

OFERTA



	ZAKRES UBEZPIECZENIA COLONNADE	WARIANT I	WARIANT II	WARIANT III
	SUMA UBEZPIECZENIA	20 000 zł	25 000 zł	33 000 zł
1	Śmierć ubezpieczonego w wyniku NW, zawału serca bądź udaru mózgu	20 000 zł	25 000 zł	33 000 zł
2	Śmierć ubezpieczonego w wyniku NW powstałego na terenie placówki oświatowej	40 000 zł*	50 000 zł*	66 000 zł*
3	Śmierć ubezpieczonego w wyniku NW komunikacyjnego	30 000 zł*	37 500 zł*	49 500 zł*
4	Śmierć rodzica osoby ubezpieczonej w wyniku NW	5 000 zł	5 000 zł	5 000 zł
5	Koszty pogrzebu ubezpieczonego zmarłego w wyniku NW	do 5 000 zł	do 5 000 zł	do 5 000 zł
6	Atak padaczki (wypłata jednorazowa, pod warunkiem rozpoznania choroby w okresie ubezpieczenia)	200 zł	250 zł	330 zł
7	Nagłe zatrucie gazami, substancjami i produktami chemicznymi, porażenia prądem lub piorunem (wypłata jednorazowa, wymagana hospitalizacja min. 2 dni)	200 zł	250 zł	330 zł
8	Uszczerbek na zdrowiu w wyniku NW (w tym wstrząśnienie mózgu, zawał serca, udar mózgu) 1% uszczerbku na zdrowiu zgodnie z tabelą w OWU	200 zł	250 zł	330 zł
9	Świadczenie bólowe	100 zł	120 zł	150 zł
10	Pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku NW (płatne za każdy dzień pobytu w szpitalu, jeżeli pobyt trwał co najmniej 2 dni, maksymalnie za 90 dni). **Podwojone świadczenie za każdą pełną dobę przebywania na OIOM, maksymalnie do 5 dób)	35 zł / dzień 70 zł** / dzień	45 zł / dzień 90 zł**/dzień	50 zł / dzień 100 zł**/dzień
11	Pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby (płatne za każdy dzień pobytu w szpitalu, jeżeli pobyt trwał co najmniej 3 dni, maksymalnie za 60 dni) **Podwojone świadczenie za każdą pełną dobę przebywania na OIOM, maksymalnie do 5 dób)	-	30 zł / dzień 60 zł**/dzień	30 zł / dzień 60 zł**/dzień
12	Pogryzienie przez zwierzęta w tym owady (świadczenie jednorazowe, płatne pod warunkiem min. 24 h pobytu w szpitalu)	200 zł	300 zł	400 zł
13	Ugryzienie przez kleszcza (świadczenie jednorazowe, płatne pod warunkiem zdiagnozowania w okresie ubezpieczenia boreliozy lub odkleszczowego zapalenia opon mózgowych)	200 zł	300 zł	400 zł
14	Poważne zachorowanie (19 jednostek chorobowych)	3 000 zł	3 500 zł	4 000 zł
15	Poparzenia	do 3 500 zł	do 4 500 zł	do 5 500 zł
16	Porażenie lub paraliż	20 000 zł	25 000 zł	33 000 zł
17	Okaleczenie i oszpecenie twarzy	do 5 000 zł	do 6 000 zł	do 7 000 zł
18	Koszty leczenia skutków NW	do 500 zł	do 600 zł	do 1 000 zł
19	Koszty rehabilitacji skutków NW	do 500 zł	do 600 zł	do 1 000 zł
20	Koszty leczenia zębów uszkodzonych w wyniku NW	do 500 zł	do 700 zł	do 1 000 zł
21	Koszty wypożyczenia, zakupu lub naprawy środków ortopedycznych i pomocniczych (w tym okularów korekcyjnych, aparatu słuchowego, pompy insulinowej)	-	do 1 000 zł	do 2 000 zł
22	Koszty z tytułu przebudowy domu oraz modyfikacji pojazdu	do 7 000 zł	do 10 000 zł	do 15 000 zł
23	Koszty zakwaterowania rodzica w związku z hospitalizacją dziecka (płatne pod warunkiem hospitalizacji co najmniej 50 km od miejsca zamieszkania za maksymalnie 10 dób)	100 zł	100 zł	100 zł
24	Assistance Medyczny	TAK	TAK	TAK
25	Ochrona w sieci	TAK	TAK	TAK
	SKŁADKA ZA OSOBE (składka uwzględnia wyczynowe uprawianie sportu)	52 zł	60 zł	70 zł
	SKŁADKA ZA OSOBE - Promocja do 30.06.2024 r. (składka uwzględnia wyczynowe uprawianie sportu)	50 zł	58 zł	68 zł

