanie uznaje się okres od zgłoszenia zaginięcia **Osoby ubezpieczonej** do momentu jej odnalezienia lub zaprzestania akcji poszukiwania.

Wyłączenia dotyczące Części B1.2

Ubezpieczyciel nie wypłaca świadczeń z tytułu roszczeń:

- jeżeli **Osoba ubezpieczona** podróżuje wbrew zaleceniom **Lekarza**,

- b) jeżeli celem **Podróży** jest uzyskanie leczenia lub porady medycznej,
 c) przekraczających 2000 USD, a wynikających z faktu urodzenia dziecka przez **Osobę ubezpieczoną**.

CZĘŚĆ B1.3 – ASSISTANCE

Sieć biur **Centrum Assistance** jest dostępna ilekroć **Osoba ubezpieczona** podróżuje w **Okresie ochrony**. W przypadku gdy niezbędne jest skorzystanie z pomocy medycznej, **Osoba ubezpieczona** winna skontaktować się z **Centrum Assistance**. Pomoc udzielana jest zgodnie z zasadami określonymi w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

W przypadku skontaktowania się z **Centrum Assistance** w celu uzyskania pomocy, należy podać następujące informacje:

- imię i nazwisko **Osoby ubezpieczonej** oraz numer **Polisy**,
- numer telefonu, telefaksu lub adres e-mail, w przypadku gdy z **Osobą ubezpieczoną** można się skontaktować,
- adres **Osoby ubezpieczonej** za granicą,
- opis sytuacji, rodzaj nagłego wypadku lub choroby,
- nazwę pracodawcy **Osoby ubezpieczonej** bądź spółki lub instytucji, z którą jest związana w ramach **Polisy**.

Usługi pomocy medycznej:

1) Obsługa całodobowa	Linie telefoniczne obsługiwane są przez całą dobę, 365 dni w roku, przez koordynatorów pomocy medycznej posługujących się językami obcymi oraz posiadających doświadczenie w zakresie procedur stosowanych przez szpitale i kliniki na całym świecie.
2) Personel medyczny	Wysoko wykwalifikowani konsultanci medyczni oraz personel pielęgniarski są dostępni w każdym czasie celem zapewnienia najwyższego leczenia.
3) Porady medyczne i skierowania	Centrum Assistance świadczy na rzecz Osób ubezpieczonych następujące usługi: <ul style="list-style-type: none"> • telefoniczne porady medyczne na rzecz Osoby ubezpieczonej, • informacje o lekarzach i szpitalach na całym świecie, • umawianie wizyt lekarskich dla Osoby ubezpieczonej, • załatwianie spraw związanych z przyjęciem Osoby ubezpieczonej do szpitala.
4) Bezpośrednie fakturowanie	W przypadkach gdy jest to możliwe, Centrum Assistance rozlicza koszty ze szpitalami na całym świecie poprzez bezpośrednie fakturowanie, tak by Osoba ubezpieczona nie musiała korzystać z własnych środków gotówkowych lub karty kredytowej.
5) Lotnicze pogotowie ratunkowe	Transport do kraju lub do placówki medycznej odbywa się lotniczym pogotowiem ratunkowym, samolotem rejsowym lub innym odpowiednim środkiem transportu, w zależności od okoliczności, w razie potrzeby z udziałem zespołu medycznego z pełnym wyposażeniem. W przypadku powrotu, jeżeli zachodzi taka potrzeba, odpowiedni środek transportu dowozi Osobę ubezpieczoną do szpitala lub do domu.
6) Dostawy środków medycznych w nagłych przypadkach	Centrum Assistance udziela pomocy w lokalizacji i wysyłaniu niezbędnych środków medycznych, jeżeli nie są one dostępne lokalnie.

Usługi pomocy w podróży:

1) Porady wizowe, informacje o szczepieniach	Centrum Assistance udziela informacji dotyczących wymogów wizowych oraz wymogów dotyczących szczepień obowiązujących w innych krajach.
2) Porady w sprawie utraty bagażu, paszportu, dokumentów lub biletów	Centrum Assistance udziela Osobie ubezpieczonej ogólnych porad w przypadku utraty bagażu przez tę osobę lub w przypadku kradzieży jej bagażu, paszportu, dokumentów lub biletów podczas podróży zagranicznej.
3) Przekazywanie wiadomości w nagłych przypadkach	W nagłych przypadkach lub w razie hospitalizacji Centrum Assistance niezwłocznie informuje o tym najbliższą rodzinę Osoby ubezpieczonej . Centrum Assistance koordynuje niezbędną wymianę informacji.
4) Zorganizowanie zakwaterowania w hotelu	Centrum Assistance udziela informacji dotyczących hoteli oraz usług i stawek hotelowych Osobie ubezpieczonej , zastępującemu ją współpracownikowi lub członkowi rodziny odbywającemu podróż celem towarzyszenia chorej Osobie ubezpieczonej . Centrum Assistance rezerwuje pokój w hotelu oraz potwierdza szczegóły rezerwacji przed planowanym przyjazdem.
5) Zorganizowanie wizyty krewnego lub przyjaciela	Centrum Assistance organizuje przelot w obie strony krewnego lub przyjaciela (jednej osoby) Osoby ubezpieczonej , która podróżując samotnie jest hospitalizowana poza Krajem stałego zamieszkania przez okres dłuższy niż pięć dni, oraz pokrywa jego koszty.
6) Zorganizowanie powrotu nieletnich dzieci	Centrum Assistance organizuje powrót nieletnich dzieci (do 18. roku życia) do ich Kraju stałego zamieszkania bądź też usługi transportowe w nagłych przypadkach, gdy w wyniku Uszkodzenia ciała lub Choroby Osoby ubezpieczonej zostaną one pozbawione opieki.

CZĘŚĆ B1.4 – KOSZTY OBSŁUGI PRAWNEJ

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 w **Okresie ochrony**.

Definicje do części B1.4

Przedstawiciel prawny – prawnik lub kancelaria prawnicza wyznaczona do działania na rzecz **Osoby ubezpieczonej**.

Koszty obsługi prawnej

1. Wszelkie 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, jak też koszty i wydatki poniesione przez **Ubezpieczyciela** w związku z roszczeniem lub postępowaniem prawnym.
2. Wszelkie koszty przypadające do zapłaty przez **Osobę ubezpieczoną** po zasądzeniu kosztów przez sąd lub inny trybunał, jak też wszelkie koszty przypadające do zapłaty po zawarciu ugody pozasądowej w związku z jakimkolwiek roszczeniem lub postępowaniem prawnym.
3. Wszelkie opłaty, wydatki, koszty i inne kwoty poniesione w uzasadniony sposób przez **Przedstawiciela prawnego** w związku z odwołaniem od wyroku sądu lub innego trybunału bądź też orzeczenia arbitra lub odpieraniem odwołania.

Warunki dotyczące roszczeń, odnoszące się do Części B1.4

1. **Osoba ubezpieczona** obowiązana jest uzyskać uprzednią pisemną zgodę **Ubezpieczyciela** na pokrycie **Kosztów obsługi prawnej**. Zgoda ta jest wydawana, jeżeli **Osoba ubezpieczona** może wykazać wobec **Ubezpieczyciela**, że:
 - a) istnieją uzasadnione podstawy do przeprowadzenia postępowania prawnego, oraz
 - b) pokrycie **Kosztów obsługi prawnej** w danej sprawie jest uzasadnione.

Decyzja o wydaniu zgody jest podejmowana z uwzględnieniem opinii **Przedstawiciela prawnego** oraz doradców własnych **Ubezpieczyciela**.

