



Moje Bezpieczne Jutro

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW
NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW, CHORÓB
I INNYCH ZDARZEŃ W ŻYCIU UBEZPIECZONEGO

COLONNADE 
A FAIRFAX COMPANY

Spis treści

1. PRZEWODNIK PO OGÓLNYCH WARUNKACH UBEZPIECZENIA (OWU)	5
2. ZAKRESY OCHRONY	5
2.1. CO TO JEST UBEZPIECZENIE NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW, CHORÓB I INNYCH ZDARZEŃ W ŻYCIU UBEZPIECZONEGO. DLACZEGO MOŻESZ GO POTRZEBOWAĆ	5
2.2. DLA KOGO PRZEZNACZONE JEST UBEZPIECZENIE NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW, CHORÓB I INNYCH ZDARZEŃ W ŻYCIU UBEZPIECZONEGO	5
2.3. DOSTOSOWANIE I ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	5
2.4. GDZIE JESTEŚ OBJĘTY OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ	5
3. WAŻNE INFORMACJE	5
3.1. JAK MOŻNA ZAWRZEĆ UMOWĘ UBEZPIECZENIA	5
3.2. JAK MOŻESZ ZAPŁAĆ ZA UBEZPIECZENIE	6
3.3. KIEDY JESTEŚ OBJĘTY OCHRONĄ	6
3.4. JAK DOKONAĆ ZMIAN W UBEZPIECZENIU	6
3.5. JAK ZGŁOSIĆ ROSZCZENIE	6
3.6. JAK PROCESOWANE SĄ ROSZCZENIA	9
3.7. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	10
3.8. JAK ZREZYGNOWAĆ Z UBEZPIECZENIA	10
4. CO OBEJMUJE NASZE UBEZPIECZENIE	11
4.1. ŚMIERĆ W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	11
4.2. ŚMIERĆ W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU SAMOCHODOWEGO	11
4.3. KOSZTY POGRZEBU – ŚMIERĆ Z JAKIEGOKOLWIEK POWODU	11
4.4. POBYT W SZPITALU SPOWODOWANY NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM	11
4.5. POBYT W SZPITALU SPOWODOWANY CHOROBA	11
4.6. REKONWALESCENCJA PO POBYCIE W SZPITALU SPOWODOWANYM NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM	12
4.7. REKONWALESCENCJA PO POBYCIE W SZPITALU SPOWODOWANYM CHOROBA	12
4.8. DIAGNOZA NOWOTWORU	12
4.9. POWAŻNE ZACHOROWANIE	14
4.10. OPERACJA NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	16
4.11. OPERACJA NA SKUTEK CHOROBY	16
4.12. KOSZTY LECZENIA PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU	17
4.13. ZŁAMANIA KOŚCI I ZWICHNIĘCIA STAWÓW	17
4.14. OPARZENIA I ODMROŻENIA	18
4.15. TRWAŁA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY LUB SAMODZIELNEGO ŻYCIA	18
4.16. TRWAŁE INWALIDZTWO SPOWODOWANE NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM	18
4.17. TRWAŁE INWALIDZTWO SPOWODOWANE NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM PODCZAS JAZDY SAMOCHODEM	18
4.18. TRWAŁE INWALIDZTWO – DODATKOWA OCHRONA	19
4.19. NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY SPOWODOWANA NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM	19
4.20. NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY SPOWODOWANA CHOROBA	19
4.21. UTRATA PRACY	20
4.22. DODATKOWE UBEZPIECZENIE DLA DZIECI	20
4.23. ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA	21
4.24. UTRATA KLUCZY	22
4.25. UTRATA PORTFELA BĄDŹ TOREBKI W WYNIKU ROZBOJU	22
4.26. USZKODZENIE, ZNISZCZENIE BĄDŹ UTRATA DOKUMENTÓW OSOBISTYCH	23
4.27. UTRATA LUB USZKODZENIE KLUCZY DO SAMOCHODU	23

4.28. USZKODZENIE MIENIA W OKRESIE POBYTU W SZPITALU	23
4.29. OPIEKA NAD ZWIERZĘTAMI DOMOWYMI W CZASIE HOSPITALIZACJI	23
4.30. USZKODZENIE LUB ZNISZCZENIE SPRZĘTU SPORTOWEGO	24
4.31. CYBER ASSISTANCE	24
4.31.1. CYBER – MONITORING FINANSOWY	24
4.31.2. CYBER – REPUTACJA W INTERNECIE	26
4.31.3. CYBER – ZDALNE WSPARCIE IT	27
4.31.4. CYBER – ODZYSKIWANIE DANYCH	27
4.31.5. CYBER – NAPRAWA LUB WYMIANA KOMPUTERA LUB LAPTOPA	28
4.31.6. CYBER – POMOC PRAWNA	29
4.31.7. CYBER – POMOC PSYCHOLOGICZNA	30
4.31.8. CYBER – OCHRONA ZAKUPÓW ONLINE	30
4.32. ASSISTANCE – UBEZPIECZENIE SERCA	31
4.33. ASSISTANCE – POMOC PSYCHOLOGICZNA	32
4.34. ASSISTANCE – REHABILITACJA	32
4.35. ASSISTANCE – NA WYPADEK POWAŻNEJ CHOROBY	33
4.36. DRUGA OPINIA MEDYCZNA	33
4.37. ASSISTANCE – DOCTOR CHAT	34
5. POSTANOWIENIA OGÓLNE	35
6. JAK ZŁOŻYĆ REKLAMACJĘ	35
7. DEFINICJE	36
ZAŁĄCZNIK NR 1 – TABELA OPERACJI	38
ZAŁĄCZNIK NR 2 – OCENA PROCENTOWA STAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU	42



Jeśli masz pytania w sprawie swojego ubezpieczenia,
możesz się z nami skontaktować w dni robocze
w godzinach 8.00–18.00 telefonicznie pod numerem

22 276 26 00



**Napisz do nas na adres bok@colonnade.pl,
jeśli potrzebujesz:**

- » dokonać zmian w polisie ubezpieczeniowej
- » zmienić lub rozszerzyć zakres ubezpieczenia
- » sprawdzić status płatności składki

Nota informacyjna

Informacje dotyczące przesłanek wypłaty odszkodowania i innych świadczeń zawarte są w następujących częściach ogólnych warunków ubezpieczenia:

pkt 2.1, pkt 3.1, pkt 3.3.1, pkt 3.5, pkt 3.6, pkt 4.1–4.37.

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

pkt 3.1.5, pkt 3.2.3, pkt 3.3.2, pkt 3.3.3, pkt 3.5.20, pkt 3.7, pkt 3.8, pkt 4.4.6, pkt 4.5.6, pkt 4.6.5, pkt 4.7.6, pkt 4.8.5, pkt 4.8.6, pkt 4.8.8, pkt 4.9.8, pkt 4.9.9, pkt 4.10.6, pkt 4.11.4 lit.c), pkt 4.11.5, pkt 4.12.5, pkt 4.13.4, pkt 4.13.6, pkt 4.14.3, pkt 4.14.5, pkt 4.16.4, pkt 4.16.5, pkt 4.17.5, pkt 4.18.6, pkt 4.18.11, pkt 4.19.4, pkt 4.19.6, pkt 4.20.4, pkt 4.20.6, pkt 4.21.5, pkt 4.21.7–9, pkt 4.22.5–7, pkt 4.23.6, pkt 4.23.7, pkt 4.24.7, pkt 4.25.4, pkt 4.27.6, pkt 4.29.6, pkt 4.30.5, pkt 4.31.1.4, pkt 4.31.1.6, pkt 4.31.1.8, pkt 4.31.1.17, pkt 4.31.2.4, pkt 4.31.2.5, pkt 4.31.3.4, pkt 4.31.3.6, pkt 4.31.3.7, pkt 4.31.4.3, pkt 4.31.4.4, pkt 4.31.4.12, pkt 4.31.4.13, pkt 4.31.5.5, pkt 4.31.5.7, pkt 4.31.5.8, pkt 4.31.5.10–12, pkt 4.31.6.3, 4.31.6.6–10, pkt 4.31.7.2, pkt 4.31.7.6, pkt 4.31.8.5, pkt 4.31.8.8–11, pkt 4.32.4, pkt 4.32.7–9, pkt 4.33.2, pkt 4.33.5–7, pkt 4.34.5, pkt 4.35.5–7, pkt 4.36.7–10, pkt 4.37.3, pkt 4.37.9, pkt 5.6.

Załącznik nr 1: pkt 1.

Załącznik nr 2: pkt 7, pkt 9, pkt 19, pkt 21, pkt 38, pkt 50, pkt 52, pkt 76, pkt 80, pkt 84, pkt 90, pkt 94, pkt 109, pkt 120, pkt 127, pkt 130, pkt 133, pkt 136, pkt 141, pkt 142, pkt 150, pkt 153, pkt 163, pkt 169, pkt 177, pkt 192.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, chorób i innych zdarzeń w życiu ubezpieczonego Moje Bezpieczne Jutro zostały zatwierdzone przez dyrektora Colonnade Insurance Société Anonyme Oddział w Polsce oraz wprowadzone do obrotu 21 maja 2025 roku.

1. Przewodnik po ogólnych warunkach ubezpieczenia (OWU)



JAK KORZYSTAĆ Z OWU

Treść OWU została zaprojektowana tak, aby można ją było czytać na ekranie.

Jeśli chcesz przejść bezpośrednio do interesującej Cię sekcji, kliknij w odpowiednią pozycję na stronie ze spisem treści. Aby powrócić do początku OWU, wystarczy kliknąć przycisk „spis treści” znajdujący się na dole każdej strony.

JAK CZYTAĆ TREŚĆ OWU, A TAKŻE CO ZAWIERAJĄ OWU I CO POWINIENIEŚ WIEDZIEĆ

Integralną częścią umowy ubezpieczenia są ogólne warunki ubezpieczenia, które zawierają pełny wykaz oferowanych przez nas zakresów ubezpieczenia. W Polisie określony jest zakres ochrony ubezpieczeniowej i Limity świadczeń, które wybrałeś.

Prosimy o zapoznanie się z tym dokumentem razem z Polisą.

W treści OWU znajdują się słowa lub zwroty, które zostały napisane wielką literą. Mają one określone znaczenie wszędzie tam, gdzie są używane. Możesz sprawdzić te słowa w pkt 7. Definicje, gdzie wyjaśnione jest ich znaczenie.

MYŚL EKOLOGICZNIE

Nie musisz drukować tego dokumentu.

2. Zakresy ochrony



2.1. CO TO JEST UBEZPIECZENIE NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW, CHORÓB I INNYCH ZDARZEŃ W ŻYCIU UBEZPIECZONEGO. DLACZEGO MOŻESZ GO POTRZEBOWAĆ

Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków, chorób i innych zdarzeń w życiu Ubezpieczonego jest ubezpieczeniem dobrowolnym, które obejmuje następstwa nieszczęśliwych wypadków skutkujących trwałym lub całkowitym uszczerbkiem na zdrowiu. Ubezpieczenie to daje również możliwość dodania ryzyka związanego z chorobą lub majątkiem Ubezpieczonego. Ubezpieczeniem możesz objąć siebie, a także członków swojej rodziny. W razie wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego będziemy Cię wspierać finansowo. Chronimy Cię na całym świecie, 24 godziny na dobę przez 365 dni w roku.

2.2. DLA KOGO PRZEZNACZONE JEST UBEZPIECZENIE NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW, CHORÓB I INNYCH ZDARZEŃ W ŻYCIU UBEZPIECZONEGO

- 2.2.1. Ubezpieczającym może zostać osoba fizyczna która ukończyła 18 i nie ukończyła 80 lat, na stałe zamieszkująca w Polsce. Ubezpieczający jest również Ubezpieczonym.
- 2.2.2. Ubezpieczonym może zostać także współmałżonek lub partner Ubezpieczającego, pod warunkiem że ukończyli 18 i nie ukończyli 80 lat.
- 2.2.3. Ubezpieczonym może zostać także Dziecko, które ukończyło 6 miesięcy i nie ukończyło 18 lat, pozostające pod władzą rodzicielską Ubezpieczającego.
- 2.2.4. Niektóre zakresy mają ograniczenia wiekowe. Dokładne informacje na temat tych ograniczeń znajdują się w sekcjach poszczególnych zakresów ochrony ubezpieczeniowej.
- 2.2.5. Jeżeli Ubezpieczony zostanie wyłączony z ochrony ubezpieczeniowej, odpowiednio zmniejszymy wysokość składki. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego, który jest także Ubezpieczającym, umowa ubezpieczenia wygasa.

2.3. DOSTOSOWANIE I ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

- 2.3.1. W ramach ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, chorób i innych zdarzeń w życiu ubezpieczonego oferujemy szeroki zakres ochrony ubezpieczeniowej, dzięki czemu możesz dostosować ubezpieczenie do swoich potrzeb i sytuacji.
- 2.3.2. Zawierając umowę ubezpieczenia, Ubezpieczający wybiera, które zakresy ochrony wskazane w OWU będą dotyczyły każdego z Ubezpieczonych.
- 2.3.3. Zakres ubezpieczenia, Sumy ubezpieczenia oraz Limity ubezpieczenia określone są dla każdego Ubezpieczonego w Polisie.

2.4. GDZIE JESTEŚ OBJĘTY OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

Zakres terytorialny Twojego ubezpieczenia obejmuje cały świat, chyba że w OWU określono inaczej dla poszczególnych zakresów ubezpieczenia.

3. Ważne informacje



3.1. JAK MOŻNA ZAWRZEĆ UMOWĘ UBEZPIECZENIA

- 3.1.1. Ubezpieczenie rozpoczyna się o godzinie 0.00 w dniu określonym w Polisie jako początek ubezpieczenia.
- 3.1.2. Ubezpieczenie obejmuje wybrany przez Ubezpieczonego zakres ochrony.
- 3.1.3. Umowę ubezpieczenia zawieramy z dniem opłacenia składki.
- 3.1.4. Umowę ubezpieczenia zawieramy na czas nieoznaczony.
- 3.1.5. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa wyłącznie w jednym ze wskazanych poniżej przypadków, w zależności od tego, który z nich wystąpi wcześniej:
 - a) jeżeli Ubezpieczający nie opłaci składki po uprzednim wezwaniu do jej zapłaty – w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania,
 - b) w dniu śmierci Ubezpieczającego,
 - c) w razie rozwiązania umowy ubezpieczenia,
 - d) w odniesieniu do poniższych zakresów ochrony – w rocznicę rozpoczęcia ochrony przypadającą po osiągnięciu przez Ubezpieczonego wieku 65 lat:
 - Koszty pogrzebu – śmierć z jakiegokolwiek powodu,
 - Diagnoza nowotworu,

- Poważne zachorowanie,
- Operacja w wyniku wypadku lub choroby,
- Utrata pracy.

- e) w rocznicę rozpoczęcia ochrony przypadającą po ukończeniu przez Dziecko 18 lat – w stosunku do tego Dziecka,
- f) z ostatnim dniem miesiąca, w którym przyznano Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Trwałej niezdolności do pracy.

3.1.6. Wygaśnięcie ochrony z tytułu poszczególnych zakresów lub w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych powoduje obniżenie składki za umowę ubezpieczenia.

3.2. JAK MOŻESZ ZAPŁAĆ ZA UBEZPIECZENIE

3.2.1. Składka ubezpieczeniowa jest stała w całym Okresie ubezpieczenia. Wysokość składki, terminy jej płatności i szczegóły dotyczące płatności są wskazane w Twojej Polisie. W przypadku płatności miesięcznych, z zastrzeżeniem zapłaty pierwszej składki, każda kolejna składka jest płatna z góry za każdy miesiąc udzielanej przez nas ochrony.

3.2.2. Pierwsza składka płatna jest w terminie wskazanym w Polisie, za okres od Dnia początku ubezpieczenia do dnia płatności drugiej składki. Jeżeli pierwsza składka nie zostanie zapłacona, uznamy, że umowa ubezpieczenia nie została zawarta – nie będziesz objęty ochroną ubezpieczeniową, poza ochroną w okresie bezskładkowym.

3.2.3. W przypadku gdy kolejna składka nie zostanie zapłacona w terminie, wystosujemy do Ubezpieczającego wezwanie do jej zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania przez niego wezwania. W przypadku braku płatności składki w terminie wskazanym w wezwaniu ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a Colonnade od dnia następnego jest wolna od odpowiedzialności. Jeśli zaś zaległa składka zostanie opłacona w całości w terminie wskazanym w wezwaniu, ochrona ubezpieczeniowa nie wygaśnie.

3.2.4. Jeżeli Ubezpieczający wybrał polecenie zapłaty jako metodę płatności, składka będzie co miesiąc pobierana bezpośrednio ze wskazanego przez niego rachunku bankowego. Do obowiązków Ubezpieczającego należy zapewnienie, aby na rachunku znajdowały się środki wystarczające na pokrycie składki w terminie płatności.

3.3. KIEDY JESTEŚ OBJĘTY OCHRONĄ

3.3.1. Ochrona rozpoczyna się w Dniu początku ubezpieczenia określonym w Polisie, a umowa ubezpieczenia jest zawarta na czas nieokreślony.

3.3.2. W przypadku wyczerpania Sumy ubezpieczenia z danego zakresu w stosunku do danego Ubezpiezonego ochrona ubezpieczeniowa z tego zakresu wygasa w stosunku do tego Ubezpiezonego, a wysokość składki zostanie odpowiednio zmniejszona.

3.3.3. Jeżeli OWU łączy wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej wobec danego Ubezpiezonego z osiągnięciem przez niego określonego wieku, ochrona ubezpieczeniowa wygasa wobec tego Ubezpiezonego w rocznicę rozpoczęcia ochrony przypadającą po dniu, w którym osiągnął ten wiek.

3.4. JAK DOKONAĆ ZMIAN W UBEZPIECZENIU

3.4.1. Jeśli zmienisz swoje nazwisko, adres, telefon, e-mail, Beneficjenta/Beneficjentów, prosimy o poinformowanie nas o tym:

- a) telefonicznie pod numerem 22 276 26 00, od poniedziałku do piątku od 8.00 do 18.00,
- b) pisemnie na adres: Colonnade, ul. Prosta 67, 00-838 Warszawa,
- c) pocztą elektroniczną na adres e-mail: bok@colonnade.pl.

3.4.2. Inne zmiany, w szczególności:

- a) zmiana częstotliwości płatności składek,
 - b) podwyższenie lub obniżenie Sumy ubezpieczenia bądź Limitu ubezpieczenia,
 - c) zmiana zakresów ubezpieczenia,
 - d) dodanie osób ubezpieczonych,
- będą wymagały obopólnej zgody i zmiany w Twojej umowie ubezpieczenia.

3.5. JAK ZGŁOSIĆ ROSZCZENIE

3.5.1. Aby zgłosić roszczenie, należy dostarczyć odpowiednie dane i informacje wskazane w dalszej części OWU dla każdego zakresu ubezpieczenia oraz w każdym przypadku następujące dokumenty:

- a) wypełniony i podpisany formularz zgłoszenia roszczenia (zapytamy o okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego, numer Polisy itp.),
- b) urzędowy dokument (np. protokół policji/prokuratury), jeśli został sporządzony, informujący o okolicznościach Zdarzenia.

3.5.2. W przypadku roszczenia z tytułu śmierci Ubezpiezonego będącej następstwem Nieszczęśliwego wypadku należy dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty:

- a) raport z autopsji,
- b) akt zgonu lub jego kopię poświadczoną notarialnie,
- c) dokument potwierdzający status spadkobiercy ustawowego (jeśli jest on Beneficjentem).

3.5.3. Poprosimy Beneficjentów o przesłanie kopii dowodu osobistego potwierdzonej notarialnie, wypełnienie formularza zgłoszenia roszczenia z podaniem imienia i nazwiska osoby, która zmarła, opisu Zdarzenia, przyczyny śmierci, numeru Polisy oraz danych kontaktowych Beneficjenta.

3.5.4. W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu kosztów pogrzebu należy dostarczyć następujące dokumenty:

- a) akt zgonu Ubezpiezonego,
- b) dokumenty potwierdzające, że osoba występująca z roszczeniem poniosła koszty pogrzebu Ubezpiezonego.

3.5.5. W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub pobytu w Szpitalu w wyniku Choroby należy dostarczyć następujące dokumenty:

- a) dokumentację medyczną dotyczącą leczenia powypadkowego, w tym pełną kartę informacyjną leczenia szpitalnego zawierającą Diagnozę medyczną oraz liczbę dni spędzonych w Szpitalu,
- b) dokumentację medyczną z historią Choroby i datą jej rozpoznania.

- 3.5.6.** W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu Rekonwalescencji w wyniku Nieszczęśliwego wypadku należy dostarczyć następujące dokumenty:
- a) dokumentację medyczną z leczenia powypadkowego, w tym kartę informacyjną leczenia szpitalnego zawierającą między innymi Diagnozę medyczną oraz liczbę dni spędzonych w Szpitalu,
 - b) dokumentację medyczną potwierdzającą, że Rekonwalescencja została zalecona przez Lekarza.
- 3.5.7.** W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu Rekonwalescencji w wyniku Choroby należy dostarczyć następujące dokumenty:
- a) dokumentację medyczną ze Szpitala zawierającą Diagnozę medyczną oraz liczbę dni spędzonych w Szpitalu,
 - b) dokumentację medyczną z historią Choroby i datą jej rozpoznania,
 - c) dokumentację medyczną potwierdzającą, że Rekonwalescencja została zalecona przez Lekarza.
- 3.5.8.** W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu Diagnozy Nowotworu należy dostarczyć następujące dokumenty:
- a) dokumentację medyczną wraz z wynikami badań potwierdzającymi Diagnozę Nowotworu oraz datę jego rozpoznania, jak również leczenie szpitalne lub ambulatoryjne,
 - b) kopię dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.
- 3.5.9.** W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu Poważnego zachorowania należy dostarczyć następujące dokumenty:
- a) dokumentację medyczną wraz z wynikami badań potwierdzającymi leczenie szpitalne lub ambulatoryjne,
 - b) kopię dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.
- 3.5.10.** Jeśli Ubezpieczony jest/był leczony za granicą, a oryginalne dokumenty są w języku obcym, Ubezpieczony musi na własny koszt przetłumaczyć dokumentację medyczną na język polski.
- 3.5.11.** W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu Operacji w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby należy dostarczyć następujące dokumenty:
- a) dokumentację ze Szpitala potwierdzającą Operację (np. końcowy raport szpitalny ze szczegółową Diagnozą medyczną, z datą rozpoczęcia i zakończenia hospitalizacji i wykazem wykonanych procedur medycznych lub raport medyczny ze Szpitala, jeśli Operacja nie wymagała hospitalizacji),
 - b) dokumentację medyczną określającą historię i datę pierwszej Diagnozy Choroby,
 - c) dokument z pomocy medycznej udzielonej bezpośrednio po Nieszczęśliwym wypadku zawierający Diagnozę oraz rodzaj zastoso-
wanego leczenia powypadkowego.
- 3.5.12.** W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu opieki medycznej należy dostarczyć następujące dokumenty:
- a) dokumentację medyczną potwierdzającą leczenie;
 - b) dowód zapłaty za koszty leczenia, w tym opłaty za recepty, jeśli takie istnieją.
- 3.5.13.** W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu Rehabilitacji należy dostarczyć dokumentację medyczną potwierdzającą koszty leczenia powypadkowego i Rehabilitacji oraz dowody poniesionych kosztów.
- 3.5.14.** W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu Złamania kości lub Zwichnięcia stawu należy dostarczyć dokumentację medyczną dotyczącą Złamania lub Zwichnięcia, zawierającą Diagnozę, kopię wyników diagnostycznych.
- 3.5.15.** W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu Oparzenia/Odmrożenia ciała należy dostarczyć szczegółową powypadkową dokumentację medyczną dotyczącą Oparzenia/Odmrożenia (określającą stopień i powierzchnię ciała, która uległa Oparzeniu/Odmrożeniu), dokumentację z udzielenia pierwszej pomocy po wypadku, kopię historii Choroby.
- 3.5.16.** W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu Trwałej niezdolności do pracy lub samodzielnego życia należy dostarczyć dokumentację medyczną zawierającą Diagnozę, opis procesu leczenia oraz określającą rodzaj trwałych nieodwracalnych następstw Uszkodzenia ciała.
- 3.5.17.** W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu Trwałego inwalidztwa należy dostarczyć dokumentację medyczną zawierającą Diagnozę, opis procesu leczenia oraz określającą rodzaj trwałych nieodwracalnych następstw Uszkodzenia ciała.
- 3.5.18.** W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu dodatkowej ochrony do zakresu Trwałego inwalidztwa należy dostarczyć następujące dokumenty:
- a) dokumentację medyczną potwierdzającą, że wózek lub sprzęt ortopedyczny i pomocniczy został przepisany przez Lekarza,
 - b) dokumentację (np. faktury) potwierdzającą koszt wypożyczenia lub zakupu wózka inwalidzkiego bądź sprzętu ortopedycznego i pomocniczego,
 - c) faktury potwierdzające poniesione koszty w przypadku przebudowy domu lub modyfikacji pojazdu,
 - d) kopię certyfikatu potwierdzającego zatwierdzone wnioski o przyznanie Psa asystenta od oficjalnego dostawcy psa,
 - e) dokumenty z urzędu pracy potwierdzające, że Ubezpieczony został przekwalifikowany do nowej pracy lub jakiegokolwiek inny dokument potwierdzający (np. zaświadczenie), że przekwalifikowanie zostało przeprowadzone i opłacone,
 - f) faktury potwierdzające poniesione koszty pomocy psychologicznej w przypadku terapii,
 - g) oświadczenie klienta, że koszty nie zostały zwrócone z innych źródeł oraz że klient nie czyni i nie będzie czynił starań w celu ich uzyskania od innych podmiotów.
- 3.5.19.** W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu Niezdolności do pracy w wyniku wypadku lub Choroby należy dostarczyć następujące dokumenty:
- a) kopię dokumentów potwierdzających Niezdolność do pracy, zawierających datę i przyczynę rozpoczęcia Niezdolności do pracy, określających czas jej trwania,
 - b) dokumentację medyczną dotyczącą procesu leczenia w związku z Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą skutkujących Niezdolnością do pracy.
- 3.5.20.** W przypadku gdy orzeczono Niezdolność do pracy ograniczoną czasowo, powinniśmy dostarczyć nam każde następne orzeczenie, określające kolejny okres Niezdolności do pracy, niezwłocznie po jego otrzymaniu. Jeśli nie dostarczysz takiego orzeczenia po upływie okresu wskazanego w ostatnim orzeczeniu, zaprzestaniemy wypłacania świadczenia do czasu przekazania nam następnego orzeczenia o Niezdolności do pracy.
- 3.5.21.** W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu utraty pracy należy dostarczyć następujące dokumenty:
- a) kopię rozwiązanej umowy o pracę, w tym wszelkie podpisane dokumenty ją zmieniające,
 - b) kopię wypowiedzenia umowy o pracę lub innego dokumentu potwierdzającego zakończenie stosunku pracy,
 - c) kopię zaświadczenia odpowiedniego urzędu pracy, stwierdzającego, że jesteś zarejestrowany jako osoba bezrobotna,