* wypłata skumulowana

OCHRONA UBEZPIECZENIOWA DZIAŁA:

24 godziny na dobę na całym świecie.

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ OBEJMUJE:

- 1) następstwa aktów terrorystycznych,
- 2) wyczynowe uprawianie sportu - uprawianie dyscyplin sportowych w ramach sekcji lub klubów sportowych polegające na uczestniczeniu w treningach, obozach, zawodach sportowych itp.
- 3) śmierć oraz uszczerbek na zdrowiu w następstwie wystawienia na działanie surowych warunków atmosferycznych.

NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK - nagłe, spowodowane czynnikami zewnętrznymi, niezależne od woli osoby ubezpieczonej i nieoczekiwane zdarzenie powodujące uszkodzenie ciała lub śmierć.

NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK KOMUNIKACYJNY - nieszczęśliwy wypadek powstały w związku z ruchem pojazdu.

ŚMIERĆ NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU - śmierć ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty nieszczęśliwego wypadku na skutek obrażeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem.

UBEZPIECZONY - osoba do 80. roku życia, wskazana w polisie jako osoba ubezpieczona.

DZIECKO - osoba przed ukończeniem 19 roku życia lub w przypadku podjęcia i kontynuacji nauki w trybie dziennym – przed ukończeniem 27 roku życia.

RODZIC - matka lub ojciec, rodzicem jest również opiekun ustanowiony przez sąd, także osoba będąca w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku współmałżonkiem matki lub ojca.

KOSZTY POGRZEBU – w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu śmierci na skutek nieszczęśliwego wypadku ubezpieczyciel pokryje uzasadnione koszty pogrzebu w Polsce osoby ubezpieczonej do wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie dla tego zakresu.

ŚMIERĆ RODZICA - śmierć rodzica ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku powstałego w okresie ubezpieczenia, następująca w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

ASSISTANCE MEDYCZNY

W przypadku nieszczęśliwego wypadku osoby ubezpieczonej, Centrum Assistance zrealizuje świadczenia pomocy medycznej wymienione w poniższej tabeli. Centrum Assistance nie organizuje pomocy medycznej w przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia osoby ubezpieczonej, tj. w sytuacjach wymagających wezwania pogotowia ratunkowego. Organizacja oraz pokrycie kosztów usług w zakresie assistance medycznego świadczona jest na terytorium Polski.

Podane w poniższej tabeli kwoty oraz liczba świadczeń, stanowią górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela dla poszczególnych rodzajów świadczeń assistance i ustalane są na okres ubezpieczenia – w odniesieniu do każdej osoby ubezpieczonej.

Niezależnie od powyższych zapisów, maksymalna liczba świadczeń spośród wymienionych poniżej w tabeli wynosi 4 w ciągu okresu ubezpieczenia dla osoby ubezpieczonej.

RODZAJ ŚWIADCZENIA ASSISTANCE	LIMIT
Wizyta lekarza - 2 razy (Centrum Assistance organizuje i pokrywa koszty wizyty lekarza pierwszego kontaktu, czyli koszty dojazdu do miejsca pobytu i honorarium lekarza)	500 zł (łącznie)
Wizyta pielęgniarki - 2 razy (Centrum Assistance organizuje i pokrywa koszty wizyty pielęgniarki w miejscu pobytu osoby ubezpieczonej)	400 zł (łącznie)
Dostawa leków i sprzętu rehabilitacyjnego - 2 razy (zgodnie ze wskazaniami lekarza prowadzącego leczenie osoby ubezpieczonej, potwierdzonymi dokumentacją medyczną)	500 zł (łącznie)
Organizacja wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego - 2 razy	organizacja
Organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego: W przypadkach niewymagających interwencji pogotowia ratunkowego. Transport medyczny do szpitala - 2 razy Transport medyczny szpital – szpital 2 razy Transport medyczny ze szpitala - 2 razy	1 000 zł (łącznie na wszystkie transporty)