Wszystkie roszczenia lub postępowania prawne, w tym zaskarżenie wyroku, wynikające z tej samej pierwotnej przyczyny, zdarzenia lub okoliczności, są traktowane jako pojedyncze roszczenie.

2. Jeżeli **Osoba ubezpieczona** wygra spór, wszelkie **Koszty obsługi prawnej** poniesione przez **Ubezpieczyciela** zostaną mu zwrócone przez **Osobę ubezpieczoną**.

Wyłączenia dotyczące Części B1.4

Ubezpieczyciel nie pokrywa:

- a) **Kosztów obsługi prawnej** poniesionych w związku z odpieraniem roszczeń cywilnych lub postępowaniem prawnym przeciwko **Osobie ubezpieczonej**,
- b) kosztów kar pieniężnych ani innych nałożonych przez sąd karny,
- c) **Kosztów obsługi prawnej** poniesionych w związku z przestępstwem popełnionym przez **Osobę ubezpieczoną**,
- d) **Kosztów obsługi prawnej** poniesionych w związku z dochodzeniem roszczeń wobec agencji podróży, biura podróży, **Ubezpieczyciela** lub ich przedstawicieli,
- e) **Kosztów obsługi prawnej** poniesionych przez **Osobę ubezpieczoną** w związku z roszczeniem wobec **Ubezpieczającego**, **Ubezpieczyciela** lub jakiegokolwiek instytucji lub osoby uczestniczącej w udzieleniu niniejszej ochrony ubezpieczeniowej.

CZĘŚĆ B1.5 – ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA

Jeżeli **Osoba ubezpieczona** w trakcie **Podróży** w **Okresie ochrony** spowoduje **Uszkodzenie ciała, Chorobę** lub utratę/uszkodzenie mienia osoby trzeciej, w wyniku czego ponosić będzie odpowiedzialność prawną w stosunku do tej osoby, to **Ubezpieczyciel** pokryje koszty odpowiedzialności prawnej **Osoby ubezpieczonej** do wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie**.

Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności **Ubezpieczyciela** z tytułu wszystkich zdarzeń, do jakich doszło w **Okresie ubezpieczenia**.

Postanowienia dotyczące Części B1.5

1. **Ubezpieczyciel** pokrywa ponadto wszystkie koszty i wydatki poniesione za jego pisemną zgodą w związku z odpieraniem roszczeń wobec **Osoby ubezpieczonej**, które mogą być przedmiotem zwolnienia z odpowiedzialności na podstawie niniejszej Części.
2. Bez pisemnej zgody **Ubezpieczyciela** nie wolno jest przyjmować odpowiedzialności ani zobowiązań, czynić propozycji ani dokonywać płatności.
3. **Ubezpieczyciel**, jeżeli uzna to za niezbędne, przejmuje i prowadzi obronę w przypadku roszczeń w stosunku do **Osoby ubezpieczonej** lub negocjacje w sprawie ugody oraz w tym celu może podejmować działania w imieniu **Osoby ubezpieczonej**. **Ubezpieczyciel** może prowadzić obronę według własnego uznania. **Ubezpieczyciel** może dochodzić sędownie, na własny koszt i dla własnej korzyści, wszelkich roszczeń lub odszkodowania od jakiegokolwiek innej osoby.
4. **Osoba ubezpieczona** udzieli **Ubezpieczycielowi** niezbędnej pomocy w odpieraniu lub dochodzeniu na drodze sądowej wszelkich roszczeń, jak też przekaze mu wszystkie dostępne jej informacje i dokumenty.

Wyłączenia dotyczące Części B1.5

Ubezpieczyciel nie pokryje kosztów w przypadku odpowiedzialności wynikającej z okoliczności będących skutkiem:

- a) Uszkodzenia ciała lub Choroby osoby będącej pracownikiem Ubezpieczającego lub Osoby ubezpieczonej, w sytuacji gdy uszkodzenie wynika z wykonywania obowiązków służbowych na rzecz Ubezpieczającego lub Osoby ubezpieczonej,
- b) odpowiedzialności wynikającej bezpośrednio lub pośrednio ze zdarzenia spowodowanego przez silnikowy pojazd lądowy, statek powietrzny lub jednostkę pływającą lub w związku z ich użytkowaniem,
- c) odpowiedzialności wynikającej bezpośrednio lub pośrednio ze zdarzenia spowodowanego w związku z:
 - własnością, posiadaniem lub użytkowaniem gruntu, budynków, nieruchomości,
 - działaniem umyślnym lub bezprawnym,
 - wykonywaniem zawodu lub prowadzeniem działalności,
 - działalnością związaną z jakimikolwiek wyścigami,
- d) utraty lub uszkodzenia w wyniku wypadku mienia stanowiącego własność Ubezpieczającego, Osoby ubezpieczonej, ich pracownika lub członka rodziny Osoby ubezpieczonej bądź też osoby pozostającej z nią we wspólnym gospodarstwie domowym, jak też mienia znajdującego się pod ich opieką lub kontrolą,
- e) odpowiedzialności Ubezpieczającego lub Osoby ubezpieczonej wynikającej z wyraźnych warunków umowy, chyba że odpowiedzialność ta wynikłaby niezależnie od tego, czy jest wyraźnie przewidziana umową, czy też nie,
- f) jakichkolwiek roszczeń w sytuacji gdy Osoba ubezpieczona jest niepoczytalna lub roszczeń wynikających z sytuacji gdy Osoba ubezpieczona była pod wpływem lub pod działaniem narkotyków lub środków farmakologicznych (innych niż przyjmowane z zalecenia Lekarza), alkoholu lub wziewnych środków odurzających,
- g) jakichkolwiek roszczeń wynikających z zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS) lub związanych z nim chorób bądź też chorób przenoszonych drogą płciową, na które choruje Osoba ubezpieczona,
- h) zobowiązań z tytułu kar pieniężnych i innych, w tym kar umownych, odszkodowań o charakterze karnym lub odszkodowań za straty moralne.

CZĘŚĆ B2 – MIENIE OSOBISTE

Jeżeli Mienie osobiste Osoby ubezpieczonej zaginie bądź też zostanie skradzione lub uszkodzone w Podróży w Okresie ochrony, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczającemu lub Osobie ubezpieczonej odszkodowanie z tytułu utraty lub zwróci koszty naprawy do wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie.

Jeżeli Mienie osobiste Osoby ubezpieczonej zostanie tymczasowo utracone na czas dłuższy niż cztery godziny w trakcie wyjazdu lub kontynuacji Podróży, Ubezpieczyciel wypłaci kwotę do wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie, lecz nie więcej niż 1000 USD i nie więcej niż 75 USD za każdą godzinę powyżej czwartej godziny, z tytułu kosztów kupna artykułów pierwszej potrzeby oraz przedmiotów niezbędnych do zastąpienia przedmiotów utraconych zgodnie z uzasadnionymi kryteriami. Jeżeli Mienie osobiste, które zostało utracone tymczasowo stanie się mieniem utraconym w sposób trwały, w wyniku czego zgłoszone zostanie roszczenie, Ubezpieczyciel odliczy od kwoty ostatecznej płatności kwotę wypłaconą już tytułem straty tymczasowej.

Jeżeli w Okresie ochrony paszport, wiza, pieniądze, bilety podrózne lub inne podstawowe dokumenty podróży Osoby ubezpieczonej zaginę lub ulegną uszkodzeniu, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczającemu lub Osobie ubezpieczonej odszkodowanie z tytułu uzasadnionych i niezbędnych dodatkowych kosztów podróży lub zakwaterowania do wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie, lecz nie więcej niż 1000 USD.

