

NAJLEPSZE UBEZPIECZENIE SZKOLNE

POSTANOWIENIA POCZĄTKOWE	2
Co oznaczają określenia użyte w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia	2
DEFINICJE	2
JAKĄ OCHRONĘ zapewnia UBEZPIECZENIE?	4
PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA	4
Jaką Opcję ubezpieczenia wybierzesz?	4
ZAKRES UBEZPIECZENIA	4
Co oferuje Opcja Podstawowa?	5
RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ	5
Co oferuje Opcja Ochrona?	5
Co oferuje Opcja Ochrona PLUS?	7
O jakie dodatkowe świadczenia możesz rozszerzyć wybraną Opcję?	9
Jaką pomoc otrzymasz w ramach Assistance EDU PLUS?	11
Kiedy Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia?	12
WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	12
SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY	13
Co trzeba zrobić, żeby się ubezpieczyć?	13
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	13
Od kiedy ubezpieczenie gwarantuje ochronę i kiedy ona się kończy?	13
POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	13
ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA	14
Od czego zależy wysokość składki ubezpieczeniowej?	14
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA	14
Jakie obowiązki ma Ubezpieczający, Ubezpieczony, a jakie Ubezpieczyciel?	15
PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY	15
Co zrobić żeby dostać świadczenie?	15
ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA. USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA	15
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	17

POSTANOWIENIA POCZĄTKOWE

§1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia **EDU PLUS**, zwane dalej OWU, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy osobami fizycznymi, prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi nie posiadającymi osobowości prawnej takimi jak: żłobki i przedszkola, szkoły, placówki szkolne, szkoły wyższe, zakłady opiekuńcze i inne instytucje oświatowe, zwane dalej Ubezpieczającymi a InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, zwanym dalej UBEZPIECZYCIEM.
2. Umowę ubezpieczenia można zawrzeć także na cudzy rachunek, z tym że Ubezpieczony imiennie wskazany jest w umowie (polisie) lub też w zależności od rodzaju zawartej umowy ubezpieczenia nie jest wskazany w polisie. Zarzuty mające wpływ na odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA może on podnieść także przeciwko Ubezpieczonemu.
3. Do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone, za zgodą stron, postanowienia dodatkowe lub odmienne, z tym że różnice między niniejszymi OWU, a treścią umowy UBEZPIECZYCIEL przedstawi Ubezpieczającemu na piśmie przed zawarciem umowy.
4. Wszystkie postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU muszą być, pod rygorem ich nieważności, sporządzone na piśmie w formie aneksu lub załącznika do umowy ubezpieczenia.
5. Wszystkie zmiany umowy ubezpieczenia muszą być, pod rygorem ich nieważności, sporządzone na piśmie w formie aneksu do umowy ubezpieczenia.
6. Do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa polskiego, a w szczególności przepisy Kodeksu Cywilnego (Dz.U. z 1964 r. nr 16, poz. 93 z późn. zm.) i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. z 2003 r. nr 124, poz. 1151 z późn. zm.).

CO OZNACZAJĄ OKREŚLENIA UŻYTE W OGÓLNYCH WARUNKACH UBEZPIECZENIA

DEFINICJE

§2

W rozumieniu niniejszych OWU przez poniższe określenia, użyte w OWU lub wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, polisie, innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia, a także innych pismach i oświadczeniach składanych w związku z umową ubezpieczenia, uważa się:

- 1) **akty terroru** – nielegalne działania i akcje organizowane z pobudek ideologicznych, religijnych, politycznych lub społecznych, indywidualne lub grupowe, prowadzone przez osoby działające samodzielnie lub na rzecz bądź z ramienia jakiegokolwiek organizacji lub rządu, skierowane przeciwko osobom, obiektom lub społeczeństwu, mające na celu wywarcie wpływu na rząd, wprowadzenie chaosu, zastraszenie ludności i dezorganizację życia publicznego przy użyciu przemocy lub groźby użycia przemocy;
- 2) **anemia aplastyczna** – przewlekła niewydolność szpiku kostnego, której wynikiem jest spadek liczby krwinek czerwonych, krwinek białych i płytek krwi, wymagające podawania leków immunosupresyjnych lub przeszczepu szpiku. Rozpoznanie anemii aplastycznej musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę hematologa;
- 3) **bójka** – starcie fizyczne pomiędzy co najmniej dwiema osobami, z których każda jednocześnie atakuje i broni się, stwarzając niebezpieczeństwo utraty życia lub wystąpienia uszczerbku na zdrowiu;
- 4) **całkowite inwalidztwo** – uszkodzenia ciała powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku, w wyniku których Ubezpieczony na podstawie orzeczenia lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych zostaje uznany za całkowicie niezdolnego do pracy oraz samodzielnej egzystencji – jeżeli ukończył 16 lat lub za niepełnosprawnego w stopniu znacznym przez powiatowy lub wojewódzki zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności – jeżeli nie ukończył 16 lat;
- 5) **Centrum Assistance** – jednostka organizacyjna wskazana przez UBEZPIECZYCIELA (adres, adres e-mail, numer telefonu podawane są przy zawieraniu umowy ubezpieczenia), która na zlecenie UBEZPIECZYCIELA udziela świadczeń assistance – Assistance EDU PLUS;