RODZAJ ŚWIADCZENIA ASSISTANCE	LIMIT
Pomoc domowa po pobycie w szpitalu wskutek NW - 2 razy (w przypadku gdy na skutek nieszczęśliwego wypadku osoba ubezpieczona przebywała w szpitalu dłużej niż 5 dni)	16 godzin (łącznie)
Pomoc psychologa - 2 razy (Centrum Assistance organizuje i pokrywa koszt dojazdu do miejsca pobytu osoby ubezpieczonej oraz honorarium psychologa w trudnych sytuacjach losowych (tj. śmierć rodzica osoby ubezpieczonej na skutek nieszczęśliwego wypadku, uszkodzenie ciała osoby ubezpieczonej, które jako jedyna i niezależna od innych czynników przyczyna doprowadzi do uszczerbku na zdrowiu w wysokości 20% i więcej; w przypadku śmierci osoby ubezpieczonej na skutek nieszczęśliwego wypadku pomoc psychologa przysługuje rodzicom)	800 zł (łącznie)
Organizacja procesu rehabilitacyjnego - 1 raz (zgodnie ze wskazaniem lekarza, na podstawie dokumentacji medycznej)	organizacja
Opieka nad dziećmi - 2 razy (Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty opieki w miejscu zamieszkania osoby ubezpieczonej będącej dzieckiem albo dziecka osoby ubezpieczonej bądź zorganizuje oraz pokryje koszty dojazdu opiekunki lub opiekuna do miejsca przebywania dziecka osoby ubezpieczonej albo dziecka osoby ubezpieczonej. Opieka nad dziećmi przysługuje w przypadku gdy rodzic osoby ubezpieczonej będącej dzieckiem albo osoba ubezpieczona posiadająca dzieci na skutek uszkodzenia ciała zostaną przyjęci do szpitala na okres co najmniej 5 dni oraz nie ma osoby, która mogłaby zaopiekować się pozostawionymi bez opieki dziećmi)	500 zł (łącznie)

OCHRONA W SIECI

Podane w poniższej tabeli kwoty oraz liczba świadczeń, stanowią górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela dla poszczególnych rodzajów świadczeń assistance i ustalane są na okres ubezpieczenia – w odniesieniu do każdej osoby ubezpieczonej.

RODZAJ ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE - OCHRONA W SIECI	LIMIT
Blokada rodzicielska Centrum Assistance na wniosek osoby ubezpieczonej lub rodzica osoby ubezpieczonej zdalnie pomaga w konfiguracji blokady rodzicielskiej na środowiskach Windows, iOS oraz Android, a także w przeglądarkach internetowych.	bez limitu
Monitorowanie tożsamości Centrum Alarmowe na wniosek osoby ubezpieczonej / rodzica sprawdza za pośrednictwem firmy monitorującej media ewentualne publikacje na temat osoby ubezpieczonej w Internecie oraz w mediach społecznościowych. Okres monitoringu obejmuje czas na miesiąc przed oraz miesiąc po zgłoszeniu przez osobę ubezpieczoną / rodzica ewentualnej utraty reputacji do Centrum Alarmowego.	organizacja
Wsparcie w ochronie reputacji internetowej - 2 razy Centrum Alarmowe w przypadku cybermobbingu lub cyberataku na podstawie pełnomocnictwa udzielonego przez osobę ubezpieczoną / rodzica udzieli wsparcia w zakresie usunięcia oraz zatrzymania rozprzestrzeniania publikacji na temat osoby ubezpieczonej w Internecie oraz doradza w dalszych krokach, które osoba ubezpieczona / rodzic może podjąć (np. usuwając profile, konta, dane lub zdjęcia, blokując dostęp, zmieniając hasła lub szczegóły logowania itp.). Świadczenie to obejmuje również kontakt z właścicielem strony, na której zamieszczony był wpis, oraz podjęcie wszelkich starań zmierzających do zmniejszenia skali powstałego zdarzenia powodującego szkodę. Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Alarmowego w ramach dostępnych narzędzi podejmie starania, by wszystkie informacje zamieszczone w Internecie zostały usunięte.	1 000 zł (łącznie)
Pomoc psychologa - 1 raz Jeżeli w następstwie cybermobbingu osoba ubezpieczona wymaga specjalistycznej pomocy psychologa, Centrum Assistance organizuje i pokrywa koszty honorarium psychologa lub udziału w grupie terapeutycznej (w zależności od zaleceń lub wyboru osoby ubezpieczonej / rodzica) do wysokości ustalonego limitu w odniesieniu do jednego zdarzenia.	800 zł

