ZAKRES UBEZPIECZENIA NNW Inter Risk TU SA VIG OPCJA PODSTAWOWA ORAZ WYMAGANE DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

**Ubezpieczenie funkcjonuje 24 na dobę, odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeniowego za zdarzenia powstałe na całym świecie (ograniczane przez towarzystwa są zwroty kosztów leczenia poniesione wyłącznie na terenie RP).**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Świadczenia w** **OPCJI PODSTAWOWEJ**  | **Wysokość świadczenia %SU** | **Informacje dodatkowe** | **SU 20.000 zł** | **Wymagane dokumenty** |
| **1% uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku w tym złamania, zwichnięcia oraz skręcenia trzech stawów (kostka, kolano, nadgarstek)** | 1% sumy ubezpieczenia | Uszczerbek na zdrowiu ustalany na podstawie Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu InterRisk | **200 zł** | **Dokumentacja medyczna wymieniona w instrukcji zgłoszenia roszczenia** |
| **koszty nabycia wyrobów medycznych, wydawanych na zlecenie wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia** **w tym zwrot kosztu zakupu lub naprawy okularów korekcyjnych lub aparatu słuchowego uszkodzonych podczas zajęć lekcyjnych W-F pod warunkiem powstania jednocześnie trwałego uszczerbku** | do 30% SUw tym zwrot za zakup okularów korekcyjnych i aparatu słuchowego **do 200 zł** | Zwrot kosztów za zakup wyrobów w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty wypadku | **Zwrot kosztów****do 6000 zł** | **Celem refundacji poniesionych kosztów należy przedstawić:**1. kopię zlecenia lekarskiego na zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze,

b) okazać Ubezpieczycielowi oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty, |
| **koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych** | do 30% sumy ubezpieczenia | Zwrot kosztów dla osoby trwale niezdolnej do pracy w dotychczasowym zawodzie | **Zwrot kosztów****do 6000 zł** | **Celem refundacji poniesionych kosztów należy przedstawić:**1. kopię decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, na podstawie której przyznano rentę szkoleniową osobie trwale niezdolnej do pracy w dotychczasowym zawodzie lub orzeczenie powiatowego (lub wojewódzkiego) zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności, w którym orzeczono o celowości przekwalifikowania zawodowego osoby niepełnosprawnej oraz