- 6) **choroba** – zaburzenia w funkcjonowaniu narządów lub organów ciała Ubezpieczonego, niezależnie od niczyjej woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę;
- 7) **choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (kod ICD: F00-F99);
- 8) **choroba zawodowa** – choroba znajdująca się w wykazie chorób zawodowych określonym w załączniku do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 roku w sprawie chorób zawodowych (Dz.U. z 2009 r. Nr 105, poz. 869 z późn. zm.);
- 9) **dzień pobytu w szpitalu** – pobyt na oddziale szpitalnym trwający co najmniej 24 godziny, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia Ubezpieczonego, spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą. W przypadku świadczeń dodatkowych, o których mowa w §4 ust. 3 pkt. 4) i 5), dzień przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala i dzień wypisu Ubezpieczonego ze szpitala w przypadku wypłaty świadczenia liczone są łącznie jako jeden dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu;
- 10) **franszyza integralna** - wyłączenie odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA w zakresie świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu, o którym mowa w §5 pkt. 1) lit. b) niższego lub równego 3%, przy czym wprowadzenie franszyzy integralnej oznacza pełną wysokość świadczenia, dla uszczerbku na zdrowiu większego niż 3%;
- 11) **koszty leczenia** – poniesione na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane koszty opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, pobytów w szpitalu, operacji i zabiegów, koszty poniesione na badania ambulatoryjne oraz zakup niezbędnych środków opatrunkowych;
- 12) **lekarz** – osoba posiadająca odpowiednie, formalnie potwierdzone kwalifikacje zgodnie z wymogami prawa, wykonująca zawód w zakresie swoich uprawnień i kwalifikacji, nie będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub osobą bliską dla Ubezpieczonego;
- 13) **lekarz Centrum Assistance** – lekarz zatrudniony lub współpracujący z Centrum Assistance;
- 14) **lekarz zaufania** – lekarz medycyny lub stomatologii, z którym UBEZPIECZYCIEL zawarł umowę o współpracy w zakresie oceny stanu zdrowia i podjętego leczenia oraz orzekania o czasowej niezdolności do wykonywania czynności zawodowych lub nauki. Lekarz zaufania będący osobą bliską dla Ubezpieczonego, nie może dokonywać dla potrzeb UBEZPIECZYCIELA oceny stanu zdrowia, podjętego leczenia i orzekać o czasowej niezdolności do wykonywania czynności zawodowych lub nauki;
- 15) **materiały wybuchowe** – substancje chemiczne stałe lub ciekłe albo mieszaniny substancji zdolne do reakcji chemicznej z wytwarzaniem gazu o takiej temperaturze i ciśnieniu i z taką szybkością, że mogą powodować zniszczenia w otaczającym środowisku, a także wyroby wypełnione materiałem wybuchowym;
- 16) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie mające miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej wywołane przyczyną zewnętrzną, na skutek której Ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała lub zmarł. W rozumieniu niniejszych OWU za nieszczęśliwy wypadek uważa się również zawał serca, udar mózgu, za wyjątkiem świadczeń, o których mowa w §5 pkt. 5) §6 pkt. 10) oraz §7 pkt. 6);
- 17) **niewydolność nerek** – końcowa postać niewydolności nerek, charakteryzująca się trwałym i nieodwracalnym upośledzeniem funkcji obydwu nerek, w wyniku którego konieczne jest stosowanie dializ lub przeszczep nerki;
- 18) **nowotwór złośliwy** – obecność niekontrolowanego wzrostu komórek nowotworowych. Rozpoznanie nowotworu złośliwego musi być potwierdzone badaniem histopatologicznym pobranego materiału przeprowadzonym przez wykwalifikowanego anatomopatologa. Definicja nowotworu złośliwego obejmuje również białaczkę (za wyjątkiem przewlekłej białaczki limfatycznej), nowotwór złośliwy układu limfatycznego i chorobę