W przypadku potrzeby skorzystania z usług typu Assistance (assistance medyczny lub ochrona w sieci), należy skontaktować się z Centrum Assistance pod numerem: +48 22 483 39 78.

ATAK PADACZKI - ochrona obejmuje wypłatę świadczenia (jednorazowe świadczenie w okresie ubezpieczenia) za atak padaczki (choroba rozpoznana przez lekarza w okresie ochrony ubezpieczeniowej).

ZAWAŁ SERCA I UDAR MÓZGU - za uszkodzenie ciała uznaje się również uraz ciała spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu, o ile wystąpiły u osoby ubezpieczonej po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia i nie były spowodowane wcześniej zdiagnozowanymi przez lekarza stanami chorobowymi.

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

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

UDAR - incydent naczyniowo-mózgowy, w czasie którego dochodzi do zawału tkanki mózgowej, krwawienia mózgowego lub podpajęczynówkowego, zatoru mózgu lub zakrzepicy mózgowej. Rozpoznanie musi być poparte:

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

Za udar nie uznaje się:

- przejściowych ataków niedokrwiennych,
- uszkodzenia mózgu spowodowanego wypadkiem lub obrażeniem, infekcją, zapaleniem naczyń lub innym stanem zapalnym.

USZCZERBEK NA ZDROWIU - w przypadku gdy osoba ubezpieczona dozna uszkodzenia ciała, które jako jedyna i niezależna od innych czynników przyczyna doprowadzi do uszczerbku na zdrowiu, ubezpieczyciel wypłaci osobie ubezpieczonej świadczenie określone w tabeli świadczeń. Wysokość wypłacanego świadczenia ulega zwiększeniu o 5%, jeśli nieszczęśliwy wypadek miał miejsce w czasie podróży samochodem, a osoba ubezpieczona miała zapięte pasy lub była transportowana w foteliku samochodowym.

WSTRZĄŚNIENIE MÓZGU - ochrona obejmuje wstrząśnienie mózgu osoby ubezpieczonej powstałe w wyniku NW. Procent uszczerbku za to zdarzenie został określony w tabeli świadczeń.

ŚWIADCZENIE BÓLOWE - w przypadku gdy osoba ubezpieczona dozna uszkodzenia ciała, które wymagało interwencji lekarskiej oraz co najmniej jednej wizyty kontrolnej, a nie skutkowało wypłatą świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu, albo poparzeń, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości określonej w tabeli świadczeń (punkt 9).

ŚWIADCZENIE SZPITALNE Z TYTUŁU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU - jeżeli na skutek doznania uszkodzenia ciała osoba ubezpieczona zostanie przyjęta do szpitala, ubezpieczyciel wypłaci osobie ubezpieczonej określone w polisie świadczenie szpitalne z tytułu nieszczęśliwego wypadku za każdy dzień spędzony w szpitalu, maksymalnie do 90 dni, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu trwał co najmniej dwa dni. Świadczenie to będzie podwojone za każdy dzień przebywania na OIOM-ie (ale nie dłużej niż za 5 dni pobytu na OIOM-ie). Za pierwszy dzień uważa się dzień przyjęcia do szpitala, zaś za ostatni – dzień wypisu ze szpitala.

ŚWIADCZENIE SZPITALNE Z TYTUŁU CHOROBY - jeżeli na skutek choroby osoba ubezpieczona zostanie przyjęta do szpitala, ubezpieczyciel wypłaci osobie ubezpieczonej określone w polisie świadczenie szpitalne z tytułu choroby za każdy dzień spędzony w szpitalu, maksymalnie do 60 dni, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu trwał co najmniej trzy dni. Świadczenie to będzie podwojone za każdy dzień przebywania na OIOM-ie (ale nie dłużej niż za 5 dni pobytu na OIOM-ie). Za pierwszy dzień uważa się dzień przyjęcia do szpitala, zaś za ostatni – dzień wypisu ze szpitala.