Definicje do Części B2

Mienie osobiste – mienie stanowiące własność Osoby ubezpieczonej lub znajdujące się pod jej opieką lub kontrolą.

Przewoźnik – każdy posiadający odpowiednią licencję operator pojazdu lądowego, jednostki pływającej lub statku powietrznego, służących do przewozu pasażerów za opłatą.

Postanowienia dotyczące roszczeń, mające zastosowanie do Części B2

1. Wszystkie roszczenia podlegają wycenie wartości dokonywanej na podstawie wieku i szacowanego zużycia artykułów będących podstawą roszczenia.
2. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie ponad wysokość kwot wypłaconych przez Przewoźnika. W przypadku roszczenia dotyczącego straty lub uszkodzenia w transporcie, Osoba ubezpieczona obowiązana jest niezwłocznie powiadomić danego Przewoźnika lub odpowiednią jednostkę policji.
3. W przypadku zgłoszenia roszczenia Osoba ubezpieczona zobowiązana jest do przedłożenia następujących dokumentów:
 - a) kopii każdego oświadczenia o stracie, kradzieży lub uszkodzeniu, złożonego odpowiedniemu Przewoźnikowi lub policji;
 - b) kopii raportu sporządzonego przez danego Przewoźnika lub policję,
 - c) w przypadku zgubienia przez Przewoźnika – oryginałów biletów i kwitów bagażowych,
 - d) listy Mienia osobistego, które zostało skradzione, utracone lub uszkodzone, z podaniem daty i miejsca kupna oraz wartości kupna, jeżeli Osoba ubezpieczona jest w stanie podać te informacje,
 - e) oryginałów dowodu kupna utraconych, skradzionych lub uszkodzonych przedmiotów, o ile są dostępne,
 - f) oryginałów dowodów kupna, które wymagane są w przypadku roszczeń dotyczących towarów zakupionych w czasie Podróży,
 - g) odpowiednich dokumentów potwierdzających płatności faktycznie dokonane przez Przewoźnika na rzecz Osoby ubezpieczonej.

Wyłączenia dotyczące Części B2

Ubezpieczyciel nie wypłaca odszkodowania za:

- a) wszelkie przedmioty wycenione na kwotę powyżej 1500 USD, chyba że **Ubezpieczający** lub **Osoba ubezpieczona** pokrywa pierwsze 25% każdej kwoty o jaką przekroczona zostanie kwota 1500 USD, do wysokości wartości odtworzeniowej danego przedmiotu lub do wysokości **Sumy ubezpieczenia**, jeżeli będzie niższa,
- b) straty wynikające z obtłuczenia, zadrapania lub stłuczenia artykułów wykonanych ze szkła lub porcelany lub innych delikatnych artykułów, chyba że szkoda nastąpiła w wyniku pożaru, kradzieży lub wypadku środka transportu, w którym były przewożone,
- c) utratę lub uszkodzenie sprzętu sportowego w trakcie jego użytkowania,
- d) utratę lub uszkodzenie spowodowane:
 - przez mole, inne szkodniki, zużycie, warunki atmosferyczne lub klimatyczne lub stopniowe pogorszenie stanu,
 - awarię mechaniczną lub elektryczną,
 - jakiegokolwiek proces czyszczenia, farbowania, renowacji, naprawy lub przeróbki,
 - utratą **Środków pieniężnych** (zgodnie z definicją zawartą w Części B3), obligacji oraz wszelkiego rodzaju zbywalnych instrumentów i papierów wartościowych,
 - utratą lub uszkodzeniem w wyniku opóźnienia, zatrzymania lub konfiskaty na skutek nakazu jakiegokolwiek rządu lub władz państwowych,
 - utratą lub uszkodzeniem pojazdów, ich akcesoriów lub części zamiennych,
 - kradzieżą z pojazdu silnikowego, chyba że była to kradzież z włamaniem, a przedmioty nie były na widoku,
 - utratę lub uszkodzenie **Mienia osobistego**, wysłanego jako ładunek lub na podstawie lotniczego listu przewozowego, innego listu przewozowego lub pocztą kurierską.

CZĘŚĆ B3 – ŚRODKI PIENIĘŻNE

Ubezpieczyciel pokryje straty poniesione przez **Osobę ubezpieczoną** w związku z utratą lub kradzieżą **Środków pieniężnych** oraz stratę finansową poniesioną w wyniku nielegalnego wykorzystania karty kredytowej, debetowej lub obciążeniowej w **Okresie ochrony**, do wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie**.

Definicja do Części B3

Środki pieniężne – monety, banknoty, чеки bankierskie, karty kredytowe, debetowe i obciążeniowe, karty telefoniczne, чеки podróżne oraz bilety podróżne należące do **Osoby ubezpieczonej** lub znajdujące się pod jej opieką lub kontrolą, przeznaczone wyłącznie na podróż, posiłki, zakwaterowanie oraz wydatki osobiste.

Wyłączenie mające zastosowanie do Części B3

Waluty obce i чеки podróżne nabyte na potrzeby **Podróży** są objęte ubezpieczeniem od czasu ich odbioru lub od momentu przypadającego na 120 godzin przed wyjazdem w **Podróż**, w zależności od tego, co nastąpi później, do momentu przypadającego 120 godzin po zakończeniu podróży lub do zdeponowania lub realizacji, w zależności od tego, co nastąpi wcześniej.

Postanowienia dotyczące roszczeń, mające zastosowanie do Części B3

W przypadku powstania roszczenia:

- a) **Osoba ubezpieczona** zobowiązana jest do niezwłocznego zawiadomienia odpowiedniej jednostki policji o utracie lub kradzieży, nie później niż w terminie 48 godzin od momentu stwierdzenia faktu utraty lub kradzieży,
- b) w chwili zgłaszania roszczenia należy przedłożyć kopię odpowiedniego raportu policji,
- c) raporty policji należy uzyskać w miejscu, gdzie nastąpiła utrata.

Wyłączenia dotyczące Części B3

Ubezpieczyciel nie wypłaca odszkodowania za:

- a) utratę środków gotówkowych przekraczających kwotę 500 USD,
- b) utratę lub kradzież karty kredytowej, obciążeniowej lub płatniczej, w przypadku gdy **Osoba ubezpieczona** nie przestrzegała wszystkich warunków, na których karta została wydana,
- c) niedobory wynikające z konfiskaty lub zatrzymania przez pracowników urzędu celnego lub innych urzędników, błędu, pominięcia lub obniżenia wartości.

CZĘŚĆ B4 – ANULOWANIE, SKRÓCENIE LUB OPÓŹNIENIE PODRÓŻY

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

A. ANULOWANIE PODRÓŻY

W przypadku gdy **Podróż** musi być anulowana przed wyjazdem, **Ubezpieczyciel** pokrywa koszty wszystkich depozytów i zaliczek wpłaconych na poczet kosztów transportu i zakwaterowania, które nie podlegają zwrotowi z innych źródeł.

B. SKRÓCENIE, ZMIANA W PODRÓŻY

W przypadku gdy **Podróż** musi zostać skrócona lub zmieniona po jej rozpoczęciu, **Ubezpieczyciel** pokryje wszystkie wydatki, które:

- zostały lub zostaną poniesione, lub
- staną się wymagalne na mocy umowy, i
- nie podlegają zwrotowi z innych źródeł.