b) zostały poniesione na terytorium RP w okresie nie dłuższym niż dwa lata od NW; |
| **uszczerbek na zdrowiu w wyniku ataku padaczki** | jednorazowo - 1% sumy ubezpieczenia | Jednorazowe świadczenie pod warunkiem zdiagnozowania padaczki w okresie ubezpieczenia | **200 zł** | **Dokumentację medyczną potwierdzającą że zdiagnozowanie padaczki nastąpiło w okresie ubezpieczenia** |
| **śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku**  | 100% sumy ubezpieczenia | Za NNW uważa się również zawał serca i udar mózgu | **20 000 zł** | **Akt zgonu****Odpowiedzialność ubezpieczyciela za śmierć w wyniku NW jeżeli śmierć nastąpiła w ciągu 2 lat od wypadku.** |
| **zdiagnozowanie u Ubezpieczonego sepsy** | jednorazowo - 10% sumy ubezpieczenia | Wypłata pod warunkiem zdiagnozowania sepsy, która spowoduje dysfunkcję lub niewydolność co najmniej dwóch narządów lub układów | **2000 zł** | **Sepsa – rozpoznany przez lekarza zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej (SIRS) wywołanej zakażeniem, spowodowanym obecnością drobnoustrojów i ich toksycznych produktów we krwi, powodujący dysfunkcję lub niewydolność co najmniej dwóch narządów lub układów;** |
| **śmierć opiekuna ustawowego Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** | jednorazowo - 10% sumy ubezpieczenia | Odpowiedzialność ubezpieczyciela do dwóch zdarzeń w okresie ubezpieczenia | **2000 zł** | **Akt zgonu, karta zgonu z potwierdzeniem okoliczności zdarzenia – wypadku śmiertelnego** |
| **pogryzienie przez psa,**  | jednorazowo - 1% sumy  |  | **200 zł** | Zaświadczenie lekarskie o udzieleniu pierwszej pomocy medycznej. |
| **pokąsania, ukąszenia, użądlenia** | jednorazowo - 2% sumy pod warunkiem 2 dniowego pobytu w szpitalu | Warunek odpowiedzialności: pobyt w szpitalu minimum 2 dni | **400 zł** | Karta pobytu w szpitalu  |
| **Wstrząśnienie mózgu w wyniku NW** | 1% SU pod warunkiem 2 dniowego pobytu w szpitalu | Warunek odpowiedzialności: pobyt w szpitalu minimum 3 dni | **200 zł** | **Karta informacyjna z pobytu w szpitalu** |
| **Śmierć ubezpieczonego w wyniku NW na terenie placówki oświatowej** |  | Świadczenie łączne | **80 000 zł** |  |
| **Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego bąblowicy, toksoplazmozy, wścieklizny** | 5% SU | Wypłata za fakt zdiagnozowania | **1 000 zł** | **Dokument medyczny potwierdzający zdiagnozowanie choroby w okresie ubezpieczenia** |
| **Zatrucie pokarmowe, lub nagłe zatrucie gazami, bądź porażenie prądem lub piorunem** | 2% SU | Warunek odpowiedzialności: pobyt w szpitalu minimum 3 dni | **400 zł** | **Dokumentacja medyczna potwierdzająca zdarzenie** |
| **Koszty akcji poszukiwawczej dziecka** |  |  | **Do 2 000 zł** | **zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem iż udokumentowano zgłoszenie zaginięcia dziecka Policji.** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RODZAJE OPCJI DODATKOWYCH ZAWARTYCH W UBEZPIECZENIU** | **WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA** | **Niezbędne dokumenty / uwagi / informacje dodatkowe** |
| Opcja Dodatkowa D1 – śmierć w następstwie wypadku komunikacyjnego | 5 000 zł | Świadczenie dodatkowe |
| Opcja Dodatkowa D2 – oparzenia, odmrożenia w wyniku NW | II stopień  | 750 zł | Dokumentacja medyczna z udzielenia pomocy(karty informacyjne; historia choroby; wyniki badań; opinie i diagnozy lekarzy w którym jest stwierdzony stopień oparzenia) |
| III stopień |  2 250 zł |
| IV stopień | 3 750 zł |
| Opcja Dodatkowa D3 - pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie od pierwszego dnia pobytu w szpitalu) pobyt do 60 dni | 74 zł za pierwsze 10 dni pobytu – od 11 dnia:111 zł/ za każdy kolejny dzień(**pobyt minimum 2 dni**)Pobyt na OIOM co najmniej 48h dopłata jednorazowa 500 zł | Karta Informacyjna ze szpitala |
| Opcja Dodatkowa D4 - pobyt w szpitalu w wyniku choroby (świadczenie wypłacane od drugiego dnia pobytu) pobyt do 100 dni | 74 zł/ za każdy dzień(**pobyt powyżej 3 dni**) | Karta Informacyjna ze szpitala |
| Opcja Dodatkowa D8 – koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku  | SU: 910 złKosztów które powstały w okresie 12 miesięcy od daty wypadku(limity odpowiedzialności:* rehabilitacja 50%, operacja plastyczna 200% określonej SU
 | Koszty leczenia- poniesione na terytorium RP niezbędne z medycznego punktu widzenia i **udokumentowane fakturami** koszty z tytułu:1. Wizyt lekarskich
2. zabiegów ambulatoryjnych, rehabilitacji
3. Badań zleconych przez lekarza prowadzącego leczenie
4. Pobytu w szpitalu
5. Operacji przeprowadzonej podczas co najmniej trzydniowego pobytu w szpitalu
6. Operacji plastycznej zleconej przez lekarza jako niezbędna część leczenia NNW
7. Zakupu środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza
8. Rehabilitacji zleconej przez lekarza
9. Kosztów leków przez lekarza prowadzącego leczenie szpitalne, które skutkowało co najmniej czterodniowym pobytem w szpitalu w wyniku NW
 |
| Opcja Dodatkowa D10 – koszty leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku  | Zwrot do 840 zł | Zwrot udokumentowanych fakturami kosztów, pod warunkiem, iż koszty leczenia stomatologicznego:1. powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
2. zostały poniesione na odbudowę stomatologiczną uszkodzonego lub utraconego zęba stałego, z zastrzeżeniem, że w związku z utratą lub uszkodzeniem zęba w NW wypadku u Ubezpieczonego został orzeczony uszczerbek na zdrowiu
3. **zostały poniesione w okresie ubezpieczenia na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, w okresie maksymalnie 6 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku**;
 |
| Opcja Dodatkowa D11 – uciążliwe leczenie w wyniku NW | 200 zł | Leczenie Ubezpieczonego będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz spowodował uszkodzenia ciała Ubezpieczonego, z tytułu którego:a) Ubezpieczonemu nie przysługują świadczenia z żadnej z Opcji, o których mowa §4 ust. 1 (uszczerbek na zdrowiu) orazb) Ubezpieczony wymagał leczenia, w trakcie którego odbył co najmniej dwie wizyty lekarskie oraz jedną wizytę kontrolną, z czego wszystkie z nich miały miejsce w placówce medycznej w trybie stacjonarnym lub Ubezpieczony doznał czasowej niezdolności do nauki lub do pracy przezokres nie krótszy niż 12 dni; |
| Hejt Stop | SU: 5 000 złPełen zakres świadczeń opisany w §11 OWU | * pomoc informacyjna w ramach bezpieczeństwa dotyczącego użytkowania portali społecznościowych,
* pomoc psychologa i pomoc prawna w przypadku działań przemocowych w sieci w stosunku do Ubezpieczonego m. in. w przypadku znieważenia lub zniesławienia w sieci, cyberbuling, cybermobbing, rozpowszechnienia nieprawdziwych informacji w sieci czy szantażu.
 |