CHOROBA - każdy niespodziewany i nagły stan chorobowy zdiagnozowany w okresie ubezpieczenia i wymagający natychmiastowej pomocy medycznej.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU POGRYZIENIA PRZEZ ZWIERZĘTA, W TYM OWADY - ochrona obejmuje wypłatę świadczenia z tytułu pogryzienia przez zwierzęta, w tym owady, pod warunkiem że:

- w związku tym zdarzeniem osoba ubezpieczona przybywała w szpitalu co najmniej 24 godziny,
- pobyt w szpitalu został potwierdzony dokumentacją medyczną.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU UGRYZIENIA PRZEZ KLESZCZA - w przypadku, gdy osoba ubezpieczona dozna ugryzienia przez kleszcza, ubezpieczyciel wypłaci jednorazowe świadczenie w wysokości wskazanej w polisie pod warunkiem, że:

- w związku tym zdarzeniem u osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia zdiagnozowano boreliozę lub odkleszczowe zapalenie opon mózgowych,
- zdarzenie oraz borelioza lub odkleszczowe zapalenie opon mózgowych zostały potwierdzone dokumentacją medyczną.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU POPARZEŃ - w przypadku, gdy osoba ubezpieczona dozna poparzeń będących skutkiem nieszczęśliwego wypadku, ubezpieczyciel wypłaci osobie ubezpieczonej odpowiednią część wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu poparzeń, określoną procentowo poniżej w tabeli:

Świadczenia w przypadku poparzeń drugiego, trzeciego i czwartego stopnia:

- a) 27% lub więcej powierzchni ciała - 100% sumy ubezpieczenia
- b) 18% lub więcej powierzchni ciała, lecz mniej niż 27% - 60% sumy ubezpieczenia
- c) 9% lub więcej powierzchni ciała, lecz mniej niż 18% - 35% sumy ubezpieczenia
- d) 4,5% lub więcej powierzchni ciała, lecz mniej niż 9% - 20% sumy ubezpieczenia
- e) 3% lub więcej powierzchni ciała, lecz mniej niż 4,5% - 10% sumy ubezpieczenia
- f) 1% lub więcej powierzchni ciała, lecz mniej niż 3% - 5% sumy ubezpieczenia

Świadczenia w przypadku poparzeń pierwszego stopnia

- g) 10% lub więcej, lecz mniej niż 20% - 5% sumy ubezpieczenia
- h) 20% lub więcej, lecz mniej niż 30% - 7% sumy ubezpieczenia
- i) 30% lub więcej, lecz mniej niż 40% - 10% sumy ubezpieczenia
- j) 40% lub więcej, lecz mniej niż 50% - 20% sumy ubezpieczenia
- k) 50% lub więcej, lecz mniej niż 60% - 25% sumy ubezpieczenia
- l) 60% lub więcej, lecz mniej niż 70% - 30% sumy ubezpieczenia
- m) 70% lub więcej, lecz mniej niż 80% - 40% sumy ubezpieczenia
- n) 80% lub więcej, lecz mniej niż 90% - 60% sumy ubezpieczenia
- o) powyżej 90% - 80% sumy ubezpieczenia
- p) oparzenia dróg oddechowych - 30% sumy ubezpieczenia

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU PORAŻENIA/PARALIŻU - jeśli na skutek nieszczęśliwego wypadku, w ciągu 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku, u osoby ubezpieczonej zostanie zdiagnozowany, którykolwiek z wymienionych poniżej rodzajów porażenia, ubezpieczyciel wypłaci określoną procentowo część sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie dla tego zakresu.

Rodzaj porażenia:

Tetraplegia - 100% sumy ubezpieczenia; całkowity i nieodwracalny paraliż obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych.

Triplegia - 100% sumy ubezpieczenia; całkowity i nieodwracalny paraliż trzech kończyn.

Paraplegia - 50% sumy ubezpieczenia; całkowity i nieodwracalny paraliż obu kończyn dolnych lub obu kończyn górnych.