W przypadku gdy **Podróż** musi zostać skrócona po jej rozpoczęciu, **Ubezpieczyciel** pokrywa dodatkowe koszty podróży i zakwaterowania, których poniesienie jest niezbędne, pomniejszone o wszelkie kwoty podlegające odzyskaniu z innych źródeł:

- celem zapewnienia powrotu **Osoby ubezpieczonej** do Polski lub do **Kraju stałego zamieszkania**,
- celem wysłania w zastępstwie **Osoby ubezpieczonej** innej osoby, która przyjmie na siebie obowiązki **Osoby ubezpieczonej**.

Gdy elementy **Podróży** objęte wcześniejszą rezerwacją muszą być zmienione po rozpoczęciu **Podróży**, **Ubezpieczyciel** zwraca **Ubezpieczającemu** lub **Osobie ubezpieczonej** dodatkowe koszty podróży i zakwaterowania niepodlegające zwrotowi z innych źródeł, których poniesienie jest niezbędne celem umożliwienia **Osobie ubezpieczonej** kontynuowania **Podróży** lub powrotu do Polski lub **Kraju stałego zamieszkania**.

C. OPÓŹNIENIE W PODRÓŻY

Ubezpieczyciel zwróci **Ubezpieczającemu** lub **Osobie ubezpieczonej** poniesione wydatki na dobra pierwszej potrzeby, takie jak posiłki, przekąski i napoje oraz zakwaterowanie, do wysokości 75 USD za każdą godzinę, po minimum 4 godzinach opóźnienia, do wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie**, lecz nie więcej niż 500 USD, jeżeli wypłynięcie statku, wylot samolotu lub odjazd pociągu lub autobusu, w którym **Osoba ubezpieczona** ma zarezerwowane miejsce podrózne celem dotarcia do miejsca przeznaczenia, ulegnie opóźnieniu na początku **Podróży** lub na końcu **Podróży**, a opóźnienie to jest wynikiem strajku, innych protestów pracowniczych, niekorzystnych warunków pogodowych lub awarii mechanicznej.

Rozszerzenie dotyczące Części B4

Jeżeli **Pracownik Ubezpieczającego** złoży rezygnację lub stosunek zatrudnienia z nim zostanie rozwiązany na więcej niż 31 dni przed **Podróżą** objętą wcześniejszą rezerwacją, w związku z anulowaniem **Podróży** **Ubezpieczyciel** zwróci **Ubezpieczającemu** kwotę wszystkich depozytów i zaliczek wpłaconych na poczet kosztów transportu i zakwaterowania, pomniejszoną o koszty podlegające zwrotowi z innych źródeł.

Postanowienia dotyczące roszczeń, mające zastosowanie do Części B4

Wszelkie żądane przez **Ubezpieczyciela** dowody, które będą niezbędne do wykazania okoliczności, na które **Ubezpieczający** lub **Osoba ubezpieczona** nie mają wpływu, a które stanowią przyczynę roszczenia w świetle niniejszej Części, winny być dostarczone bez obciążania **Ubezpieczyciela** jakimikolwiek kosztami, w formie i w zakresie żądanym przez **Ubezpieczyciela**.

Wyłączenia dotyczące Części B4

Ubezpieczyciel nie wypłaca świadczenia, jeżeli **Podróż** została anulowana, skrócona, zmieniona lub opóźniona w wyniku:

- decyzji **Osoby ubezpieczonej** o nieodbywaniu **Podróży** lub, jeżeli **Podróż** została już rozpoczęta, o jej niekontynuowaniu,
- zwolnienia **Osoby ubezpieczonej** w wyniku redukcji personelu, złożenia przez nią wypowiedzenia lub wypowiedzenia jej umowy o pracę w okresie 31 dni poprzedzających **Podróż** objętą wcześniejszą rezerwacją lub po rozpoczęciu **Podróży**,
- redukcji personelu, złożenia wypowiedzenia przez **Osobę ubezpieczoną** lub rozwiązania z nią stosunku zatrudnienia po rozpoczęciu **Podróży**,
- sytuacji finansowej **Ubezpieczającego** lub **Osoby ubezpieczonej** lub okoliczności związanych z ich działalnością gospodarczą,
- niewypełnienia zobowiązań przez podmiot zapewniający transport lub zakwaterowanie działający na rzecz **Ubezpieczającego** lub **Osoby ubezpieczonej**, lub ich agenta,
- przepisów wprowadzonych przez władze państwowe lub rząd,
- awarii mechanicznej lub innego rodzaju awarii środków transportu (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, w którym **Osoba ubezpieczona** ma zarezerwowane miejsce, ulega opóźnieniu o więcej niż 24 godziny,
- protestów pracowniczych, na skutek których odpłynięcie statku, wylot samolotu lub odjazd pociągu, w którym zarezerwowane jest miejsce **Osoby ubezpieczonej**, został opóźniony o więcej niż 24 godziny; **Ubezpieczyciel** nie wypłaca świadczenia, jeżeli protest pracowniczy istniał lub istniała możliwość jego rozpoczęcia przed dniem, na który dokonana była rezerwacja związana z **Podróżą**, oraz uprzedzono o jego istnieniu lub możliwości rozpoczęcia,
- odbycia podróży lub zamiaru odbycia **Podróży** przez **Osobę ubezpieczoną** wbrew zaleceniom **Lekarza** bądź też w celu leczenia.

Ponadto **Ubezpieczyciel** nie wypłaci żadnych świadczeń z tytułu anulowania **Podróży** zgłoszonych po opóźnieniu statku, samolotu lub pociągu, jeżeli:

- Osoba ubezpieczona** nie przejdzie przez odprawę podróźnych zgodnie z podanym planem, chyba że uchybienie to wynikać będzie z protestu pracowniczego, lub
- opóźnienie wynika z wycofania z ruchu, na stałe lub tymczasowo, statku, samolotu lub pociągu na podstawie zarządzenia lub zalecenia władz portu, dyrekcji kolei, władz lotniczych lub podobnego organu w dowolnym kraju.

CZĘŚĆ B5 – ANULOWANIE, SKRÓCENIE LUB OPÓŹNIENIE PODRÓŻY – KATASTROFA NATURALNA

Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczającemu lub Osobie ubezpieczonej odszkodowanie do wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie, jeżeli Podróż w Okresie ochrony musi zostać anulowana, skrócona lub zmieniona bezpośrednio w wyniku Katastrofy naturalnej.

A. ANULOWANIE PODRÓŻY

W przypadku gdy Podróż musi być anulowana przed wyjazdem, Ubezpieczyciel pokrywa koszty wszystkich depozytów i zaliczek wpłaconych na poczet kosztów zakwaterowania, które nie podlegają zwrotowi z innych źródeł.

B. SKRÓCENIE, ZMIANA W PODRÓŻY

W przypadku gdy Podróż musi zostać skrócona lub zmieniona po jej rozpoczęciu, Ubezpieczyciel pokryje wszystkie wydatki dotyczące zakwaterowania, które:

- a) zostały lub zostaną poniesione, lub
- b) staną się wymagalne na mocy umowy, i
- c) nie podlegają zwrotowi z innych źródeł.

Gdy elementy Podróży objęte wcześniejszą rezerwacją muszą być zmienione po rozpoczęciu Podróży, Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu lub Osobie ubezpieczonej dodatkowe koszty podróży i zakwaterowania niepodlegające zwrotowi z innych źródeł, których poniesienie jest niezbędne celem umożliwienia Osobie ubezpieczonej kontynuowania Podróży lub powrotu do Polski lub Kraju stałego zamieszkania.

C. OPÓŹNIENIE W PODRÓŻY

Jeżeli wypłynięcie statku, wylot samolotu lub odjazd pociągu lub autobusu, w którym Osoba ubezpieczona ma zarezerwowane miejsce podróżne, ulegnie opóźnieniu w wyniku Katastrofy naturalnej, Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczającemu lub Osobie ubezpieczonej poniesione wydatki na dobra pierwszej potrzeby, takie jak posiłki, przekąski i napoje oraz zakwaterowanie, do wysokości 30 USD za każdą godzinę, po minimum 12 godzinach opóźnienia, do wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie.