- d) kopie wszystkich umów o pracę na czas określony lub nieokreślony i aneksów do nich, potwierdzających, że byłeś zatrudniony przez co najmniej 12 miesięcy przed ustaniem zatrudnienia.
- 3.5.22.** W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu kosztów zakwaterowania rodzica w zakresie dodatkowego ubezpieczenia dla dzieci należy dostarczyć następujące dokumenty:
- a) dokumentację medyczną potwierdzającą pobyt ubezpieczonego Dziecka w Szpitalu,
 - b) fakturę lub inny dokument potwierdzający koszt zakwaterowania.
- 3.5.23.** W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu kosztów odwołania wycieczki szkolnej lub wybranych zajęć w zakresie dodatkowego ubezpieczenia dla dzieci należy dostarczyć następujące dokumenty:
- a) dokumentację medyczną, w tym zaświadczenie lekarskie potwierdzające konieczność leczenia ambulatoryjnego lub szpitalnego w związku z Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą w czasie, w którym odbywa się wycieczka szkolna lub inna wymieniona aktywność,
 - b) fakturę lub inny dokument potwierdzający koszt wycieczki szkolnej lub innego zajęcia,
 - c) potwierdzenie od organizatora wycieczki, że koszty zostały poniesione, oraz informację, czy Dziecko otrzymało zwrot kosztów w całości, czy w części.
- 3.5.24.** W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu kosztów nauczyciela domowego/korepetytora w zakresie dodatkowego ubezpieczenia dla dzieci należy dostarczyć następujące dokumenty:
- a) dokumentację medyczną potwierdzającą Nieszczęśliwy Wypadek lub Chorobę ubezpieczonego Dziecka,
 - b) fakturę lub inny dokument potwierdzający koszt nauczyciela domowego/korepetytora,
 - c) zaświadczenie z placówki edukacyjnej potwierdzające nieobecność ubezpieczonego Dziecka na zajęciach odbywających się w placówce oświatowej.
- 3.5.25.** W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu uszkodzenia Rzeczy osobistych lub Sprzętu sportowego w zakresie dodatkowego ubezpieczenia dla dzieci należy dostarczyć następujące dokumenty:
- a) dokumentację medyczną potwierdzającą Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Rzeczy osobiste lub Sprzęt sportowy uległy uszkodzeniu,
 - b) dokumentację fotograficzną uszkodzonego lub zniszczonego przedmiotu i zdjęcia z miejsca wypadku,
 - c) fakturę za naprawę lub oświadczenie z serwisu, że przedmiot nie może zostać naprawiony,
 - d) oświadczenie, że Ubezpieczony jest właścicielem przedmiotu.
- 3.5.26.** W przypadku zgłoszenia roszczenia dotyczącego mienia w zakresie odpowiedzialności cywilnej należy dostarczyć następujące dokumenty:
- a) potwierdzenie własności uszkodzonego mienia (faktury zakupu, wypis z księgi wieczystej, dowód rejestracyjny itp.),
 - b) opis okoliczności wypadku oraz oświadczenie Ubezpieczonego potwierdzające, że do Zdarzenia doszło z jego winy,
 - c) dokumentację fotograficzną szkody,
 - d) wykaz uszkodzonego mienia wraz z informacją o jego wieku i wartości,
 - e) kosztorys prac/napraw lub faktury, jeśli koszty zostały już pokryte,
 - f) oświadczenie, że osoba ubezpieczona nie ubiegała się o zwrot kosztów ani go nie otrzymała z innego źródła (w przypadku otrzymania zwrotu kosztów konieczne jest załączenie wykazu otrzymanych kwot).
- 3.5.27.** W przypadku zgłoszenia roszczenia dotyczącego uszczerbku na zdrowiu w zakresie odpowiedzialności cywilnej należy dostarczyć następujące dokumenty:
- a) opis okoliczności wypadku oraz oświadczenie Ubezpieczonego potwierdzające, że do Zdarzenia doszło z jego winy,
 - b) oświadczenia świadków Zdarzenia (potwierdzenie okoliczności),
 - c) pełną dokumentację medyczną, historię leczenia po Zdarzeniu powodującym szkodę (wraz z informacją, czy leczenie zostało zakończone),
 - d) raporty policyjne lub inne urzędowe raporty sporządzone w związku z Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - e) faktury za leczenie (jeśli takie są).
- 3.5.28.** Ponadto w przypadku Zdarzenia z zakresu odpowiedzialności cywilnej spowodowanego przez zwierzę domowe należy udokumentować, że Ubezpieczony jest właścicielem zwierzęcia (np.: osoba ubezpieczona wymieniona jest w książeczce szczepień, informacje o chipie, umowa kupna/adopcji, dokumentacja medyczna/szczepień lub inne dokumenty, które mogą potwierdzić własność).
- 3.5.29.** W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu utraty kluczy do mieszkania/domu bądź pojazdu powinieneś dostarczyć następujące dokumenty:
- a) rachunek przedstawiający koszt usług ślusarza oraz wymienionych zamków i kluczy,
 - b) urzędowy dokument (np. decyzję lub protokół), jeśli został sporządzony, informujący o okolicznościach Zdarzenia, a w przypadku utraty kluczy w wyniku kradzieży lub rozboju – kopię protokołu policyjnego,
 - c) kopię dowodu rejestracyjnego pojazdu (w przypadku utraty kluczyków do pojazdu).
- 3.5.30.** W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu utraty portfela lub torebki należy dostarczyć następujące dokumenty:
- a) kopię protokołu policyjnego potwierdzającego utratę portfela lub torebki w wyniku rozboju (rabunku) bądź włamania wraz z jej zawartością,
 - b) dokument zakupu nowego portfela bądź torebki oraz dokumenty potwierdzające poniesione koszty wymiany Dokumentów osobistych, kart płatniczych, kluczy i zamków do Miejsca zamieszkania lub siedziby firmy (paragon fiskalny, faktura VAT, dowody wpłaty),
 - c) inne dokumenty potwierdzające Zdarzenie, a będące w Twoim posiadaniu.
- 3.5.31.** W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu uszkodzenia, zniszczenia bądź utraty Dokumentów osobistych powinieneś dostarczyć następujące dokumenty:
- a) kopię protokołu policyjnego, potwierdzającego że Dokument osobisty został utracony w wyniku włamania lub rabunku,
 - b) dokumenty potwierdzające poniesione koszty wymiany Dokumentów osobistych (paragon fiskalny, faktura VAT, dowody wpłaty),
 - c) inne dokumenty potwierdzające Zdarzenie, a będące w Twoim posiadaniu.
- 3.5.32.** W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu utraty kluczy do samochodu powinieneś dostarczyć następujące dokumenty:
- a) kopię protokołu policyjnego potwierdzającego utratę kluczy w wyniku rozboju (rabunku) bądź włamania,

- b) dokument z serwisu potwierdzający mechaniczne lub elektroniczne uszkodzenie kluczy,
 - c) rachunek/fakturę przedstawiającą koszt usług ślusarza oraz wymienionych zamków i kluczy.
- 3.5.33.** W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu ubezpieczenia mienia w okresie hospitalizacji powinieneś dostarczyć następujące dokumenty:
- a) dokument ze Szpitala potwierdzający długość pobytu w Szpitalu,
 - b) dowód, że miejsce, w którym znajduje się ubezpieczone mienie, to Miejsce Twojego zamieszkania,
 - c) dokumentację fotograficzną przedstawiającą uszkodzone mienie ruchome,
 - d) faktury i rachunki za naprawę lub wymianę uszkodzonego mienia,
 - e) urzędowy dokument (np. decyzję lub protokół policyjny), jeśli został sporządzony, informujący o okolicznościach Zdarzenia,
 - f) dowód własności uszkodzonego lub utraconego mienia (faktury, karty gwarancyjne, instrukcje, umowy kupna).
- 3.5.34.** Jeśli ze względów bezpieczeństwa lub higienicznych chcesz usunąć uszkodzone mienie ruchome, najpierw sporządź ich dokumentację fotograficzną i listę, abyś mógł ją nam przedstawić.
- 3.5.35.** W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu ubezpieczenia opieki nad zwierzętami domowymi w czasie hospitalizacji powinieneś dostarczyć następujące dokumenty:
- a) dokument ze Szpitala lub od Lekarza potwierdzający długość pobytu w Szpitalu,
 - b) książeczkę szczepień zwierząt domowych lub inny dokument potwierdzający, że zwierzę jest Twoją własnością,
 - c) fakturę/rachunek za opiekę nad zwierzęciem domowym lub potwierdzenie od osoby opiekującej się zwierzęciem podczas Twojej hospitalizacji.
- 3.5.36.** W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu uszkodzenia lub zniszczenia Sprzętu sportowego należy dostarczyć następujące dokumenty:
- a) dokumentację medyczną potwierdzającą Niestety wypadek, w wyniku którego Sprzęt sportowy uległ uszkodzeniu lub zniszczeniu,
 - b) dokumentację fotograficzną (np. uszkodzonych lub zniszczonych przedmiotów, zdjęcia z miejsca wypadku),
 - c) fakturę za naprawę lub zakup nowego, podobnego przedmiotu,
 - d) oświadczenie, że Ubezpieczony jest właścicielem przedmiotu.
- 3.5.37.** W przypadku gdy przekazane nam informacje są niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Colonnade, możemy zażądać dodatkowych informacji uzasadniających roszczenie.

3.6. JAK PROCESOWANE SĄ ROSZCZENIA

- 3.6.1.** Ważne jest, aby roszczenie zarejestrować tak szybko, jak to możliwe, a w przypadku roszczeń związanych z Niestety wypadkiem lub Chorobą – po zakończeniu leczenia i Rehabilitacji.
- 3.6.2.** Ty, jako Ubezpieczony, lub Beneficjent możecie zgłosić roszczenie:
- a) przez Internet na stronie www.colonnade.pl/zglos-szkode – aby zgłosić roszczenie dotyczące ubezpieczenia, wystarczy wybrać rodzaj zgłaszanego roszczenia, a następnie wypełnić formularz, załączyć do niego wszystkie obowiązkowe dokumenty i wysłać; Dział Likwidacji Szkód skontaktuje się z Tobą, aby poinformować Cię o dalszych krokach,
 - b) pocztą elektroniczną – Ty lub Beneficjent możecie pobrać formularz zgłoszenia roszczenia ze strony www.colonnade.pl, wypełnić odpowiednie pola, załączyć wszystkie obowiązkowe dokumenty wymienione w formularzu zgłoszenia roszczenia i wysłać go na adres: szkody@colonnade.pl; prosimy zostawić swój numer telefonu i adres e-mail na formularzu, abyśmy mogli się z Tobą skontaktować i poinformować o dalszych krokach,
 - c) pisemnie – na formularzu zgłoszenia roszczenia, który Ty lub Beneficjent możecie pobrać ze strony www.colonnade.pl lub który na Twoje życzenie może zostać dostarczony pocztą; nie zapomnij załączyć wszystkich obowiązkowych dokumentów wymienionych w formularzu zgłoszenia roszczenia; prosimy zostawić swój numer telefonu i adres e-mail na formularzu, abyśmy mogli się z Tobą skontaktować i poinformować o dalszych krokach; dokumenty prosimy dostarczyć na adres:
Colonnade Insurance S.A. Oddział w Polsce
ul. Prosta 67
00-838 Warszawa
 - d) przez całodobowe Centrum Alarmowe Colonnade dostępne pod numerem telefonu +48 22 506 32 50, jeżeli roszczenie dotyczy:
 - Cyber Assistance,
 - Assistance – Ubezpieczenie serca,
 - Assistance – Pomoc psychologiczna,
 - Assistance – Rehabilitacja,
 - Assistance – Na wypadek poważnej choroby,
 - Assistance – Druga Opinia Medyczna,
 - Assistance – Doctor Chat.
- 3.6.3.** Pod numerem telefonu 22 276 26 01, od poniedziałku do piątku od 9.00 do 17.00, otrzymasz informację i dodatkowe wytyczne na temat sposobu postępowania przy zgłoszeniu roszczenia.
- 3.6.4.** Informujemy, że będziemy potrzebowali oświadczenia wskazanego w formularzu zgłoszenia roszczenia, że upoważniasz nas do wglądu we wszelką dokumentację medyczną związaną ze Zdarzeniami ubezpieczeniowymi, jak np. Niestety wypadek lub Choroba.
- 3.6.5.** Do naszych obowiązków należy:
- a) wszczęcie postępowania wyjaśniającego niezbędnego do ustalenia zakresu świadczenia niezwłocznie po powiadomieniu nas o Zdarzeniu ubezpieczeniowym,
 - b) w przypadku wystąpienia Zdarzenia skutkującego naszą odpowiedzialnością – spełnienie świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową; gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być przez nas spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporną część świadczenia wypłacimy w terminie wskazanym w zdaniu poprzedzającym.

- 3.6.6.** Ubezpieczony powinien:
- a) użyć dostępnych mu środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów, zapobiegać uszkodzeniom mienia, nie naruszać obowiązków, które mogą mieć istotny wpływ na wystąpienie lub przebieg Zdarzenia ubezpieczeniowego, powiększenie jego skutków lub ocenę wysokości roszczenia,
 - b) w przypadku gdy zakres ubezpieczenia dotyczy jego stanu zdrowia – stosować się do zaleceń Lekarza i zaleconego przez niego leczenia, a w przypadku hospitalizacji nie opuszczać Szpitala bez zgody Lekarza prowadzącego lub nie naruszać w inny sposób zaleconego leczenia, a także umożliwić nam monitorowanie przebiegu leczenia,
 - c) udzielić nam prawdziwych i wyczerpujących odpowiedzi na wszystkie pytania związane ze Zdarzeniem,
 - d) w przypadku ubezpieczenia mienia – podjąć wszelkie uzasadnione kroki w celu odzyskania utraconego lub skradzionego mienia oraz zapewnić pomoc odpowiednim organom władzy badającym Zdarzenie,
 - e) wyrazić zgodę na zasięganie przez nas informacji o jego stanie zdrowia i przekazywanie dokumentacji medycznej – w przypadku gdy zakres ubezpieczenia dotyczy jego stanu zdrowia,
 - f) w przypadku Zdarzenia dotyczącego ubezpieczonego mienia – poinformować nas o innych ubezpieczeniach zapewniających ochronę tego mienia.
- 3.6.7.** Dokonamy przeglądu zgłoszonego roszczenia i skontaktujemy się z Tobą, jeżeli będzie potrzeba uzyskania dodatkowych informacji istotnych dla rozpatrzenia roszczenia, takich jak: dokumenty medyczne lub zgody, inne informacje związane ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym (np. zastosowane leczenie, wcześniejsza historia medyczna, szczegóły dotyczące zatrudnienia).
- 3.6.8.** Świadczenie wypłacimy bezpośrednio Ubezpieczonemu lub Beneficjentowi/Beneficjentom.
- 3.6.9.** Maksymalna kwota jaką możemy wypłacić w przypadku szkody, to Suma ubezpieczenia lub Limit ubezpieczenia. Wszystkie szczegóły dotyczące Sumy ubezpieczenia, kwoty świadczenia oraz czasu, przez który będzie ono wypłacane, znajdują się w OWU i Twojej Polisie.

3.7. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

- 3.7.1.** Nie wypłacimy świadczeń z tytułu roszczeń wynikających ze zdarzeń zaistniałych wskutek:
- a) chorób, urazów lub stanów chorobowych, zdarzeń i ich następstw, które wystąpiły przed Dniem początku ubezpieczenia,
 - b) procedur medycznych związanych z AIDS, HIV lub wszelkich ich następstw, z wyjątkiem zakażenia wirusem HIV (które nastąpiło po Dniu początku ubezpieczenia) będącego wynikiem transfuzji krwi, naruszenia nietykalności osobistej lub Zdarzenia mającego miejsce w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych,
 - c) samobójstwa, próby samobójczej lub celowego samookaleczenia,
 - d) zażywania narkotyków,
 - e) udziału w jakimkolwiek przestępstwie lub próbie popełnienia przestępstwa,
 - f) Zawodowego uprawiania sportów,
 - g) uczestnictwa, uprawiania lub trenowania jakichkolwiek sztuk walki, sportów motorowych i motorowodnych, sportów lotniczych, wspinaczki górskiej i skalnej, speleologii, freedivingu, skoków do wody, skoków na bungee, jazdy na nartach i snowboardzie poza wyznaczonymi trasami narciarskimi,
 - h) służby w policji, zawodowej straży pożarnej, wojsku,
 - i) kierowania pojazdem mechanicznym lub innym środkiem transportu, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał do tego uprawnień lub jeżeli pojazd nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
 - j) prowadzenia pociągu, samolotu lub statku,
 - k) wojny, inwazji, działań wojennych lub operacji wojennych (niezależnie od tego czy wojna została wypowiedziana, czy nie), wojny domowej, rebelii, rewolucji, powstania, działań władzy wojskowej lub uzurpowanej,
 - l) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego,
 - m) Aktu terroru,
 - n) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, tj. gdy poziom alkoholu we krwi przekracza 0,5 g/l, lub pod wpływem substancji odurzających, chyba że zostały one przepisane przez Lekarza.
- 3.7.2.** Nie wypłacimy świadczenia Beneficjentowi, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego.
- 3.7.3.** Ubezpieczyciel nie będzie zapewniał ochrony ani nie będzie zobowiązany do zapłaty żadnego odszkodowania lub świadczenia w ramach tej umowy ubezpieczenia w takim zakresie, w jakim zapewnienie takiej ochrony, wypłata takiego odszkodowania lub świadczenia naraziłaby Ubezpieczyciela lub jego jednostkę dominującą na sankcję, zakaz/prohibicję lub ograniczenie na mocy rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub prawa Unii Europejskiej, Luksemburga, Polski, Wielkiej Brytanii, Kanady lub Stanów Zjednoczonych Ameryki, dotyczących sankcji handlowych i gospodarczych.
- 3.8. JAK ZREZYGNOWAĆ Z UBEZPIECZENIA**
- 3.8.1.** Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie. Umowa (i ochrona ubezpieczeniowa wobec wszystkich Ubezpieczonych) wygaśnie ostatniego dnia okresu, za który należna była składka i w którym otrzymaliśmy oświadczenie Ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia.
- 3.8.2.** Ubezpieczony ma prawo zrezygnować z ubezpieczenia w dowolnym czasie. Może to zrobić telefonicznie, kontaktując się z infolinią pod numerem telefonu 22 276 26 00, lub pisemnie na adres: Biuro Obsługi Klienta Colonnade, ul. Prosta 67, 00-838 Warszawa. Wobec Ubezpieczonego ochrona wygaśnie ostatniego dnia okresu, za który należna była składka i w którym otrzymaliśmy oświadczenie Ubezpieczonego o rezygnacji z ubezpieczenia.
- 3.8.3.** W przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową współmałżonka, partnera lub Dziecka ochrona ubezpieczeniowa wygasa w stosunku do tych osób również wtedy, kiedy Ubezpieczający poinformuje nas na piśmie lub telefonicznie o wyłączeniu współmałżonka partnera lub Dziecka z ochrony ubezpieczeniowej z ostatnim dniem miesiąca ochrony ubezpieczeniowej, za który należna była składka i w którym otrzymaliśmy od Ubezpieczającego informację o wyłączeniu współmałżonka, partnera lub Dziecka z ochrony ubezpieczeniowej.
- 3.8.4.** Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni od dnia jej zawarcia.
- 3.8.5.** W przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia lub odstąpienia od niej Ubezpieczający powinien odwołać polecenie zapłaty w banku, który je realizuje.

4. Co obejmuje nasze ubezpieczenie



4.1. Śmierć w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Jaki jest zakres ochrony

- 4.1.1. Ochroną ubezpieczeniową może być objęty Ubezpieczony, który ukończył 6 miesięcy i nie ukończył 80 lat.
- 4.1.2. Świadczenie w wysokości określonej w Polisie wypłacimy Beneficjentowi wówczas, gdy niezależnie od miejsca pobytu na świecie Ubezpieczony ulegnie Nieszczęśliwemu wypadkowi, w wyniku którego w ciągu 2 lat, niezależnie od innych przyczyn, nastąpi śmierć.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

- 4.1.3. Świadczenia nie wypłacimy w przypadkach określonych w pkt 3.7.



4.2. Śmierć w wyniku nieszczęśliwego wypadku samochodowego

Jaki jest zakres ochrony

- 4.2.1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, który ukończył 6 miesięcy i nie ukończył 80 lat.
- 4.2.2. Świadczenie w wysokości określonej w Polisie wypłacimy Beneficjentowi, gdy niezależnie od miejsca pobytu na świecie Ubezpieczony ulegnie Nieszczęśliwemu wypadkowi – jako kierowca lub pasażer pojazdu samochodowego – w wyniku którego w ciągu 2 lat, niezależnie od innych przyczyn, nastąpi śmierć.
- 4.2.3. Jeżeli w chwili Zdarzenia Ubezpieczony miał zapięte pasy bezpieczeństwa i siedział w fotelu chronionym przez poduszkę powietrzną, która zadziałała w chwili Zdarzenia, to Suma ubezpieczenia zostanie powiększona o 10%.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

- 4.2.4. Świadczenia nie wypłacimy w przypadkach określonych w pkt 3.7.



4.3. Koszty pogrzebu – śmierć z jakiegokolwiek powodu

Jaki jest zakres ochrony

- 4.3.1. Ochrona z tego tytułu obejmuje koszty pogrzebu lub kremacji Ubezpieczonego, o ile zmarł po ukończeniu 6 miesięcy życia a przed ukończeniem 65. roku życia.
- 4.3.2. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w Okresie karencji, wypłacimy świadczenie w wysokości 1% Limitu wskazanego w Polisie.
- 4.3.3. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła po Okresie karencji, zwrócimy uzasadnione koszty pogrzebu lub kremacji, osobie która je poniosła, jeśli zostały udokumentowane właściwą fakturą lub rachunkiem, do wysokości Limitu ubezpieczenia określonego w Polisie.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

- 4.3.4. Świadczenia nie wypłacimy w przypadkach określonych w pkt 3.7.



4.4. Pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem

Jaki jest zakres ochrony

- 4.4.1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, który ukończył 6 miesięcy i nie ukończył 80 lat.
- 4.4.2. Świadczenie w wysokości określonej w Polisie wypłacimy wówczas, gdy Ubezpieczony ulegnie Nieszczęśliwemu wypadkowi, w wyniku którego dozna Uszkodzenia ciała, w związku z którym wymagać będzie hospitalizacji.
- 4.4.3. Świadczenie wypłacimy za każdy Dzień pobytu w szpitalu – maksymalnie za 365 dni.
- 4.4.4. Za wszystkie dni spędzone na oddziale intensywnej opieki medycznej wypłacimy świadczenie w podwójnej wysokości.
- 4.4.5. W przypadku wielokrotnych hospitalizacji w wyniku tego samego Nieszczęśliwego wypadku Dni pobytu w Szpitalu kumulują się na potrzeby obliczenia wysokości świadczenia.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

- 4.4.6. Nie wypłacimy świadczenia w przypadkach opisanych w pkt 3.7, a ponadto z tytułu hospitalizacji związanej z:
 - a) leczeniem, wypoczynkiem oraz pobytem w ośrodkach zapewniających długoterminową opiekę (domach opieki, sanatoriach, ośrodkach rekonwalescencyjnych, ośrodkach lub oddziałach rehabilitacyjnych, centrach leczenia uzależnień),
 - b) badaniami kontrolnymi, operacjami lub leczeniem natury czysto kosmetycznej, otyłością bądź też leczeniem podjętym w celu zajścia w ciążę lub eliminacji impotencji bądź poprawy płodności,
 - c) Chorobą.



4.5. Pobyt w szpitalu spowodowany chorobą

Jaki jest zakres ochrony

- 4.5.1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, który ukończył 6 miesięcy i nie ukończył 80 lat.
- 4.5.2. Świadczenie w wysokości określonej w Polisie wypłacimy, gdy z powodu Choroby Ubezpieczony będzie wymagać hospitalizacji.
- 4.5.3. Jeżeli Choroba skutkująca hospitalizacją została zdiagnozowana w Okresie karencji, wypłacimy jednorazowe świadczenie w wysokości 1% Limitu wskazanego w Polisie.

- 4.5.4.** Jeżeli Choroba skutkująca hospitalizacją została zdiagnozowana po Okresie karencji:
- a) świadczenie z tytułu hospitalizacji w wyniku Choroby w wysokości Limitu wskazanego w Polisie wypłacimy za każdy Dzień pobytu w szpitalu – maksymalnie za 365 dni,
 - b) za wszystkie dni spędzone na oddziale intensywnej opieki medycznej wypłacimy świadczenie w podwójnej wysokości.
- 4.5.5.** W przypadku wielokrotnych hospitalizacji w wyniku tej samej Choroby Dni pobytu w szpitalu kumulują się na potrzeby obliczenia wysokości świadczenia.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

- 4.5.6.** Nie wypłacimy świadczenia w przypadkach opisanych w pkt 3.7, a ponadto z tytułu hospitalizacji związanej z:
- a) leczeniem, wypoczynkiem oraz pobytem w ośrodkach zapewniających długoterminową opiekę (domach opieki, sanatoriach, ośrodkach rekonwalescencyjnych, ośrodkach lub oddziałach rehabilitacyjnych, centrach leczenia uzależnień),
 - b) badaniami, operacjami lub leczeniem natury czysto kosmetycznej, otyłością bądź też leczeniem podjętym w celu zajścia w ciążę lub eliminacji impotencji bądź poprawy płodności,
 - c) ciążą lub porodem,
 - d) eksperymentami medycznymi, szczepieniami,
 - e) Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - f) chorobą psychiczną, depresją, zaburzeniami psychicznymi Ubezpieczonego.



4.6. Rekonwalescencja po pobycie w szpitalu spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem

Jaki jest zakres ochrony

- 4.6.1.** Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, który ukończył 6 miesięcy i nie ukończył 80 lat.
- 4.6.2.** Świadczenie w wysokości określonej w Polisie wypłacimy wówczas, gdy po hospitalizacji w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony będzie wymagał Rekonwalescencji.
- 4.6.3.** Świadczenie wypłacimy za każdy dzień Twojej Rekonwalescencji zaleconej przez Lekarza, począwszy od dnia następującego po ostatnim dniu hospitalizacji.
- 4.6.4.** Świadczenie z tytułu Rekonwalescencji w wyniku Nieszczęśliwego wypadku wypłacimy maksymalnie za 365 dni Rekonwalescencji, ale nie więcej niż za trzykrotność liczby dni hospitalizacji.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

- 4.6.5.** Nie wypłacimy świadczenia w przypadkach opisanych w pkt 3.7, a ponadto z tytułu Rekonwalescencji związanej z:
- a) leczeniem, wypoczynkiem oraz pobytem w ośrodkach zapewniających długoterminową opiekę (domach opieki, sanatoriach, ośrodkach rekonwalescencyjnych, ośrodkach lub oddziałach rehabilitacyjnych, centrach leczenia uzależnień),
 - b) badaniami kontrolnymi, operacjami lub leczeniem natury czysto kosmetycznej, otyłością bądź też leczeniem podjętym w celu zajścia w ciążę lub eliminacji impotencji bądź poprawy płodności,
 - c) Chorobą.



4.7. Rekonwalescencja po pobycie w szpitalu spowodowanym chorobą

Jaki jest zakres ochrony

- 4.7.1.** Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, który ukończył 6 miesięcy i nie ukończył 80 lat.
- 4.7.2.** Świadczenie wypłacimy wówczas, gdy po hospitalizacji w wyniku Choroby Ubezpieczony będzie wymagał Rekonwalescencji.
- 4.7.3.** Jeżeli Choroba skutkująca hospitalizacją została zdiagnozowana w Okresie karencji, wypłacimy jednorazowe świadczenie w wysokości 1% Limitu wskazanego w Polisie.
- 4.7.4.** Jeżeli Choroba, skutkująca hospitalizacją, została zdiagnozowana po Okresie karencji, świadczenie wypłacimy za każdy dzień Twojej Rekonwalescencji zaleconej przez Lekarza, począwszy od dnia następującego po ostatnim dniu hospitalizacji.
- 4.7.5.** Świadczenie z tytułu Rekonwalescencji w wyniku Choroby wypłacimy maksymalnie za 365 dni Rekonwalescencji, ale nie więcej niż za trzykrotność liczby dni hospitalizacji.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

- 4.7.6.** Nie wypłacimy świadczenia w przypadkach opisanych w pkt 3.7, a ponadto z tytułu Rekonwalescencji związanej z:
- a) leczeniem, wypoczynkiem oraz pobytem w ośrodkach zapewniających długoterminową opiekę (domach opieki, sanatoriach, ośrodkach rekonwalescencyjnych, ośrodkach lub oddziałach rehabilitacyjnych, centrach leczenia uzależnień),
 - b) badaniami, operacjami lub leczeniem natury czysto kosmetycznej, otyłością bądź też leczeniem podjętym w celu zajścia w ciążę lub eliminacji impotencji bądź poprawy płodności,
 - c) ciążą lub porodem,
 - d) eksperymentami medycznymi, szczepieniami,
 - e) Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - f) chorobą psychiczną, depresją, zaburzeniami psychicznymi Ubezpieczonego.



