

OPIS UBEZPIECZENIA – UWAGI I INFORMACJE DODATKOWE DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW DZIECI, MŁODZIEŻY I PRACOWNIKÓW PLACÓWEK OŚWIATOWYCH OFEROWANEGO PRZEZ COLOONNADE INSURENCE SA ODDZIAŁ W POLSCE

ad 1. Zgon spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem
Definicja nieszczęśliwego wypadku zgodnie z o.w.u.
Nagłe, spowodowane czynnikami zewnętrznymi i nieoczekiwane zdarzenie powodujące Uszkodzenie ciała. W przypadku, gdy nagłe i nieoczekiwane zdarzenie było spowodowane występowaniem choroby bądź choroby przewlekłej, ochronie podlegają jedynie obrażenia bądź śmierć będąca bezpośrednim skutkiem tego zdarzenia.

Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie za zgon spowodowany wypadkiem również w sytuacji, gdy osoba ubezpieczona zaginie, zaś właściwy sąd lub urząd państwowy wyda orzeczenie, w którym uzna osobę ubezpieczoną za zmarłą.

ad 2. Zgon spowodowany zawałem serca lub udaru traktowany jest jak zgon spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem. Ubezpieczyciel w takim przypadku wypłaca 100% sumy ubezpieczenia.

Definicja zawału serca zgodnie z o.w.u.

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

Definicja udaru zgodnie z o.w.u.

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, oraz
- wynikiem badania za pomocą rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej lub innych niezawodnych technik obrazowania, zgodnym z rozpoznaniem świeżego udaru

Wyłącza się:

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

ad 3. W przypadku, gdy zgon Ubezpieczonego spowodowany zostanie wystawieniem na działanie surowych warunków atmosferycznych, zdarzenie taki będzie traktowane jak zgon spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem.

ad 4. W przypadku, gdy zgon spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem nastąpi na terenie placówki oświatowej, Ubezpieczyciel wypłaci **dodatkowe świadczenie w wysokości 5.000 zł.**

Wartość przedstawiona w tabeli jest wartością skumulowaną (pozycja 1 + pozycja 4)

ad 5. W przypadku, gdy zgon spowodowany jest wypadkiem komunikacyjnym, Ubezpieczyciel wypłaci **dodatkowe świadczenie w wysokości 5.000 zł.**

Definicja wypadku komunikacyjnego zgodnie z o.w.u.

Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny – oznacza wypadek powstały w związku z ruchem pojazdu.

Wartość przedstawiona w tabeli jest wartością skumulowaną (pozycja 1 + pozycja 5)

<p>ad 6.</p>	<p>Definicja całkowitego trwałego inwalidztwa zgodnie z o.w.u. Całkowite trwałe inwalidztwo oznacza niepełnosprawność, która całkowicie uniemożliwia osobie ubezpieczonej jakąkolwiek pracę zarobkową oraz która najprawdopodobniej utrzyma się do końca życia osoby ubezpieczonej.</p> <p>Z tytuł całkowitego trwałego inwalidztwa przysługują następujące świadczenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) utrata obu kończyn – 100% sumy ubezpieczenia b) utrata jednej kończyny i jednego oka – 100% sumy ubezpieczenia c) utrata jednej kończyny – 50% d) utrata wzroku – 100% e) całkowite porażenie kończyn – 100% f) nieuleczalne poważne uszkodzenie mózgu – 100% g) utrata mowy – 100% h) utrata słuchu w obu uszach – 100% <p>Świadczenia określone w punkcie 6. wypłacane są niezależnie od świadczeń określonych w punkcie 7.</p>
<p>ad 7a. ad 7b.</p>	<p>Częściowe trwałe inwalidztwo oznacza, że w wyniku Uszkodzenia ciała osoba ubezpieczona dozna całkowitej bądź częściowej utraty anatomicznej lub utraty funkcji części ciała, bądź też częściowej utraty funkcji całego ciała.</p> <p>Definicja uszkodzenia ciała zgodnie z o.w.u. Uszkodzenie ciała – uraz ciała spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, mającym miejsce w okresie ubezpieczenia, z wyłączeniem:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) choroby, chyba, że jest ona następstwem nieszczęśliwego wypadku, b) zespołu stresu pourazowego, lub c) stanu chorobowego, psychologicznego lub psychicznego, z wyłączeniem nieuleczalnej niepoczytalności, stanowiącego bezpośredni skutek nieszczęśliwego wypadku, d) każdego występującego naturalnie stanu chorobowego lub procesu zwyrodnieniowego, lub e) każdego czynnika cechującego się stopniowym działaniem. <p>Zakres świadczeń zostaje rozszerzony o świadczenie z tytułu uszkodzenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub zdarzenia objętego umową, które wymagało interwencji lekarskiej i wymagającej co najmniej jednej wizyty kontrolnej, a nie skutkowało wypłatą świadczenia zgodnie z tabelą określającą całkowite lub częściowe trwałe inwalidztwo. Limit dla tego świadczenia stanowi 1% sumy ubezpieczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem.</p>
<p>ad 8.</p>	<p>Zakres świadczeń zostaje rozszerzony o świadczenie z tytułu wstrząśnienia mózgu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem. Świadczenie wypłacane jest jednorazowo (w przypadku kolejnych zdarzeń powodujących wstrząśnienie mózgu świadczenie nie przysługuje). Świadczenie wypłacane jest w stałej kwocie określonej w polisie.</p>
<p>ad 9.</p>	<p>Świadczenie przysługuje tylko w przypadku uszkodzenia zębów na skutek nieszczęśliwego wypadku. Ubezpieczyciel z tytułu uszkodzenie jednego zęba wypłaci maksymalnie 150 zł. Wskazana w polisie suma ubezpieczenia stanowi maksymalny limit, do którego ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu uszkodzenia zębów (w zależności od wybranego wariantu: 750zł, 800zł, 1000zł, 1200zł).</p>
<p>ad 10.</p>	<p>Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, z następującymi zastrzeżeniami:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. świadczenie przysługuje jeżeli pobyt w szpitalu trwał minimum 24 godziny <p>Definicja szpitala zgodnie z o.w.u. Szpital – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych. Za szpital</p>