Definicja mająca zastosowanie do Części B5

Katastrofa naturalna – oznacza trzęsienie ziemi, powódź, erupcję wulkanu, falę pożarów, tornado lub lawinę ziemną spowodowane przyczynami naturalnymi i powodujące poważne i rozległe szkody.

Postanowienia dotyczące roszczeń, mające zastosowanie do Części B5

Wszelkie żądane przez Ubezpieczyciela dowody, które będą niezbędne do wykazania okoliczności, które stanowią przyczynę roszczenia w świetle niniejszej Części, winny być dostarczone bez obciążania Ubezpieczyciela jakimikolwiek kosztami, w formie i w zakresie żądanym przez Ubezpieczyciela.

Wyłączenia dotyczące Części B5

Ubezpieczyciel nie wypłaca świadczenia, jeżeli Podróż została anulowana, skrócona, zmieniona lub opóźniona w wyniku:

- a) decyzji Osoby ubezpieczonej o nieodbywaniu Podróży lub, jeżeli Podróż została już rozpoczęta, o jej niekontynuowaniu, oraz
- b) jeżeli Osoba ubezpieczona nie rozpoczęła swojej Podróży.

CZĘŚĆ B6 – UPROWADZENIE, PORWANIE, WZIĘCIE ZAKŁADNIKÓW

Ubezpieczyciel wypłaca Osobie ubezpieczonej lub Beneficjentowi 300 USD za każdy pełny dzień, w którym Osoba ubezpieczona jest siłą lub bezprawnie zatrzymana 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 B6

Uprowadzenie – bezprawne zajęcie samolotu, statku lub pociągu, którym podróżuje Osoba ubezpieczona, lub przejście nad nim kontroli.

Porwanie – 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.

Zatrzymanie w charakterze Zakładnika – 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 mające zastosowanie do Części B6

Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za roszczenia:

- a) wynikające z przestępstw popełnionych przez Ubezpieczającego lub Osobę ubezpieczoną bądź też jakąkolwiek osobę upoważnioną przez Ubezpieczającego lub Osobę ubezpieczoną do opieki nad środkami pieniężnymi przeznaczonymi na okup,

- b) zgłaszane w odniesieniu do zdarzeń ubezpieczonych przez **Ubezpieczającego**, któremu w przeszłości anulowano ubezpieczenie od porwań lub odmówiono jego udzielenia,
- c) związane z **Urowadzeniem, Porwaniem** lub zatrzymaniem w charakterze **Zakładnika w Kraju stałego zamieszkania**,
- d) dotyczące **Porwania**, do którego doszło w Afganistanie, Algierii, Czadzie, Czeczenii, Kolumbii, Kongu, Iraku, Izraelu (Zachodni Brzeg i Strefa Gazy), na Wybrzeżu Kości Słoniowej, w Nigerii, Korei Północnej, na Filipinach, w Arabii Saudyjskiej, Somalii lub Sudanie.

CZĘŚĆ C – POWAŻNE ZACHOROWANIE

Jeżeli u **Osoby ubezpieczonej** rozpoznane zostanie **Poważne zachorowanie**, którego objawy pojawią się po raz pierwszy w **Okresie ubezpieczenia**, **Ubezpieczyciel** wypłaca **Osobie ubezpieczonej** świadczenie określone w **Polisie**.

Poważne zachorowanie uznaje się za rozpoznane wyłącznie w sytuacji, gdy **Osoba ubezpieczona** została zbadana przez jednego lub większą liczbę **Lekarzy**, z których każdy jest dyplomowanym specjalistą w zakresie chorób odpowiadających **Poważnemu zachorowaniu**, a pisemny raport sporządzony przez każdego **Lekarza** lub pod jego nadzorem spełnia wszystkie wymogi diagnostyczne określone w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia dla danego **Poważnego zachorowania**.

Definicje do Części C

Poważne zachorowanie – wymieniona poniżej choroba **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** i **Okresu przeżycia**. **Poważne zachorowanie** uznaje się za „rozpoznane” wyłącznie w sytuacji, gdy **Osoba ubezpieczona** została zbadana przez jednego lub większą liczbę **Lekarzy**, z których każdy jest dyplomowanym specjalistą z zakresu chorób odpowiadających **Poważnemu zachorowaniu**, a pisemny/-e raport/-y sporządzony/-e przez każdego **Lekarza** lub pod jego nadzorem spełnia/-ją wymogi diagnostyczne określone w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia dla danego **Poważnego zachorowania**.

Poważne zachorowanie to: poważna forma raka, zawał serca, udar, wszczepienie bypassów, operacja aorty, operacja zastawek serca, niewydolność nerek, ślepotą (utrata wzroku), przeszczep ważnego organu/szpiku kostnego, stwardnienie rozsiane, paraliż (utrata funkcji kończyn), choroba neuronu ruchowego, choroba Alzheimera/ciężkie otępienie, poważne poparzenia zgodnie z poniższymi definicjami.

Choroba Alzheimera/ciężkie otępienie – pogorszenie lub utrata sprawności intelektualnej potwierdzone oceną kliniczną dokonaną z wykorzystaniem technik obrazowania, spowodowane chorobą Alzheimera lub nieodwracalnymi zaburzeniami organicznymi, prowadzące do znacznego obniżenia poziomu funkcjonowania intelektualnego i społecznego oraz powodujące konieczność stałego nadzoru nad **Osobą ubezpieczoną**. Rozpoznanie musi być poparte potwierdzeniem klinicznym dokonanym przez **Lekarza** oraz lekarza powołanego przez **Ubezpieczyciela**. Wyłącza się:

- a) choroby nieorganiczne, takie jak nerwice i choroby psychiczne,
- b) stres, depresję,
- c) uszkodzenie mózgu spowodowane alkoholem lub substancjami odurzającymi.

Ślepotą (utrata wzroku) – całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w obojgu oczach w wyniku **Nieszczęśliwego wypadku** lub **Choroby**. Ślepotą musi być potwierdzona przez okulistę.

Wszczepienie bypassów – przejście operacji na otwartym sercu przeprowadzonej celem usunięcia zwężenia lub blokady 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.

Zawał serca – martwica części mięśnia sercowego spowodowana niedokrwieniem danego obszaru serca. Rozpoznanie musi być dokonane w oparciu o stwierdzenie spełnienia trzech z pięciu kryteriów wskazujących na nowy zawał serca:

- a) typowe bóle klatki piersiowej w wywiadzie,
- b) świeże zmiany w elektrokardiogramie (ECG) wskazujące na zawał,
- c) podwyższony poziom enzymu sercowego CK-MB,
- d) podwyższony poziom troponiny (T lub I),
- e) obniżona frakcja wyrzutowa lewej komory <50%, stwierdzona w badaniu przeprowadzonym co najmniej 3 miesiące po zdarzeniu.

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.

Początkowa data wejścia w życie – dzień, w którym po raz pierwszy wchodzi w życie ochrona ubezpieczeniowa przewidziana w Części C.

Niewydolność nerek – przewlekła nieodwracalna niewydolność obydwu nerek wymagająca stałego dializowania lub przeszczepu nerek.

Poważne oparzenia – oparzenia trzeciego stopnia skóry, obejmujące co najmniej 40% powierzchni ciała **Osoby ubezpieczonej**.