4.8. Diagnoza nowotworu

Jaki jest zakres ochrony

- 4.8.1.** Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, który ukończył 6 miesięcy i nie ukończył 60 lat.

- 4.8.2.** Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Diagnozy Nowotworu może obejmować następujące grupy nowotworów według Międzynarodowej Klasyfikacji Nowotworów Złośliwych (TNM):

Grupa 1
1. Nowotwory złośliwe zakwalifikowane w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 kodami diagnostycznymi od C00 do C97, z wyjątkiem:
a) czerniaka złośliwego skóry (C43) – w stadium zaawansowania T1N0M0 według TNM (niepenetrujący warstwy naskórka)
b) Nowotworu złośliwego gruczołu krokowego (C61) – w stopniu zaawansowania poniżej stadium T2N0M0 według TNM
c) Nowotworu złośliwego tarczycy (C73) – raka brodawkowatego i/lub pęcherzykowatego tarczycy w stopniu zaawansowania poniżej stadium T2N0M0 według TNM
2. Wybrane łagodne Nowotwory mózgu:
a) Nowotwór niezłośliwy opon mózgowo-rdzeniowych (D32) – wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwały ubytek neurologiczny (naruszenie sprawności organizmu, które powoduje trwałe upośledzenie czynności nierokujące poprawy)
b) Nowotwór niezłośliwy mózgu i innych części ośrodkowego układu nerwowego (D33) – wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwały ubytek neurologiczny (naruszenie sprawności organizmu, które powoduje trwałe upośledzenie czynności nierokujące poprawy)
Grupa 2
1. Wybrane Nowotwory złośliwe:
a) czerniak złośliwy skóry (C43) w stadium zaawansowania T1N0M0 według TNM (niepenetrujący warstwy naskórka)
b) inne Nowotwory złośliwe skóry (C44)
c) Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego (C61) w stadium mniejszym niż T2N0M0 według TNM
d) Nowotwór złośliwy tarczycy (C73) – rak brodawkowaty lub pęcherzykowy tarczycy poniżej stadium T2N0M0 według TNM
2. Nowotwory złośliwe w przedinwazyjnym stadium (in situ) opisane kodami diagnostycznymi od D00, D01, D02, D03, D05, D06, D07, D09
3. Wybrane łagodne nowotwory mózgu:
a) Nowotwór niezłośliwy opon mózgowo-rdzeniowych (D32) – niewymagający usunięcia neurochirurgicznego i niepowodujący trwałych ubytków neurologicznych
b) Nowotwór niezłośliwy mózgu i innych części ośrodkowego układu nerwowego (D33) – niewymagający usunięcia neurochirurgicznego i niepowodujący trwałych ubytków neurologicznych

- 4.8.3.** W przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego po raz pierwszy Nowotworu w Okresie karencji wypłacimy świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Polisie.
- 4.8.4.** W przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego po raz pierwszy Nowotworu po Okresie karencji wypłacimy świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia wskazanej w Polisie.
- 4.8.5.** Po wypłacie świadczenia z powodu Diagnozy Nowotworu z grupy 1 ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Diagnozy Nowotworu wygasa.
- 4.8.6.** Po wypłacie świadczenia z powodu Diagnozy Nowotworu z grupy 2 ochrona ubezpieczeniowa zostaje ograniczona do Diagnozy Nowotworu z grupy 1.
- 4.8.7.** Diagnoza Nowotworu musi być potwierdzona Badaniem histopatologicznym próbki tkanki i musi zawierać kod i nazwę choroby Ubezpieczonego zgodnie z ICD.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

- 4.8.8.** Nie wypłacimy świadczenia w przypadkach opisanych w pkt 3.7, a ponadto jeśli Nowotwór zdiagnozowano przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

Jak dokonać zmian w ubezpieczeniu

- 4.8.9.** W przypadku zmian w ubezpieczeniu w ramach zakresu Diagnoza Nowotworu, poza opisanymi w pkt 3.4, mają zastosowanie następujące warunki:
- a) nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje od pierwszego dnia kolejnego miesiąca po miesiącu, w którym złożono wniosek o zmianę, a nowa kwota składki zostanie opłacona w terminie,
 - b) w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia ma zastosowanie Okres karencji wskazany w Polisie,
 - c) jeśli roszczenie wystąpi w Okresie karencji, zapewnimy ochronę ubezpieczeniową na warunkach obowiązujących przed zmianą i zwrócimy część zapłaconej składki, która odpowiada składce za zmianę;
 - d) Suma ubezpieczenia nie może zostać podwyższona po wypłacie świadczenia.
- 4.8.10.** Zmiana Sumy ubezpieczenia spowoduje zmianę składki.
- 4.8.11.** Zmiana Sumy ubezpieczenia może być uzależniona od oceny dokumentacji medycznej, o której dostarczenie poprosimy przed jej dokonaniem.



4.9. Poważne zachorowanie

Jaki jest zakres ochrony

4.9.1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, który ukończył 18 i nie ukończył 60 lat.

4.9.2. Listę wszystkich Chorób objętych ubezpieczeniem podzieliliśmy na 5 grup:

Grupa 1

a) **Zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem lub istotnym zmniejszeniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Wystąpienie zawału serca musi zostać potwierdzone przez lekarza kardiologa i muszą zostać spełnione następujące warunki:

- wystąpienie świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowych
- znaczące podwyższenie stężenia markerów martwicy mięśnia sercowego (troponina T powyżej 1,0 ng/ml, AccuTnl powyżej 0,5 ng/ml lub równoważny próg dla innych testów troponiny I)

Zakres ubezpieczenie nie obejmuje:

- innych ostrych zespołów wieńcowych
- epizodów dławicowego bólu w klatce piersiowej (*angina pectoris*)
- uszkodzenia mięśnia sercowego bez zawału
- zawału spowodowanego jakimkolwiek wcześniej istniejącym stanem lub nieleczonym nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą lub wysokim poziomem cholesterolu

b) **Udar mózgu** – śmierć tkanki mózgowej spowodowana niedostatecznym ukrwieniem lub krwotokiem wewnątrzczaszkowym, skutkująca trwałymi deficytami neurologicznymi, z objawami klinicznymi utrzymującymi się przynajmniej 24 godziny. Ubezpieczenie nie obejmuje przemijających ataków niedokrwiennych, których objawy znikają w ciągu 24 godzin, oraz śmierci tkanki nerwu wzrokowego lub udaru oka/siatkówki

Grupa 2

a) **Niewydolność wątroby** – całkowita i nieodwracalna niewydolność funkcji wątroby przebiegająca z jednoczesnym występowaniem wszystkich następujących objawów: stałej żółtaczki, wodobrzusza oraz encefalopatii wątrobowej. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza gastroenterologa. Ubezpieczenie nie obejmuje niewydolności wątroby będącej skutkiem spożycia narkotyków, środków psychotropowych lub alkoholu

b) **Niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek, wymagające stałej dializoterapii lub przeszczepu nerki

c) **Niewydolność płuc** – potwierdzona przez Lekarza pulmonologa choroba płuc powodująca przewlekłą niewydolność oddechową. Choroba musi przebiegać z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów:

- trwałe upośledzenie funkcji płuc potwierdzone wynikami testu FEV1, zmierzone w trzech różnych pomiarach przez 3 kolejne miesiące, a wyniki są konsekwentnie niższe niż 50% normy
- pacjent wymaga przewlekłej tlenoterapii z powodu hipoksemii

d) **Przeszczep narządów** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z następujących narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z następujących narządów: serca, płuca, wątroby, obu nerek, trzustki, szpiku kostnego

Grupa 3

a) **Stwardnienie rozsiane** – potwierdzone przez Lekarza neurologa, ze stałym ubytkiem neurologicznym z faktycznymi objawami zaburzeń ruchowych lub czuciowych, przy spełnieniu wszystkich poniższych warunków:

- diagnoza stwardnienia rozsianego musi być potwierdzona metodami obrazowania
- stwardnienie rozsiane odpowiada co najmniej 6. poziomowi na międzynarodowej skali niepełnosprawności EDSS (*Expanded Disability Status Scale*)

b) **Stwardnienie zanikowe boczne** – choroba potwierdzona przez Lekarza neurologa, przy spełnieniu wszystkich poniższych warunków:

- dokumentacja medyczna obejmująca EMG i rezonans magnetyczny mózgu oraz kręgosłupa szyjnego, a w razie potrzeby badanie płynu mózgowo-rdzeniowego (CSF)
- potwierdzona niezdolność do samodzielnego spożywania przygotowanego jedzenia lub zaburzenia mobilności (niezdolność do samodzielnego poruszania się na płaskiej powierzchni)

c) **Choroba Alzheimera** – choroba potwierdzona jednocześnie przez Lekarza neurologa, geriatrę, neuropsychologa lub psychiatrę, przy spełnieniu wszystkich poniższych warunków:

- potwierdzenie za pomocą standardowych testów psychodiagnostycznych i kwestionariuszy używanych do diagnozy choroby Alzheimera

– wsparte wynikami skali MMSE lub innej neuropsychologicznej skali oraz wynikami badania tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI) – utrata funkcji mózgu w wyniku choroby jest trwała i nieodwracalna – stan zdrowia Ubezpieczonego wymaga stałej pomocy i nadzoru innej osoby w wykonywaniu przynajmniej 6 podstawowych potrzeb życiowych
Zakresem ubezpieczenia nie są objęte przypadki otępienia lub innych uszkodzeń mózgu, do powstania których doszło w wyniku nadużywania alkoholu lub narkotyków.
d) Choroba Parkinsona – choroba mózgu potwierdzona przez Lekarza neurologa, przy spełnieniu wszystkich poniższych warunków:
– Diagnoza potwierdzona za pomocą tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI) oraz testu z L-dopą – potwierdzone trwałe upośledzenie funkcji motorycznych, w tym drżenie, sztywność mięśniowa lub spowolnienie ruchów – kliniczna ciężkość choroby spełnia warunki niepełnosprawności trzeciego stopnia lub wyższego według skali Hoehn i Yahr
Zakres ubezpieczenia nie obejmuje choroby Parkinsona spowodowanej stosowaniem narkotyków lub substancji psychotropowych.
Grupa 4
a) Kleszczowe zapalenie mózgu i opon mózgowych – potwierdzona przez Lekarza neurologa ciężka forma kleszczowego zapalenia mózgu i opon mózgowych spowodowana przez ukąszenie kleszcza, przy spełnieniu wszystkich poniższych warunków:
– dokumentacja medyczna potwierdzająca: • historię ukąszenia przez kleszcza, w tym datę ukąszenia • pojawienie się wspólnych objawów (takich jak objawy neurologiczne, psychiatryczne, skórne, stawowe) w ciągu 3 miesięcy od ukąszenia przez kleszcza – choroba była odpowiednio leczona w szpitalu lub ambulatoryjnie – wyniki badań laboratoryjnych (surowica i/lub płyn mózgowo-rdzeniowy) – ciężkie konsekwencje neurologiczne i/lub psychiatryczne, które są wyraźnie i wyłącznie spowodowane przez kleszczowe zapalenie mózgu i opon mózgowych, są trwałe i uniemożliwiają wykonywanie jakiejkolwiek zarobkowej działalności lub uniemożliwiają naukę w szkole przez ciągły okres co najmniej 6 miesięcy
b) Zapalenie mózgu – potwierdzona przez Lekarza neurologa choroba powodująca poważny deficyt neurologiczny z utrzymującymi się objawami klinicznymi, takimi jak problemy z chodzeniem, utrata czucia, dezorientacja, utrata pamięci, zmiany w widzeniu, ślepota, drgawki przez co najmniej 6 miesięcy od daty Diagnozy
c) Bakteryjne zapalenie opon mózgowych – potwierdzona przez Lekarza neurologa infekcja bakteryjna opon mózgowo-rdzeniowych powodująca poważny deficyt neurologiczny z utrzymującymi się objawami klinicznymi, takimi jak uszkodzenie mózgu, utrata słuchu, trudności w uczeniu się przez co najmniej 6 miesięcy od daty Diagnozy
d) Wirusowe zapalenie mózgu – potwierdzona przez Lekarza neurologa i wynikami laboratoryjnymi infekcja wirusem polio opon mózgowo-rdzeniowych powodująca trwały i nieodwracalny defekt neurologiczny, który jest definiowany jako trwały i nieodwracalny paraliż kończyn
Grupa 5
Inne Choroby , które skutkują całkowitą niezdolnością Ubezpieczonego do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, takich jak:
a) mobilność: chodzenie, siadanie, wstawanie, stanie
b) orientacja: orientacja słuchowa, wzrokowa, orientacja w czasie i miejscu
c) komunikacja i rozumienie (ustne/pisemne)
d) jedzenie: wybór napoju i jedzenia, nalewanie napoju i jedzenie, przestrzeganie ustalonej diety
e) ubieranie się i zakładanie butów: wybieranie ubrań, zakładanie i zdejmowanie ubrań i butów
f) higiena osobista: mycie, czesanie, higiena jamy ustnej
g) załatwianie potrzeb fizjologicznych (korzystanie z toalety itp.)
h) opieka zdrowotna: przestrzeganie schematu leczenia, stosowanie leków i niezbędnych środków pomocniczych
i) posługiwanie się pieniędzmi, załatwianie bieżących spraw życia codziennego, codzienne zakupy
4.9.3. Zakres Chorób objętych zakresem ubezpieczenia zostanie wskazany w Polisie.
4.9.4. W przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego po raz pierwszy w Okresie karencji, przez Lekarza specjalistę z danej dziedziny, Choroby z grup 1–4 wypłacimy świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Polisie dla danej grupy.
4.9.5. W przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego po raz pierwszy po Okresie karencji, przez Lekarza specjalistę z danej dziedziny, Choroby z grup 1–4 wypłacimy świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia wskazanej w Polisie dla danej grupy.

- 4.9.6.** W przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego po raz pierwszy w Okresie karencji, przez Lekarza specjalistę z danej dziedziny, Choroby skutkującej całkowitą niezdolnością Ubezpieczonego do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych wypłacimy świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Polisie.
- 4.9.7.** W przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego po raz pierwszy po Okresie karencji, przez Lekarza specjalistę z danej dziedziny, Choroby skutkującej całkowitą niezdolnością Ubezpieczonego do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych wypłacimy świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia wskazanej w Polisie:
- a)** 30% w przypadku całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do zaspokajania 3 podstawowych potrzeb życiowych,
 - b)** 50% w przypadku całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do zaspokajania 4-5 podstawowych potrzeb życiowych,
 - c)** 100% w przypadku całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do zaspokajania co najmniej 6 podstawowych potrzeb życiowych.
- 4.9.8.** Po wypłacie świadczenia ochrona w ramach danej grupy wygasa. Ubezpieczenie na wypadek Poważnego zachorowania będzie nadal obowiązywało w pozostałych grupach.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

- 4.9.9.** Nie wypłacimy świadczenia w przypadkach opisanych w pkt 3.7, a ponadto jeśli:
- a)** u Ubezpieczonego zdiagnozowano Chorobę przed przystąpieniem do ubezpieczenia,
 - b)** Diagnoza Choroby nie została postawiona przez Lekarza specjalistę w dziedzinie zdiagnozowanej Choroby,
 - c)** Choroba jest skutkiem nadużywania alkoholu, substancji uzależniających lub odurzających bądź leków nieprzepisanych przez Lekarza,
 - d)** diagnoza dotyczy Choroby niewskazanej w pkt 4.9.2 lub zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania (nr F00-F99 według ICD),
 - e)** Choroba jest skutkiem popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa,
 - f)** Choroba jest skutkiem Nieszczęśliwego wypadku,
 - g)** u Ubezpieczonego zdiagnozowano przemijające niedokrwienie mózgu (TIA) lub zawał serca NSTEMI,
 - h)** Ubezpieczony zachorował na wirusowe zapalenie mózgu nie będąc zaszczepionym na poliomyelitis.

Jak dokonać zmian w ubezpieczeniu

- 4.9.10.** W przypadku zmian w ubezpieczeniu w ramach zakresu Poważne zachorowanie, poza opisanymi w pkt 3.4, mają zastosowanie następujące warunki:
- a)** nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje od pierwszego dnia kolejnego miesiąca po miesiącu, w którym złożono wniosek o zmianę, pod warunkiem że składka nie jest należna, a nowa kwota składki zostanie opłacona przed upływem terminu płatności,
 - b)** w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia lub zmiany zakresu ubezpieczenia ma zastosowanie Okres karencji wskazany w Polisie,
 - c)** jeśli roszczenie wystąpi w Okresie karencji, zapewnimy ochronę ubezpieczeniową na warunkach obowiązujących przed zmianą i zwrócimy część zapłaconej składki, która odpowiada składce za zmianę,
 - d)** Suma ubezpieczenia nie może zostać podwyższona po wypłacie świadczenia.
- 4.9.11.** Zmiana Sumy ubezpieczenia spowoduje zmianę składki.
- 4.9.12.** Zmiana Sumy ubezpieczenia może być uzależniona od oceny dokumentacji medycznej, o której dostarczenie poprosimy przed jej dokonaniem.



4.10. Operacja na skutek nieszczęśliwego wypadku

Jaki jest zakres ochrony

- 4.10.1.** Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, który ukończył 6 miesięcy i nie ukończył 65 lat.
- 4.10.2.** Świadczenie w wysokości określonej w Polisie wypłacimy, jeśli w Okresie ubezpieczenia Ubezpieczony przeszedł w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Operację w Szpitalu jako pacjent hospitalizowany lub ambulatoryjny.
- 4.10.3.** Wysokość świadczenia uzależniona jest od rodzaju Operacji i jest określona w Tabeli operacji.
- 4.10.4.** W przypadku wykonania więcej niż jednej Operacji podczas tej samej sesji operacyjnej, kwota świadczenia będzie odpowiadać świadczeniu za Operację o najwyższej wartości, określonej w Tabeli operacji.
- 4.10.5.** W przypadku wykonania kolejnych Operacji w związku z tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem wypłacimy za wszystkie przeprowadzone Operacje nie więcej niż 100% Sumy ubezpieczenia.

Kiedy nie wpłacimy świadczenia

- 4.10.6.** Nie wypłacimy świadczenia w przypadkach opisanych w pkt 3.7, a ponadto jeśli:
- a)** Operacja jest skutkiem ciąży, poronienia, porodu lub aborcji,
 - b)** jest to Operacja kosmetyczna lub plastyczna, która nie jest skutkiem Nieszczęśliwego wypadku,
 - c)** Operacja dotyczy leczenia stomatologicznego, które nie jest skutkiem Nieszczęśliwego wypadku.



4.11. Operacja na skutek choroby

Jaki jest zakres ochrony

- 4.11.1.** Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, który ukończył 6 miesięcy i nie ukończył 65 lat.
- 4.11.2.** Świadczenie wypłacimy, jeśli Ubezpieczony przeszedł w wyniku Choroby Operację w Szpitalu jako pacjent hospitalizowany lub ambulatoryjny.
- 4.11.3.** Jeżeli Choroba, w wyniku której Ubezpieczony przeszedł Operację w Szpitalu, nastąpiła w Okresie karencji, wypłacimy świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Polisie.
- 4.11.4.** Jeżeli Choroba, w wyniku której Ubezpieczony przeszedł Operację w Szpitalu, nastąpiła po Okresie karencji:
- a)** wysokość świadczenia uzależniona jest od rodzaju Operacji i jest określona w Tabeli Operacji jako odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia wskazanej w Polisie,

- b) w przypadku wykonania więcej niż jednej Operacji podczas tej samej sesji operacyjnej – kwota świadczenia będzie odpowiadać świadczeniu za Operację o najwyższej wartości, określonej w Tabeli operacji,
- c) w przypadku wykonania kolejnych Operacji w związku z tą samą Chorobą – wypłacimy za wszystkie przeprowadzone Operacje nie więcej niż 100% Sumy ubezpieczenia.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

- 4.11.5.** Nie wypłacimy świadczenia w przypadkach opisanych w pkt 3.7, a ponadto jeśli Operacja jest skutkiem ciąży, poronienia, porodu lub aborcji.



4.12. Koszty leczenia po nieszczęśliwym wypadku

Jaki jest zakres ochrony

- 4.12.1.** Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, który ukończył 6 miesięcy i nie ukończył 80 lat.
- 4.12.2.** Pokryjemy koszty leczenia do wysokości określonej w Polisie, jeżeli w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony dozna Uszkodzenia ciała, a jego leczenie rozpocznie się w terminie 7 dni od Nieszczęśliwego wypadku.
- 4.12.3.** Ochroną objęte są koszty leczenia przez rok od Nieszczęśliwego wypadku lub do wyczerpania Limitu świadczeń określonego w Polisie, w zależności od tego, co nastąpi wcześniej.
- 4.12.4.** Pokrywamy następujące koszty:
- a) usług świadczonych przez Lekarza lub pielęgniarkę oraz zużytych materiałów medycznych (np. opatrunki, gips),
 - b) pokoju jednoosobowego oraz kosztów sali operacyjnej lub zabiegowej w placówce medycznej,
 - c) znieczulenia (w tym koszty zapewnienia znieczulenia), zleconych przez lekarza badań obrazowych (np. badań rentgenowskich, rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej) oraz badań laboratoryjnych,
 - d) leków przepisanych przez Lekarza.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

- 4.12.5.** Nie wypłacimy świadczenia w przypadkach opisanych w pkt 3.7, a ponadto nie pokryjemy kosztów Rehabilitacji.



4.13. Złamania kości i zwichnięcia stawów

Jaki jest zakres ochrony

- 4.13.1.** Ochroną ubezpieczeniową może być objęty Ubezpieczony, który ukończył 6 miesięcy i nie ukończył 80 lat.
- 4.13.2.** Wypłacimy określony procent Sumy ubezpieczenia za Złamanie lub Zwichnięcie zgodnie z Tabelą złamań kości i zwichnięć stawów (pkt 4.13.5), gdy Ubezpieczony dozna w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Złamania kości lub Zwichnięcia stawu.
- 4.13.3.** W przypadku Złamania otwartego lub Złamań wymagających Operacji wypłacimy dwukrotność świadczenia określonego na podstawie Tabeli złamań kości i zwichnięć stawów.
- 4.13.4.** W przypadku Złamań wielu kości lub Zwichnięć wielu stawów powstałych w wyniku tego samego Nieszczęśliwego wypadku świadczenia wynikające z Tabeli złamań kości i zwichnięć stawów, należne za każde Złamanie lub Zwichnięcie zostaną zsumowane, jednak łączna kwota świadczenia nie przekroczy 100% Sumy ubezpieczenia.
- 4.13.5.** Tabela złamań kości i zwichnięć stawów

Złamania kości i zwichnięcia stawów	Procent sumy ubezpieczenia
Złamanie bądź złamania kości biodra lub miednicy	100%
Złamanie bądź złamania jednej lub więcej kości nogi (kości udowej, piszczelowej, strzałkowej, pięty z wyłączeniem kości skokowej), czaszki (z wyłączeniem kości jarzmowych i nosowych), trzonów kręgow (z wyłączeniem kości ogonowej)	50%
Złamanie bądź złamania kości łopatki, obojczyka, kości ramiennej lub jednej bądź więcej kości przedramienia lub szczęki	25%
Złamanie bądź złamania kości stopy (z wyłączeniem palców i pięty), kości skokowej, rzepki, ręki (z wyłączeniem palców), mostka, żuchwy	10%
Złamanie bądź złamania żeber niezależnie od ich liczby, kości ogonowej, palca u ręki, palca u nogi, kości jarzmowych, nosa	5%
Zwichnięcie stawu biodrowego, zwichnięcie kręgosłupa wykazane w badaniu rentgenowskim	50%
Zwichnięcie stawu kolanowego, stawu skokowego, stawu ramiennego, obojczyka, łokcia lub nadgarstka	25%
Zwichnięcie palca lub palców u ręki lub stopy, zwichnięcie żuchwy	5%
Inne złamania kości niewymienione powyżej	5%

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

- 4.13.6.** Nie wypłacimy świadczenia w przypadkach opisanych w pkt 3.7, a ponadto gdy Złamanie lub Zwichnięcie jest:
- a) skutkiem choroby, naturalnie występującego schorzenia lub procesu zwyrodnieniowego,
 - b) spowodowane osteoporozą,
 - c) złamaniem patologicznym lub przeciążeniowym (zmęczeniowym).



4.14. Oparzenia i odmrożenia

Jaki jest zakres ochrony

- 4.14.1.** Ochroną ubezpieczeniową może być objęty Ubezpieczony, który ukończył 6 miesięcy i nie ukończył 80 lat.
- 4.14.2.** Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony dozna Oparzeń/Odmrożeń ciała spowodowanych przez ogień, chemikalia, gorącą parę lub niską temperaturę, wypłacimy świadczenie zgodnie z poniższą tabelą:

Stopień oparzenia/ odmrożenia ciała	Powierzchnia ciała dotknięta oparzeniem/odmrożeniem				
	1–9%	10–19%	20–49%	50–79%	80% i więcej
	Wysokość świadczenia (procent sumy ubezpieczenia)				
Drugiego stopnia	1,5%	2,5%	5%	12,5%	20%
Trzeciego stopnia	5%	10%	20%	50%	80%
Czwartego stopnia	7,5%	20%	40%	90%	100%
Oparzenia/Odmrożenia dróg oddechowych	100%				

- 4.14.3.** Jeżeli w wyniku Zdarzenia doznasz kilku Poparzeń/Odmrożeń, świadczenia wynikające z tabeli zostaną zsumowane, przy czym łączne świadczenie nie przekroczy 100% Sumy ubezpieczenia.
- 4.14.4.** Jeśli Oparzenie/Odmrożenie dotyczy twarzy, szyi lub dekoltu, podwoimy wysokość świadczenia obliczonego na podstawie tabeli.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

- 4.14.5.** Nie wypłacimy świadczenia w przypadkach opisanych w pkt 3.7 ani w przypadku Oparzenia/Odmrożenia pierwszego stopnia.



4.15. Trwała niezdolność do pracy lub samodzielnego życia

Jaki jest zakres ochrony

- 4.15.1.** Ochroną ubezpieczeniową może być objęty Ubezpieczony, który ukończył 6 miesięcy i nie ukończył 80 lat.
- 4.15.2.** Jeżeli Ubezpieczony stanie się trwale niezdolny do pracy lub samodzielnego życia w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, a stan taki trwać będzie co najmniej przez 12 miesięcy od Nieszczęśliwego wypadku, wypłacimy określone w Polisie jednorazowe świadczenie z tytułu Trwałej niezdolności do pracy lub samodzielnego życia.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

- 4.15.3.** Nie wypłacimy świadczenia w przypadkach opisanych w pkt 3.7.