Hemiplegia - 50% sumy ubezpieczenia; całkowity i nieodwracalny paraliż kończyny górnej i kończyny dolnej po tej samej stronie ciała.

Monoplegia - 25% sumy ubezpieczenia; całkowity i nieodwracalny paraliż jednej kończyny.

OKALECZENIE I OSZPECZENIE TWARZY - w przypadku gdy osoba ubezpieczona dozna uszkodzenia ciała, które w ciągu 90 dni jako jedyna i niezależna od innych czynników przyczyną doprowadzi do okaleczenia lub oszpecenia jej twarzy, ubezpieczyciel wypłaci osobie ubezpieczonej określoną procentowo w tabeli poniżej część wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu okaleczenia i oszpecenia twarzy

1) Trwałe okaleczenie twarzy:

- a) blizna o długości powyżej 10 cm - 100 % sumy ubezpieczenia,
- b) blizna o długości od 3 do 10 cm włącznie - 50% sumy ubezpieczenia.

2) Trwałe oszpecenie twarzy - 100 % sumy ubezpieczenia.

TRWAŁE OSZPECZENIE TWARZY - oznacza fizyczne upośledzenie powstałe na skutek uszkodzenia ciała wraz z upośledzeniem funkcji w postaci uszkodzenia nerwów, widocznej deformacji twarzy na skutek blizn lub złamań w obrębie twarzoczaszki zrosniętych z przemieszczeniem.

TRWAŁE OKALECZENIE TWARZY - oznacza każdą bliznę twarzy, która pozostaje widoczna przez co najmniej 90 dni od nieszczęśliwego wypadku.

KOSZTY PRZEBUDOWY DOMU ORAZ MODYFIKACJI POJAZDU - oznaczają wydatki na przebudowę domu/mieszkania osoby ubezpieczonej, które są konieczne, aby przystosować ten dom/mieszkanie do użytkowania przez osobę poruszającą się wyłącznie na wózku inwalidzkim, lub modyfikacje pojazdu silnikowego będącego własnością bądź dzierżawionego przez osobę ubezpieczoną w dniu nieszczęśliwego wypadku lub modyfikacje pojazdu silnikowego nowego zakupionego dla osoby ubezpieczonej, które są konieczne, aby przystosować pojazd do poruszania się nim przez osobę ubezpieczoną lub umożliwić kierowanie przez nią tym pojazdem, wydatki nie mogą przekroczyć zwykłego poziomu kosztów dla podobnej przebudowy bądź modyfikacji wykonywanej w miejscowości, w której zamieszkiwała osoba ubezpieczona w dniu nieszczęśliwego wypadku.

KOSZTY LECZENIA SKUTKÓW NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU - oznaczają poniesione przez osobę ubezpieczoną/rodzica wydatki na pokrycie kosztów następujących usług i materiałów zaleconych przez lekarza prowadzącego leczenie:

- usługi świadczone przez lekarzy,
- pobyt w placówce leczniczej oraz korzystanie z sali operacyjnej w tej placówce,
- środki znieczulające (a także ich podanie), wykonanie zdjęcia rentgenowskiego/prześwietlenia bądź zabiegi oraz testy laboratoryjne,
- usługi pogotowia ratunkowego,
- lekarstwa, środki lecznicze oraz usługi i materiały terapeutyczne.

Koszty leczenia nie obejmują kosztów rehabilitacji oraz kosztów operacji plastycznych.

KOSZTY REHABILITACJI SKUTKÓW NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU - koszty rehabilitacji oznaczają poniesione na terytorium Polski przez osobę ubezpieczoną/rodzica wydatki na rehabilitację która była:

- realizowana metodami kinezyterapii lub fizykoterapii,
- zalecona przez lekarza.

KOSZTY LECZENIA ZĘBÓW USZKODZONYCH NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU - zwykłe i uzasadnione koszty leczenia oraz koszty odbudowy stomatologicznej zębów.