- Hodgkina. Za nowotwór złośliwy w rozumieniu OWU nie uważa się:
- a) nowotworu nieinwazyjnego (carcinoma in situ),
 - b) dysplazji szyjki macicy, nowotworu szyjki macicy w stopniu od CIN-1 do CIN-3, nowotworu pęcherza moczowego Ta – wg klasyfikacji TNM,
 - c) nowotworu skóry, za wyjątkiem czerniaka złośliwego,
 - d) guza, który po badaniu histopatologicznym rozpoznano jako stan przednowotworowy lub przedinwazyjny,
 - e) nowotworu związanego z zespołem chorobowym towarzyszącym AIDS lub zakażeniu wirusem HIV;
- 19) **ocena ryzyka** – procedura ustalona i stosowana przez UBEZPIECZYCIELA przy obejmowaniu ochroną ubezpieczeniową osoby fizycznej lub grupy osób, mająca wpływ na wysokość składki i zakres ochrony ubezpieczeniowej, uwzględniająca w szczególności: wysokość sumy ubezpieczenia, liczebność grupy, rodzaj uprawianej dyscypliny sportowej;
 - 20) **ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie UBEZPIECZYCIELA do wypłaty świadczenia w razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego określonego w umowie ubezpieczenia, za które UBEZPIECZYCIEL ponosi odpowiedzialność ubezpieczeniową;
 - 21) **odmrożenie** – uszkodzenie skóry, powstające w wyniku działania niskiej temperatury; stopień odmrożenia określane jest przez lekarza;
 - 22) **odpady radioaktywne** – odpady promieniotwórcze: stałe, ciekłe lub gazowe, zawierające substancje promieniotwórcze;
 - 23) **oparzenie** – głębokie termiczne i/lub chemiczne oparzenie drugiego, trzeciego lub czwartego stopnia. Rozległość oparzenia oceniana jest według „Reguły dziesiątek” lub tabeli Lunda i Brondera;
 - 24) **operacja** – inwazyjny zabieg chirurgiczny, wykonany w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, przez uprawnionego lekarza o specjalności zabiegowej, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego narządu lub organu. Operacją, w rozumieniu niniejszych OWU, nie jest: zabieg przeprowadzony w celach diagnostycznych (np.: biopsja, punkcja, pobranie wycinków, operacja zwiadowcza), drobny zabieg chirurgiczny nie wymagający hospitalizacji oraz zabieg nie wynikający ze wskazań medycznych. Wyróżnia się następujące rodzaje operacji:
 - a) operacja metodą otwartą – polega na otwarciu przestrzeni i jam ciała lub światła narządów wewnętrznych, połączona z bezpośrednią ingerencją w ich wnętrze lekarza przeprowadzającego operację,
 - b) operacja metodą laparoskopową - polega na otwarciu przestrzeni i jam ciała lub światła narządów wewnętrznych, przy użyciu specjalistycznej aparatury, z pomocą której odbywa się ingerencja w ich wnętrze,
 - c) operacja metodą zamkniętą – bez otwierania przestrzeni i jam ciała lub światła narządów wewnętrznych (przezskórna, endoskopowa, przeznaczyńniowa);
 - 25) **operacja wtórna** – kolejna operacja związana przyczynowo z uprzednio przeprowadzoną operacją dotycząca tego samego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 26) **osoby bliskie** – małżonek, dzieci, partner, rodzeństwo, matka, ojciec, ojczym, macocha, pasierbica, teściowie, zięciowie, synowie, przysposabiający i przysposobieni Ubezpieczonego, opiekunowie ustanowieni przez sąd opiekuńczy;
 - 27) **padaczka** – (inaczej epilepsja lub choroba św. Walentego) choroba cechująca się pojawianiem napadów padaczkowych. Rozpoznanie choroby musi być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną;
 - 28) **paraliż** – całkowita, nieodwracalna utrata funkcji ruchowej co najmniej dwóch kończyn, będąca skutkiem nieszczęśliwego wypadku lub choroby. UBEZPIECZYCIEL wymaga przedstawienia zaświadczenia lekarskiego dokumentującego przyczynę wystąpienia paraliżu kończyn;
 - 29) **pełna niezdolność Ubezpieczonego do nauki i do pracy** – czasowa utrata zdolności do wykonywania pracy przez Ubezpieczonego lub uczęszczania na zajęcia lekcyjne powstała w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w okresie ochrony ubezpieczeniowej trwająca nieprzerwanie co najmniej 10 dni, udokumentowana:
 - a) zaświadczeniem lekarskim potwierdzającym okres niezdolności do nauki i zaświadczeniem ze szkoły potwierdzającym nieobecność na zajęciach lekcyjnych – w przypadku uczniów i studentów;