nie uważa się: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także placówki rehabilitacyjnej.

Uwaga:

Ubezpieczyciel nie wypłaca świadczeń, jeżeli pobyt w szpitalu był spowodowany uszkodzeniem ciała przed początkiem odpowiedzialności.

Wyłączenia:

1. leczenie chorób nerwowych i psychicznych niezależnie od ich rodzaju,
2. pobyty we wszelkiego rodzaju instytucjach zdrowia psychicznego oraz pobyt w instytucjach długotrwałej opieki, w tym między innymi domach opieki społecznej, centrach rekonwalescencji, centrach lub oddziałach rehabilitacji oraz detoksykacji,
3. badania, zabiegi i leczenie o charakterze wyłącznie kosmetycznym lub związanym z otyłością, impotencją, sztucznym zapłodnieniem,
4. ciąża i poród,
5. hospitalizacja rozpoczynająca się w okresie przekraczającym 180 dni od daty doznania uszkodzenia ciała

ad 11. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, z następującymi zastrzeżeniami:

1. świadczenie przysługuje **jeżeli pobyt w szpitalu trwał powyżej 3 dób**
2. **maksymalny limit odpowiedzialności ubezpieczyciela wynosi 60 dni**

Uwaga:

Ubezpieczyciel nie wypłaca świadczeń, jeżeli pobyt w szpitalu był spowodowany chorobą istniejącą przed początkiem odpowiedzialności.

Wyłączenia:

1. leczenie chorób nerwowych i psychicznych niezależnie od ich rodzaju,
2. pobyty we wszelkiego rodzaju instytucjach zdrowia psychicznego oraz pobyt w instytucjach długotrwałej opieki, w tym między innymi domach opieki społecznej, centrach rekonwalescencji, centrach lub oddziałach rehabilitacji oraz detoksykacji,
3. badania, zabiegi i leczenie o charakterze wyłącznie kosmetycznym lub związanym z otyłością, impotencją, sztucznym zapłodnieniem,
4. ciąża i poród,
5. hospitalizacja rozpoczynająca się w okresie przekraczającym 180 dni od daty doznania uszkodzenia ciała

ad 12. Ubezpieczyciel pokrywa koszty usług i materiałów zaleconych przez lekarza prowadzącego leczenie po nieszczęśliwym wypadku, w tym:

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

Ubezpieczyciel nie pokrywa kosztów poniesionych w związku z :

- a) chorobą (niebędącą następstwem nieszczęśliwego wypadku),
- b) występującym naturalnie stanu chorobowego lub procesu zwyrodnieniowego,
- c) stopniowym działaniem każdego czynnika

Ubezpieczyciel pokrywa koszty na podstawie przedstawionych imiennych rachunków (faktur).

ad 13. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zdiagnozowania: poważnej formy raka, zawału serca, udaru, wszczepienia bypassów, operacji aorty, operacji zastawek serca, niewydolności nerek, ślepoty (utruty wzroku), przeszczepu ważnego organu, przeszczepu szpiku kostnego, stwardnienia rozsianego paraliżu (utruty funkcji kończyn), choroby neuronu ruchowego, choroby Alzheimera, poważnego oparzenia – szczegółowe definicje w o.w.u.

Ubezpieczyciel odpowiada za choroby, której objawy pojawią się po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia i która jest po raz pierwszy rozpoznana w okresie ubezpieczenia.