KOSZTY WYPOŻYCZENIA, ZAKUPU LUB NAPRAWY ŚRODKÓW ORTOPEDYCZNYCH I POMOCNICZYCH - ochrona obejmuje pokrycie kosztów wypożyczenia, zakupu lub naprawy środków ortopedycznych i pomocniczych osoby ubezpieczonej poniesionych na terytorium Polski w ciągu jednego roku od daty Nieszczęśliwego wypadku powodującego Uszczerbek na zdrowiu Osoby ubezpieczonej pod warunkiem, że są one:

- zalecone przez lekarza (w przypadku wypożyczenia albo zakupu),
- potwierdzone odpowiednimi rachunkami/fakturami,

KOSZTY ZAKWATEROWANIA RODZICA W ZWIĄZKU Z HOSPITALIZACJĄ DZIECKA - świadczenie płatne w przypadku gdy osoba ubezpieczona będąca dzieckiem na skutek uszkodzenia ciała lub choroby zostanie przyjęta do szpitala zlokalizowanego co najmniej 50 km od jej miejsca zamieszkania. Ubezpieczyciel zwróci koszty zakwaterowania rodzica do wysokości sumy ubezpieczenia i limitu dziennego wskazanych w polisie dla tego zakresu, maksymalnie za 10 dób. Ochrona obejmuje pokrycie kosztów zakwaterowania rodzica pod warunkiem, przedstawienia ubezpieczycielowi:

- dokumentacji medycznej potwierdzającej pobyt dziecka w szpitalu,
- odpowiednich rachunków/faktur.

POWAŻNE ZACHOROWANIE (19 JEDNOSTEK CHOROBYCH) - za poważne zachorowanie uznaje się: poważną formę raka, zawał serca, wadę wrodzoną serca, udar, wszczepienie bypassów, operację aorty, operację zastawek serca, niewydolność nerek, utratę wzroku (ślepotę), utratę mowy, utratę słuchu, przeszczep ważnego organu/szpiku kostnego, stwardnienie rozsiane, paraliż (utrata funkcji kończyn), chorobę neuronu ruchowego, chorobę Alzheimera/ciężkie otępienie, poważne poparzenia, choroby odzwierzęce (bąblownica, taksoplazmoza, wścieklizna), sepsa, zgodnie z definicjami wskazanymi w OWU.

AMATORSKIE UPRAWIANIE SPORTÓW (ODPOWIEDZIALNOŚĆ TU) - forma aktywności fizycznej podejmowana dobrowolnie w celu uzyskania jak najlepszych wyników sportowych, podczas zajęć szkolnych i pozaszkolnych. Uczestniczenie w treningach, zawodach, zgrupowaniach i obozach kondycyjnych lub szkoleniowych w ramach szkolnych i pozaszkolnych klubów sportowych. Uprawianie sportu związanego z finansowym wynagrodzeniem lub uzyskiwaniem stypendiów sportowych nie uważa się za amatorskie uprawianie sportu.

WYKAZ SPORTÓW EKSTREMALNYCH (BRAK ODPOWIEDZIALNOŚCI) - aktywne uczestnictwo w sportach ekstremalnych, czyli sportach uprawianych w celu osiągnięcia maksymalnych wrażeń, za które uważa się sporty powietrzne, sporty walki (z wyjątkiem ich amatorskiego uprawiania), jazdę na nartach poza wyznaczonymi trasami, skoki na gumowej linie, heliskiing, heliboarding, wspinaczkę górską i skałkową, speleologię, rafting, sporty motorowe (z wyjątkiem amatorskiej jazdy na: quadach, skuterach), motorowodne (z wyjątkiem amatorskiej jazdy: skuterem wodnym, motorówką), a także uczestniczenie w wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi czy przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (powyżej 5500 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego, oraz nurkowanie poniżej 18 metrów głębokości.

Niniejszy materiał został przygotowany na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków dla Dzieci, Młodzieży oraz Pracowników w Placówkach Oświatowych oraz odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym, a także w związku z nauką lub odbywaniem praktyk uczniowskich zatwierdzonych przez dyrektora Colonnade Insurance Société Anonyme Oddział w Polsce w dniu 4 kwietnia 2023 r., mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 4 kwietnia 2023 r.

Szczegółowe informacje o zakresie ubezpieczenia, w tym o wyłączeniach i ograniczeniach odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń określone zostały we wskazanych powyżej aktualnych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, zapisach dodatkowych i odmiennych od OWU oraz karcie produktu opracowanej i zatwierdzonej przez Colonnade Insurance Société Anonym Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, które stanowią załącznik do niniejszego materiału.