

OFERTA



	ZAKRES UBEZPIECZENIA COLONNADE	WARIANT I	WARIANT II	WARIANT III	WARIANT IV
	SUMA UBEZPIECZENIA	15 000 zł	19 000 zł	23 000 zł	37 000 zł
1	Śmierć ubezpieczonego w wyniku NW (w tym zawału serca bądź udaru mózgu)	15 000 zł	19 000 zł	23 000 zł	37 000 zł
2	Śmierć ubezpieczonego w wyniku NW powstałego na terenie placówki oświatowej	30 000 zł*	38 000 zł*	46 000 zł*	74 000 zł*
3	Śmierć ubezpieczonego w wyniku NW komunikacyjnego	22 500 zł*	28 500 zł*	34 500 zł*	55 500 zł*
4	Całkowite trwałe inwalidztwo	15 000 zł	19 000 zł	23 000 zł	37 000 zł
5	Trwały uszczerbek w wyniku NW - w tym wstrząśnienie mózgu (1% SU za 1% uszczerbku zgodnie z tabelą uszczerbków OWU)	150 zł	190 zł	210 zł	300 zł
6	Świadczenie bólowe	200 zł	200 zł	200 zł	200 zł
7	Śmierć rodzica ubezpieczonego w wyniku NW	5 000 zł	5 000 zł	5 000 zł	5 000 zł
8	Wsparcie psychologiczne (w przypadku śmierci rodzica osoby ubezpieczonej lub śmierci osoby ubezpieczonej na skutek NW)	do 500 zł	do 500 zł	do 500 zł	do 500 zł
9	Koszty pogrzebu ubezpieczonego zmarłego w wyniku NW	do 5 000 zł	do 5 000 zł	do 5 000 zł	do 5 000 zł
10	Poważne zachorowanie (14 jednostek chorobowych)	3 000 zł	3 500 zł	4 000 zł	5 000 zł
11	Pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku NW płatne za każdy dzień pobytu w szpitalu, jeżeli pobyt trwał co najmniej 2 dni, maksymalnie za 365 dni ** Podwojone świadczenie za każdy dzień przebywania na OIOM, maksymalnie do 5 dni	30 zł / dzień 60 zł** / dzień	35 zł / dzień 70 zł** / dzień	40 zł / dzień 80 zł** / dzień	50 zł / dzień 100 zł** / dzień
12	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 każdy dzień przebywania na OIOM, maksymalnie do 5 dni	-	20 zł / dzień 40 zł** / dzień	30 zł / dzień 60 zł** / dzień	30 zł / dzień 60 zł** / dzień
13	Porażenie lub paraliż	do 15 000 zł	do 19 000 zł	do 23 000 zł	do 37 000 zł
14	Pogryzienie przez zwierzęta w tym owady (świadczenie jednorazowe, płatne pod warunkiem min. 24 h pobytu w szpitalu)	200 zł	300 zł	400 zł	500 zł
15	Ugryzienie przez kleszcza (świadczenie jednorazowe, płatne pod warunkiem zdiagnozowania boreliozy lub odkleszczowego zapalenia opon mózgowych)	200 zł	300 zł	400 zł	500 zł
16	Poparzenia	do 3 500 zł	do 4 200 zł	do 5 500 zł	do 7 000 zł
17	Okaleczenie i oszpecenie twarzy	do 3 500 zł	do 4 200 zł	do 5 500 zł	do 7 000 zł
18	Koszty z tytułu przebudowy domu oraz modyfikacji pojazdu	do 7 000 zł	do 8 500 zł	do 11 000 zł	do 16 000 zł
19	Koszty leczenia w wyniku NW na terenie RP i poza granicą RP (w tym rehabilitacja)	do 500 zł	do 600 zł	do 1 500 zł	do 1 700 zł
20	Koszty leczenia zębów uszkodzonych w wyniku NW	do 1 000 zł	do 1 200 zł	do 1 500 zł	do 1 700 zł
21	Koszty wypożyczenia, zakupu lub naprawy środków ortopedycznych i pomocniczych (w tym okularów korekcyjnych, aparatu słuchowego)	-	do 1 000 zł	do 2 000 zł	do 2 000 zł
22	Dodatek dla osoby ratującej życie	5 000 zł	5 000 zł	5 000 zł	5 000 zł
	SKŁADKA ZA OSOBE (składka uwzględnia wyczynowe uprawianie sportu)	45 zł	50 zł	60 zł	76 zł
	SKŁADKA ZA OSOBE - Promocja do 30.06.2021 r. (składka uwzględnia wyczynowe uprawianie sportu)	43 zł	48 zł	58 zł	74 zł

* wypłata skumulowana

OCHRONA UBEZPIECZENIOWA DZIAŁA:

24 godziny na dobę na całym świecie.

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ JEST ROZSZERZONY O:

- 1) Następstwa aktów terrorystycznych.
- 2) Wyczynowe uprawianie sportu.

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

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.

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

WSTRZAŚNIENIE MÓZGU - ochrona obejmuje wstrząśnienie mózgu osoby ubezpieczonej powstałe w wyniku NW. Procent uszczerbku za to zdarzenie został określony w tabeli trwałego uszczerbku na zdrowiu.

USZCZERBEK NA ZDROWIU (CZĘŚCIOWE TRWAŁE INWALIDZTWO) - w przypadku gdy osoba ubezpieczona dozna uszkodzenia ciała, które jako jedyna i niezależna od innych czynników przyczyna doprowadzi do częściowego trwałego inwalidztwa, ubezpieczyciel wypłaci osobie ubezpieczonej świadczenie określone w tabeli świadczeń, stanowiącej załącznik nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia, z zastrzeżeniem poniższych warunków oraz do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie.