4.16. Trwale inwalidztwo spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem

Jaki jest zakres ochrony

- 4.16.1.** Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, który ukończył 6 miesięcy i nie ukończył 80 lat.
- 4.16.2.** Świadczenie w wysokości określonej w załączniku do OWU – Ocena procentowa stałego uszczerbku na zdrowiu wypłacimy, gdy niezależnie od miejsca pobytu na świecie Ubezpieczony ulegnie Nieszczęśliwemu wypadkowi, w wyniku którego w ciągu dwóch lat, niezależnie od innych przyczyn, nastąpi Trwale inwalidztwo Ubezpieczonego.
- 4.16.3.** Świadczenie z tytułu Trwałego inwalidztwa wypłacimy po ustaleniu stopnia poniesionego uszczerbku na zdrowiu, bez uwzględniania zawodu Ubezpieczonego.
- 4.16.4.** Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Trwałego inwalidztwa wygasa po wypłaceniu 100% Sumy ubezpieczenia z tego zakresu.
- 4.16.5.** Jeżeli w wyniku Zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczony dozna kilku uszkodzeń ciała określonych w załączniku do OWU – Ocena procentowa stałego uszczerbku na zdrowiu, łączne świadczenie nie przekroczy 100% Sumy ubezpieczenia.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

- 4.16.6.** Nie wypłacimy świadczenia w przypadkach opisanych w pkt 3.7.



4.17. Trwale inwalidztwo spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem podczas jazdy samochodem

Jaki jest zakres ochrony

- 4.17.1.** Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, który ukończył 6 miesięcy i nie ukończył 80 lat.
- 4.17.2.** Świadczenie w wysokości określonej w załączniku do OWU – Ocena procentowa stałego uszczerbku na zdrowiu wypłacimy, gdy niezależnie od miejsca pobytu na świecie Ubezpieczony ulegnie Nieszczęśliwemu wypadkowi podczas jazdy samochodem, w wyniku którego w ciągu dwóch lat, niezależnie od innych przyczyn, nastąpi Trwale inwalidztwo Ubezpieczonego.
- 4.17.3.** Świadczenie z tytułu Trwałego inwalidztwa wypłacimy po ustaleniu stopnia poniesionego uszczerbku na zdrowiu, bez uwzględniania zawodu Ubezpieczonego.
- 4.17.4.** Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Trwałego inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem podczas jazdy samochodem wygasa po wypłaceniu świadczenia w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tego zakresu.
- 4.17.5.** Jeżeli w wyniku Zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczony dozna kilku uszkodzeń ciała określonych w załączniku do OWU – Ocena procentowa stałego uszczerbku na zdrowiu, łączne świadczenie nie przekroczy 100% Sumy ubezpieczenia.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

4.17.6. Nie wypłacimy świadczenia w przypadkach opisanych w pkt 3.7.



4.18. Trwałe inwalidztwo – dodatkowa ochrona

Jaki jest zakres ochrony

- 4.18.1.** Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, który ukończył 6 miesięcy i nie ukończył 80 lat.
- 4.18.2.** Pokryjemy koszty do wysokości Limitu ubezpieczenia określonego w Polisie, aby pomóc Ubezpieczonemu w przystosowaniu się do nowej sytuacji życiowej spowodowanej trwałymi następstwami Nieszczęśliwego wypadku.
- 4.18.3.** Jeśli Ubezpieczonemu zostało wypłacone świadczenie z tytułu Trwałej niezdolności do pracy lub samodzielnego życia, Trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub Trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem podczas jazdy samochodem, pokryjemy do Limitu określonego w Polisie poniesione przez niego lub w jego imieniu koszty:
- a) najmu lub zakupu wózka inwalidzkiego,
 - b) przebudowy domu lub modyfikacji pojazdu,
 - c) najmu lub zakupu sprzętu ortopedycznego i pomocniczego oraz środków pomocniczych,
 - d) Psa asystenta,
 - e) przekwalifikowania zawodowego,
 - f) terapii psychologicznej.
- 4.18.4.** Przebudowa domu lub pojazdu musi zostać przeprowadzona przez osoby wykwalifikowane do przeprowadzania takich prac oraz w miejscowości, w której Ubezpieczony przebywał w dniu Nieszczęśliwego wypadku, lub w Miejscu zamieszkania Ubezpiezonego.
- 4.18.5.** Za wydatki na przebudowę domu lub modyfikację pojazdu uważamy następujące koszty:
- a) przystosowania mieszkania/domu do zamieszkania przez osobę poruszającą się na wózku inwalidzkim lub
 - b) modyfikacji pojazdu silnikowego posiadanego, leasingowanego lub nowo zakupionego przez Ubezpiezonego, które są niezbędne, aby pojazd był dostępny dla Ubezpiezonego i/lub mógł być przez niego prowadzony, lub
 - c) dofinansowania do zakupu nowego pojazdu niezbędnego dla osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim.
- 4.18.6.** Koszty związane z przebudową domu i modyfikacją pojazdu nie mogą przekraczać przeciętnego poziomu cen za takie usługi w miejscowości, w której poniesiono koszt.
- 4.18.7.** Sprzęt ortopedyczny i pomocniczy oznacza wszelki sprzęt niezbędny do wspomagania procesu leczenia w związku z Nieszczęśliwym wypadkiem, taki jak: gorsety, protezy, ортеzy, kule, stabilizatory, aparaty ortopedyczne, chodziki, materace i łóżka pionizujące.
- 4.18.8.** Koszty terapii psychologicznej są pokrywane, jeśli:
- a) zostały poniesione za sesję terapii psychologicznej przeprowadzonej pod opieką lub nadzorem Lekarza,
 - b) nie przekraczają przeciętnego poziomu opłat za podobne sesje terapeutyczne w miejscu poniesienia takich kosztów.
- 4.18.9.** W przypadku gdy Ubezpieczony nie jest w stanie kontynuować wykonywania dotychczasowej pracy z powodu Nieszczęśliwego wypadku i jest trwałym inwalidą z powodu Uszkodzenia ciała, zwrócimy koszty przekwalifikowania się do nowego zawodu.
- 4.18.10.** Limit Sumy ubezpieczenia dotyczy wszystkich kosztów wskazanych w pkt 4.18.3.
- 4.18.11.** Jeżeli koszty, o których mowa w pkt 4.18.3, zostały pokryte także z innych świadczeń uzyskanych przez Ubezpiezonego lub w jego imieniu, wypłacane przez nas świadczenie będzie równe różnicy pomiędzy kosztami faktycznie poniesionymi przez Ubezpiezonego lub w jego imieniu a świadczeniami uzyskanymi z innego źródła.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

4.18.12. Nie wypłacimy świadczenia w przypadkach opisanych w pkt 3.7.



4.19. Niezdolność do pracy spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem

Jaki jest zakres ochrony

- 4.19.1.** Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, który ukończył 18 lat i nie ukończył 65 lat.
- 4.19.2.** Za każdy dzień Niezdolności do pracy w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, która wystąpiła pierwszy raz w Okresie ubezpieczenia, wypłacimy Ci dzienne świadczenie w wysokości określonej w Polisie. Świadczenie będzie wypłacane przez okres do 180 dni w ciągu jednego roku kalendarzowego.
- 4.19.3.** W przypadku Uszkodzenia ciała świadczenie przyznamy na okres do 30 dni.
- 4.19.4.** Jeśli w chwili zaistnienia Niezdolności do pracy byłeś zatrudniony na czas oznaczony, świadczenie będzie wypłacane do 180 dni, ale za okres nieprzekraczający ostatniego dnia zatrudnienia.
- 4.19.5.** Minimalny okres Niezdolności do pracy, za jaki wypłacimy świadczenie, został wskazany w Polisie.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

- 4.19.6.** Nie wypłacimy świadczenia w przypadkach opisanych w pkt 3.7, a ponadto w przypadku gdy:
- a) Niezdolność do pracy wynika z zespołu wypalenia zawodowego,
 - b) w chwili powstania Niezdolności do pracy nie byłeś zatrudniony na podstawie umowy o pracę,
 - c) Niezdolność do pracy wynika z ciąży lub porodu.



4.20. Niezdolność do pracy spowodowana chorobą

Jaki jest zakres ochrony

- 4.20.1.** Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, który ukończył 18 lat i nie ukończył 65 lat.
- 4.20.2.** Jeżeli pierwszy dzień Niezdolności do pracy w wyniku Choroby miał miejsce w Okresie karencji, wypłacimy świadczenie w wysokości 1% Limitu wskazanego w Polisie.

- 4.20.3.** Jeżeli pierwszy dzień Niezdolności do pracy w wyniku Choroby miał miejsce po upływie Okresu karencji, to:
- a) za każdy dzień Niezdolności do pracy w wyniku Choroby, która wystąpiła pierwszy raz w Okresie ubezpieczenia, wypłacimy Ci dzienne świadczenie w wysokości określonej w Polisie,
 - b) świadczenie będzie wypłacane przez okres do 180 dni w ciągu jednego roku kalendarzowego,
 - c) świadczenie przyznamy na okres do 30 dni w przypadku urazu lub innego uszkodzenia kręgosłupa bez obiektywnych objawów w badaniach obrazowych.
- 4.20.4.** Jeśli w chwili zaistnienia Niezdolności do pracy byłeś zatrudniony na czas oznaczony, świadczenie będzie wypłacane do 180 dni, ale za okres nieprzekraczający ostatniego dnia zatrudnienia.
- 4.20.5.** Minimalny okres Niezdolności do pracy, za jaki wypłacimy świadczenie, został wskazany w Polisie.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

- 4.20.6.** Nie wypłacimy świadczenia w przypadkach opisanych w pkt 3.7, a ponadto w przypadku gdy:
- a) Niezdolność do pracy wynika z zespołu wypalenia zawodowego,
 - b) w chwili powstania Niezdolności do pracy nie byłeś zatrudniony na podstawie umowy o pracę,
 - c) Niezdolność do pracy wynika z ciąży lub porodu,
 - d) Niezdolność do pracy wynika z Choroby zdiagnozowanej u Ubezpieczonego przed przystąpieniem do ubezpieczenia.



4.21. Utrata pracy

Jaki jest zakres ochrony

- 4.21.1.** Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, który ukończył 18 i nie ukończył 65 lat.
- 4.21.2.** Prawo do świadczenia nabywa Ubezpieczony, jeśli w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed utratą pracy był nieprzerwanie zatrudniony u tego samego pracodawcy na podstawie umowy o pracę na czas określony lub nieokreślony, a okres pozostawania bez pracy trwa nieprzerwanie co najmniej 30 dni.
- 4.21.3.** Jeżeli umowa o pracę Ubezpieczonego zostanie rozwiązana lub wypowiedziana nie z jego winy lub niezależnie od jego woli, za okres pozostawania bez pracy w Okresie karencji wypłacimy świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie.
- 4.21.4.** Jeżeli po upływie Okresu karencji umowa o pracę Ubezpieczonego zostanie rozwiązana lub wypowiedziana nie z jego winy lub niezależnie od jego woli, za każdy miesiąc pozostawania bez pracy wypłacimy świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie. Świadczenie będzie wypłacane przez okres do 6 miesięcy.
- 4.21.5.** Jeśli w dniu utraty pracy Ubezpieczony był zatrudniony na czas określony, przysługuje mu świadczenie za okres do dnia zakończenia okresu zatrudnienia określonego w umowie o pracę, w każdym przypadku nie dłuższy niż 6 miesięcy.
- 4.21.6.** Jeśli ostatni miesiąc pozostawania bez pracy nie jest pełny, świadczenie zostanie wypłacone proporcjonalnie do liczby dni bez zatrudnienia.
- 4.21.7.** Niezależnie od innych postanowień OWU ochrona ubezpieczeniowa z tytułu utraty pracy zakończy się zawsze ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony nabędzie prawo do emerytury.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

- 4.21.8.** Nie wypłacimy świadczenia w przypadkach opisanych w pkt 3.7, a ponadto gdy umowa o pracę została:
- a) wypowiedziana przez Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadków gdy powodem wypowiedzenia było naruszenie przez pracodawcę jego obowiązków,
 - b) rozwiązana przez pracodawcę bez wypowiedzenia z winy pracownika,
 - c) wypowiedziana lub rozwiązana przez pracodawcę przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
- 4.21.9.** Ochroną nie są objęte przypadki:
- a) wypowiedzenia lub rozwiązania umowy o pracę zawartej na okres próbny,
 - b) ustania zatrudnienia na skutek upływu czasu, na który została zawarta umowa o pracę,
 - c) ustania zatrudnienia na skutek upływu okresu próbnego, na który została zawarta umowa o pracę.



4.22. Dodatkowe ubezpieczenie dla dzieci

Jaki jest zakres ochrony

- 4.22.1.** Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęte Dziecko, które ukończyło 6 miesięcy i nie ukończyło 18 lat.
- 4.22.2.** Ochroną ubezpieczeniową objęte są następujące koszty:
- a) zakwaterowania rodzica za okres do 10 dni, jeżeli którekolwiek z ubezpieczonych Dzieci zostanie przyjęte do Szpitala w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby; pokryjemy koszty zakwaterowania tylko poza miastem zamieszkania Ubezpieczonego, w szpitalu, szpitalu prywatnym lub hotelu, który znajduje się w tym samym mieście co Szpital, w którym znajduje się Dziecko,
 - b) opłaconej z góry wycieczki szkolnej lub zajęć odbywających się w Okresie ubezpieczenia, w których ubezpieczone Dziecko nie mogło uczestniczyć z powodu Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby,
 - c) nauczyciela domowego/korepetytora, jeżeli ubezpieczone Dziecko nie jest w stanie uczęszczać do placówki szkolnej przez okres dłuższy niż 3 tygodnie (15 dni nauki),
 - d) naprawy lub wymiany Rzeczy osobistych należących do ubezpieczonego Dziecka, jeżeli zostały one uszkodzone w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, do wysokości ceny zakupu nowych rzeczy takich samych, a w razie ich braku – rzeczy o takich samych lub najbardziej zbliżonych parametrach,
 - e) naprawy lub wymiany Sprzętu sportowego niezbędnego do amatorskiego uprawiania wszystkich odmian sportu na rolkach, wszystkich odmian narciarstwa, snowboardingu, surfing, kolarstwa, należącego do ubezpieczonego Dziecka, jeżeli został on uszkodzony w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, do wysokości ceny zakupu nowych rzeczy takich samych, a w razie ich braku – rzeczy o takich samych lub najbardziej zbliżonych parametrach.
- 4.22.3.** W przypadku zajścia Zdarzenia objętego ochroną, spowodowanego Chorobą zdiagnozowaną w Okresie karencji wypłacimy świadczenie na pokrycie kosztów wskazanych w pkt 4.22.2, do wysokości 1% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Polisie.

- 4.22.4.** W przypadku zajścia Zdarzenia objętego ochroną po Okresie karencji wypłacimy świadczenie na pokrycie kosztów wskazanych w pkt 4.22.2, do wysokości Sumy ubezpieczenia wskazanej w Polisie.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

- 4.22.5.** Nie wypłacimy świadczenia w przypadkach opisanych w pkt 3.7, a ponadto nie pokryjemy kosztów wynikających z:
- a) leczenia zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania wymienionych w klasyfikacji ICD-10 w pozycjach od F00 do F99,
 - b) pobytu na oddziałach psychiatrycznych, w domach opieki, domach rekonwalescencji, ośrodkach lub oddziałach rehabilitacyjnych i ośrodkach leczenia uzależnień, a także w placówkach opieki długoterminowej.
- 4.22.6.** W przypadku uszkodzenia lub zniszczenia Rzeczy osobistych lub Sprzętu sportowego nie pokryjemy kosztów naprawy lub wymiany, wynikających z:
- a) szkody spowodowanej przez ogień lub wodę, chyba że przyczyną szkody był Nieszczęśliwy wypadek,
 - b) normalnego zużycia, wad produkcyjnych, działania pasożytów i owadów, czyszczenia lub naprawy,
 - c) użycia Rzeczy osobistej lub Sprzętu sportowego w sposób, do którego nie były przeznaczone,
 - d) kradzieży lub zgubienia,
 - e) zadrapań lub uszkodzeń o charakterze estetycznym, czyli takich, które nie wpływają na prawidłowe i bezpieczne użytkowanie,
 - f) uszkodzenia z przyczyn innych niż Nieszczęśliwy wypadek ubezpieczonego Dziecka,
 - g) uszkodzenia w wyniku umyślnego działania Ubezpieczonego,
 - h) używania sprzętu w ramach udziału w zawodach, meczach, turniejach sportowych, obozach kondycyjnych lub szkoleniowych.
- 4.22.7.** Ochroną nie są objęte koszty naprawy lub wymiany żadnego rodzaju urządzeń elektronicznych, telekomunikacyjnych, audiowizualnych, komputerowych ani fotograficznych.



4.23. Odpowiedzialność cywilna

Jaki jest zakres ochrony

- 4.23.1.** Ochroną ubezpieczeniową może być objęty Ubezpieczony, który ukończył 18 i nie ukończył 80 lat.
- 4.23.2.** Wypłacimy odszkodowanie za szkody wyrządzone nieumyślnie przez Ubezpieczonego, jego Dzieci własne i przysposobione oraz zwierzęta, polegające na uszkodzeniu ciała lub mienia osoby trzeciej innej niż członek rodziny Ubezpieczonego lub jego pracownik.
- 4.23.3.** Ochrona ubezpieczeniowa obowiązuje na terenie całego świata, z wyłączeniem Ameryki Północnej.
- 4.23.4.** W ramach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej pokryjemy roszczenia skierowane wobec Ubezpieczonego, a także koszty postępowania cywilnego przed sądem, w tym koszty zastępstwa procesowego.
- 4.23.5.** Obowiązki Ubezpieczonego:
- a) zapobieżenie szkodzie lub zmniejszenie jej rozmiarów przy użyciu dostępnych Ubezpieczonemu środków,
 - b) skontaktowanie się z policją – w przypadku gdy obowiązek taki nakładają na Ubezpieczonego właściwe przepisy,
 - c) niezwłoczne powiadomienie nas o szkodzie i podanie wszystkich okoliczności jej wystąpienia, zakresu i konsekwencji,
 - d) umożliwienie nam lub naszym przedstawicielom udziału we wszelkich postępowaniach sądowych wszczętych przeciwko Ubezpieczonemu oraz udzielenie nam wszelkiej pomocy, informacji, dokumentów, wezwań i orzeczeń dotyczących wszelkich roszczeń wniesionych wobec Ubezpieczonego w związku ze szkodą,
 - e) nieoferowanie poszkodowanemu odszkodowania i niezawieranie żadnej ugody dotyczącej roszczenia – bez naszej uprzedniej, pisemnej zgody.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

- 4.23.6.** Nie wypłacimy świadczenia w przypadkach opisanych w pkt 3.7, a ponadto z tytułu:
- a) szkód w rzeczach osób trzecich znajdujących się w zarządzie lub posiadaniu Ubezpieczonego lub członka jego rodziny, pracownika lub pracodawcy Ubezpieczonego,
 - b) szkód wyrządzonych w związku z prowadzoną przez Ubezpieczonego działalnością gospodarczą, zarobkową lub w związku z wykonywaniem przez niego pracy,
 - c) szkód wyrządzonych członkom rodziny, pracownikom Ubezpieczonego,
 - d) szkód wyrządzonych podmiotowi gospodarczemu, w którym Ubezpieczony posiada udziały,
 - e) szkód spowodowanych wprowadzeniem lub rozprzestrzenianiem się choroby zakaźnej ludzi, zwierząt lub roślin,
 - f) roszczeń o zadośćuczynienie z tytułu naruszenia dóbr osobistych,
 - g) grzywien, kar lub wszelkich innych płaćności o charakterze karnym lub prewencyjnym,
 - h) szkód innych niż polegające na uszkodzeniu ciała lub mienia osoby trzeciej,
 - i) szkód wynikających z wypadku przy pracy lub choroby zawodowej,
 - j) szkód wynikających z naruszenia praw patentowych, autorskich lub praw do znaku towarowego, wzoru lub nazwy handlowej,
 - k) szkód wynikających z nielegalnego używania, sprzedaży, produkcji, dostawy lub konserwacji określonych substancji lub przedmiotów,
 - l) szkód wynikających z dostępu lub korzystania z sieci komputerowych lub Internetu,
 - m) szkód wynikających ze zniszczenia, uszkodzenia lub zaginięcia nośników dźwięku, obrazu lub danych,
 - n) szkód w rzeczach pożyczonych,
 - o) szkód wynikających z posiadania, konserwacji, obsługi lub użytkowania broni, materiałów pirotechnicznych i wybuchowych oraz posiadania lub użytkowania materiałów chemicznych lub odpadów,
 - p) szkód wynikających z wykonywania zawodu żołnierza, policjanta lub pilota,
 - q) szkód wynikających z udziału w polowaniu lub przygotowania do niego,
 - r) szkód wynikających z użytkowania lub własności gruntów lub budynków,
 - s) szkód wynikających z normalnego zużycia mienia ruchomego lub nieruchomego w związku z jego długotrwałym użytkowaniem,

- t) szkód, które powinny być objęte ochroną w ramach systemu ubezpieczeń obowiązkowych – niezależnie od tego, czy odpowiedzialność cywilna sprawcy szkody była faktycznie ubezpieczona w ramach umowy ubezpieczenia obowiązkowego,
- u) szkód spowodowanych ruchem wszelkich pojazdów mechanicznych, jednostek pływających i statków powietrznych, spadochronów i latawców, dronów,
- v) szkód powstałych w następstwie Zawodowego uprawiania sportu oraz w trakcie przygotowań/treningów,
- w) szkód powstałych w wyniku uprawiania lub ćwiczenia sztuk walki, sportów motorowych i motorowodnych, sportów lotniczych, wspinaczki górskiej i skałkowej, speleologii, freedivingu, skoków na bungee, jazdy konnej, jazdy na nartach i snowboardzie poza wyznaczonymi stokami narciarskimi,
- x) szkód wynikających z działania umyślnego lub rażącego niedbalstwa,
- y) odpowiedzialności przyjętej umownie lub przekraczającej limity określone właściwymi przepisami.

4.23.7. Świadczenie nie zostanie wypłacone z tytułu szkód wynikających lub spowodowanych:

- a) przez niezastosowanie się do instrukcji poprzedniego właściciela lub schroniska dotyczących zachowania zwierzęcia lub jakichkolwiek instrukcji lekarza weterynarii,
- b) przez zaniechanie przez Ubezpieczającego lub osobę pilnującą zwierzęcia działań, które powinny lub mogłyby zapobiec szkodzie,
- c) przez psa następujących ras i ich mieszańców: buldog amerykański, amerykański staffordshire terrier, mastif angielski, dog niemiecki, dog niemiecki bordoski, fila brazylijska, bullmastiff, bull terrier, italian corso, mastif neapolitański, dog z Majorki, pit-bull bandog, dog kanaryjski, staffordshire bull terrier, mastif hiszpański,
- d) przez wilki lub jakiegokolwiek mieszańce z wilkami,
- e) podczas walk, wyścigów, wystaw, zawodów psów.



4.24. Utrata kluczy

Jaki jest zakres ochrony

- 4.24.1.** Ochroną ubezpieczeniową może być objęty Ubezpieczony, który ukończył 6 miesięcy i nie ukończył 80 lat.
- 4.24.2.** Ochroną ubezpieczeniową objęte są następujące koszty:
 - a) wymiany/przeprogramowania zamków i kluczy do domu lub samochodu, które zostały skradzione bądź zgubione,
 - b) usług ślusarza dotyczących otwarcia domu lub samochodu, jeśli w wyniku zagubienia lub kradzieży kluczy Ubezpieczony nie będzie mógł otworzyć samochodu bądź drzwi do domu,
 - c) dostarczenia kluczy zastępczych.
- 4.24.3.** W przypadku zgubienia lub kradzieży kluczy do domu lub samochodu, będących własnością Ubezpieczonego, w Okresie karencji wypłacimy świadczenie na pokrycie kosztów wskazanych w pkt 4.24.2 do wysokości 1% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Polisie.
- 4.24.4.** W przypadku zgubienia lub kradzieży kluczy do domu lub samochodu, będących własnością Ubezpieczonego, po Okresie karencji wypłacimy świadczenie na pokrycie kosztów wskazanych w pkt 4.24.2 do wysokości Sumy ubezpieczenia wskazanej w Polisie.
- 4.24.5.** Koszty wymiany kluczy i zamków ograniczone są do kluczy i zamków tego samego rodzaju.
- 4.24.6.** Jeśli powodem utraty kluczy i wymiany zamków była kradzież, warunkiem odpowiedzialności Colonnade jest niezwłoczne zgłoszenie kradzieży policji.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

- 4.24.7.** Nie wypłacimy świadczenia w przypadkach opisanych w pkt 3.7, a ponadto nie pokryjemy kosztów:
 - a) związanych z utratą kluczy do domu innego niż stałe Miejsce zamieszkania Ubezpieczonego,
 - b) związanych z utratą kluczy do samochodu, który nie jest własnością Ubezpieczonego,
 - c) utraty kluczy wynikającej z Katastrofy naturalnej.



4.25. Utrata portfela bądź torebki w wyniku rozboju

Jaki jest zakres ochrony

- 4.25.1.** Ochroną ubezpieczeniową może być objęty Ubezpieczony, który ukończył 6 miesięcy i nie ukończył 80 lat.
- 4.25.2.** W przypadku utraty przez Ubezpieczonego portfela lub torebki w wyniku rozboju, do wysokości Sumy ubezpieczenia wskazanej w Polisie, wypłacimy świadczenie na pokrycie kosztów:
 - a) zakupu nowego portfela bądź torebki wraz zawartością, która w trakcie Rozboju znajdowała się w portfelu bądź torebce, o ile utracone przedmioty należały do Ciebie,
 - b) wyrobienia Twoich dokumentów tożsamości oraz kart płatniczych, utraconych w trakcie Rozboju,
 - c) zastąpienia kluczy i zamków do Twojego stałego Miejsca zamieszkania lub siedziby firmy, w której pracujesz bądź jesteś jej właścicielem.
- 4.25.3.** Warunkiem odpowiedzialności Colonnade jest niezwłoczne zgłoszenie Rozboju policji.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

- 4.25.4.** Nie wypłacimy świadczenia w przypadkach opisanych w pkt 3.7, a ponadto za szkody:
 - a) wynikające z utraty jakiegokolwiek kwoty pieniędzy, przekazów pieniężnych, czeków, czy biletów,
 - b) wynikające z wszelkich transakcji dokonanych utraconymi kartami płatniczymi,
 - c) wynikające z kradzieży portfela bądź torebki bez użycia siły lub zastraszania oraz niewyjaśnionego zaginięcia portfela bądź torebki,
 - d) wynikające z zostawienia portfela bądź torebki w miejscu widocznym dla innych: w samochodzie, budynku oraz miejscu publicznym.



4.26. Uszkodzenie, zniszczenie bądź utrata dokumentów osobistych

Jaki jest zakres ochrony

- 4.26.1. Ochroną ubezpieczeniową może być objęty Ubezpieczony, który ukończył 6 miesięcy i nie ukończył 80 lat.
- 4.26.2. Wypłacimy świadczenie na pokrycie kosztów związanych z wyrobieniem nowych Dokumentów osobistych do wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie, jeśli zostaną one uszkodzone, zniszczone lub zagubione w wyniku Katastrofy naturalnej, wypadku komunikacyjnego, Rozboju, Kradzieży z włamaniem do samochodu lub Miejsca zamieszkania bądź siedziby firmy, którą prowadzisz lub w której jesteś zatrudniony.
- 4.26.3. Warunkiem odpowiedzialności Colonnade z tytułu szkód wynikających z Rozboju lub Kradzieży z włamaniem jest niezwłoczne zgłoszenie ich policji.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

- 4.26.4. Nie wypłacimy świadczenia w przypadkach opisanych w pkt 3.7.