Poważne formy raka – guz złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem oraz rozprzestrzenianiem się komórek złośliwych, ich inwazją do zdrowych tkanek i zniszczeniem zdrowych tkanek. Rozpoznanie musi być poparte badaniem histopatologicznym, stwierdzającym złośliwość komórek, oraz potwierdzone przez onkologa lub patologa.

Wyłącza się:

- a) guzy wykazujące zmiany złośliwe typu *carcinoma in situ* oraz guzy histologicznie opisane jako przedrakowe lub nieinwazyjne, w tym: przedinwazyjny rak sutka, dysplazja szyjki macicy typu CIN-1, CIN-2 oraz CIN-3, hiperkeratoza, podstawnomórkowy 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 brodawkowy tarczycy w stadium T1N0M0 o średnicy nieprzekraczającej 1 cm, mikrorak brodawkowy pęcherza moczowego oraz przewlekła białaczka limfatyczna o stopniu zaawansowania według RAI poniżej 3; choroba Hodgkina w stadium poniżej III,
- b) wszystkie guzy współistniejące z zakażeniem wirusem HIV oraz pojawiające się w przebiegu AIDS.

Przeszczep ważnego organu / szpiku kostnego

Otrzymanie przeszczepu:

- a) ludzkiego szpiku kostnego z wykorzystaniem macierzystych komórek krwiotwórczych poprzedzone całkowitym usunięciem szpiku kostnego, lub
- b) ludzkiego serca, płuca, wątroby, nerki lub trzustki w wyniku stwierdzenia końcowego stadium nieodwracalnej niewydolności danego organu.

Wyłącza się inne przeszczepy komórek macierzystych.

Choroba neuronu ruchowego – choroba neuronu ruchowego charakteryzująca się postępującą degeneracją szlaku korowo-rdzeniowego oraz neuronów 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.

Stwardnienie rozsiane – ostateczne rozpoznanie stwardnienia rozsianego, które musi być poparte następującymi danymi:

- a) badania jednoznacznie potwierdzające stwardnienie rozsiane, oraz
- b) liczne deficyty neurologiczne występujące przez okres co najmniej 6 kolejnych miesięcy, oraz
- c) udokumentowana historia zaostrzeń i remisji powyższych objawów i deficytów neurologicznych.

Wyłącza się inne przyczyny uszkodzeń neurologicznych.

Paraliż (utrata funkcji kończyn) – całkowita i nieodwracalna utrata funkcji co najmniej dwóch kończyn w wyniku obrażenia lub choroby. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza neurologa.

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:

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

Wyłącza się:

- a) przejściowe ataki niedokrwienne,
- b) uszkodzenie mózgu spowodowane wypadkiem lub obrażeniem, infekcją, zapaleniem naczyń lub innym stanem zapalnym,
- c) choroby naczyniowe oka lub nerwu wzrokowego, oraz
- d) zaburzenia niedokrwienne systemu przedsionków.

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.

Okres przeżycia – okres wskazany w **Polisie**, w trakcie którego **Osoba ubezpieczona** musi pozostawać przy życiu po stwierdzeniu **Poważnego zachorowania**.

Okres oczekiwania – okres wskazany w **Polisie**, rozpoczynający się w **Początkowej dacie wejścia w życie Polisy** lub w dniu podwyższenia **Sumy ubezpieczenia** dotyczącej **Osoby ubezpieczonej**. W przypadku podwyższenia **Sumy ubezpieczenia**, okres oczekiwania dotyczy wyłącznie kwoty wynikającej z podwyższenia **Sumy ubezpieczenia**.

Postanowienia dotyczące Części C

1. Ochrona ubezpieczeniowa przewidziana w Części C ustaje w odniesieniu do **Osoby ubezpieczonej** z chwilą wypłacenia świadczenia z tytułu **Poważnego zachorowania**, a **Ubezpieczający** przestaje być zobowiązany do płacenia składki w odniesieniu do danej **Osoby ubezpieczonej**.
2. Z tytułu **Poważnego zachorowania** stwierdzonego po raz pierwszy w **Okresie oczekiwania** nie przysługuje świadczenie.
3. Świadczenie z tytułu **Poważnego zachorowania** nie przysługuje, jeżeli **Osoba ubezpieczona** umrze w **Okresie przeżycia**.

4. Świadczenie z tytułu roszczenia przyjętego przez **Ubezpieczyciela** na podstawie Części C jest płatne po upływie **Okresu przeżycia**.
5. **Osoba ubezpieczona** otrzymuje z tytułu **Poważnego zachorowania** tylko jedną płatność, do wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie**.

Wyłączenia dotyczące Części C

Ubezpieczyciel nie wypłaca świadczeń z tytułu roszczeń wynikających bezpośrednio lub pośrednio z:

- a) **Choroby** innej niż **Poważne zachorowanie**,
- b) **Poważnego zachorowania**, którego pierwsze objawy pojawiły się przed **Początkową datą wejścia w życie** lub w ciągu 90 (dziewięćdziesięciu) dni od tej daty,
- c) **Poważnego zachorowania** wynikającego z choroby somatycznej lub psychicznej istniejącej przed **Początkową datą wejścia w życie**, która nie została ujawniona **Ubezpieczycielowi** i zaakceptowana przez niego na piśmie,
- d) wad wrodzonych,
- e) rozpoznania **Poważnego zachorowania** dokonanego przez **Osobę ubezpieczoną** lub członka jej najbliższej rodziny bądź też osobę mieszkającą z nią we wspólnym gospodarstwie domowym, ziołarza, akupunkturzystę lub inną osobę świadczącą usługi z zakresu medycyny niekonwencjonalnej,
- f) zabiegu chirurgicznego lub leczenia,
- g) **Poważnego zachorowania** w wyniku uzależnienia od alkoholu lub narkotyków,
- h) **Poważnego zachorowania**, w trakcie którego **Osoba ubezpieczona** umrze w **Okresie przeżycia**,
- i) **Poważnego zachorowania** w **Okresie oczekiwania**,
- j) więcej niż jednego **Poważnego zachorowania** w odniesieniu do jednej **Osoby ubezpieczonej**.

WARUNKI SZCZEGÓLNE,

które, jeżeli **Ubezpieczający** oraz **Ubezpieczyciel** tak ustalą, mogą mieć zastosowanie do umowy ubezpieczenia:

MEMORANDUM M1 – ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ZABIEGÓW OPERACYJNYCH WYKONYWANYCH W SZPITALU

W przypadku przyjęcia **Osoby ubezpieczonej** do szpitala jako **Chorego hospitalizowanego** oraz poddania jej **Zabiegowi chirurgicznemu** wykonywanemu przez **Lekarza** w wyniku **Uszkodzenia ciała**, do którego dojdzie w **Okresie ochrony** lub **Choroby** wynikłej w tym okresie, **Ubezpieczyciel** zobowiązuje się do wypłacenia **Osobie ubezpieczonej** procentowej części **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Polisie**, w zależności od rodzaju wykonanego zabiegu chirurgicznego, ponad kwotę **Udziału własnego**, o ile będzie on miał zastosowanie.

Definicje do Memorandum M1

Chory hospitalizowany – osoba pozostająca w szpitalu przez co najmniej 24 godziny.

Zabieg chirurgiczny – każdy zabieg chirurgiczny polegający na otwarciu określonej jamy ciała, wymieniony w tabeli świadczeń z tytułu zabiegów szpitalnych.

Warunki dotyczące Memorandum M1

Jeżeli w trakcie jednej operacji wykonywanych jest więcej **Zabiegów chirurgicznych** niż jeden, kwota należna z tytułu wszystkich wykonanych zabiegów odpowiadać będzie zabiegowi o najwyższym udziale procentowym w operacji.

