ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIA NA ROK SZKOLNY 2020/2021

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RODZAJ ŚWIADCZEŃ** | WYSOKOŚĆ WYPŁATYwg 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% = 1502% = 3003% = 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 zdrowiuLeczenie ambulatoryjne na skutek wypadku (min 14 dni)- bez trwałego uszczerbku na zdrowiu | **3%****1%** | 450150 |
| **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 dzieńmax 5 400 zł | 30 |
| **Świadczenie** na wypadek śmierci jednego lub obojga przedstawicieli ustawowych **w wyniku innym niż NNW** |  **1 000 zł** | **1 000 zł** |
|  |  |  |