ZAKRES UBEZPIECZENIA DLA ZAKRES UBEZPIECZENIA DLA SZKOŁY PODSTAWOWEJ W PASIEKACH

OPCJA PODSTAWOWA UBEZPIECZENIE NNW MŁODZIEŻY SZKOLNEJ ORAZ WYMAGANE DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Świadczenia w** **OPCJI PODSTAWOWEJ**  | **Wysokość świadczenia %SU** | **Informacje dodatkowe** | **SU19.000 zł** | **Wymagane dokumenty** |
| **1% uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadkuw 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 | **190,00 zł** | **Dokumentacja medyczna wymieniona w instrukcji zgłoszenia roszczenia** |
| **koszty nabycia wyrobów medycznych, wydawanych na zlecenie** **w tym zwrot kosztu zakupu lub naprawy okularów korekcyjnych lub aparatu słuchowego uszkodzonych podczas zajęć lekcyjnych W-F** | do 30% SUw tym zwrot za zakup okularów korekcyjnych i aparatu słuchowego **do 200 zł** | Zwrot kosztów za zakup np. stabilizatora, kołnierzy ortopedycznych | **Zwrot kosztów****do 5 700, 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 5 700, zł** | **Celem refundacji poniesionych kosztów należy przedstawić:**1. kopię decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, na podstawie której przyznanorentę szkoleniową osobie trwale niezdolnej do pracy w dotychczasowymzawodzie lub orzeczenie powiatowego (lub wojewódzkiego) zespołu ds. orzekaniao niepełnosprawności, w którym orzeczono o celowości przekwalifikowaniazawodowego osoby niepełnosprawnej,

b) okazać Ubezpieczycielowi oryginały imiennych rachunków lub faktur VAToraz dowody ich zapłaty; |
| **z tytułu uszczerbku na zdrowiu w wyniku ataku padaczki** | jednorazowo - 1% sumy ubezpieczenia | Jednorazowe świadczenie pod warunkiem zdiagnozowania padaczki w okresie ubezpieczenia | **190 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 | **19 000 zł** | **Akt zgonu** |
| **zdiagnozowanie u Ubezpieczonego sepsy** | jednorazowo - 10% sumy ubezpieczenia | Wypłata za fakt zdiagnozowania sepsy | **1 900 zł** | **Dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienia sepsy –** wypłata świadczeniapod warunkiem, iż sepsa została zdiagnozowana w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej |
| **śmierć opiekuna ustawowego Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** | jednorazowo - 10% sumy ubezpieczenia | W przypadku śmierci obydwu rodziców / opiekunów prawnych świadczenie wypłacane jest podwójnie | **1 900 zł** | **Akt zgonu** |
| **pogryzienie przez psa,**  | jednorazowo - 1% sumy  |  | **190zł** | Zaświadczenie lekarskie o udzieleniu pierwszej pomocy medycznej oraz karta pobytu w szpitalu. |
| **pokąsania, ukąszenia, użądlenia** | jednorazowo - 1% sumy pod warunkiem 2 dniowego pobytu w szpitalu | Warunek odpowiedzialności: pobyt w szpitalu minimum 2 dni | **380 zł** |  |
| **Wstrząśnienie mózgu w wyniku NW** | 1% SU pod warunkiem 3 dniowego pobytu w szpitalu | Warunek odpowiedzialności: pobyt w szpitalu minimum 3 dni | **190 zł** | **Karta informacyjna z pobytu w szpitalu** |
| **Śmierć ubezpieczonego w wyniku NW na terenie placówki oświatowej** | 50% SU | Dodatkowe świadczenie | **9500 zł** |  |
| **Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego bąblowicy, toksoplazmozy, wścieklizny** | 5% SU | Wypłata za fakt zdiagnozowania | **950 zł** | **Dokument medyczny potwierdzający zdiagnozowanie choroby w okresie ubezpieczenia** |

**Rozszerzenie ochrony o uszkodzenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku** - wypłata świadczenia w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia:

**a)Nieszczęśliwy wypadek nie pozostawił uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego ( 0% uszczerbku na zdrowiu) oraz nie wypłacono świadczenia z tytułu ataku padaczki, wstrząśnienia mózgu, pogryzienia przez psa, pokąsania, ukąszenia/użądlenia .**

**b)Uszkodzenie ciała wymagało interwencji lekarskiej w placówce medycznej oraz dalszego leczenia i co najmniej dwóch wizyt kontrolnych u lekarza**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RODZAJE OPCJI DODATKOWYCH** | WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA | Niezbędne dokumenty |
| Opcja Dodatkowa D1 – ŚMIERĆ W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO | 4 000 zł  | Podwyższenie Sumy ubezpieczenia o dodatkowe 4 000 zł  |
| Opcja Dodatkowa D2 – oparzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku | II stopień  | 600 zł | Dokumentacja medyczna z udzielenia pomocy(karty informacyjne; historia choroby; wyniki badań; opinie i diagnozy lekarzy w którym jest stwierdzony stopień oparzenia) |
| III stopień |  1 800 zł |
| IV stopień | 3 000 zł |
| Opcja Dodatkowa D4 - pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie od pierwszego dnia pobytu w szpitalu) | 75 zł/ za każdy dzień(pobyt minimum 3 dni)Pobyt na OIOM dopłata jednorazowa 500 zł | Karta Informacyjna ze szpitala |
| Opcja Dodatkowa D5 - pobyt w szpitalu w wyniku choroby (świadczenie od drugiego dnia pobytu) | 75 zł/ za każdy dzień(pobyt powyżej 3 dni) | Karta Informacyjna ze szpitala |
| Opcja Dodatkowa D6 – poważne zachorowanie | 1 000 zł | Wypłata w przypadkuzdiagnozowaniachoroby w okresieubezpieczeniazgodniej z katalogiemtowarzystwa**:**Nowotwórzłośliwy, Paraliż, NiewydolnośćNerek, Transplantacjagłównychorganów, Polimyelitis, Utratamowy, słuchulubwzroku, Anemia aplastyczna, Stwardnienierozsiane, cukrzycatypu I, niewydolnośćserca, chorobyautoimmunologiczne, zapealenieoponmózgowordzeniowych. |
| Opcja Dodatkowa D8 – operacje w wyniku nieszczęśliwego wypadku | Suma Ubezpieczenia: 2 000 zł  | Wypłata dodatkowego świadczenia w przypadku operacji po nieszczęśliwym wypadku zgodnie z tabelą nr 8 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia |
| Opcja Dodatkowa D10 – koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku  | Zwrot do 800 zł | 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, za wyjątkiem operacji plastycznych
6. Zakupu środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza”
 |
| Opcja Dodatkowa D13 – koszty leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku  | Zwrot do 500 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,
3. zostały poniesione w okresie ubezpieczenia na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, w okresie maksymalnie 6 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;
 |

|  |
| --- |
| **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.
 |