Wyłączenia dotyczące poważnych zachorowań

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

- a) choroby innej niż poważne zachorowanie wskazane w o.w.u.,
- b) poważnego zachorowania, którego pierwsze objawy pojawiły się przed początkową datą wejścia w życie umowy ubezpieczenia lub w ciągu 90 dni od daty początku ubezpieczenia,
- c) poważnego zachorowania wynikającego z choroby somatycznej lub psychicznej istniejącej przed początkiem ubezpieczenia, która nie została ujawniona Ubezpieczycielowi i zaakceptowane przez niego na piśmie,
- d) wad wrodzonych,
- e) rozpoznania poważnego zachorowania dokonanego przez osobę ubezpieczoną lub członka jej najbliższej rodziny bądź też osobę mieszkającą z nią we wspólnym gospodarstwie domowym, zielarza, akupunkturzystę lub inną osobę świadczącą usługi z zakresu medycyny niekonwencjonalnej,
- f) zabiegu chirurgicznego lub leczenia,
- g) poważnego zachorowania w wyniku uzależnienia od alkoholu lub narkotyków,
- h) poważnego zachorowania, w trakcie którego osoba ubezpieczona umrze w okresie przeżycia
- i) poważnego zachorowania w okresie oczekiwania (karencji – 90 dni od daty początku umowy ubezpieczenia)
- j) więcej niż jednego zachorowania w odniesieniu do jednej osoby ubezpieczonej

Ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno świadczenie w ramach rozszerzenia o opcję poważne zachorowania.

ad 14. W przypadku, gdy osoba ubezpieczona zostanie pogryziona przez zwierzę/zwierzęta oraz dozna uszkodzenia ciała, które nie będzie skutkowało wypłatą świadczeń opisanych w punkcie 7., ubezpieczyciel wypłaci świadczenie zależne od wybranego wariantu w wysokości 150 zł, 200 zł, 240 zł, 250 zł.

Pogryzienie przez zwierzę/zwierzęta oznacza rany gryzione ludziom przez psy, kot i inne zwierzęta.

ad 15. Ubezpieczyciel w przypadku nieszczęśliwego wypadku, w wyniku którego ubezpieczony dozna poparzeń wypłaci świadczenie, stanowiące procent sumy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia określona dla tego typ zdarzeń, wskazana w tabeli).

W przypadku poparzeń II, III i IV stopnia świadczenia ustala się według następujących zasad:

- a) oparzenie 27% lub większej powierzchni ciała – **100% sumy ubezpieczenia**
- b) oparzenie 18% powierzchni ciała, lecz mniej niż 27% – **60% sumy ubezpieczenia**
- c) oparzenie 9% powierzchni ciała, lecz mniej niż 18% – **35% sumy ubezpieczenia**
- d) oparzenie 4,5% powierzchni ciała, lecz mniej niż 9% - **20% sumy ubezpieczenia**

W przypadku poparzeń I stopnia świadczenie ustala się według następujących zasad:

- a) oparzenie 0,5% powierzchni ciała, lecz mniej niż 5% - **1% sumy ubezpieczenia**
- b) oparzenie 5% powierzchni ciała, lecz mniej niż 10% - **3% sumy ubezpieczenia**
- c) oparzenie 10% powierzchni ciała, lecz mniej niż 20% - **5% sumy ubezpieczenia**
- d) oparzenie 20% powierzchni ciała, lecz mniej niż 30% - **7% sumy ubezpieczenia**
- e) oparzenie 30% powierzchni ciała, lecz mniej niż 40% - **10% sumy ubezpieczenia**
- f) oparzenie 40% powierzchni ciała, lecz mniej niż 50% - **20% sumy ubezpieczenia**
- g) oparzenie 50% powierzchni ciała, lecz mniej niż 60% - **25% sumy ubezpieczenia**

- h) oparzenie 60% powierzchni ciała, lecz mniej niż 70% - **30% sumy ubezpieczenia**
- i) oparzenie 70% powierzchni ciała, lecz mniej niż 80% - **40% sumy ubezpieczenia**
- j) oparzenie 80% powierzchni ciała, lecz mniej niż 90% - **60% sumy ubezpieczenia**
- k) oparzenie powyżej 90% powierzchni ciała - **80% sumy ubezpieczenia**
- l) oparzenia dróg oddechowych – **30% sumy ubezpieczenia**

Suma ubezpieczenia, od której wyliczane jest świadczenie zależne jest od wybranego wariantu i wynosi 1500 zł lub 3000 zł.

W przypadku poparzeń głowy i/lub szyi, świadczenie ulega zwiększeniu o:

- a) 5% - jeżeli powierzchnia poparzeń stanowi do 5% powierzchni ciała
- b) 10% - jeżeli powierzchnia poparzeń stanowi od 5% do 10% powierzchni ciała

W przypadku poparzeń krocza, świadczenie ulega zwiększeniu o 10%.