4.27. Utrata lub uszkodzenie kluczy do samochodu

Jaki jest zakres ochrony

- 4.27.1. Ochroną ubezpieczeniową może być objęty Ubezpieczony, który ukończył 18 i nie ukończył 80 lat.
- 4.27.2. Ochroną ubezpieczeniową objęte są następujące koszty:
 - a) wymiany/przeprogramowania zamków i kluczy do samochodu, które zostały skradzione bądź zagubione,
 - b) wymiany kluczyków, które uległy zniszczeniu w wyniku uszkodzenia mechanicznego lub elektronicznego, o ile Twój samochód nie jest objęty gwarancją producenta lub sprzedawcy,
 - c) usług ślusarza, jeśli w wyniku zagubienia lub kradzieży kluczyków nie będziesz mógł otworzyć drzwi swojego samochodu,
 - d) dostarczenia kluczy zastępczych.
- 4.27.3. W przypadku zgubienia, kradzieży lub uszkodzenia kluczy do samochodu, będącego własnością Ubezpieczonego, w Okresie karencji wypłacimy świadczenie na pokrycie kosztów wskazanych w pkt 4.27.2 do wysokości 1% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Polisie.
- 4.27.4. W przypadku zgubienia, kradzieży lub uszkodzenia kluczy do samochodu, będącego własnością Ubezpieczonego, po Okresie karencji wypłacimy świadczenie na pokrycie kosztów wskazanych w pkt 4.27.2 do wysokości Sumy ubezpieczenia wskazanej w Polisie.
- 4.27.5. Warunkiem odpowiedzialności Colonnade z tytułu szkód wynikających z kradzieży jest niezwłoczne zgłoszenie ich policji.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

- 4.27.6. Nie wypłacimy świadczenia w przypadkach opisanych w pkt 3.7, a ponadto za szkody wynikające z:
 - a) utraty kluczy do samochodu, który nie jest własnością Ubezpieczonego lub rodzica bądź małżonka Ubezpieczonego,
 - b) kradzieży kluczyków pozostawionych w samochodzie,
 - c) Katastrof naturalnych.



4.28. Uszkodzenie mienia w okresie pobytu w szpitalu

Jaki jest zakres ochrony

- 4.28.1. Ochroną ubezpieczeniową może być objęty Ubezpieczony, który ukończył 18 i nie ukończył 80 lat.
- 4.28.2. Pokryjemy koszty wymiany lub naprawy uszkodzonego w wyniku Kradzieży z włamaniem, Wandalizmu, Katastrofy naturalnej, Wycieku wody należącego do Ciebie mienia ruchomego pozostawionego w Miejscu zamieszkania podczas Twojego pobytu w Szpitalu, do wysokości Limitu wskazanego w Polisie.
- 4.28.3. Ubezpieczymy Twoje mienie ruchome w tym zakresie również w przypadku, gdy musisz towarzyszyć swojemu Dziecku podczas jego hospitalizacji, a Twoje mieszkanie pozostaje w tym czasie bez opieki.
- 4.28.4. Ochroną ubezpieczeniową objęte są szkody zaistniałe od dnia przyjęcia Ciebie lub Twojego Dziecka do Szpitala, do końca dnia kalendarzowego, w którym zakończyła się hospitalizacja.
- 4.28.5. Warunkiem odpowiedzialności Colonnade z tytułu szkód wynikających z kradzieży lub Wandalizmu jest niezwłoczne zgłoszenie ich policji.
- 4.28.6. Zwrotimy koszty naprawy mienia do wysokości kwoty określonej w fakturze, ale nie więcej niż Suma ubezpieczenia określona w Twojej Polisie na jedno i wszystkie Zdarzenia ubezpieczeniowe. W przypadku gdy mienie nie nadaje się do naprawy lub naprawa przekracza wartość uszkodzonego mienia, wypłacimy świadczenie w wysokości wartości nowej fabrycznie rzeczy o takich samych parametrach, a w przypadku niedostępności takiej rzeczy – o najbardziej zbliżonych parametrach.
- 4.28.7. Przedmioty wartościowe w Miejscu zamieszkania objęte są ochroną ograniczoną do wysokości Limitu wskazanego w Polisie.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

- 4.28.8. Nie wypłacimy świadczenia w przypadkach opisanych w pkt 3.7.



4.29. Opieka nad zwierzętami domowymi w czasie hospitalizacji

Jaki jest zakres ochrony

- 4.29.1. Ochroną ubezpieczeniową może być objęty Ubezpieczony, który ukończył 18 i nie ukończył 80 lat.
- 4.29.2. Wypłacimy świadczenie na pokrycie kosztów wynikających z tytułu opieki nad zwierzęciem domowym w czasie pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, które zostały poniesione w związku z tymczasowym zakwaterowaniem w schronisku dla zwierząt lub opieką nad zwierzęciem w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego. Pokryjemy koszty opieki nad Twoim zwierzęciem domowym również w przypadku, gdy będziesz musiał towarzyszyć swojemu Dziecku podczas jego pobytu w Szpitalu.
- 4.29.3. Za zwierzę domowe uważamy kota lub psa, który mieszka w tym samym gospodarstwie domowym co Ubezpieczony i którego właścicielem jest Ubezpieczony lub jego partner, tzn. jest osobą wymienioną w książeczce szczepień (lub jakimkolwiek innym dokumencie potwierdzającym) jako właściciel.

- 4.29.4.** Ochroną ubezpieczeniową objęte są koszty poniesione za okres od dnia przyjęcia Ubezpieczonego lub Dziecka do Szpitala do końca dnia kalendarzowego, w którym zakończyła się hospitalizacja.
- 4.29.5.** Zwrócimy koszty opieki określone w fakturze lub innym dokumencie potwierdzającym zapłatę za usługę opieki do wysokości dziennego Limitu określonego w Polisie i maksymalnie za 30 dni opieki.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

- 4.29.6.** Nie wypłacimy świadczenia w przypadkach opisanych w pkt 3.7, a ponadto w przypadku gdy hospitalizacja jest związana z:
- a) leczeniem, wypoczynkiem oraz pobytem w ośrodkach zapewniających długoterminową opiekę, domach opieki, sanatoriach, ośrodkach rekonwalescencyjnych, ośrodkach lub oddziałach rehabilitacyjnych, centrach leczenia uzależnień,
 - b) badaniami kontrolnymi, operacjami lub leczeniem natury czysto kosmetycznej, otyłością bądź też leczeniem podjętym w celu zajścia w ciążę lub eliminacji impotencji bądź poprawy płodności,
 - c) eksperymentami medycznymi, szczepieniami.



4.30. Uszkodzenie lub zniszczenie sprzętu sportowego

Jaki jest zakres ochrony

- 4.30.1.** Ochroną ubezpieczeniową może być objęty Ubezpieczony, który ukończył 18 i nie ukończył 80 lat.
- 4.30.2.** Wypłacimy świadczenie na pokrycie kosztów naprawy lub wymiany Sprzętu sportowego do wysokości Limitu określonego w Polisie, jeśli Ubezpieczony dozna Uszkodzenia ciała w wyniku Niez szczęśliwego wypadku, a jego Sprzęt sportowy zostanie uszkodzony lub zniszczony podczas tego samego Niez szczęśliwego wypadku.
- 4.30.3.** Pokryjemy koszty naprawy, jeżeli Sprzęt sportowy został uszkodzony i nadaje się do naprawy, a koszt naprawy nie przekracza wartości przedmiotu.
- 4.30.4.** Jeżeli Sprzęt sportowy został zniszczony lub uszkodzony w takim stopniu, że koszty naprawy przekraczają koszt zakupu takich samych nowych rzeczy, pokryjemy koszty zakupu takich samych nowych rzeczy, a w razie ich braku – rzeczy o takich samych lub najbardziej zbliżonych parametrach.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

- 4.30.5.** Nie wypłacimy świadczenia w przypadkach opisanych w pkt 3.7, a ponadto nie pokryjemy kosztów naprawy ani wymiany Sprzętu sportowego:
- a) używanego podczas Zawodowego uprawiania sportów, a także treningów i przygotowań,
 - b) uszkodzonego lub zniszczonego na skutek korzystania z niego w sposób sprzeczny z jego przeznaczeniem,
 - c) uszkodzonego lub zniszczonego w wyniku umyślnego działania Ubezpieczonego.



4.31. Cyber Assistance

Ochroną ubezpieczeniową w zakresie Cyber Assistance może być objęty Ubezpieczony, który ukończył 6 miesięcy i nie ukończył 80 lat.

4.31.1. CYBER – MONITORING FINANSOWY

Jaki jest zakres ochrony

- 4.31.1.1.** Przedmiotem ubezpieczenia są:
- a) **Karty płatnicze**, czyli karty debetowe i kredytowe, zarówno fizyczne, jak i wirtualne, znajdujące się na urządzeniach mobilnych Ubezpieczonego, wydane na nazwisko Ubezpieczonego przez instytucję finansową prowadzącą działalność w Polsce i połączone z rachunkiem płatniczym Ubezpieczonego w tej instytucji finansowej;
 - b) Dokumenty osobiste.
- 4.31.1.2.** Zakresem ochrony objęte są następujące Zdarzenia:
- a) **Nieautoryzowane transakcje bezgotówkowe**, czyli transakcje bezgotówkowe zaaranżowane i autoryzowane zdalnie przez osobę trzecią bez zgody Ubezpieczonego, które nie są konsekwencją kradzieży Kart płatniczych oraz skutkują stratą finansową;
 - b) kradzież Kart płatniczych, gdy znajdują się one w:
 - zasięgu ręki, pod nadzorem, w promieniu maksymalnie jednego metra od Ciebie – bez użycia przemocy fizycznej lub psychicznej,
 - Twoim Miejscu zamieszkania, przez osobę trzecią, która dostała się do środka podczas Twojej obecności, ale bez Twojej wiedzy lub wiedzy członka rodziny,
 - zamkniętym pomieszczeniu, w związku z czym konieczne jest użycie siły fizycznej i pokonanie zabezpieczeń w celu wejścia do tego pomieszczenia,
 - zamkniętym pojeździe i są niewidoczne z zewnątrz, a ich kradzież wymaga użycia siły fizycznej i pokonania zabezpieczeń w celu wejścia do tego pojazdu;
 - c) uszkodzenie lub zniszczenie Kart płatniczych Ubezpieczonego spowodowane nieoczekiwanym i niezamierzonym zdarzeniem, które pogorszyło funkcjonalność lub bezpieczeństwo korzystania z tych Kart płatniczych;
 - d) kradzież Dokumentów osobistych, gdy znajdują się one w:
 - zasięgu ręki, pod nadzorem, w promieniu maksymalnie jednego metra od Ciebie – bez użycia przemocy fizycznej lub psychicznej,
 - w Twoim Miejscu zamieszkania, przez osobę trzecią, która dostała się do środka podczas Twojej obecności, ale bez Twojej wiedzy lub wiedzy członka rodziny,
 - zamkniętym pomieszczeniu, w związku z czym konieczne jest użycie siły fizycznej i pokonanie zabezpieczeń w celu wejścia do tego pomieszczenia,
 - w zamkniętym pojeździe i są niewidoczne z zewnątrz, a ich kradzież wymaga użycia siły fizycznej i pokonania zabezpieczeń w celu wejścia do tego pojazdu.

- 4.31.1.3.** W przypadku Nieautoryzowanej transakcji bezgotówkowej:
- a) dostarczymy Ci informacje na temat sposobu zgłaszania oszustw i odzyskiwania środków utraconych na skutek Nieautoryzowanych transakcji bezgotówkowych bezpośrednio od Instytucji finansowej,
 - b) zwrócimy Ci koszty międzynarodowych połączeń telefonicznych i opłat pocztowych, które poniosłeś w związku ze zgłoszeniem Nieautoryzowanej transakcji bezgotówkowej, oraz koszty wydania nowych Kart płatniczych,
 - c) zwrócimy Ci niezbędne koszty transportu i zakwaterowania związane ze Zdarzeniem objętym ubezpieczeniem (np. koszty taksówki, aby dostać się na posterunek policji lub do biura Instytucji finansowej, koszty hotelu niezbędne, aby móc zgłosić Zdarzenie policji podczas podróży),
 - d) zwrócimy Ci kwoty Nieautoryzowanych transakcji pieniężnych wykonanych przed zgłoszeniem ich do Instytucji finansowej, o ile nie zostały pokryte przez Instytucję finansową.
- 4.31.1.4.** W przypadku Nieautoryzowanej transakcji pieniężnej wartość naszych świadczeń nie przekroczy kwoty 8800 zł i są one ograniczone do jednego Zdarzenia w rocznym okresie ubezpieczenia.
- 4.31.1.5.** W przypadku kradzieży Kart płatniczych:
- a) przekażemy Ci informacje na temat sposobu zgłaszania oszustw i odzyskiwania środków pieniężnych utraconych na skutek kradzieży Kart płatniczych bezpośrednio od Instytucji finansowej,
 - b) przekażemy Ci informacje na temat kroków, jakie należy podjąć, aby:
 - złożyć zawiadomienie na policji,
 - złożyć reklamację do Instytucji finansowej,
 - odnowić Twoje Karty płatnicze,
 - zablokować Twoje Karty płatnicze,
 - c) zwrócimy koszty międzynarodowych połączeń telefonicznych i opłat pocztowych, które poniosłeś w związku ze zgłoszeniem kradzieży Kart płatniczych, w tym również koszty wydania nowych Kart płatniczych,
 - d) zwrócimy niezbędne koszty transportu i zakwaterowania związane ze Zdarzeniem objętym ubezpieczeniem (np. koszty taksówki, aby dostać się na posterunek policji lub do biura instytucji finansowej, koszty hotelu niezbędne do zgłoszenia Zdarzenia policji podczas podróży),
 - e) zwrócimy Ci kwoty transakcji wykonanych skradzionymi Kartami płatniczymi przed zgłoszeniem ich kradzieży do Instytucji finansowej, o ile nie zostały pokryte przez Instytucję finansową.
- 4.31.1.6.** W przypadku kradzieży Kart płatniczych wartość naszych świadczeń nie przekroczy kwoty 8800 zł i są one ograniczone do jednego Zdarzenia w rocznym okresie ubezpieczenia.
- 4.31.1.7.** W przypadku uszkodzenia lub zniszczenia Kart płatniczych:
- a) przekażemy Ci informacje na temat kroków, które należy podjąć, aby:
 - złożyć reklamację do Instytucji finansowej,
 - odnowić Twoje Karty płatnicze,
 - zablokować Twoje Karty płatnicze,
 - b) zwrócimy Ci koszty międzynarodowych połączeń telefonicznych i opłat pocztowych, które poniosłeś w związku z uszkodzeniem lub zniszczeniem Kart płatniczych, w tym również koszty wydania nowych Kart płatniczych.
- 4.31.1.8.** W przypadku uszkodzenia lub zniszczenia Kart płatniczych wartość naszych świadczeń nie przekroczy kwoty 8800 zł i są one ograniczone do jednego Zdarzenia w rocznym okresie ubezpieczenia.
- 4.31.1.9.** W przypadku kradzieży Dokumentów osobistych udostępnimy Ci indywidualny kod dostępu do aktywacji 12-miesięcznego Pakietu Alertów BIK i pokryjemy jego koszt. Strona internetowa Biura Informacji Kredytowej dostępna jest pod adresem <https://www.bik.pl>. Świadczenie jest organizowane tylko raz w rocznym okresie ubezpieczenia.
- 4.31.1.10.** Alerty BIK to usługa oferowana przez Biuro Informacji Kredytowej, dzięki której użytkownik dostaje powiadomienie o istotnych zmianach w jego danych kredytowych. Wszystkie alerty są zapisywane w koncie użytkownika w zakładce „Alerty BIK”. Najważniejsze z nich są wysyłane w formie SMS-u, a użytkownik może również skonfigurować otrzymywanie alertów mejlem w zakładce „Alerty/Konfiguracja” swojego konta BIK. W Alertach BIK podawany jest powód wysłania wiadomości wraz z nazwą instytucji i kontekstem przekazania danych. Wszystkie Alerty BIK zapisywane są w koncie użytkownika, a ich formę można dostosować, wybierając między SMS-em a mejlem.
- Jakie są obowiązki Ubezpieczonego**
- 4.31.1.11.** Jesteś zobowiązany nie ujawnić publicznie oraz przechowywać hasła, kody dostępu, numery PIN, numery kart, kody CVV, dane identyfikacyjne lub Dokumenty osobiste w sposób uniemożliwiający dostęp do nich osobom nieupoważnionym.
- 4.31.1.12.** Jesteś zobowiązany do postępowania zgodnie z instrukcjami i warunkami wydanymi przez Instytucje finansowe zarządzające Twoimi środkami płatniczymi.
- 4.31.1.13.** W przypadku Nieautoryzowanej transakcji pieniężnej należy w ciągu 24 godzin:
- a) zlecić Instytucji finansowej odpowiedzialnej za zarządzanie środkami płatniczymi ich niezwłoczne zablokowanie,
 - b) poinformować na piśmie instytucję finansową odpowiedzialną za zarządzanie środkami płatniczymi o poniesionej stracie,
 - c) zgłosić Zdarzenie na policji i przesłać nam potwierdzenie tego zgłoszenia.
- 4.31.1.14.** W przypadku kradzieży Kart płatniczych należy w ciągu 24 godzin:
- a) zlecić Instytucji finansowej odpowiedzialnej za zarządzanie środkami płatniczymi ich niezwłoczne zablokowanie,
 - b) zgłosić Zdarzenie na policji i przesłać nam potwierdzenie tego zgłoszenia.
- 4.31.1.15.** W przypadku Nieautoryzowanej transakcji pieniężnej i kradzieży Kart płatniczych należy uzyskać potwierdzenie o pokryciu strat przez Instytucję finansową i przesłać nam to potwierdzenie. Jeśli Instytucja finansowa odpowiedzialna za zarządzanie Twoimi środkami płatniczymi nie pokryje Twojej szkody lub nie pokryje jej w całości bądź jeśli zażąda udziału własnego, musisz przesłać nam potwierdzenie tego faktu wystawione przez Instytucję finansową.
- 4.31.1.16.** Aby skorzystać z powyższych świadczeń, należy skontaktować się z Centrum Alarmowym Colonnade pod numerem telefonu +48 22 506 32 50.

Kiedy nie wypłacimy świadczenia

4.31.1.17. Nie zapewnimy świadczeń w przypadkach opisanych w pkt 3.7, a ponadto:

- a)** nie będziemy kontaktować się bezpośrednio z agencjami informacji kredytowej, sieciami kart płatniczych i/lub Instytucjami finansowymi w Twoim imieniu,
- b)** nie zapewnimy ochrony ubezpieczeniowej w przypadku:
 - płatności dokonanych przez członka Twojej rodziny,
 - płatności dokonanych przez współposiadacza Twoich środków płatniczych,
 - transakcji pieniężnych autoryzowanych przez Ubezpieczonego w formie uzgodnionej z Instytucją finansową, ale zaaranżowanych zdalnie przez osobę trzecią, które nie są konsekwencją kradzieży Kart płatniczych oraz bezpośrednio i wyłącznie skutkują stratą finansową,
 - dowolnej transakcji:
 - na rzecz osób, które znasz lub z którymi jesteś w jakimkolwiek związku,
 - dokonanej przez Ciebie w odpowiedzi na żądanie okupu lub inne nielegalne żądanie lub groźbę; obejmuje to: kradzież danych, groźby ich usunięcia, zmiany, rozpowszechniania; lub zmiany dostępu do danych lub innych posiadanych aktywów,
 - wszelkich strat:
 - wynikających z nieuprawnionego użycia środków płatniczych lub kodu PIN, TAN, CVV, danych identyfikacyjnych, podpisu cyfrowego lub autentycznych papierów wartościowych na okaziciela lub dokumentów tożsamości, które były w posiadaniu innych osób lub inne osoby weszły w ich posiadanie przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej,
 - wynikających pośrednio z nieautoryzowanego użycia środków płatniczych Ubezpieczonego,
 - wynikających z ujawnienia przez osobę trzecią Twoich danych osobowych,
 - za które Instytucja finansowa ponosi Instytucja finansowa w myśl obowiązujących przepisów prawa,
 - za które Instytucja finansowa nie przyjęła odpowiedzialności i przedstawiła w tym zakresie odmowę na piśmie,
 - poniesionych z powodu braku możliwości skontaktowania się przez Ciebie z instytucjami odpowiedzialnymi za zablokowanie Twoich płatności,
 - w środkach znajdujących się na rachunkach związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej lub zarobkowej,
 - będących następstwem usterek dowolnego oprogramowania, nawet jeśli nie jest to wirus ani złośliwe oprogramowanie,
 - nieautoryzowanych wydatków za pomocą Twoich Kart płatniczych, dokonanych po upływie 2 dni roboczych od ich kradzieży,
 - transakcji związanych z działaniami nielegalnymi,
 - płatności lub opłat związanych z grami hazardowymi,
 - jakichkolwiek roszczeń wynikających z korzystania ze środków płatniczych nienależących do Ciebie.

4.31.2. CYBER – REPUTACJA W INTERECIE

Jaki jest zakres ochrony

4.31.2.1. Podejmiemy opisane w pkt 4.31.2.2 czynności chroniące Twoje dane osobowe i reputację w następujących przypadkach:

- a)** nieautoryzowane publikacje na Twoich stronach internetowych, blogach i kontach w mediach społecznościowych,
- b)** nieautoryzowane ujawnianie lub publikowanie Twoich danych osobowych online,
- c)** nieautoryzowana subskrypcja usług internetowych (np. spamu, witryn randkowych i newsletterów),
- d)** nieautoryzowane odzyskiwanie lub zamykanie Twoich kont internetowych (np. mediów społecznościowych i poczty e-mail),
- e)** publikowanie Twoich nieaktualnych lub nieprawidłowych danych w wyszukiwarkach (np. wciąż pojawiają się usunięte publikacje, homonimy powiązane z negatywnymi wynikami),
- f)** publikowanie w Internecie pod Twoim adresem obelg, zniesławień, pomówień, oszczerstw, podżegania do nienawiści.

4.31.2.2. Wyznamy podmiot, który podejmie próbę usunięcia Twoich danych osobowych z Internetu, jeden raz w rocznym okresie ubezpieczenia, wykonując następujące czynności:

- a)** przeprowadzimy analizę wykonalności i zbadamy, kto stoi za zgłoszoną treścią oraz związane z nią okoliczności,
- b)** określimy plan działania (tematy do dyskusji, usługi informacyjne, interwencja techniczna) w celu osiągnięcia najlepszych wyników w zakresie rozwiązywania sprawy,
- c)** wykonamy plan działania zgodnie z wcześniejszymi ustaleniami:
 - przystąpienie do usunięcia zgłoszonych treści,
 - prowadzenie polubownych negocjacji z redaktorem zgłoszonych treści,
 - odwołanie się do hostingodawcy strony internetowej lub – w stosownych przypadkach – wyszukiwarki, w przypadku niepowodzenia pierwszych negocjacji,
 - przystąpienie do deindeksacji usuniętego linku do zgłoszonych treści.

4.31.2.3. Aby skorzystać z powyższych świadczeń, należy skontaktować się z Centrum Alarmowym Colonnade pod numerem telefonu +48 22 506 32 50.

Kiedy nie zapewnimy świadczenia:

4.31.2.4. Nie zapewnimy świadczeń w przypadkach opisanych w pkt 3.7.

4.31.2.5. Nie obejmujemy ochroną:

- a)** szkód lub zdarzeń zaistniałych w grupie prywatnej lub na stronie internetowej, do której dostęp jest ograniczony hasłem (czaty, komunikatory, wiadomości e-mail i zamknięte grupy w mediach społecznościowych), jeśli wskazany przez nas podmiot nie uzyskał pozwolenia na dołączenie do grupy,
- b)** zdarzeń związanych z mediami niecyfrowymi (media drukowane, radio, telewizja),
- c)** zdarzeń o dacie wystąpienia niemożliwej do ustalenia,
- d)** zdarzeń związanych z Twoją działalnością gospodarczą lub zarobkową,
- e)** zdarzeń będących przedmiotem postępowań przed właściwymi sądami lub będących przedmiotem orzeczeń sądowych,
- f)** zdarzeń związanych z rejestracją na stronach internetowych publikujących treści nielegalne lub naruszające dobre obyczaje,
- g)** zdarzeń związanych z działalnością polityczną lub religijną Ubezpieczonego lub działalnością Ubezpieczonego jako Influencera.

4.31.3. CYBER – ZDALNE WSPARCIE IT

Jaki jest zakres ochrony

- 4.31.3.1.** Zakresem ubezpieczenia objęte są następujące Zdarzenia:
- a) awarie oprogramowania i/lub systemów operacyjnych,
 - b) awarie zainstalowanych programów i/lub sterowników,
 - c) nieprawidłowe działanie urządzeń i urządzeń peryferyjnych niezwiązanych z awariami systemu i oprogramowania,
 - d) nieprawidłowe działanie połączenia internetowego,
 - e) nieprawidłowe działanie oprogramowania i aplikacji online,
 - f) problemy przy tworzeniu kopii zapasowych.
- 4.31.3.2.** W przypadku wystąpienia opisanych powyżej Zdarzeń, dotyczących Twoich urządzeń, urządzeń peryferyjnych, systemów operacyjnych i oprogramowania, z których korzystasz w celach osobistych, niezawodowych, zapewnimy Ci zdalne wsparcie informacyjne dotyczące możliwych rozwiązań wskazanych problemów.
- 4.31.3.3.** Zdalne wsparcie informacyjne jest ograniczone do 4 Zdarzeń w rocznym okresie ubezpieczenia w limicie 1 godziny usługi na Zdarzenie.
- 4.31.3.4.** W ramach świadczenia dostarczymy Ci informacje potrzebne do rozwiązania problemu zidentyfikowanego na podstawie Twojego zgłoszenia. Nie gwarantujemy jednak, że dany problem zostanie w ten sposób rozwiązany, jeśli w tym celu konieczne będzie dostarczenie innych lub dłużej trwających usług.
- 4.31.3.5.** Aby skorzystać z powyższych świadczeń, należy skontaktować się z Centrum Alarmowym Colonnade pod numerem telefonu +48 22 506 32 50.

Kiedy nie świadczymy ochrony i nie zapewnimy świadczenia

- 4.31.3.6.** Nie zapewnimy świadczeń w przypadkach opisanych w pkt 3.7, a ponadto w przypadku:
- a) problemów, które mogą zostać rozwiązane poprzez zdalny dostęp do sprzętu Ubezpieczonego, jeśli Ubezpieczony nie chce lub nie może zapewnić takiego dostępu,
 - b) problemów związanych z oprogramowaniem, na które Ubezpieczony nie posiada licencji,
 - c) aktualizacji płatnego oprogramowania,
 - d) wykonywania czynności, do których Ubezpieczony nie posiada płyty CD-ROM z oryginalnym oprogramowaniem aplikacji lub systemu i nie jest możliwe pobranie go bezpłatnie przez Internet w momencie żądania wsparcia informatycznego,
 - e) szkód spowodowanych niewłaściwym korzystaniem przez Ubezpieczonego ze swoich systemów, aplikacji lub oprogramowania zainstalowanego w celu zdalnego dostępu w ramach zakresu Cyber – Zdalne wsparcie IT,
 - f) żądania wsparcia informatycznego, którego świadczenie nie jest możliwe lub jest opóźnione z powodu działania siły wyższej lub zdarzeń losowych, w szczególności awarii transmisji pakietów IP lub przerw w dostawie prądu,
 - g) nieprawidłowego działania z powodu wad seryjnych prowadzących do wycofania produktu przez producenta.
- 4.31.3.7.** W żadnym wypadku Ubezpieczyciel nie będzie oferować Ubezpieczonemu:
- a) ani zastępować żadnego rodzaju oprogramowania,
 - b) wsparcia informacyjnego związanego z serwerami dowolnego rodzaju,
 - c) wsparcia informacyjnego związanego z działalnością zawodową Ubezpieczonego,
 - d) naprawy, wymiany lub zwrotu kosztów urządzeń.