 - b) kopią zwolnienia lekarskiego L4, potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę lub placówkę medyczną, która wystawiła zwolnienie i zaświadczeniem stwierdzającym zatrudnienie – w przypadku pracowników placówki oświatowej;
 - 30) **pełna ochrona ubezpieczeniowa** – 24-godzinna ochrona ubezpieczeniowa na obszarze całego świata, podczas wykonywania pracy zawodowej oraz w życiu prywatnym;
 - 31) **pobicie** – napaść fizyczna co najmniej jednej osoby na drugą osobę lub osoby, stwarzająca niebezpieczeństwo utraty życia lub wystąpienia uszczerbku na zdrowiu;
 - 32) **pobyt w szpitalu** – pobyt na oddziale szpitalnym służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia Ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą, trwający przez okres co najmniej trzech dni;
 - 33) **pojazd** – w rozumieniu niniejszych OWU za pojazd uznaje się wyłącznie: samochód osobowy, samochód ciężarowy, autobus, pociąg, tramwaj, trolejbus, jeżeli spełnia warunki techniczne obowiązujące dla pojazdów danego rodzaju dopuszczonych do ruchu drogowego;
 - 34) **poliomyelitis** – infekcja wywołana wirusem polio, której skutkiem jest paraliż mięśni oddechowych lub mięśni kończyn lub zajęcie ośrodką oddechowego w pniu mózgu, z trwałym następstwem w postaci nasilonego niedowładu lub paraliżu. Diagnoza musi być potwierdzona przez dwóch niezależnych lekarzy specjalistów chorób dziecięcych lub zakaźnych;
 - 35) **poważne zachorowanie** – wyłącznie poniżej wymienione choroby, które zostały zdiagnozowane w trakcie okresu ubezpieczenia: nowotwór złośliwy, paraliż, niewydolność nerek, poliomyelitis, utrata wzroku, utrata mowy, utrata słuchu, anemia aplastyczna, stwardnienie rozsiane. Za poważne zachorowanie uważa się również transplantację głównych organów. Rozpoznanie schorzenia lub wykonanie procedury medycznej musi być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną;
 - 36) **pozostawanie pod wpływem alkoholu** – działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi od 0,2 ‰ alkoholu we krwi lub od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³ w wydychanym powietrzu;
 - 37) **przystąpienie do ubezpieczenia** – objęcie ochroną ubezpieczeniową osoby fizycznej w ramach umowy ubezpieczenia grupowego;
 - 38) **rodzic Ubezpieczonego** – naturalny ojciec lub matka;
 - 39) **sepsa** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej (SIRS) wywołanej zakażeniem; rozpoznanie choroby musi być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną;
 - 40) **sporty wysokiego ryzyka** – alpinizm, paralotniarstwo, szybownictwo oraz pilotowanie jakichkolwiek samolotów silnikowych, sploty sportowe oraz sporty wodne uprawiane na rzekach górskich, nurkowanie przy użyciu aparatów oddechowych, wspinaczka, sport balonowy, skoki bungee, speleologia, bobsleje, wszelkie odmiany skoków spadochronowych, sporty motorowe, kolarstwo górskie, heliskiing, heliboarding, skoki akrobatyczne na nartach, narciarstwo ekstremalne, snowboarding ekstremalny, jazda na nartach wodnych oraz sporty, w których wykorzystywane są pojazdy przeznaczone do poruszania się po śniegu lub lodzie, a także uczestnictwo w wyprawach lub ekspedycjach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi;
 - 41) **stwardnienie rozsiane** – choroba charakteryzująca się demielinizacją włókien nerwowych w obrębie mózgu i rdzenia kręgowego. Diagnoza powinna być jednoznaczna, potwierdzona przez specjalistę neurologa, określająca deficyty neurologiczne;
 - 42) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa polskiego, publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest diagnostyka, całodobowa opieka medyczna i leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym oraz zatrudniający wykwalifikowany personel medyczny w pełnym wymiarze godzin. Za szpital nie uważa się domu opieki, hospicjum, sanatorium, ośrodka leczniczego, a także placówki, której zadaniem jest leczenie uzależnienia od alkoholu, narkotyków oraz innych uzależnień;
 - 43) **środki pomocnicze** – wyłącznie środki pomocnicze wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17.12.2004r. (Dz.U. nr 276, poz. 2739 z dn. 28.12.2004r. z późn. zm.);