Stopień częściowego trwałego inwalidztwa zostanie określony, gdy tylko stan zdrowia osoby ubezpieczonej zostanie uznany za stabilny, nie później jednak niż w ciągu dwóch lat od nieszczęśliwego wypadku.

ŚWIADCZENIE BÓLOWE - w przypadku gdy osoba ubezpieczona dozna uszkodzenia ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub zdarzenia objętego umową, które wymagało interwencji lekarskiej oraz co najmniej jednej wizyty kontrolnej, a nie skutkowało wypłatą świadczenia z tytułu całkowitego trwałego inwalidztwa, albo częściowego trwałego inwalidztwa (uszczerbek na zdrowiu), albo poparzeń.

ŚMIERĆ RODZICA – śmierć rodzica osoby ubezpieczonej na skutek nieszczęśliwego wypadku powstałego w okresie ubezpieczenia, która nastąpiła w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

RODZIC – matka lub ojciec, zgodnie z postanowieniami kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, rodzicem jest również opiekun ustanowiony przez sąd, także osoba będąca w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku współmałżonkiem matki lub ojca, wdową po ojcu lub wdowcem po matce.

WSPARCIE PSYCHOLOGICZNE – koszty poniesione na pomoc psychologiczną dla ubezpieczonego (w przypadku śmierci rodzica w skutek NW) lub dla rodzica osoby ubezpieczonej (w przypadku śmierci ubezpieczonego w skutek NW) poniesione w ciągu 6 miesięcy od śmierci ubezpieczonego/rodzica ubezpieczonego w związku z nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym w okresie ubezpieczenia.

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.

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

POWAŻNE ZACHOROWANIE – w przypadku gdy u osoby ubezpieczonej rozpoznane zostanie poważne zachorowanie, którego objawy pojawią się po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia.

WYKAZ POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ (14 JEDNOSTEK): poważna forma raka, zawał serca, udar, wszczepienie bypassów, operacja aorty, operacja zastawek serca, niewydolność nerek, ślepota (utrata wzroku), przeszczep ważnego organu/szpiku kostnego, stwardnienie rozsiane, paraliż (utrata funkcji kończyn), choroba neuronu ruchowego, choroba Alzheimera/ciężkie otępienie, poważne poparzenia.

LECZENIE 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 365 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.

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 sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie dla tego zakresu.

Rodzaj porażenia:

Tetraplegia - 100% sumy ubezpieczenia

Triplegia - 100% sumy ubezpieczenia

Paraplegia - 50% sumy ubezpieczenia

Hemiplegia - 50% sumy ubezpieczenia

Monoplegia - 25% sumy ubezpieczenia

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:

- a) w związku tym zdarzeniem u osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia zdiagnozowano boreliozę lub odkleszczowe zapalenie opon mózgowych,
- b) 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

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 zrośniętych z przemieszczeniem.

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

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

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

- 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 i rehabilitacyjne.

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

ZWYKŁE I UZASADNIONE KOSZTY - oznaczają poniesione przez osobę ubezpieczoną/rodzica opłaty i należności lekarza dentysty, z wyłączeniem opłat i należności, które nie zostałyby poniesione w przypadku braku ubezpieczenia oraz które z medycznego punktu widzenia nie były niezbędne w okresie ubezpieczenia. Niniejszy zakres ochrony nie obejmuje roszczeń wynikających z leczenia kanałowego, rutynowej bądź profilaktycznej opieki stomatologicznej.

KOSZTY WYPOŻYCZENIA, ZAKUPU LUB NAPRAWY ŚRODKÓW ORTOPEDYCZNYCH I POMOCNICZYCH - w przypadku gdy osoba ubezpieczona dozna uszkodzenia ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, skutkującego wypłatą świadczenia z tytułu całkowitego trwałego inwalidztwa albo częściowego trwałego inwalidztwa (uszczerbek na zdrowiu) ubezpieczyciel pokryje koszty wypożyczenia, zakupu lub naprawy środków ortopedycznych i pomocniczych poniesionych w ciągu jednego roku od daty nieszczęśliwego wypadku. Ochrona obejmuje pokrycie kosztów wypożyczenia, zakupu lub naprawy środków ortopedycznych i pomocniczych osoby ubezpieczonej pod warunkiem że są one:

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

ŚRODKI ORTOPEDYCZNE I POMOCNICZE - oznaczają wszelkie środki niezbędne dla wspomagania procesu leczniczego w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, takie jak gorsety, protezy, ortezy, kule, stabilizatory, aparaty ortopedyczne, wózek inwalidzki, a także okulary korekcyjne i aparaty słuchowe.

DODATEK DLA OSOBY RATUJĄCEJ ŻYCIE - ubezpieczyciel wypłaci dodatkowe świadczenie w wysokości wskazanej w polisie beneficjentom osoby niebędącej ubezpieczającym, która zginie, próbując uratować życie osoby ubezpieczonej. Wysokość świadczenia wskazana w polisie stanowi maksymalny limit odpowiedzialności ubezpieczyciela, niezależnie od liczby beneficjentów.

Niniejszy materiał został przygotowany na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków dla Dzieci, Młodzieży oraz Pracowników w Placówkach Oświatowych zatwierdzonych przez Dyrektora Colonnade Insurance Société Anonyme Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie w dniu 26 lutego 2021r. 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.