4.31.4. CYBER – ODZYSKIWANIE DANYCH

Jaki jest zakres ochrony

- 4.31.4.1.** Zakresem ochrony objęte jest odzyskiwanie danych cyfrowych, do 2 TB, przechowywanych na urządzeniu będącym własnością Ubezpieczonego lub członka jego rodziny. Zdarzenia objęte ubezpieczeniem dotyczą urządzeń używanych wyłącznie przez Ubezpieczonego lub członka jego rodziny i służących wyłącznie do użytku osobistego (niezawodowego).
- 4.31.4.2.** Świadczenia przysługujące w przypadku zdarzenia objętego ochroną obejmują:
- a) zorganizowanie specjalistycznego dostawcy w celu podjęcia próby odzyskania danych cyfrowych Ubezpieczonego; w tym celu podejmiemy próbę odzyskania Twoich danych cyfrowych w centrum naprawczym lub w Miejscu zamieszkania, a jeśli odzyskanie danych cyfrowych zakończy się powodzeniem, udostępnimy Ci odzyskane dane cyfrowe za pośrednictwem protokołu SFTP lub dysku zewnętrznego,
 - b) koszty wysyłki i utylizacji – w tym celu podejmiemy próbę odzyskania Twoich danych cyfrowych w centrum naprawczym lub w Miejscu zamieszkania i zwrócimy Twoje urządzenie lub, jeśli jest uszkodzone, zutylizujemy je w Polsce na Twoje żądanie.
- 4.31.4.3.** Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do dwóch świadczeń w Okresie ubezpieczenia.
- 4.31.4.4.** Nie możemy zagwarantować, że utracone dane cyfrowe zostaną pomyślnie odzyskane.
- 4.31.4.5.** Podczas odzyskiwania danych cyfrowych urządzenie może zostać uszkodzone (np. zerwanie plomb, obudowy) i nie będzie można go naprawić ani przywrócić do stanu sprzed szkody. Może to spowodować utratę gwarancji producenta.
- 4.31.4.6.** Zapewnimy ochronę wyłącznie w przypadku, gdy utrata danych wynika z:
- a) przypadkowego fizycznego uszkodzenia,
 - b) awarii urządzenia,
 - c) działania złośliwego oprogramowania lub wirusa,
 - d) błędu oprogramowania
 - e) braku zasilania w energię elektryczną,
 - f) błędów operacyjnych,
 - g) przypadkowego usunięcia plików,
 - h) awarii oprogramowania.
- 4.31.4.7.** Zakresem ochrony objęte jest odzyskiwanie danych wyłącznie z następujących urządzeń:
- a) HDD i SSD z laptopów i komputerów,
 - b) zewnętrzne dyski HDD i SSD (dyski USB),

- c) smartfony,
- d) tablety,
- e) netbooki.

4.31.4.8. Aby skorzystać z powyższych świadczeń, należy skontaktować się z Centrum Alarmowym Colonnade pod numerem telefonu +48 22 506 32 50.

Obowiązki Ubezpieczonego

- 4.31.4.9.** Ubezpieczony zobowiązany jest przekazać nam lub naszemu dostawcy informacje o problemie z utratą danych oraz szczegóły dotyczące urządzenia i systemu operacyjnego.
- 4.31.4.10.** Ubezpieczony zobowiązany jest zainstalować aktywny i aktualny system bezpieczeństwa na urządzeniach używanych do działań online. System powinien zapewniać co najmniej ochronę przed wirusami i złośliwym oprogramowaniem, phishingiem i smishingiem oraz niezabezpieczonymi połączeniami podczas korzystania ze stron bankowych i płatniczych.
- 4.31.4.11.** Ubezpieczony zobowiązany jest potwierdzić, że wybrany przez niego system bezpieczeństwa był zainstalowany, aktywny i aktualny na jego urządzeniu w momencie utraty danych. Będziemy potrzebować również następujących informacji na jego temat:
- a) nazwa i wersja,
 - b) dowód zakupu (jeśli nie jest to wersja bezpłatna),
 - c) umowa licencyjna użytkownika końcowego,
 - d) dokumentacja oprogramowania z opisem zapewnianej ochrony.

Kiedy nie zapewnimy ochrony ubezpieczeniowej i nie wypłacimy świadczenia

- 4.31.4.12.** Nie zapewnimy świadczeń w przypadkach opisanych w pkt 3.7, a ponadto w przypadku:
- a) urządzeń starszych niż 5 lat liczonych od daty produkcji,
 - b) odzyskiwania danych z zaszyfrowanych dysków twardych i oprogramowania ransomware,
 - c) odzyskiwania danych z nośników pamięci, które nie są częścią urządzeń Ubezpieczonego,
 - d) pobierania z Internetu treści online (np. dokumentów, zdjęć, filmów, gier, aplikacji i oprogramowania),
 - e) awarii urządzenia, które zostało rozmontowane przez Ubezpieczonego.
- 4.31.4.13.** W ramach ochrony nie zapewnimy następujących świadczeń:
- a) zapłaty kosztów wymiany danych cyfrowych i aplikacji dla systemu operacyjnego na urządzeniu Ubezpieczonego,
 - b) zapłaty kosztów wymiany lub naprawy urządzenia Ubezpieczonego,
 - c) skanowania antywirusowego odzyskanych danych cyfrowych,
 - d) wymiany pamięci masowej samego urządzenia,
 - e) rekonfiguracji lub ponownej instalacji urządzenia lub jego systemu operacyjnego.
 - f) zapłaty kosztów nabycia nowych licencji.
 - g) zapłaty kosztów wysyłki, jeśli urządzenie nie znajduje się w Polsce.

4.31.5. CYBER – NAPRAWA LUB WYMIANA KOMPUTERA LUB LAPTOPA

Jaki jest zakres ochrony

- 4.31.5.1.** Zorganizujemy i pokryjemy koszty naprawy lub pokryjemy koszty wymiany Twojego komputera lub laptopa uszkodzonego w wyniku upadku, uderzenia lub zalania płynem.
- 4.31.5.2.** Ochroną objęty jest wyłącznie zakupiony jako fabrycznie nowy komputer lub laptop, będący własnością Ubezpieczonego, o ile:
- a) w momencie zawarcia umowy ubezpieczenia jest sprawny,
 - b) został zakupiony w Polsce,
 - c) nie jest starszy niż 5 lat – według daty zakupu wskazanej na rachunku lub fakturze,
 - d) cena jego zakupu wynosiła nie więcej niż 8800 zł,
 - e) w momencie Zdarzenia objętego ubezpieczeniem nie jest objęty gwarancją producenta lub sprzedawcy.
- 4.31.5.3.** Pokryjemy koszty naprawy, jeżeli Twój komputer lub laptop został uszkodzony i nadaje się do naprawy, a koszt naprawy nie przekracza jego wartości.
- 4.31.5.4.** Jeżeli Twój komputer lub laptop został zniszczony lub uszkodzony w takim stopniu, że koszty naprawy przekraczają cenę zakupu takiego samego nowego urządzenia, wymienimy urządzenie na nowe, finansując zakup takiego samego nowego urządzenia, a w razie jego braku – urządzenia o takich samych lub najbardziej zbliżonych parametrach, z zastrzeżeniem postanowień pkt 4.31.5.8.
- 4.31.5.5.** Powyższe świadczenia zrealizujemy nie więcej niż 2 razy w rocznym okresie ubezpieczenia i nie więcej niż do limitu w wysokości 8800 zł.
- 4.31.5.6.** W przypadku wymiany wadliwy komputer lub laptop, w tym wszystkie dołączone akcesoria, staje się naszą własnością. Ubezpieczony jest zobowiązany do przekazania go Colonnade.
- 4.31.5.7.** W przypadku wymiany lub naprawy urządzenia nasze świadczenie podlega zmniejszeniu o wskaźnik amortyzacji w zależności od wieku urządzenia zgodnie z poniższą tabelą:

Wiek urządzenia, licząc od daty zakupu do daty zdarzenia	Procent amortyzacji
Ponad 6 miesięcy i do 1 roku	10%
Ponad 1 rok i do 2 lat	20%
Ponad 2 lata i do 3 lat	30%
Ponad 3 lata i do 4 lat	40%
Ponad 4 lata	50%

- 4.31.5.8.** W przypadku naprawy lub zakupu nowego urządzenia będziesz zobowiązany pokryć udział własny w wysokości 10% ceny zakupu. Jeśli koszt naprawy lub cena zakupu nowego urządzenia będą niższe niż kwota udziału własnego pobrana w związku z roszczeniem, różnica zostanie Ci zwrócona.
- 4.31.5.9.** Aby skorzystać z powyższych świadczeń, należy skontaktować się z Centrum Alarmowym Colonnade pod numerem telefonu +48 22 506 32 50.

Kiedy nie zapewnimy świadczenia

- 4.31.5.10.** Nie zapewnimy świadczeń w przypadkach opisanych w pkt 3.7.
- 4.31.5.11.** Nie obejmujemy ochroną:
- a) części eksploatacyjnych komputera lub laptopa, podlegających normalnemu zużyciu, które mogą zostać wymienione przez Ubezpieczonego, zgodnie z wytycznymi producenta, których wymiana może być wymagana w celu przywrócenia funkcjonalności komputera lub laptopa,
 - b) przedmiotów pożyczonych – komputera lub laptopa, używanych przez Ubezpieczonego, które zostały wypożyczone od osoby trzeciej, oraz komputera lub laptopa będącego własnością Ubezpieczonego, jeśli został wypożyczony przez Ubezpieczonego osobie trzeciej,
 - c) komputerów i laptopów bez oznaczenia CE lub porównywalnego znaku certyfikacji, potwierdzającego, że dane urządzenie spełnia wymagania w zakresie bezpieczeństwa, zdrowia i ochrony środowiska,
 - d) dołączonych do komputera lub laptopa akcesoriów.
 - e) komputera lub laptopa z usuniętym, zniszczonym lub zmienionym numerem seryjnym lub numerem IMEI.
- 4.31.5.12.** Nie są objęte ubezpieczeniem:
- a) zdarzenia, które miały miejsce przed datą rozpoczęcia lub po dacie zakończenia ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) uszkodzenia spowodowane użytkowaniem niezgodnym z instrukcjami producenta,
 - c) szkody spowodowane wadami wynikającymi z produkcji,
 - d) szkody powstałe w wyniku umyślnego działania lub zaniechania Ubezpieczonego,
 - e) uszkodzenia w wyniku zużycia, erozji, korozji, utleniania w wyniku długotrwałego narażenia na działanie powietrza i wilgoci lub pogorszenia stanu spowodowanego lub naturalnie wynikającego ze zwykłego użytkowania,
 - f) zadrapania, wgniecenia, zagięcia, przebarwienia, uszkodzenia, które można naprawić poprzez wyczyszczenie lub zwykłą konserwację, które nie mają wpływu na funkcjonalność, działanie lub bezpieczne użytkowanie urządzenia,
 - g) wszelkie uszkodzenia powstałe w czasie, gdy Twój komputer lub laptop znajduje się w posiadaniu firmy kurierskiej/pocztowej, jeżeli usługa ta nie jest świadczona w ramach zleconej przez nas naprawy.

4.31.6. CYBER – POMOC PRAWNA

Jaki jest zakres ochrony

- 4.31.6.1.** W następujących sytuacjach, niezwiązanych z Twoją działalnością gospodarczą lub zarobkową, pokryjemy koszty opisane w pkt 4.31.6.2:
- a) zakupy online – spory ze sprzedawcami internetowymi dotyczące osobistych zakupów towarów,
 - b) bankowość online – spory z bankiem internetowym lub innym dostawcą usług płatności online dotyczące transakcji Ubezpieczonego,
 - c) e-reputacja/cyberprzemoc – zdarzenia związane z niewłaściwym wykorzystaniem danych osobowych Ubezpieczonego w Internecie i złośliwą aktywnością w Internecie wymierzoną przeciwko Ubezpieczonemu.
- 4.31.6.2.** W przypadku zdarzeń opisanych w pkt 4.31.6.1 pokryjemy następujące koszty potwierdzone fakturami lub rachunkami:
- a) koszty opinii prawnych,
 - b) koszty wynagrodzenia adwokata lub radcy prawnego,
 - c) koszty sądowe.
- 4.31.6.3.** Koszty wskazane w pkt 4.31.6.2 pokrywane są do limitu w wysokości 11 000 zł na każde Zdarzenie objęte ochroną.
- 4.31.6.4.** Pomoc prawna jest świadczona na terenie Polski i w zakresie polskiego prawa.
- 4.31.6.5.** Aby skorzystać z powyższych świadczeń, należy skontaktować się z Centrum Alarmowym Colonnade pod numerem telefonu +48 22 506 32 50.

Kiedy nie zapewnimy świadczenia

- 4.31.6.6.** Nie zapewnimy świadczeń w przypadkach opisanych w pkt 3.7.
- 4.31.6.7.** Nie zapewnimy organizacji usług doradztwa prawnego ani pomocy prawnej w trakcie postępowania sądowego.
- 4.31.6.8.** Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki niewłaściwego wykorzystania lub błędnej interpretacji przekazanych informacji.
- 4.31.6.9.** Nie ponosimy odpowiedzialności za niewykonanie usług lub opóźnienia w ich wykonywaniu z powodu działania siły wyższej lub strajków, zamieszek, wiadomej niestabilności politycznej, represji, embarga, sankcji gospodarczych.
- 4.31.6.10.** Ubezpieczeniem nie są objęte również:
- a) wydatki poniesione przez Ubezpieczonego bez porozumienia nami:
 - jeżeli z powodu winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego nie zgłosił roszczenia do Ubezpieczyciela,
 - jeżeli Zdarzenie objęte ubezpieczeniem nastąpiło z winy lub na skutek rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego lub Ubezpieczony uniemożliwił ustalenie okoliczności i skutków Zdarzenia objętego ubezpieczeniem,
 - b) koszty, które nie zostały potwierdzone odpowiednimi fakturami lub rachunkami,
 - c) skutki strat lub szkód spowodowanych umyślnie przez Ubezpieczonego lub przy jego współudziale; przez małżonka, partnera, wstępnych i zstępnych Ubezpieczonego.

4.31.7. CYBER – POMOC PSYCHOLOGICZNA

Jaki jest zakres ochrony

- 4.31.7.1. Zapewnimy Ci pomoc psychologa w przypadku zaburzeń lękowych spowodowanych niewłaściwym wykorzystaniem Twoich danych osobowych w Internecie lub złośliwą aktywnością w Internecie skierowaną przeciwko Tobie.
- 4.31.7.2. Na podstawie pisemnego zalecenia Lekarza, w następstwie Zdarzenia objętego ubezpieczeniem, pokryjemy koszty Telekonsultacji psychologicznej z psychologiem lub stacjonarnej konsultacji z psychologiem znajdującym się w odległości nie większej niż 20 kilometrów od Twojego Miejsca zamieszkania lub miejsca pracy. Świadczenie ograniczone jest do jednego Zdarzenia w czasie rocznego okresu ubezpieczenia.
- 4.31.7.3. Świadczenie pomocy psychologicznej jest dostępne od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, w godzinach od 9.00 do 18.00.
- 4.31.7.4. Aby skorzystać z powyższych świadczeń, należy skontaktować się z Centrum Alarmowym Colonnade pod numerem telefonu +48 22 506 32 50.

Kiedy nie świadczymy ochrony

- 4.31.7.5. Nie zapewnimy świadczeń w przypadkach opisanych w pkt 3.7.
- 4.31.7.6. Zakres ochrony nie obejmuje:
 - a) pomocy psychologicznej w przypadku chorób psychicznych, które zostały zdiagnozowane przed rozpoczęciem Okresu ubezpieczenia,
 - b) świadczenia pomocy psychologicznej poza terytorium Polski,
 - c) kosztów leków,
 - d) pomocy psychologicznej w przypadku psychiatrycznych stanów nagłych wymagających interwencji pogotowia ratunkowego,
 - e) pomocy psychologicznej w przypadku prób samobójczych,
 - f) pomocy psychologicznej w przypadku zachowań agresywnych i autoagresywnych,
 - g) pomocy psychologicznej w przypadku silnego pobudzenia ze zdeorganizowanym działaniem,
 - h) pomocy psychologicznej w przypadku stanów, w których objawy psychopatologiczne są przejawem zagrażającego pacjentowi schorzenia somatycznego,
 - i) pomocy psychologicznej w przypadku niezwiązanym ze zdarzeniem ubezpieczeniowym.

4.31.8. CYBER – OCHRONA ZAKUPÓW ONLINE

Jaki jest zakres ochrony

- 4.31.8.1. Zakresem ubezpieczenia objęte są nowe przedmioty (dobra materialne) zakupione online przez Ubezpieczonego do użytku osobistego niezwiązanego z działalnością gospodarczą lub zarobkową, za cenę nie wyższą niż 8800 zł.
- 4.31.8.2. W przypadku gdy ubezpieczony przedmiot składa się z artykułów stanowiących parę lub zestaw, ochrona ubezpieczeniowa jest ograniczona do kosztu każdej części, która nie została dostarczona, została dostarczona wadliwa, uszkodzona lub niewłaściwa, chyba że artykuły nie nadają się do użytku pojedynczo i nie można ich wymienić pojedynczo.
- 4.31.8.3. Zakresem ochrony objęte są następujące Zdarzenia:
 - a) zakupiony przedmiot nie został dostarczony,
 - b) zakupiony przedmiot został dostarczony uszkodzony lub niekompletny, wskutek czego nie może pełnić funkcji, do której jest przeznaczony,
 - c) zakupiony przedmiot nie odpowiada opisowi podanemu w zamówieniu lub nie odpowiada przedmiotowi wybranemu przez Ubezpieczonego w zakresie jednego z poniższych kryteriów:
 - stan, np. „używany” zamiast „nowy i nieużywany” lub „niesprawny” zamiast „sprawny”,
 - materiał, np. „sztuczna skóra” zamiast „naturalna skóra” lub „fornirowane drewno” zamiast „lite drewno”,
 - wersja produktu, np. „pierwsza wersja” zamiast „najnowsza wersja”,
 - kompletność produktu, np. „niekompletny zestaw” zamiast „kompletny zestaw”,
 - zgodność marki, np. przedmiot, który nie pochodzi od wymienionego producenta,
 - kolor, np. przedmiot, który nie jest tego samego koloru, co zamówiony.
- 4.31.8.4. W przypadku zajścia Zdarzeń opisanych w pkt 4.31.8.3:
 - a) udzielimy Ubezpieczonemu telefonicznie informacji na temat działań niezbędnych do wystąpienia do sprzedawcy o odszkodowanie oraz warunków jego otrzymania,
 - b) wypłacimy Ubezpieczonemu odszkodowanie w wysokości do 8800 zł w rocznym okresie ubezpieczenia, jeżeli:
 - Ubezpieczony skontaktował się pocztą elektroniczną, pisemnie lub faksem ze sprzedawcą/kurierem w ustawowym terminie, w jakim może złożyć reklamację w celu dochodzenia swoich praw, oraz
 - sprzedawca/kurier nie wypłacił odszkodowania Ubezpieczonemu w czasie określonym przepisami, a jeśli czas rozpatrzenia reklamacji nie wynika z przepisów, to w ciągu 30 dni od reklamacji Ubezpieczonego, oraz
 - sprzedawca/kurier nie zrekompensował ani nie zwrócił Ubezpieczonemu kwoty zakupu, za którą sprzedawca/kurier jest odpowiedzialny.
- 4.31.8.5. Świadczenie zostanie pomniejszone o wartość odszkodowań otrzymanych od kuriera lub sprzedawcy odpowiedzialnych za szkodę.
- 4.31.8.6. W celu otrzymania odszkodowania musisz przedstawić także dowód zakupu zawierający dane przedmiotu, w tym producenta, typ/model, numer seryjny i/lub numer IMEI, oraz dane sprzedawcy, w tym nazwę sprzedawcy i numer NIP.
- 4.31.8.7. Aby skorzystać z powyższych świadczeń, należy skontaktować się z Centrum Alarmowym Colonnade pod numerem telefonu +48 22 506 32 50.

Kiedy nie świadczymy ochrony

- 4.31.8.8. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są:
 - a) budynki,
 - b) grunty,

- c) bilety (w tym bilety elektroniczne),
- d) kupony,
- e) samoloty,
- f) pojazdy silnikowe,
- g) skutery wodne,
- h) towary łatwo psujące się, żywność,
- i) rośliny,
- j) zwierzęta,
- k) usługi,
- l) prawa autorskie,
- m) energia elektryczna,
- n) gaz,
- o) towary, którymi obrót jest zabroniony lub wymaga specjalnych uprawnień,
- p) towary zakupione lub sprzedane z naruszeniem przepisów,
- q) dobra niematerialne, takie jak: kryptowaluty, niezbywalne tokeny NFT, pobrane dane cyfrowe,
- r) usługi objęte subskrypcją, nawet jeśli zostały nabyte wraz z produktem,
- s) produkty z usuniętymi, pominiętymi, wyłączonymi lub zmienionymi funkcjami bezpieczeństwa,
- t) produkt lub grupa produktów sprzedawanych podczas licytacji, kiedy Ubezpieczony nie ma wiedzy, jakie produkty kupuje,
- u) wszelkie towary z platform peer-to-peer,
- v) papiery wartościowe, zdematerializowane papiery wartościowe,
- w) produkty niepełnowartościowe, określone w momencie sprzedaży jako posiadające wady.

4.31.8.9. Nie zapewnimy świadczeń w przypadkach opisanych w pkt 3.7.

4.31.8.10. Nie są objęte ubezpieczeniem:

- a) jakiegokolwiek uszkodzenia ubezpieczonego przedmiotu lub utrata ubezpieczonego przedmiotu znajdującego się w posiadaniu Ubezpieczonego,
- b) zdarzenia, z tytułu których Ubezpieczony ma prawo zgłosić roszczenie na podstawie gwarancji producenta,
- c) uszkodzenia spowodowane usterkami lub wadami materiałowymi i wykonawczymi,
- d) koszty i straty wynikające z niemożności korzystania z produktu zakupionego przez Ubezpieczonego,
- e) niedostarczenie lub opóźnienie w dostawie, wynikające ze strajku kuriera lub poczty.

4.31.8.11. Nie ponosimy odpowiedzialności za:

- a) zakupy lub płatności dokonane gotówką, czekami bankowymi, voucherami,
- b) spory wynikające z braku płatności przez Ubezpieczonego,
- c) zakupy lub płatności dokonywane za pośrednictwem rachunków bankowych powiązanych z bankami, Instytucjami finansowymi i innymi dostawcami internetowych rachunków płatniczych, którzy nie zostali zatwierdzeni ani nie są nadzorowani przez polski organ regulacyjny,
- d) wszelkie roszczenia wynikające z upadłości lub zamknięcia działalności gospodarczej sprzedawcy.



4.32. Assistance – Ubezpieczenie serca

Jaki jest zakres ochrony

4.32.1. Ochroną ubezpieczeniową może być objęty Ubezpieczony, który ukończył 18 lat i nie ukończył 65 lat.

4.32.2. Świadczenia opisane poniżej dostępne są tylko na terenie Polski.

4.32.3. Po postawieniu przez Lekarza wstępnej diagnozy choroby wieńcowej, arytmii, choroby zastawek serca, kardiomiopatii lub wrodzonej wady serca (dalej: choroba serca), zorganizujemy konsultację z Lekarzem specjalistą i pokryjemy jej koszty. Ubezpieczenie obejmuje 5 konsultacji w ciągu rocznego okresu ubezpieczenia.

4.32.4. Po potwierdzeniu diagnozy choroby serca przez Lekarza specjalistę zorganizujemy i pokryjemy koszty następujących usług assistance:

- a) usługi pielęgniarstwa – usługi wykwalifikowanej pielęgniarki (wykwalifikowanego pielęgniarza) w celu zapewnienia opieki medycznej lub wykonania zabiegu zaleconego przez Lekarza,
- b) dostawa leków – na podstawie kopii odpowiedniej recepty, koszty dostarczenia przepisanej przez Lekarza leku niezbędnego do leczenia choroby serca; wyklucza się wysyłkę preparatów krwi i produktów krwio pochodnych, jak również wysyłkę produktów przeznaczonych do użytku szpitalnego oraz produktów wymagających szczególnych środków ochrony, zwłaszcza przechowywania w warunkach chłodniczych, a także, bardziej ogólnie, produktów, które nie są dostępne w aptekach na terenie Polski,
- c) transport medyczny – organizujemy i pokrywamy koszty przejazdu karetką:
 - z Twojego Miejsca zamieszkania do placówki medycznej,
 - z placówki medycznej do Twojego Miejsca zamieszkania,
 - pomiędzy placówkami medycznymi.

Koszty powyższych świadczeń pokrywamy do wysokości limitu 6600 zł na jedno Zdarzenie w rocznym okresie ubezpieczenia.

4.32.5. Po potwierdzeniu diagnozy choroby serca i zaakceptowaniu przez nas tych wydatków, pokryjemy koszty następujących świadczeń, jeśli zostały one przepisane przez Lekarza:

- a) koszty diagnostyki laboratoryjnej – 5 badań w ciągu rocznego okresu ubezpieczenia,
- b) specjalistyczne badania diagnostyczne (np. Holter, EKG, echo serca, RTG, tomografia komputerowa itp.) – 3 badania w ciągu rocznego okresu ubezpieczenia,
- c) koszty leczenia rehabilitacyjnego – 15 zabiegów w ciągu rocznego okresu ubezpieczenia,
- d) zdalne monitorowanie kardiologiczne pacjenta z dostawą urządzenia medycznego i dostępem do specjalisty (do 6 miesięcy) – 1 raz w ciągu rocznego okresu ubezpieczenia.

- 4.32.6.** Aby skorzystać z powyższych świadczeń, należy skontaktować się z Centrum Alarmowym Colonnade pod numerem telefonu +48 22 506 32 50.

Kiedy nie świadczymy ochrony

- 4.32.7.** Nie zapewnimy świadczeń w przypadkach opisanych w pkt 3.7.

- 4.32.8.** Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:

- a) wydatków poniesionych przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania naszej zgody, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach Limitów odpowiedzialności,
- b) wydatków, których nie można uzasadnić na podstawie przedstawionych dokumentów,
- c) samobójstwa i próby samobójczej lub skutków próby samobójczej Ubezpieczonego,
- d) szkód powstałych w wyniku pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub pod wpływem substancji odurzających lub leków, chyba że zostały one przepisane przez Lekarza,
- e) konsekwencji:
 - sytuacji ryzyka zakaźnego w kontekście epidemii lub pandemii,
 - narażenia na zakaźne czynniki biologiczne,
 - narażenia na działanie środków chemicznych, takich jak gaz bojowy,
 - narażenia na działanie środków obezwładniających,
 - narażenia na działanie czynników promieniotwórczych,
 - narażenia na działanie środków paralityczno-drgawkowych lub trwałych efektów neurotoksycznych, które podlegają kwarantannie, środkom zapobiegawczym, szczególnemu nadzorowi, zaleceniom międzynarodowych organów ds. zdrowia lub lokalnych organów ds. zdrowia w kraju, w którym przebywasz,
- f) szkód spowodowanych umyślnie przez Ciebie oraz wynikających z Twojego udziału w przestępstwie, wykroczeniu lub bójce, z wyjątkiem przypadków obrony własnej,
- g) chorób zdiagnozowanych lub objętych leczeniem przed rozpoczęciem Okresu ubezpieczenia,
- h) przypadków bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia Ubezpieczonego, tj. w sytuacjach wymagających wezwania pogotowia ratunkowego,
- i) kosztów leków.

- 4.32.9.** Nie ponosimy odpowiedzialności za niewykonanie świadczeń lub opóźnienia w ich wykonywaniu z powodu:

- a) awarii lub przerwania działania sieci telefonicznych lub informatycznych,
- b) działania siły wyższej lub zdarzeń takich jak strajki, zamieszki, sankcje gospodarcze.



4.33. Assistance – Pomoc psychologiczna

Jaki jest zakres ochrony

- 4.33.1.** Ochroną ubezpieczeniową może być objęty Ubezpieczony, który ukończył 6 miesięcy i nie ukończył 65 lat.