Jeżeli u osoby poparzonej zostanie zdiagnozowany wstrząs poparzeniowy, świadczenie ulega zwiększeniu o 20%.

ad 16. Ubezpieczyciel w przypadku nieszczęśliwego wypadku, w wyniku którego ubezpieczony dozna porażenia/paraliżu wypłaci świadczenie w zależności od rodzaju porażenia:

- a) paraliż cztero kończynowy (tetraplegia) – **wypłata 100% sumy ubezpieczenia**
- b) paraliż trzykończynowy (triplegia) – **wypłata 100% sumy ubezpieczenia**
- c) paraliż dwóch kończyn górnych lub dwóch kończyn dolnych (paraplegia – porażenie poprzeczne) – **wypłata 50% sumy ubezpieczenia**
- d) paraliż kończyny górnej i dolnej po tej samej stronie ciała (hemiplegia – porażenie połowiczne) – **wypłata 50% sumy ubezpieczenia**
- e) paraliż jednej kończyny – **wypłata 25% sumy ubezpieczenia**

Definicja kończyny zgodnie z o.w.u. – cała ręka lub cała noga

Suma ubezpieczenia, od której wyliczane jest świadczenie zależne jest od wybranego wariantu i wynosi 10000 zł lub 12000 zł lub 15000zł.

ad 16. Ubezpieczyciel w przypadku nieszczęśliwego wypadku, w wyniku którego ubezpieczony dozna okaleczenia lub oszpecenia twarzy (przednia część głowy, od czoła do podbródka oraz od ucha do ucha) wypłaci świadczenie na następujących zasadach:

- a) blizna od długości 10 cm lub dłuższa – **100% sumy ubezpieczenia**
- b) blizna o długości pomiędzy 3 a 9 cm – **50% sumy ubezpieczenia**

W przypadku trwałego oszpecenia twarzy, rozumianego jako fizyczne upośledzenie powstałe na skutek uszkodzenia ciała, która pozostaje widoczna przez okres co najmniej 12 miesięcy, ubezpieczyciel wypłaci 100% sumy ubezpieczenia.

Z tytułu zdarzeń określonych powyżej maksymalne zobowiązania ubezpieczyciela wynoszą 100% sumy ubezpieczenia.

Ubezpieczyciel nie uwzględni roszczenia odszkodowawczego, którego przyczyną będzie zabieg chirurgii plastycznej niesłużący ratowaniu życia, także jeżeli taki zabieg przyczyni się do powstania roszczenia, lub jeśli roszczenie to będzie konsekwencją takiego zabiegu.

INNE ISTOTNE POSTANOWIENIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ogólne wyłączenia odpowiedzialności:

Ubezpieczyciel nie wypłaci odszkodowania, jeżeli zdarzenie wywołujące szkodę mało związek z:

- 1. wojną (niezależnie czy została oficjalnie wypowiedziana, czy nie),
- 2. celowym samookaleczeniem się, samobójstwem lub próba popełnienia samobójstwa,
- 3. podróżą lotniczą, w charakterze innym niż jako pasażer komercyjnych linii lotniczych podczas lotu

	<p>planowanego lub lotu czarterowego,</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. nieszczęśliwym wypadkiem, o ile nastąpił on pod wpływem alkoholu (którego poziom we krwi przekroczył dopuszczalny poziom określony przepisami polskimi dla kierowców pojazdów), leku bądź leków, jeżeli nie zostały one przepisane przez lekarza i/lub jeśli leki przepisane przez lekarza zażywane były niezgodnie z zaleceniami 5. uszkodzeniami ciała bądź chorobami istniejącymi przed początkiem okresu ubezpieczenia, 6. aktywnym uczestnictwem w sportach ekstremalnych, czyli sportach uprawianych w celu osiągnięcia maksymalnych wrażeń, za które uważa się sporty powietrzne, sporty walki, jazde na nartach poza wyznaczonymi trasami, skoki na gumowej linie, heliskiing, heliboarding, wspinaczka górską i skałkowa, speleologia, rafting, sporty motorowe (za wyjątkiem amatorskiej jazdy na quadach, skuterach, motorowodne (za wyjątkiem amatorskiej jazdy skuterem wodnym lub motorówką), a także uczestniczenie w wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi czy przyrodniczymi typu pustynia, wysokie góry (powyżej 5500 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego oraz nurkowanie poniżej 18 metrów głębokości.
<p>2.</p>	<p>Rodzaje uszkodzeń ciała objętych odpowiedzialnością ubezpieczyciela zostały określone w załączniku nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia. Poszczególnym uszkodzeniom ciała zostały przypisane wartości procentowe, które stanowią podstawę do wypłaty odszkodowania.</p>
<p>3.</p>	<p>Zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o następstwa ataków terrorystycznych.</p>