|  |
| --- |
| **Wymagane dokumenty do zgłoszenia szkody:*** **Wypełniony formularz zgłoszenia szkody wydany przez szkołę.**
* **Dokumentacja medyczna z procesu leczenia opisującą rodzaj doznanych obrażeń oraz zawierającą dokładną diagnozę** (karty informacyjne, zaświadczenia, wyniki badań, historia choroby).
* **Zaświadczenie o zakończonym leczeniu** – jeżeli przychodnia pobiera opłaty za wydanie zaświadczenia o zakończeniu leczenia proszę żądać w zamian kopii historii choroby.
 |

**Instrukcja zgłoszenia roszczenia z umowy ubezpieczenia NNW.**

*Przed przystąpieniem do zgłoszenia roszczenia z umowy ubezpieczenia EDU Plus prosimy o przygotowanie:*

*- serii i numeru polisy, z której będzie zgłaszane roszczenie – dokument druku zgłoszenia otrzymają Państwo w Szkole*

*- danych osobowych osoby Ubezpieczonej (dziecka)*

*- dane Ubezpieczającego*

*- numer rachunku bankowego, na które należy wypłacić świadczenie*

***Szkodę można zgłosić w następujący sposób:***

**Stacjonarnie** – w biurze Pool Broker Sp. z o.o. ul. Ligowskiego 28, 22-600 Tomaszów Lubelski od poniedziałku do piątku w godzinach 8 - 16

**Internetowo** - za pośrednictwem strony internetowej www.interrisk.pl link poniżej: https://zgloszenie.interrisk.pl/assetclaim/new

**Pocztą tradycyjną** - kompletną dokumentację należy wysłać na poniższy adres:

Przegr. Pocztowa nr 3334

40-610 Katowice

**Pocztą elektroniczną** - skany wymaganych dokumentów (wskazanych w § 21 OWU) należy przesłać na adres e-mail: szkody@interrisk.pl

**Telefonicznie** – na numer telefonu InterRisk Kontakt: **(22) 575 25 25**