- 4.33.2.** Jeśli w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony, zgodnie z zaleceniem Lekarza, będzie potrzebował konsultacji psychologicznej, zorganizujemy następujące świadczenia i pokryjemy ich koszty:

- a) pięć Telekonsultacji psychologicznych z psychologiem w ciągu rocznego okresu ubezpieczenia, przy czym koszt żadnej z konsultacji nie przekroczy 200 zł,
- b) dwie wizyty stacjonarne u psychologa w ciągu rocznego okresu ubezpieczenia, z limitem do 200 zł na każdą konsultację.

- 4.33.3.** Aby skorzystać z powyższych świadczeń, należy skontaktować się z Centrum Alarmowym Colonnade pod numerem telefonu +48 22 506 32 50.

- 4.33.4.** Świadczenia opisane poniżej dostępne są tylko na terenie Polski.

Kiedy nie świadczymy ochrony

- 4.33.5.** Nie zapewnimy świadczeń w przypadkach opisanych w pkt 3.7.

- 4.33.6.** Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:

- a) kosztów leków i opatrunków,
- b) sytuacji, w których widoczne objawy psychopatologiczne są spowodowane przez inne schorzenie dolegające pacjentowi,
- c) przypadków bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia Ubezpieczonego, tj. w sytuacjach wymagających wezwania pogotowia ratunkowego.

- 4.33.7.** Nie ponosimy odpowiedzialności za niewykonanie świadczeń lub opóźnienia w ich wykonywaniu z powodu:

- a) awarii lub przerw w połączeniach telefonicznych i/lub sieciach komputerowych,
- b) działania siły wyższej lub z winy osoby trzeciej.



4.34. Assistance – Rehabilitacja

Jaki jest zakres ochrony

- 4.34.1.** Ochroną ubezpieczeniową może być objęty Ubezpieczony, który ukończył 6 miesięcy i nie ukończył 65 lat.

- 4.34.2.** Jeśli w następstwie Złamania kości, miednicy, urazów kręgosłupa lub pourazowego krwawienia śródczaszkowego Ubezpieczony, zgodnie z zaleceniem Lekarza, będzie wymagał Rehabilitacji, zorganizujemy następujące świadczenia i pokryjemy ich koszty:

- a) konsultację lub Telekonsultację z fizjoterapeutą lub rehabilitantem, do 15 w ciągu rocznego okresu ubezpieczenia,
- b) jedną sześciotygodniową sesję rehabilitacyjną w rocznym okresie ubezpieczenia obejmującą ćwiczenia online w formacie wideo oraz niezbędny do ich wykonania sprzęt medyczny, w tym pas z czujnikiem i tablet; po trzech tygodniach ćwiczeń nastąpi sprawdzenie postępów w leczeniu Ubezpieczonego oraz dostosowanie zestawu ćwiczeń do jego aktualnego stanu zdrowia,
- c) 10 konsultacji lub Telekonsultacji z Lekarzem specjalistą w rocznym okresie ubezpieczenia.

4.34.3. Aby skorzystać z powyższych świadczeń, należy skontaktować się z Centrum Alarmowym Colonnade pod numerem telefonu +48 22 506 32 50.

Kiedy nie świadczymy ochrony

4.34.4. Nie zapewnimy świadczeń w przypadkach opisanych w pkt 3.7.

4.34.5. Nie udzielimy świadczenia w zakresie następstw:

- a) Chorób psychicznych,
- b) zabiegów estetycznych (w tym chirurgii kosmetycznej i plastycznej).



4.35. Assistance – Na wypadek poważnej choroby

Jaki jest zakres ochrony

4.35.1. Ochroną ubezpieczeniową może być objęty Ubezpieczony, który ukończył 6 miesięcy i nie ukończył 65 lat.

4.35.2. Świadczenia opisane poniżej dostępne są tylko na terenie Polski.

4.35.3. W przypadku zdiagnozowania u Ciebie w Okresie ubezpieczenia Choroby wskazanej w pkt 4.8.2 lub 4.9.2 zorganizujemy i pokryjemy koszty następujących usług assistance, pod warunkiem ich uprzedniego zaakceptowania przez nas:

- a) usługi pielęgniarские – usługi wykwalifikowanej pielęgniarki (wykwalifikowanego pielęgniarza) w celu zapewnienia opieki medycznej lub wykonania zabiegu zaleconego przez Lekarza,
- b) dostawa leków – dostarczenie leku; koszty leków pokrywasz we własnym zakresie; lek musi być niezbędny do bieżącego leczenia i przepisany przez Lekarza; na dowód powyższego należy przedstawić kopię recepty wystawionej przez Lekarza,
- c) transport medyczny – pokrywamy koszty podróży karetką:
 - z Twojego Miejsca zamieszkania do placówki medycznej,
 - z placówki medycznej do Twojego Miejsca zamieszkania,
 - pomiędzy placówkami medycznymi.

Koszty powyższych świadczeń pokrywamy do wysokości limitu 6600 zł na jedno Zdarzenie w rocznym okresie ubezpieczenia.

4.35.4. Ponadto zorganizujemy i pokryjemy koszty następujących świadczeń, o ile zostały one przepisane przez Lekarza:

- a) koszty diagnostyki laboratoryjnej – 5 badań w ciągu rocznego okresu ubezpieczenia,
- b) specjalistyczne badania diagnostyczne (np. Holter, EKG, echo serca, RTG, tomografia komputerowa itp.) – 3 badania w ciągu rocznego okresu ubezpieczenia,
- c) koszty leczenia rehabilitacyjnego – 15 zabiegów w ciągu rocznego okresu ubezpieczenia,
- d) zorganizowanie zabiegu chirurgii plastycznej (Ubezpieczony pokrywa koszty samego zabiegu) – 1 raz w ciągu rocznego okresu ubezpieczenia,
- e) konsultacje Lekarza specjalisty (np. onkolog, chirurg, kardiolog, neurolog, endokrynolog, dietetyk, psycholog) – 5 konsultacji w ciągu rocznego okresu ubezpieczenia.

Kiedy nie świadczymy ochrony

4.35.5. Nie zapewnimy świadczeń w przypadkach opisanych w pkt 3.7.

4.35.6. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:

- a) wydatków poniesionych przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania naszej zgody, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach Limitów odpowiedzialności,
- b) wydatków, których nie można uzasadnić na podstawie przedstawionych dokumentów,
- c) szkód wynikających z zabiegów estetycznych (w tym chirurgii kosmetycznej),
- d) dostarczenia preparatów krwi i produktów krwiopochodnych,
- e) dostarczenia produktów przeznaczonych do użytku szpitalnego oraz produktów wymagających szczególnych środków ochrony, zwłaszcza przechowywania w warunkach chłodniczych,
- f) dostarczenia produktów, które nie są dostępne w aptekach na terenie Polski.

4.35.7. Nie ponosimy odpowiedzialności za niewykonanie świadczeń lub opóźnienia w ich wykonywaniu z powodu:

- a) awarii lub przerwania działania sieci telefonicznych lub informatycznych,
- b) zmiany stanu zdrowia Ubezpieczonego, a w szczególności jego dolegliwości medycznych, które nie zostały zgłoszone,
- c) działania siły wyższej lub szkód spowodowanych przez osobę trzecią,
- d) obowiązku zwrócenia się do lokalnych służb publicznych lub organizacji, w celu dopełnienia formalności umożliwiających wykonanie świadczeń, do którego jesteśmy zobowiązani na mocy przepisów lokalnych i/lub międzynarodowych.



4.36. Druga Opinia Medyczna

Jaki jest zakres ochrony

4.36.1. Ochroną ubezpieczeniową może być objęty Ubezpieczony, który ukończył 6 miesięcy i nie ukończył 65 lat.

4.36.2. Świadczenia opisane poniżej dostępne są tylko na terenie Polski.

4.36.3. W przypadku zdiagnozowania u Ciebie w Okresie ubezpieczenia choroby wskazanej w pkt 4.8.2 lub 4.9.2 zorganizujemy i pokryjemy koszty Drugiej Opinii Medycznej.

4.36.4. Druga Opinia Medyczna to opinia medyczna sporządzona przez Lekarza na podstawie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, polegająca na skonsultowaniu rozpoznania stanu chorobowego wymagającego leczenia oraz zawierająca propozycję planu leczenia.

4.36.5. Aby skorzystać z powyższego świadczenia, należy skontaktować się z Centrum Alarmowym Colonnade pod numerem telefonu +48 22 506 32 50 oraz przesłać dokumentację medyczną na wskazany przez nas adres e-mail.

4.36.6. W ramach Drugiej Opinii Medycznej Ubezpieczony zostanie poproszony o podanie nieograniczonej liczby pytań, na które chciałby uzyskać odpowiedź od Lekarza.

- 4.36.7.** Po uzyskaniu przez Ubezpieczonego Drugiej Opinii Medycznej zorganizujemy i pokryjemy koszty następujących świadczeń:
- a) wizyta u Lekarza i zakwaterowanie – w przypadku konieczności wizyty u Lekarza zorganizujemy i pokryjemy koszty takiej wizyty; jeżeli gabinet lekarski znajduje się w odległości większej niż 100 kilometrów od Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, zorganizujemy również i pokryjemy koszty zakwaterowania; limit to 1 wizyta oraz 1 doba zakwaterowania w rocznym okresie ubezpieczenia, przy czym koszt zakwaterowania nie może przekroczyć 200 zł za dobę;
 - b) zakwaterowanie – w przypadku konieczności wizyty u Lekarza pokryjemy koszty zakwaterowania, jeżeli gabinet lekarski znajduje się w odległości większej niż 50 kilometrów od Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego; limit obejmuje 1 dobę zakwaterowania w rocznym okresie ubezpieczenia, przy czym koszt zakwaterowania nie może przekroczyć 200 zł za dobę;
 - c) transport medyczny do i z placówki medycznej – w przypadku umówionej wizyty Ubezpieczonego, po konsultacji z Lekarzem, który zalecił dalsze leczenie, pokryjemy raz w rocznym okresie ubezpieczenia koszty transportu z Miejsca zamieszkania do placówki medycznej i z placówki medycznej do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego; transport może odbywać się taksówką, karetką lub samochodem z kierowcą, do 50 km;
 - d) dostawa sprzętu medycznego – dostarczymy sprzęt medyczny przepisany przez Lekarza wydającego Drugą Opinię Medyczną; koszty zakupu sprzętu medycznego pokrywa Ubezpieczony; limit obejmuje do 3 dostaw w rocznym okresie ubezpieczenia;
 - e) dostarczenie leków – jeśli Ubezpieczony nie jest w stanie odebrać niezbędnych leków przepisanych przez Lekarza z powodu Choroby, pokryjemy koszty dostarczenia leków; koszty zakupu leków pokrywa Ubezpieczony; limit obejmuje do 3 razy w rocznym okresie ubezpieczenia;
 - f) usługa w Miejscu zamieszkania – w przypadku wizyty stacjonarnej u Lekarza zorganizujemy i opłacimy:
 - opiekę nad zwierzętami domowymi, do wyboru przez Ubezpieczonego:
 - organizujemy i opłacamy opiekę nad zwierzętami domowymi poza Miejscem zamieszkania Ubezpieczonego przez profesjonalistę, w zależności od dostępności profesjonalisty świadczącego usługi opieki nad zwierzętami; limit obejmuje 3 dni opieki,
 - organizujemy opiekę nad zwierzętami domowymi w miejscu wskazanym przez Ubezpieczonego; w takim przypadku organizujemy i pokrywamy jedynie koszty transportu powrotnego zwierzęcia domowego z miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego,
 - opiekę nad dzieckiem – organizujemy i opłacamy opiekę nad dzieckiem w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego, w tym przygotowanie posiłków do 10 godzin, między 8.00 a 19.00, od poniedziałku do soboty, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy; limit obejmuje do 3 dni opieki nad dzieckiem, maksymalnie 10 godzin dziennie;
 - g) koszty badań medycznych – pokryjemy koszty badań diagnostycznych (z wyłączeniem skanów hi-tech) oraz specjalistycznych badań diagnostycznych w laboratorium, przepisanych przez naszego Lekarza; limit obejmuje 3 badania w rocznym okresie ubezpieczenia;
 - h) koordynacja procesu leczenia, w tym Rehabilitacji i terapii psychologicznej:
 - rehabilitacja – umówimy wizyty na terapię rehabilitacyjną prowadzoną przez fizjoterapeutę lub innego rehabilitanta posiadającego stosowne uprawnienia, zaleconą przez Lekarza; koszty Rehabilitacji pokrywa Ubezpieczony,
 - pomoc psychologiczna – po postawieniu wstępnej diagnozy medycznej przez Lekarza zorganizujemy Telekonsultacje psychologiczne z psychologiem lub bezpośrednie konsultacje z psychologiem w odległości do 20 km od Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego; koszty pomocy psychologicznej pokrywa Ubezpieczony.

Kiedy nie świadczymy ochrony

4.36.8. Nie zapewnimy świadczeń w przypadkach opisanych w pkt 3.7.

4.36.9. Nie świadczymy ochrony:

- a) w przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia Ubezpieczonego, tj. w sytuacjach wymagających wezwania pogotowia ratunkowego,
- b) w zakresie konsultacji chorób psychicznych,
- c) w zakresie wystawiania zaświadczeń lekarskich,
- d) w przypadku kiedy uzyskanie Drugiej Opinii Medycznej ma na celu wyłącznie wykazanie stanu niezdolności do pracy lub jego ewentualnego przedłużenia,
- e) w przypadku szkód wynikających z zabiegów estetycznych (w tym chirurgii kosmetycznej i plastycznej).

4.36.10. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:

- a) usług świadczonych poza terytorium Polski,
- b) wydatków poniesionych przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania naszej zgody, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach Limitów odpowiedzialności,
- c) kosztów leków, opatrunków,
- d) sytuacji, w których wymagana jest interwencja pogotowia ratunkowego i specjalistycznych służb ratowniczych,
- e) kosztów zakupu, instalacji i konserwacji sprzętu medycznego,
- f) dostawy preparatów krwi i produktów krwiopochodnych, jak również wysyłki produktów przeznaczonych do użytku szpitalnego oraz produktów wymagających szczególnych środków ochrony, zwłaszcza przechowywania w warunkach chłodniczych, a także, bardziej ogólnie, produktów, które nie są dostępne w aptekach na terenie Polski.



4.37. Assistance – Doctor Chat

Jaki jest zakres ochrony

- 4.37.1.** Ochroną ubezpieczeniową może być objęty Ubezpieczony, który ukończył 6 miesięcy i nie ukończył 80 lat.
- 4.37.2.** Jeżeli w następstwie Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony wymaga konsultacji medycznej, zorganizujemy ją za pomocą usługi Doctor Chat.
- 4.37.3.** Lekarze Doctor Chat nie mogą zaoferować diagnozy, a ich odpowiedzi/zalecenia należy traktować jako praktyczne porady, które Ubezpieczony przyjmuje na własne ryzyko. Ze względu na opóźnienie czasowe, odległość fizyczną i brak bezpośredniej obserwacji parametrów życiowych istotnych dla konsultacji Doctor Chat nie jest odpowiedni w przypadku nagłych problemów zdrowotnych.
- 4.37.4.** Doctor Chat to usługa oferowana Ubezpieczonemu po zarejestrowaniu się i uzyskaniu przez niego statusu użytkownika.

- 4.37.5.** Ubezpieczony może uzyskać dostęp za pośrednictwem zwykłych kanałów przesyłania wiadomości (np. WhatsApp, Telegram).
- 4.37.6.** Ubezpieczony może wybrać preferowany kanał przesyłania wiadomości (w zależności od dostępnych opcji).
- 4.37.7.** Aby korzystać z Doctor Chat:
- należy skontaktować się z Centrum Alarmowym Colonnade pod numerem telefonu +48 22 506 32 50, aby otrzymać link (SMS lub e-mail) do rejestracji na stronie internetowej Doctor Chat; rejestracja jest bezpłatna,
 - Ubezpieczony jest zobowiązany do osobistego uzupełnienia niezbędnych danych rejestracyjnych oraz podania prawidłowych i kompletnych informacji; rejestracja Ubezpieczonego jest imienna, niezbywalna i można ją wykonać tylko raz,
 - Ubezpieczony otrzyma autoryzację dostępu (pocztą elektroniczną, SMS-em lub za pośrednictwem portalu) od Abi Global Health,
 - link do autoryzacji dostępu przekieruje Ubezpieczonego na stronę internetową, na której należy wybrać preferowaną aplikację czatu, która otworzy się automatycznie wraz z pierwszą wiadomością (kodem osobistym), którą należy wysłać; po wykonaniu tych czynności Ubezpieczony może rozpocząć korzystanie z usługi.

Kiedy nie świadczymy ochrony

- 4.37.8.** Nie zapewnimy świadczeń w przypadkach opisanych w pkt 3.7.
- 4.37.9.** Nie świadczymy ochrony:
- w przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia Ubezpieczonego, tj. w sytuacjach wymagających wezwania pogotowia ratunkowego,
 - w zakresie konsultacji Chorób psychicznych,
 - w zakresie wystawiania zaświadczeń lekarskich,
 - w przypadku szkód wynikających z zabiegów estetycznych (w tym chirurgii kosmetycznej i plastycznej).

5. Postanowienia ogólne



- 5.1.** W sprawach, których nie regulują OWU, stosuje się prawo polskie.
- 5.2.** Ewentualne spory, które dotyczą tej umowy, mogą być rozstrzygane na drodze polubownej. Podmiotem uprawnionym do prowadzenia pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów konsumenckich jest Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl). Udział zakładu ubezpieczeń we wszczętym postępowaniu jest obowiązkowy.
- 5.3.** Niezależnie od postanowień pkt 5.2 Ubezpieczającemu/Ubezpieczonemu lub innej osobie uprawnionej do świadczenia przysługuje prawo do wstępowania na drogę sądową w celu dochodzenia swoich roszczeń.
- 5.4.** Pozew w sprawach, które wynikają z umowy ubezpieczenia, można złożyć do sądu:
- według właściwości ogólnej – zgodnie z Kodeksem postępowania cywilnego,
 - właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby: Twojej, Ubezpieczającego, Beneficjenta lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, albo
 - właściwego dla miejsca zamieszkania spadkobiercy: Twojego, Beneficjenta lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
- 5.5.** W tej umowie i kontaktach między stronami umowy stosujemy język polski. Dla dokumentacji medycznej dopuszcza się język angielski. Możemy wymagać dostarczenia dokumentów tłumaczonych z języka obcego na język polski przez tłumacza przysięgłego.
- 5.6.** Mamy prawo do weryfikacji obecności Twojej, Ubezpieczającego lub uprawnionego na listach osób, grup lub podmiotów, które są objęte sankcjami finansowymi, lub podejrzanych o terroryzm, terrorystów lub członków organizacji terrorystycznych (tzw. listy sankcyjne). Jeśli okaże się, że dana osoba znajduje się na liście sankcyjnej, zastosujemy szczególne środki ograniczające lub wyłączające naszą odpowiedzialność z umowy ubezpieczenia oraz poinformujemy o tym odpowiednie organy państwowe.
- 5.7.** O ile OWU nie stanowią inaczej, wszystkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane do nas powinny być składane w formie pisemnej.
- 5.8.** Jeśli do umowy ubezpieczenia zostaną wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od OWU, wymagają one formy pisemnej pod rygorem ich nieważności.
- 5.9.** Posiadamy status dużego przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 8 marca 2013 r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych.

6. Jak złożyć reklamację



- 6.1.** Uczynimy wszystko, co w naszej mocy, aby zapewnić wysoki standard usług. Jeśli będziesz miał zastrzeżenia lub uwagi co do naszych usług, reklamację możesz zgłosić:
- pisemnie na adres: Colonnade, ul. Prosta 67, 00-838 Warszawa, lub na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-60996-58497-FSEAB-16, lub
 - telefonicznie pod numerem telefonu 22 276 26 00,
 - ustnie do protokołu podczas wizyty w naszej siedzibie w Warszawie, ul. Prosta 67, lub
 - pocztą elektroniczną na adres e-mail: reklamacje@colonnade.pl.
- 6.2.** Odpowiedź na Twoją reklamację prześlemy pisemnie w terminie do 30 dni od dnia jej otrzymania, a w szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji w powyższym terminie, o których zostaniesz poinformowany odrębnym pismem, rozpatrzmy reklamację w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania. Odpowiedź na reklamację może być przesłana pocztą elektroniczną, o ile zgłaszający reklamację o to poprosił i wskazał adres e-mail. Aby ułatwić nam odpowiedź na reklamację, prosimy podać numer posiadanej Polisy lub zgłoszonego roszczenia, jak również imię i nazwisko.
- 6.3.** Jeśli nie zgodzisz się z naszą decyzją, możesz zwrócić się do:
- Rzecznika Finansowego,
 - Komisji Nadzoru Finansowego, która sprawuje nadzór nad działalnością Ubezpieczyciela,
 - Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
- 6.4.** Roszczenia z umów ubezpieczenia przedawniają się z upływem 3 lat.

7. Definicje



Słowa pisane wielką literą w Polisie lub w tym dokumencie mają następujące znaczenie:

Akt terroru – przemoc, atak lub inne działania bądź groźba ich użycia, popełnione przez jakąkolwiek osobę lub grupę osób, działających samodzielnie lub w imieniu organizacji, lub rządu albo w powiązaniu z nimi, z pobudek politycznych, religijnych, ideologicznych lub etnicznych, z zamiarem wywarcia wpływu na rząd lub zastraszenia ludności lub jej części;

Badanie histopatologiczne – metoda diagnostyczna stosowana w medycynie, która umożliwia rozpoznanie trwających procesów chorobowych na podstawie obrazowania mikroskopowego i analizy usuniętej tkanki (w przypadku szyjki macicy Badanie histopatologiczne próbki tkanki pobranej podczas konizacji jest wystarczające do postawienia Diagnozy; w przypadku prostaty wystarczające jest Badanie histopatologiczne próbki tkanki pobranej podczas biopsji);

Beneficjent – osoba uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego. Jeżeli Ubezpieczony nie postanowi inaczej i na piśmie nie powiadomi o tym Colonnade, świadczenie przysługuje jego współmałżonkowi, a jeśli Ubezpieczony pozostaje w nieformalnym związku – jego partnerowi; w razie braku współmałżonka/partnera świadczenie przysługuje spadkobiercom ustawowym Ubezpieczonego;

Choroba – zaburzenie zdrowia fizycznego lub psychicznego Ubezpieczonego, o ile jest ono wymienione w ICD i zostało zdiagnozowane w Okresie ubezpieczenia;

Diagnoza – określenie choroby zgodnie z ICD za pomocą zalecanych procedur medycznych. Diagnoza musi zostać postawiona przez Lekarza o odpowiedniej specjalizacji i musi być poparta wynikami badań przeprowadzonych obiektywnymi metodami w placówce medycznej;

Doctor Chat – usługa oparta na wiadomościach, która jest dostępna 24 godziny na dobę, 365 dni w roku; umożliwia zarejestrowanym użytkownikom (Ubezpieczonym) kontakt z Lekarzem za pośrednictwem interfejsu czatu i powszechnie używanych aplikacji do przesyłania wiadomości;

Dokumenty osobiste – dokumenty identyfikujące Ubezpieczonego, zawierające takie dane jak imię i nazwisko, datę i miejsce urodzenia, zdjęcie oraz numer identyfikacyjny, wystawione przez właściwe urzędy państwowe bądź samorządowe;

Dziecko – osoba, wskazana w Polisie, pozostająca pod władzą rodzicielską Ubezpieczonego, która w momencie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jej dotyczącego, ukończyła 6 miesięcy i nie przekroczyła 18. roku życia;

Dzień pobytu w szpitalu – każdy ukończony dzień kalendarzowy pobytu w Szpitalu; pierwszym dniem pobytu w Szpitalu jest czas od przyjęcia do Szpitala do godz. 0.00 dnia następnego; pobyt na SOR lub Izbie Przyjęć nie jest traktowany jako część hospitalizacji ani nie jest uwzględniany przy ustalaniu liczby dni pobytu w Szpitalu, mającej wpływ na wysokość należnego świadczenia;

Dzień początku ubezpieczenia – wskazany w Polisie pierwszy dzień Okresu ubezpieczenia, od którego Ubezpieczeni są objęci ochroną ubezpieczeniową;

ICD – Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, wydanie 10 (ICD-10) ustanowiona przez Światową Organizację Zdrowia (WHO);

Influencer – to osoba tworząca treści z zamiarem komercyjnym, która buduje relacje z odbiorcami oparte na zaufaniu i autentyczności (głównie na platformach mediów społecznościowych) i angażuje się online z podmiotami komercyjnymi za pośrednictwem różnych modeli biznesowych w celu monetyzacji tej działalności;

Instytucja finansowa – spółka finansowa licencjonowana i nadzorowana przez Komisję Nadzoru Finansowego;

Katastrofa naturalna – wiatr o sile co najmniej 15 m/s, implozja, grad, powódź, pożar, bezpośrednie uderzenie pioruna, obciążenie śniegiem i oblodzenie, burza, erupcja wulkanu, trzęsienie ziemi, osunięcie ziemi i skał, lawina;

Kradzież z włamaniem – zabór lub usiłowanie dokonania zaboru mienia z pomieszczeń po uprzednim usunięciu siłą zabezpieczeń albo otworzeniu wejścia za pomocą narzędzi bądź oryginalnego klucza, w którego posiadanie sprawca wszedł wskutek włamania do innego pomieszczenia lub w wyniku rabunku, a także gdy sprawca ukrył się w miejscu ubezpieczenia przed jego zamknięciem (o ile pozostały ślady jego ukrycia);

Lekarz – inna niż Ubezpieczony lub pracownik Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza medycyny, która nie jest spokrewniona z Ubezpieczonym w pierwszym lub drugim stopniu i która jest specjalistą w stosownej dziedzinie medycyny związanej z przyczyną roszczenia;

Limit/Podlimit ubezpieczenia, Suma ubezpieczenia – maksymalna kwota świadczenia jaką wypłacimy z tytułu zakresu ubezpieczenia, który obejmuje umowa ubezpieczenia;

Miejsce zamieszkania – adres Ubezpieczonego wskazany w Polisie;

Nieautoryzowana transakcja pieniężna – każde działanie polegające na nielegalnym przekazywaniu lub wykorzystywaniu środków pieniężnych należących do Ubezpieczonego bez jego zgody. Obejmuje to wykorzystanie skradzionych lub podrobionych danych bankowych, kart kredytowych, czy dostępu do kont bankowych, w celu dokonania transakcji finansowej na korzyść sprawcy lub innej osoby trzeciej;

Nieszczęśliwy wypadek – nagłe i przypadkowe zdarzenie, wywołane przyczyną zewnętrzną, które nastąpiło w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, w wyniku którego Ubezpieczony doznał, niezależnie od swej woli i stanu zdrowia, Uszkodzenia ciała lub poniósł śmierć;

Niezdolność do pracy – stwierdzona przez Lekarza, wynikająca z Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, całkowita niezdolność do wykonywania pracy na podstawie Twojej umowy o pracę obowiązującej w pierwszym dniu Niezdolności do pracy;

Nowotwór – zdiagnozowany przez Lekarza posiadającego odpowiednią specjalizację na podstawie Badania histopatologicznego Nowotwór złośliwy, Nowotwór niezłośliwy lub Nowotwór in situ;

Nowotwór in situ (guz, nowotwór przedinwazyjny) – miejscowy wzrost komórek nowotworowych, które nie rozprzestrzeniły się poza błonę podstawną nabłonka, z którego się wywodzą, i które nie zaatakowały otaczającej tkanki;