Odszkodowanie za każdy **Zabieg chirurgiczny**, który nie jest przewidziany w tabeli świadczeń z tytułu zabiegów szpitalnych, będzie ustalane z uwzględnieniem jego rodzaju oraz udziałów procentowych poszczególnych zabiegów zgodnie z tabelą świadczeń z tytułu zabiegów szpitalnych.

Tabela świadczeń z tytułu zabiegów szpitalnych

Opis zabiegu chirurgicznego	Świadczenie wyrażone jako procent sumy ubezpieczenia
JAMA BRZUSZNA Co najmniej dwa zabiegi chirurgiczne wykonane w ramach tego samego nacięcia jamy brzusznej uważane są za jedną operację chirurgiczną.	
a) Wycięcie wyrostka robaczkowego	50
b) Resekcja jelita	70
c) Resekcja żołądka	70
d) Zespoleńie żołądkowo-jelitowe	60
e) Usunięcie pęcherzyka żółciowego	70

Opis zabiegu chirurgicznego	Świadczenie wyrażone jako procent sumy ubezpieczenia
f) Laparotomia w celu rozpoznania lub leczenia, w tym w celu usunięcia jednego organu lub ich większej liczby, o ile zabieg ten nie jest przewidziany w niniejszym dokumencie	50
g) Laparoscopia w celu rozpoznania lub leczenia	50
ROPIEŃ	
a) Nacięcie jednego ropnia lub czyraka lub ich większej liczby	10
b) Leczenie jednego czyraka lub ropnia lub ich większej liczby wymagające hospitalizacji	10
AMPUTACJA	
a) Jednego palca ręki lub nogi	10
b) Ręki, przedramienia lub stopy do kostki	20
c) Podudzia, ramienia lub uda	40
d) Uda na wysokości biodra	70
PIERSI	
a) Radykalna mastektomia jednej lub obu piersi, z usunięciem węzłów chłonnych pachy	70
b) Częściowa mastektomia jednej lub obu piersi	40
KLATKA PIERSIOWA	
a) Pełna torakoplastyka	100
b) Usunięcia płuca lub jego części	70
c) Torakoscopia w celu rozpoznania lub leczenia	20
d) Bronchoskopia – w celu rozpoznania	10
e) Bronchoskopia – operacyjna z wyłączeniem biopsji	20
f) Operacja serca z wymianą zastawek	100
g) Operacja serca z wszczepieniem bypassów	75
h) Operacja serca z angioplastyką	50
UCHO	
a) Przecięcie błony bębenkowej	5
b) Doszczętne wycięcie wyrostka sutkowego – jednostronne	50
c) Doszczętne wycięcie wyrostka sutkowego – obustronne	60
d) Fenestracja obustronna	100
PRZEŁYK	
a) Operacja zwężenia	40
b) Gastroskopia	10
OKO	
a) Odwarstwienie siatkówki – wielokrotne łączenie	100
b) Zaćma	50
c) Jaskra	30
d) Usunięcie gałki ocznej	30
e) Usunięcie skrzydlika	20
f) Nacięcie jęczmyka lub gradówki	5

Opis zabiegu chirurgicznego	Świadczenie wyrażone jako procent sumy ubezpieczenia
ZŁAMANIA (proste) W przypadku Złamań otwartych świadczenie zostaje podwyższone o 50%, przy czym jego kwota nie może przekroczyć maksymalnej Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie. W przypadku Złamań wymagających leczenia operacyjnego, w tym przeszczepów kostnych lub zespołów kostnych, świadczenie zostaje podwyższone o 100%, przy czym nie może przekroczyć maksymalnej Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie.	
a) Obojczyk, obręcz barkowa, przedramię – jedna kość	15
b) Kość guziczna, kości stępu, kości śródstopia lub kość skokowa	10
c) Udo	40
d) Kość ramieniowa lub udowa	25
e) Palce ręki lub nogi – każdy, lub żebro	5
f) Przedramię – dwie kości; rzepka lub miednica – leczenie niewymagające stosowania wyciągu	20
g) Podudzie	30
h) Żuchwa	20
i) Kości nadgarstka, kości śródrezcza, nos, żebra (dwa lub więcej) lub mostek	10
j) Miednica – leczenie wymagające zastosowanie wyciągu	30
k) Kręgi, wyrostki poprzeczne – każdy	5
l) Kręgi – złamanie kompresyjne – jeden lub więcej	40
m) Nadgarstek	10
UKŁAD MOCZOWO-PŁCIOWY	
a) Usunięcie nerki	70
b) Umocowanie nerki	70
c) Laparotomia w celu rozpoznania lub leczenia guzów lub kamieni w nerce, cewce moczowej lub pęcherzu poprzez zabieg inwazyjny	60
d) Laparotomia w celu rozpoznania lub leczenia, w tym usunięcia guzów lub kamieni w nerce, cewce moczowej lub pęcherzu poprzez kauteryzację, metodą endoskopową lub poprzez kruszenie kamieni	20
e) Zwężenie cewki moczowej – operacja otwarta	30
f) Zabieg inwazyjny przezcewkowy	15
g) Całkowite usunięcie prostaty w operacji otwartej – zabieg pełny	70
h) Częściowe usunięcie prostaty – zabieg endoskopowy	25
i) Zabieg prostaty wykonany innym sposobem operacyjnym	50
j) Usunięcie jądra lub najądrza	25
k) Wodniak lub żylaki powrózka nasiennego	10
l) Usunięcie guzów włóknistych bez dostępu brzusznego	20
TARCZYCA	
a) Częściowe lub całkowite usunięcie tarczycy, z uwzględnieniem wszystkich etapów zabiegu operacyjnego	70
PRZEPUKLINA	
a) Operacja inwazyjna – przepuklina jednostronna	20
b) Operacja inwazyjna – przepuklina dwustronna	25

Opis zabiegu chirurgicznego	Świadczenie wyrażone jako procent sumy ubezpieczenia
c) Operacja doszczętna przepukliny jednostronnej z uwzględnieniem leczenia wstrzyknięciami	40
d) Operacja doszczętna przepukliny dwustronnej z uwzględnieniem leczenia wstrzyknięciami	50
STAWY I ZWICHNIĘCIA W przypadku zwichnięć wymagających leczenia operacyjnego świadczenie zostaje podwyższone o 100%, przy czym nie może przekroczyć maksymalnej Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie.	
a) Nacięcie stawu z powodu choroby lub zaburzenia, z wyjątkiem przypadków przewidzianych w niniejszym dokumencie i z wyjątkiem nakłuć	15
b) Artroskopia stawu barkowego, łokciowego, biodrowego lub kolanowego, z wyjątkiem nakłuć	40
c) Wycięcie, umocowanie operacyjne, wyluszczenie lub artroplastyka barku, biodra lub kręgosłupa	75
d) Wycięcie, umocowanie operacyjne, wyluszczenie lub autoplastyka kolana, łokcia, nadgarstka lub kostki	35
e) Leczenie zwichnięcia palców ręki lub nogi – każdego	5
f) Leczenie zwichnięcia stawu barku, łokcia, nadgarstka lub kostki	15
g) Leczenie zwichnięcia szczęki	5
h) Leczenie zwichnięcia biodra lub kolana z wyjątkiem rzepek	20
i) Leczenie zwichnięcia rzepek kolanowej	5
NOS	
a) Wewnątrznosowa operacja zatok	15
b) Zewnątrznosowa operacja zatok	35
c) Usunięcie jednego lub kilku polipów	5
d) Usunięcie podśluzówkowe	25
e) Wycięcie małżowiny nosowej	10
PARACENTEZA – nakłucie:	
a) Jama brzuszna	10
b) Klatka piersiowa lub pęcherz moczowy, z wyłączeniem cewnikowania	5
c) Błona bębenkowa, wodniak, staw lub kręgosłup	5
ODBYTNICA	
a) Doszczętnie wycięcie z powodu nowotworu złośliwego – wszystkie etapy, w tym kolostomia	100
b) Żylaki odbytu – tylko zewnętrzne – pełny zabieg	10
c) Żylaki odbytu – wewnętrzne i zewnętrzne, w tym wypadnięcie odbytu, wycięcie lub pełny cykl leczenia wstrzyknięciami	20
d) Przetoka odbytu	15
e) Szczelina odbytu	5
f) Rektoskopia z biopsją lub bez biopsji	10
g) Kolonoskopia z biopsją lub bez biopsji	15
h) Inne operacje odbytnicy	20
CZASZKA	
a) Kraniotomia celem natychmiastowego usunięcia krwiaka	100

