ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIA NA ROK SZKOLNY 2020/2021

SUMA UBEZPIECZENIA **15 000 PLN** SKŁADKA **43 ZŁ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RODZAJ ŚWIADCZEŃ** | WYSOKOŚĆ WYPŁATY  wg Sumy Ubezpieczenia | SUMA UBEZPIECZENIA  15 000 ZŁ |
| Całkowity 100% uszczerbek na zdrowiu | 200% | **30 000** |
| Śmierć Ubezpieczonego w wypadku komunikacyjnym | 150% | 22 500 |
| Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NNW, sepsy, **wirusa SARS-CoV-2** | 100% | 15 000 |
| Śmierć Ubezpieczonego w wyniku niewydolności wielonarządowej- choroby | 100% | 15 000 |
| Śmierć Ubezpieczonego w wyniku popełnienia samobójstwa | 100% | 15 000 |
| Częściowy trwały uszczerbek na zdrowiu **powyżej 25%** | **2% za każdy 1% uszczerbku** | 1% = **300** |
| **Częściowy trwały uszczerbek na zdrowiu, w tym też:**   * Pogryzienie przez psa i inne zwierzęta oraz ukąszenia owadów * Poparzenie (każdego stopnia) * Odmrożenie (każdego stopnia) * **Nagłe zatrucia gazami, substancjami i produktami chemicznymi** * **Porażenie prądem lub piorunem** * Złamanie, zwichnięcie, skręcenie, wybicie **(szkoły plastyczne, muzyczne 1%=2% SU)** * Wstrząśnienie mózgu, obicie mózgu * Zranienia, rany szarpane, rany cięte * Uszkodzenia narządu słuchu oraz wzroku **(szkoły muzyczne 1%=2% SU)** * **Obrażenia ciała spowodowane atakiem epilepsji, omdleniem, utraty przytomności oraz pobicia** * **Następstwa zawału mięśnia sercowego i udaru mózgu** * Następstwa nieudanej próby samobójczej * Inne…………………………… | % w jakim Ubezpieczony  doznał trwałego uszczerbku | 1% = 150  2% = 300  3% = 450  Etc……. |
| Częściowy trwały uszczerbek doznany podczas rekreacyjnego uprawiania sportu oraz klasy sportowe i młodzieżowe kluby sportowe |
| Koszty **nabycia, wypożyczenia** środków pomocniczych, **protez, gipsów miękkich, ortez, kuli, gorsetów i innych** przedmiotów ortopedycznych – **wg. rozporządzenia Ministra Zdrowia** | **30%** | 4 500 |
| **Koszty odbudowy zębów stałych** | **30%**  **max 500 zł za każdy ząb** | do 4 500 |
| **Koszty** przeszkolenia zawodowego inwalidów | **50%** | 7 500 |
| **Koszty** dodatkowych badań lekarskich zleconych przez STU ERGO HESTIA S.A | bez limitu | bez limitu |
| **Zwrot kosztów leczenia**- wydatki poniesione wskutek NNW na terenie RP w tym:   * **Prywatne wizyty lekarskie** * **Tomografia komputerowa, Rezonans magnetyczny, USG, RTG i inne** * Operacyjne nastawienie kości, * Zdjęcie szyny z zębów * Założenie i zdjęcie szwów * **Pokrycie kosztów łóżka w placówce medycznej/hotelu dla opiekuna** * Niezbędne lekarstwa i środki opatrunkowe * Inne………………………….. | **10%** | 1 500 |
| **Zwrot kosztów rehabilitacji** | **10%** | 1 500 |
| **Dzienne** **świadczenie szpitalne** **w wyniku choroby (pobyt minimum 1 dzień)!!**  - płatne od 1 dnia pobytu max 90 dni **(zdiagnozowane w okresie ubezpieczenia)** | **25 zł za każdy dzień**  **max 2 250 zł** | 25 |
| **Zwrot kosztów wizyt u psychologa**  **na podstawie faktury/ rachunku imiennego oraz potwierdzonej diagnozy o wystąpieniu zaburzeń spowodowanych długotrwałą izolacją** | **200 zł** | 200 |
| Pobyt w szpitalu po wypadku-(np. obserwacja- min 3 dni)- brak trwałego uszczerbku na zdrowiu  Leczenie ambulatoryjne na skutek wypadku (min 14 dni)- bez trwałego uszczerbku na zdrowiu | **3%**  **1%** | 450  150 |
| **Assistance powypadkowy na terenie RP – organizacja i pokrycie kosztów przez STU ERGO HESTIA S.A.**   * **Transport medyczny** * **Rehabilitacja**- wizyta fizykoterapeuty, wizyta w poradni rehabilitacyjnej * **Sprzęt rehabilitacyjny** * **Pomoc** psychologa * **Prywatna** wizyta lekarza w miejscu pobytu Ubezpieczonego * **Prywatna** wizyta Ubezpieczonego u lekarza * **Prywatna** wizyta pielęgniarki * Dowóz leków i drobnego sprzętu medycznego * Prywatne korepetycje * Opieka nad dzieckiem * Pomoc informacyjna * Telefoniczna informacja o placówkach i usługach służby zdrowia * Powiadomienie rodziny * Telefoniczna informacja medyczna oraz szpitalna | **2 000 zł** | 2 000 |
| **Świadczenie na wypadek śmierci jednego lub obojga przedstawicieli ustawowych w wyniku NW** | **1 000 zł** | 1 000 |
| **Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania**: **( choroby zdiagnozowane w okresie ubezpieczenia)**   * Nowotwór złośliwy * Białaczka * Guz mózgu * Paraliż * Zapalenie mózgu * Wrodzona wada serca * Wirusowe zapalenie wątroby * **Choroby serca** * Przeszczep narządów, utrata kończyn, zakażenie wirusem HIV * **Choroba Creufzfelda-Jakoba** | **1 000 zł** | 1 000 |
| **Dzienne** **świadczenie szpitalne** w wyniku: **(pobyt minimum 1 dzień**)!!  **NW** – płatne od 1 dnia pobytu max 180 dni | 30 zł za każdy dzień  max 5 400 zł | 30 |
| **Świadczenie** na wypadek śmierci jednego lub obojga przedstawicieli ustawowych  **w wyniku innym niż NNW** | **1 000 zł** | **1 000 zł** |
|  |  |  |