Nowotwór niezłośliwy (guz, nowotwór łagodny) – nieuporządkowany rozrost komórek, który nie wrasta przez błonę podstawną do otaczającego obszaru i nie tworzy ognisk nowotworu potomnego (przerzutów);

Nowotwór złośliwy (guz, nowotwór złośliwy) – niekontrolowany wzrost i proliferacja komórek, które destrukcyjnie atakują otaczające tkanki i narządy oraz tworzą wtórne, złośliwe ogniska (przerzuty) w odległych narządach;

Okres karencji – wskazany w Polisie okres, w którym nie świadczymy ochrony ubezpieczeniowej w ramach zakresu, którego dotyczy karencja;

Okres ubezpieczenia – czas trwania ochrony ubezpieczeniowej wskazany w Polisie;

Oparzenia/Odmrożenia – uszkodzenie skóry spowodowane kontaktem ze źródłem energii cieplnej, substancją chemiczną lub narażeniem na działanie wysokiej lub niskiej temperatury;

Operacja – nagły lub planowy zabieg chirurgiczny wykonywany przez Lekarza w znieczuleniu miejscowym, przewodowym lub ogólnym, prowadzący do usunięcia przyczyn szkodliwych, powodujących zaburzenie równowagi i harmonii organizmu Ubezpieczonego lub do usunięcia okoliczności zagrażających utratą tej równowagi i harmonii, przy użyciu narzędzi chirurgicznych i umiejętności zabiegowych;

Operacja złamania – niezbędny z medycznego punktu widzenia i wykonany przez Lekarza inwazyjny zabieg chirurgiczny, wykonany w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, połączony z przecięciem tkanek i zespoleniem złamania sposobem otwartym lub zamkniętym przy użyciu metalowych łączników umieszczonych w kości, jamie szpikowej kości lub na kości;

Pies asystent – indywidualnie wyszkolony pies do wykonywania pracy lub zadań na rzecz osoby niepełnosprawnej w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;

Polisa – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia, który należy interpretować zgodnie z OWU;

Przedmioty wartościowe – sprzęt fotograficzny, audio, elektroniczny, w tym telefony komórkowe, laptopy, tablety, e-czytniki, nośniki CD, DVD i audio, teleskopy i lornetki; antyki, biżuteria, zegarki, futra, jedwab naturalny, kamienie szlachetne, przedmioty wykonane ze złota, srebra lub platyny; okulary dioptryczne i przeciwsłoneczne oraz broń;

Rana – uszkodzenie (przerwanie) pełnej grubości skóry lub uszkodzenie języka, wyłącznie na skutek Nieszczęśliwego wypadku, wymagające zaopatrzenia chirurgicznego z użyciem szwów, klamer, kleju tkankowego, sterylnych plastrów (steri-strip);

Rehabilitacja – usługi opieki zdrowotnej niezbędne do Rekonwalescencji po leczeniu obrażeń ciała spowodowanych Nieszczęśliwym wypadkiem, obejmujące środki rehabilitacyjne oraz terapie (fizjoterapia, terapia ruchowa, elektroterapia i podobne zabiegi);

Rekonwalescencja – zalecony przez Lekarza okres, w którym Ubezpieczony powraca do zdrowia po pobycie w Szpitalu będącym wynikiem Nieszczęśliwego wypadku bądź Choroby;

Rozbój – przestępstwo polegające na zabranii lub usiłowaniu zabrania mienia Ubezpieczonego poprzez użycie przemocy lub groźby bezpośredniego użycia przemocy, mającej na celu wywołanie poczucia zagrożenia, co umożliwia sprawcy lub innej osobie przejęcie mienia. Przemoc lub groźba musi nastąpić bezpośrednio przed, w trakcie lub zaraz po dokonaniu zaboru, umożliwiając w ten sposób sprawcy realizację zamierzonego celu;

Rzeczy osobiste – należące do Ubezpieczonego lub ubezpieczonego Dziecka następujące przedmioty, z których ubezpieczone Dziecko korzysta poza domem w szkole i w czasie zajęć pozaszkolnych:

- a) Sprzęt sportowy,
- b) telefon komórkowy, przenośna konsola do gier, zegarek, laptop,
- c) narzędzia, przyrządy lub urządzenia wykonane lub specjalnie przystosowane w celu usunięcia barier w środowisku i komunikacji, używane w celu zrekompensowania upośledzenia układu ruchowego, narządów zmysłów, funkcji poznawczych i komunikacyjnych,
- d) przenośne instrumenty muzyczne,
- e) ubrania i buty;

Samochód osobowy – pojazd silnikowy z co najmniej czterema kołami przeznaczony do przewozu osób siedzących i ich bagaży, który ma nie więcej niż dziewięć miejsc siedzących, w tym miejsce kierowcy, i masę całkowitą nieprzekraczającą 3,5 t, którego przedział bagażowy nie jest większy od przedziału pasażerskiego;

Sprzęt sportowy – dowolny przedmiot używany wyłącznie w celu rekreacyjnego uprawiania sportu lub ćwiczeń (np. piłki, kije, rakiety, narty, łyżwy, liny, ciężarki, kaski i sprzęt ochronny oraz odzież sportowa);

Szpital – instytucja zapewniająca pobyt pacjentom oraz dysponująca urządzeniami diagnostycznymi, operacyjnymi i terapeutycznymi, z wyłączeniem ośrodków pielęgnacyjno-opiekuńczych, centrów i oddziałów rehabilitacyjnych, domów spokojnej starości, ośrodków rekonwalescencyjnych, domów pomocy społecznej, sanatoriów, uzdrowisk;

Telekonsultacje – działanie z zakresu telemedycyny; jest to zdalna konsultacja pomiędzy lekarzem a pacjentem, któremu może, ale nie musi, towarzyszyć inny pracownik służby zdrowia (np. lekarz, pielęgniarz/pielęgniarka, farmaceuta itp.);

Trwała niezdolność do pracy lub samodzielnego życia – całkowita i nieodwracalna niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej lub do samodzielnego wykonywania co najmniej trzech z następujących czynności życiowych: mycie, ubieranie się, przemieszczanie się, korzystanie z toalety, jedzenie; **niezdolność Dziecka do samodzielnego życia** – stan, w którym konieczne jest zapewnienie mu całkowitej opieki lub pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przekraczający zakres opieki nad zdrowym Dzieckiem w danym wieku;

Trwałe inwalidztwo – fizyczna, nieodwracalna utrata funkcji narządu lub kończyny wskazana w załączniku do OWU – Ocena procentowa stałego uszczerbku na zdrowiu;

Ubezpieczający – osoba w wieku przynajmniej 18 lat, która zawarła umowę ubezpieczenia;

Ubezpieczony, Ty – osoba fizyczna wskazana w Polisie, objęta ochroną ubezpieczeniową;

Ubezpieczyciel, Colonnade, My – 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, XIII Wydział KRS, pod numerem 0000678377, NIP 1070038451, z siedzibą: ul. Prosta 67, 00-838 Warszawa;

Uszkodzenie ciała – fizyczne uszkodzenie ciała wskutek Nieszczęśliwego wypadku, niespowodowane umyślnie przez Ubezpieczonego ani niewynikające z Choroby;

Wandalizm – celowe uszkodzenie bądź zniszczenie mienia przez osoby inne niż zamieszkujące w gospodarstwie domowym z Ubezpieczonym lub osoby spokrewnione z Ubezpieczonym;

Wyciek wody – wyciek wody lub innego płynu z prawidłowo podłączonych instalacji i urządzeń, spowodowany usterką urządzeń parowych, grzewczych, klimatyzacyjnych, solarnych, kanalizacyjnych lub gaśniczych wewnątrz budynku;

Zawodowe uprawianie sportu – uprawianie dyscyplin sportowych i pobieranie z tego tytułu wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej, lub stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub za osiągnięte wyniki.

Zdarzenie / Zdarzenie ubezpieczeniowe – określone w OWU i Polisie zdarzenie losowe powodujące Uszkodzenie ciała, utratę pracy, pobyt w Szpitalu, Rekonwalescencję, Chorobę, Operację, Złamanie, Zwłknięcie, Trwałe inwalidztwo, śmierć Ubezpieczonego lub inną szkodę na zdrowiu lub mieniu Ubezpieczonego, które wiąże się z obowiązkiem zapewnienia ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczyciela zgodnie z warunkami opisanymi w pkt 4;

Złamanie – uraz polegający na przerwaniu ciągłości tkanki kostnej. Za złamanie nie uważa się tzw. złamań patologicznych, czyli związanych z istniejącym wcześniej stanem chorobowym;

Zwichnięcie – uraz stawu, który polega na przemieszczeniu powierzchni stawowych względem siebie, poza fizjologiczne położenie, i powoduje brak kontaktu pomiędzy tymi powierzchniami.

Załącznik nr 1 – Tabela operacji



Operacje objęte zakresem ubezpieczenia	Świadczenie jako % sumy ubezpieczenia
1. Brzuch	
W przypadku przeprowadzenia więcej niż jednej procedury medycznej przez to samo nacięcie jamy brzusznej wypłacimy świadczenie tylko za jedną Operację – tę, za którą przysługuje najwyższe świadczenie.	
a) Usunięcie wyrostka robaczkowego	15%
b) Resekcja jelita, resekcja żołądka – nie laparoskopowo	70%
c) Resekcja jelita, resekcja żołądka – laparoskopowo	50%
d) Gastroenterostomia, by-pass żołądkowo-jelitowy	60%
e) Usunięcie pęcherzyka żółciowego – nie laparoskopowo	50%
f) Usunięcie pęcherzyka żółciowego – laparoskopowo	30%
g) Częściowe usunięcie wątroby – nie laparoskopowo	70%
h) Częściowe usunięcie wątroby – laparoskopowo	50%
i) Transplantacja wątroby	100%
j) Laparotomia w celach diagnostycznych, leczniczych lub w celu usunięcia narządu	50%
k) Laparoscopia w celach diagnostycznych lub leczniczych	30%
l) Wstawienie pierścienia żołądkowego z przyczyn medycznych	20%
2. Ropień	
a) Nacięcie jednego lub więcej zewnętrznych ropni	10%
b) Leczenie jednego lub więcej ropnych stanów zapalnych skóry lub tkanki podskórnej lub ropni wymagające hospitalizacji	10%
3. Amputacje	
a) Palec dłoni lub stopy	10%
b) Ręka, przedramię, kończyna dolna powyżej stawu skokowego	25%
c) Kończyna dolna powyżej stawu kolanowego, ramię	50%
d) Kończyna dolna, wyłuszczenie w stawie biodrowym	70%
4. Piersi	
a) Usunięcie jednej piersi wraz z węzłami chłonnymi	50%
b) Usunięcie obu piersi wraz z węzłami chłonnymi	100%
c) Częściowe usunięcie jednej piersi	30%
d) Częściowe usunięcie obu piersi	60%
e) Implantacja protezy piersiowej lub rekonstrukcja piersi za pomocą chirurgii plastycznej po nowotworze	15%
5. Klatka piersiowa	
a) Otwarcie jamy klatki piersiowej przez sternotomię (pełna torakoplastyka)	100%
b) Usunięcie płuc lub części płuc – nie endoskopowo	70%
c) Usunięcie płuc lub części płuc – endoskopowo	50%
d) Chirurgia diagnostyczna lub terapeutyczna w jamie klatki piersiowej, z wyłączeniem punkcji	30%
e) Mediastinoskopia	15%
f) Bronchoskopia – w celach diagnostycznych	10%
g) Bronchoskopia – w celach chirurgicznych innych niż pobranie wycinka do biopsji	20%
h) Drenaż jamy klatki piersiowej i usunięcie ropy, z wyłączeniem punkcji	10%

Operacje objęte zakresem ubezpieczenia	Świadczenie jako % sumy ubezpieczenia
i) Przeszczep płuc	100%
6. Układ sercowo-naczyniowy	
a) Proste cewnikowanie diagnostyczne bez interwencji	10%
b) Cewnikowanie z interwencją i wprowadzeniem stentu	20%
c) Wprowadzenie rozrusznika serca, defibrylatora	20%
d) Kardiochirurgia z wykorzystaniem krążenia pozaustrojowego (by-pass tętniczko-żylny, wymiana zastawki)	100%
e) Kardiochirurgia bez krążenia pozaustrojowego	75%
f) Endowaskularna wymiana aorty	75%
g) Otwarta operacja tętniaka aorty	100%
h) Wewnątrznaczyniowa operacja tętniaka aorty (stentgraft)	75%
i) Przeszczep serca	100%
7. Ucho	
a) Operacja ucha wewnętrznego	30%
b) Operacja ucha środkowego	20%
c) Operacja ucha zewnętrznego	10%
d) Paracenteza błony bębenkowej (nakłucie)	5%
8. Przełyk	
a) Chirurgiczne usunięcie zwężenia przełyku – nie endoskopowo	50%
b) Chirurgiczne usunięcie zwężenia – endoskopowo	20%
c) Gastroskopia (w tym ERCP)	20%
d) Usunięcie przełyku z rekonstrukcją chirurgiczną	100%
9. Oczy	
a) Operacja odwarstwienia siatkówki z założeniem plomby lub opaski nadtwardówkowej	50%
b) Operacja zaćmy – jedno oko	30%
c) Operacja zaćmy – dwoje oczu	50%
d) Operacja jaskry – jedno oko	20%
e) Operacja jaskry – dwoje oczu	30%
f) Usunięcie gałki ocznej – jedno oko	30%
g) Usunięcie gałki ocznej – dwoje oczu	40%
h) Usunięcie ciała szklanego (witrektomia) – jedno oko	10%
i) Usunięcie ciała szklanego (witrektomia) – dwoje oczu	20%
j) Usuwanie jęczmienia lub jęczmienia przewlekłego	5%
k) Operacja penetrującego urazu oka	60%
10. Złamania (proste)	
a) Kości biodra (głowa, szyjka kości udowej), miednica	40%
b) Kości biodra (głowa, szyjka kości udowej) – endoprotezoplastyka całkowita	50%
c) Kość udowa (wyłączając głowę i szyjkę kości udowej)	40%
d) Kręgosłup (wyłączając kość ogonową) – złamanie kompresyjne jednego lub więcej kręgów	40%
e) Kość ramienna, pięta, czaszka (wyłączając kości jarzmowe i kości nosowe), żuchwa	25%
f) Łopatka, obojczyk	15%
g) Piszczel, strzałka, kość promieniowa, kość łokciowa (za złamanie jednej z kości)	15%
h) Piszczel, strzałka, kość promieniowa, kość łokciowa (za złamanie dwóch kości)	20%
i) Kości stopy, kość skokowa, rzepka, dłoń, nadgarstek, kość ogonowa – jedna lub więcej kości	10%
j) Palce u rąk, palce u stóp, kość jarzmowa, nos – jedna lub więcej kości	5%

Operacje objęte zakresem ubezpieczenia	Świadczenie jako % sumy ubezpieczenia
11. Układ moczowo-płciowy	
a) Usunięcie nerki – nie laparoskopowo	70%
b) Usunięcie nerki – laparoskopowo	50%
c) Przeszczep nerki	100%
d) Laparotomia w celach diagnostycznych lub leczenia guzów i kamieni w nerkach, moczowodzie lub pęcherzu moczowym	60%
e) Diagnostyka, leczenie lub usunięcie guzów i kamieni cewki moczowej lub pęcherza moczowego lub rozdrabnianie kamieni – endoskopowo	20%
f) Zwężenie cewki moczowej – operacja otwarta	30%
g) Operacja cewki moczowej – endoskopowo	15%
h) Całkowite usunięcie prostaty metodą otwartą	70%
i) Częściowe usunięcie prostaty endoskopowo	25%
j) Usunięcie jądra lub najądrza	25%
k) Wodniak lub żylak nasienia	10%
l) Usunięcie macicy oraz obu jajników wraz z jajowodami	70%
m) Usunięcie jednego jajnika wraz z jajowodem	30%
n) Usunięcie jajników	50%
o) Usunięcie mięśniaka	25%
p) Założenie taśmy na nietrzymanie moczu	20%
q) Łyżeczkowanie macicy	10%
12. Tarczyca	
a) Całkowite usunięcie tarczycy	50%
b) Częściowe usunięcie tarczycy	30%
13. Przepuklina	
a) Operacja przepukliny pachwinowej lub udowej jednostronna	20%
b) Operacja przepukliny pachwinowej lub udowej dwustronna	25%
c) Operacja przepukliny brzusznej	20%
d) Operacja przepukliny brzusznej (pooperacyjna) lub pępkowa	25%
14. Stawy	
a) Chirurgiczne otwarcie stawu z powodu choroby lub zaburzenia, jeśli nie zostało to wymienione w innym miejscu tej tabeli	15%
b) Artroskopia stawu barkowego, łokciowego, biodrowego lub kolanowego	40%
c) Otwarta lub artroskopowa stabilizacja stawu barkowego lub biodrowego	50%
d) Otwarta lub artroskopowa stabilizacja stawu kolanowego, łokciowego, skokowego lub nadgarstka	35%
15. Nos	
a) Operacja zatok przez nos – endoskopowo	15%
b) Otwarta operacja zatok	35%
c) Usunięcie małżowiny nosowej jednej lub więcej	5%
d) Usunięcie przegrody nosowej	25%
e) Usunięcie kości nosowej	10%
16. Punkcja	
a) Punkcja jamy brzusznej	10%
b) Punkcja jamy klatki piersiowej, pęcherza moczowego	5%
c) Punkcje stawów, kręgosłupa	5%

Operacje objęte zakresem ubezpieczenia	Świadczenie jako % sumy ubezpieczenia
17. Odbyt	
a) Całkowite usunięcie odbytu	100%
b) Usunięcie hemoroidów zewnętrznych	10%
c) Operacja hemoroidów zewnętrznych i wewnętrznych, w tym skleroterapia	20%
d) Przetoka odbytu	15%
e) Chirurgicalne leczenie szczeliny odbytu	5%
f) Rektoskopia z badaniem histopatologicznym (biopsją) lub bez niej	10%
g) Kolonoskopia z badaniem histopatologicznym (biopsją) lub bez niej	15%
18. Czaszka	
a) Operacja jamy czaszki, z wyjątkiem trepanacji i punkcji	100%
b) Usunięcie kości, trepanacja lub dekompresja	20%
19. Gardło	
a) Usunięcie migdałków lub usunięcie migdałków oraz polipów nosowych u dorosłych oraz dzieci w wieku 15 lat i starszych	15%
b) Usunięcie migdałków lub usunięcie migdałków oraz polipów nosowych u dzieci poniżej 15. roku życia	10%
20. Nowotwory – usunięcie chirurgiczne	
a) Nowotwory złośliwe, z wyłączeniem nowotworów błon śluzowych, skóry i tkanki podskórnej	50%
b) Nowotwory złośliwe błon śluzowych, skóry i tkanki podskórnej	25%
c) Operacja torbieli włosowatej	25%
d) Łagodne nowotwory jąder lub piersi	20%
e) Gangliony	5%
f) Jeden lub więcej nowotworów łagodnych niewymienionych powyżej	10%
g) Inne metody leczenia guzów (ablacja, wymrażanie)	15%
21. Żyły – usunięcie chirurgiczne	
a) Żylaki na jednej nodze	20%
b) Żylaki na dwóch nogach	30%
22. Inne	
a) Przeszczep skóry	10%
b) Drenaż przezskórny nerek lub wątroby	15%
c) Zespół cieśni nadgarstka	5%
d) Chirurgia zębów w wyniku nieszczęśliwego wypadku (za każdą procedurę chirurgiczną)	5%
e) Chirurgia plastyczna (rekonstrukcyjna) zalecana przez lekarza po wypadku – blizny	5%
f) Chirurgia plastyczna (rekonstrukcyjna) zalecana przez lekarza po wypadku – rekonstrukcja części ciała	10%

Załącznik nr 2 – Ocena procentowa stałego uszczerbku na zdrowiu



Obowiązuje od 21 maja 2025 r.

Lp.	Rodzaj uszkodzenia	Procent uszczerbku
Głowa		
1	Rany skóry twarzy wymagające zaopatrzenia chirurgicznego	3%
2	Złamanie jednej lub wielu kości czaszki lub twarzoczaszki	3%
3	Rany skóry owłosionej głowy wymagające zaopatrzenia chirurgicznego	2%
4	Ubytki w jednej lub wielu kościach twarzy i czaszki	10%
5	Złamanie zęba stałego	0,5%
6	Utrata nosa wraz z kością nosową	30%
7	Utrata zęba stałego	1%
8	Utrata szczęki lub żuchwy	50%
9	Rana gałki ocznej wymagająca zaopatrzenia chirurgicznego	4%
10	Utrata soczewki	15%
11	Utrata oka (nie kumuluje się z pkt 16 i 17)	30%
12	Częściowa utrata małżowiny usznej	5%
13	Całkowita utrata małżowiny usznej	15%
14	Uszkodzenie ucha wewnętrznego	15%
15	Uszkodzenie krtani, tchawicy lub przełyku	20%
16	Utrata min. 50% funkcji jednego ze zmysłów (wzrok, słuch, węch)	25%
17	Całkowita funkcji jednego ze zmysłów (wzrok, słuch, węch)	50%
<i>Skutki encefalopatii lub urazów rdzenia kręgowego oceniane będą wg kryteriów Tabeli oceny procentowej stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, stanowiącej załącznik do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 18 grudnia 2002 r.</i>		
Tułów		
18	Rany skóry tułowia wymagające zaopatrzenia chirurgicznego	2%
19	Utrata sutka u kobiet	15%
20	Uszkodzenie opłucnej	10%
21	Uszkodzenie płuca	15%
22	Złamanie mostka	3%
23	Złamanie żebra, za każde żebro	1%
24	Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku szyjnym	3%
25	Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym lub lędźwiowym	5%
26	Utrata płuca	30%
27	Uszkodzenie serca	50%
28	Uszkodzenie żołądka i jelit	30%
29	Uszkodzenie śledziony	5%
30	Utrata śledziony	20%
31	Uszkodzenia wątroby, dróg żółciowych lub trzustki	10%
32	Utrata wątroby	30%
33	Utrata trzustki	50%
34	Uszkodzenie nerki	15%
35	Utrata nerki	30%
36	Uszkodzenie pęcherza moczowego	15%

Lp.	Rodzaj uszkodzenia	Procent uszczerbku
37	Uszkodzenie moczowodów lub cewki moczowej	15%
38	Utrata jądra, jajnika	20%
39	Utrata macicy	40%
40	Częściowa utrata prącia	20%
41	Utrata prącia	40%
Kończyny górne		
42	Skręcenie stawu kończyny górnej (w tym obręczy barkowej) z wyłączeniem palców, wymagające zastosowania unieruchomienia przez lekarza	2%
43	Złamanie kości kończyny górnej lub zwichnięcie stawu kończyny górnej (w tym obręczy barkowej), z wyłączeniem palców i kości śródreżcza	3%
44	Złamanie palca lub kości śródreżcza	1%
45	Skręcenia palca	0,5%
46	Rany skóry kończyn górnych wymagające zaopatrzenia chirurgicznego	2%
47	Utrata kończyny górnej w nadgarstku i powyżej nadgarstka	60%
48	Utrata jednego paliczka	5%
49	Utrata co najmniej dwóch paliczków	10%
50	Utrata palca wraz z kością śródreżcza	15%
Kończyny dolne		
51	Skręcenie stawu kończyny dolnej z wyłączeniem palców, niewymagające zastosowania unieruchomienia przez lekarza	1%
52	Skręcenie stawu kończyny dolnej z wyłączeniem palców, wymagające zastosowania unieruchomienia przez lekarza	2%
53	Złamanie kości kończyny dolnej lub zwichnięcie stawu kończyny dolnej z wyłączeniem miednicy, kości udowej, palców, kości śródstopia oraz zwichnięcia rzepki	3%
54	Złamanie kości udowej lub miednicy lub zwichnięcie w obrębie miednicy	5%
55	Uszkodzenie więzadeł stawu kolanowego	4%
56	Pierwszorazowe zwichnięcie rzepki	2%
57	Uszkodzenie ścięgna Achillesa	3%
58	Rany skóry kończyn dolnych wymagające zaopatrzenia chirurgicznego	2%
59	Utrata kończyny dolnej na poziomie kolana i powyżej	60%
60	Utrata rzepki	10%
61	Utrata kończyny dolnej poniżej kolana	50%
62	Utrata stopy poniżej stawu skokowego	35%
63	Utrata jednego paliczka	2%
64	Utrata co najmniej dwóch paliczków	5%
65	Utrata palca wraz kością śródstopia	7%
66	Skręcenie palca	0,5%
67	Złamanie palca lub kości śródstopia	1%
Pozostałe		
68	Świadczenie bólowe (Uszkodzenie ciała w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wymagające interwencji lekarskiej w placówce medycznej oraz minimum jednej wizyty kontrolnej, pod warunkiem że w związku z tym Nieszczęśliwym wypadkiem nie przyznano świadczenia z tytułu Trwałego inwalidztwa); raz w roku kalendarzowym na jednego Ubezpieczonego	1%

Zasady przetwarzania danych osobowych



Administratorem danych osobowych jest Colonnade Insurance S.A. działająca w Polsce przez Colonnade Insurance Société Anonyme Oddział w Polsce, ul. Prosta 67, 00-838 Warszawa (dalej: Colonnade lub Administrator). Podstawą prawną i celem przetwarzania podstawowych danych osobowych jest podjęcie działań przed zawarciem umowy oraz zawarcie i wykonanie umowy. W przypadku pozyskania od ubezpieczającego lub innej osoby kontaktującej się z Administratorem danych osobowych innych osób prawnie usprawiedliwionym celem przetwarzania tych danych jest wykonanie umowy stanowiącej podstawę prawną do ich przetwarzania. W zakresie danych dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonych lub uprawnionych z umowy ubezpieczenia, zawartych w umowach ubezpieczenia lub oświadczeniach składanych przed zawarciem umowy ubezpieczenia, mogą one być przetwarzane odpowiednio w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub wykonania umowy ubezpieczenia, w zakresie niezbędnym z uwagi na cel i rodzaj ubezpieczenia, a podstawą prawną ich przetwarzania jest uprawnienie zakładu ubezpieczeń wynikające z ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. W pozostałych przypadkach dane dotyczące stanu zdrowia mogą być przetwarzane na podstawie i w celu ustalenia, dochodzenia lub obrony przed wnoszonymi roszczeniami.

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

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

Dane osobowe w zależności od celu są przetwarzane zawsze nie dłużej niż to wynika z okresu przedawnienia roszczeń lub przepisów prawa. Dane osobowe mogą być przekazane przez Colonnade do państw trzecich (poza Europejski Obszar Gospodarczy) jedynie w sytuacjach określonych przez prawo, w szczególności gdy zostaną spełnione warunki zapewniające odpowiedni poziom bezpieczeństwa danych osobowych. Przekazanie danych osobowych może odbywać się m.in. na podstawie standardowych klauzul ochrony danych przyjętych przez Komisję Europejską, na podstawie decyzji Komisji Europejskiej stwierdzającej odpowiedni stopień ochrony zgodnie z art. 45 RODO lub na podstawie „Ram Prywatności Danych UE-USA”, co oznacza, że zapewniono stosowanie odpowiednich środków ochrony i bezpieczeństwa danych osobowych wymaganych przez przepisy europejskie. W innych przypadkach przesyłania danych osobowych poza Europejski Obszar Gospodarczy informacja o tym zostanie udostępniona w klauzuli dotyczącej zasad ich przetwarzania.

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

Z Administratorem można się kontaktować, pisząc na adres Oddziału Colonnade, dzwoniąc pod numer +48 22 276 26 00 oraz wysyłając e-mail: info@colonnade.pl. We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych, w szczególności w sprawie skorzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych, sprzeciwu, przekazywania danych poza obszar EOG, można kontaktować się z inspektorem ochrony danych osobowych w Colonnade (dpo@colonnade.pl) lub wysyłając pismo na adres oddziału Colonnade.