Opis zabiegu chirurgicznego	Świadczenie wyrażone jako procent sumy ubezpieczenia
b) Kraniotomia z operacją naczyniową	75
c) Kraniotomia celem usunięcia guzów	75
GARDŁO	
a) Usunięcie migdałków lub migdałków i grudek chłonnych osobie dorosłej lub dziecku powyżej piętnastego roku życia	15
b) Usunięcie migdałków lub migdałków i grudek chłonnych dziecku poniżej piętnastego roku życia	10
c) Laryngoskopia w celu rozpoznania	5
GUZY – operacyjne usunięcie	
a) Guzy złośliwe, z wyłączeniem guzów błony śluzowej, skóry i tkanki podskórnej	50
b) Guzy złośliwe błony śluzowej, skóry i tkanki podskórnej	25
c) Operacja torbieli włosowatej	25
d) Leczenie łagodnych guzów jądra lub sutka	20
e) Usunięcie torbieli galaretowatej	5
f) Usuwanie guzów łagodnych – jednego lub kilku – z wyjątkiem przypadków wymienionych w niniejszym dokumencie	10
g) Żylaki – całkowity zabieg operacyjny na wszystkich żyłach lub leczenie wstrzyknięciami – jedna noga	20
h) Żylaki – całkowity zabieg operacyjny na wszystkich żyłach lub leczenie wstrzyknięciami – obie nogi	30

MEMORANDUM M2 – ZAWAŁ SERCA I UDAR MÓZGU

Definicja **Uszkodzenia ciała** zostaje zmieniona w następujący sposób:

Uszkodzenie ciała – uraz ciała spowodowany **Nieszczęśliwym wypadkiem**, mający miejsce w **Okresie ubezpieczenia**, a który nie powstał stopniowo.

Uszkodzeniem ciała nie jest:

- Choroba**, chyba że stanowi konsekwencję **Uszkodzenia ciała**,
- zespół stresu pourazowego, lub
- stan psychologiczny lub psychiczny z wyłączeniem nieuleczalnej niepoczytalności, stanowiącej bezpośredni skutek **Nieszczęśliwego wypadku**.

Za **Uszkodzenie ciała** uznaje się również **Zawał serca** oraz **Udar mózgu**, o ile wystąpiły u **Osoby ubezpieczonej** po raz pierwszy w **Okresie ubezpieczenia**.

Definicje **Zawału serca** oraz **Udar mózgu** zawarte w Części C – Poważne zachorowanie zostają usunięte. W odniesieniu do wszystkich części ogólnych warunków ubezpieczenia mają zastosowanie następujące definicje:

Zawał serca – martwica części mięśnia sercowego spowodowana niedokrwieniem danego obszaru serca. Rozpoznanie, z włączeniem wszelkich diagnoz dokonanych po śmierci, musi być dokonane w oparciu o stwierdzenie spełnienia trzech z pięciu kryteriów wskazujących na nowy zawał serca:

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

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:

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

Wyłącza się:

- a) przejściowe ataki niedokrwienne,
- b) uszkodzenie mózgu spowodowane wypadkiem lub obrażeniem, infekcją, zapaleniem naczyń lub innym stanem zapalnym,
- c) choroby naczyniowe oka lub nerwu wzrokowego, oraz
- d) zaburzenia niedokrwienne systemu przedsionków.

ZASADY PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Administratorem danych osobowych jest Colonnade Insurance S.A. działająca w Polsce przez oddział (dalej: Colonnade lub Administrator). Podstawą prawną i celem przetwarzania danych osobowych jest podjęcie działań przed zawarciem umowy oraz zawarcie i wykonanie umowy ubezpieczenia, w tym wypełnienie obowiązku prawnego Colonnade w postaci dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także oceny potrzeb (adekwatności oferowanego produktu). W przypadku innych osób niż Ubezpieczający, np. Ubezpieczony, usprawiedliwionym celem przetwarzania danych osobowych jest wykonanie umowy ubezpieczenia, które stanowi podstawę prawną do ich przetwarzania.

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), a także w celach wynikających z prawnie uzasadnionych interesów Administratora (tj. zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego poprzez jego reasekurację, zapobieganie szkodom Administratora poprzez przeciwdziałanie przestępczości ubezpieczeniowej, zapewnienie zgodności w zakresie międzynarodowych sankcji poprzez prowadzenie analiz, 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, windyikatorom), a także w związku z usprawiedliwionym celem Administratora innym podmiotom (m.in. zakładom ubezpieczeń, reasekuratorom, instytucjom płatniczym).

Dane osobowe, w zależności od celu, są przetwarzane zawsze nie dłużej niż to wynika z okresu przedawnienia roszczeń lub przepisów prawa. Dane osobowe mogą być przekazane do państw trzecich (poza Europejski Obszar Gospodarczy) jedynie w sytuacjach określonych przez prawo, w szczególności gdy zostaną spełnione warunki gwarantujące odpowiedni poziom bezpieczeństwa danych osobowych. W celu przestrzegania ustanowionych sankcji międzynarodowych dane osobowe mogą zostać przekazane spółce DXC Technology z siedzibą w Stanach Zjednoczonych, która przystąpiła do programu Privacy Shield, co oznacza, że zapewnia stosowanie odpowiednich środków ochrony i bezpieczeństwa danych osobowych wymaganych przez przepisy europejskie.

Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo do żądania dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz do wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych (zarówno w Polsce, jak i w Luksemburgu), a także prawo do cofnięcia wyrażonych zgód. W przypadku danych Ubezpieczającego oraz w przypadku umów ubezpieczenia, gdzie Ubezpieczony wskazany jest imiennie, podanie danych osobowych jest konieczne do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia oraz wypełnienia obowiązków prawnych Colonnade. Bez podania tych danych nie jest możliwe zawarcie i wykonanie umowy ubezpieczenia. Podanie numeru telefonu jest dobrowolne, tak samo jak adresu e-mail, chyba że jest on konieczny do dostarczenia dokumentacji ubezpieczeniowej. Z Administratorem można się kontaktować, pisząc na adres oddziału Colonnade, dzwoniąc pod numer +48 22 528 51 00 oraz wysyłając e-mail: info@colonnade.pl. We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych, w szczególności w sprawie skorzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych, sprzeciwu, przekazywania danych poza obszar EOG, można kontaktować się z inspektorem ochrony danych osobowych w Colonnade (dpo@colonnade.pl) lub wysłać pismo na adres oddziału Colonnade.

Colonnade Insurance Société Anonyme
Oddział w Polsce
ul. Marszałkowska 111
00-102 Warszawa
Polska

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

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