- 44) **transplantacja głównych organów** – przebyte jako biorca operacji przeszczepu serca, serca i płuc, wątroby lub jej części, nerki lub przeszczepu szpiku kostnego;
- 45) **trwale inwalidztwo częściowe** – uszkodzenia ciała, wymienione w Tabeli nr 1 w §6 pkt. 3), a także w Tabeli nr 4 w §7 pkt. 8) powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 46) **Ubezpieczający** – jeden z podmiotów, o których mowa w §1 ust. 1, zawierający umowę ubezpieczenia z UBEZPIECZYCIEM i zobowiązany do opłacenia składki ubezpieczeniowej;
- 47) **ubezpieczenie grupowe** – umowa ubezpieczenia zawierana przez UBEZPIECZYCIELA z Ubezpieczającym, przy czym minimalna grupa osób przystępujących do ubezpieczenia wynosi co najmniej 3 osoby, a w przypadku świadczeń dodatkowych, o których mowa w §8, minimalna grupa osób przystępujących do ubezpieczenia wynosi co najmniej 10 osób;
- 48) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, która w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyła 65 lat, będąca dzieckiem, uczniem, studentem lub pracownikiem danej placówki oświatowej, na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia;
- 49) **udar mózgu** – nagłe, w efekcie trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej wskutek wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego. Rozpoznanie udaru mózgu musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania tomografii komputerowej i/lub rezonansu magnetycznego, a w przypadku śmierci w następstwie udaru mózgu jednoznacznie diagnozą potwierdzającą przyczynę śmierci;
- 50) **Uprawniony** – osoba imiennie upoważniona przez Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku. W przypadku nie wyznaczenia osoby Uprawnionej, w razie śmierci Ubezpieczonego, za osobę Uprawnioną uważa się członków najbliższej rodziny Ubezpieczonego według następującej kolejności: małżonek, dzieci, rodzice Ubezpieczonego;
- 51) **uszczerbek na zdrowiu** – naruszenie sprawności organizmu powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku, polegające na trwałym uszkodzeniu ciała, powodujące upośledzenie czynności organizmu;
- 52) **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy. Dokumentacja medyczna musi być potwierdzona właściwą konsultacją lekarza specjalisty. Utrata mowy oznacza niemożność artykułowania zrozumiałych słów lub zrozumiałe mówionego języka;
- 53) **utrata słuchu** - całkowita i nieodwracalna utrata słuchu dla wszystkich dźwięków jako rezultat choroby lub nieszczęśliwego wypadku. Dokumentacja medyczna musi być potwierdzona właściwą konsultacją lekarza specjalisty laryngologa, włączając badanie audiometrii tonalnej oraz badanie progu słyszenia;
- 54) **utrata wzroku** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach (VO=0, z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji) powstała na skutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem, że o trwałości schorzenia orzeka się dopiero po upływie 6 miesięcy od daty jego wystąpienia. Rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone przez lekarza okulistę;
- 55) **wyczynowe uprawianie sportu** – podejmowana dobrowolnie forma aktywności fizycznej człowieka polegająca na uprawianiu dyscyplin sportu poprzez regularne uczestniczenie w treningach, zawodach, zgrupowaniach i obozach kondycyjnych lub szkoleniowych, w celu uzyskania, w drodze indywidualnej lub zbiorowej rywalizacji, maksymalnych wyników sportowych przez osoby będące członkami klubów, związków i organizacji sportowych. W rozumieniu niniejszych OWU za wyczynowe uprawianie sportu uważa się również uprawianie sportu w celach zarobkowych;
- 56) **wypadek komunikacyjny** – nagłe zdarzenie wywołane ruchem pojazdu, niezależne od woli Ubezpieczonego będącego pasażerem pojazdu, pieszym lub osobą kierującą pojazdem, które było bezpośrednią i wyłączną przyczyną uszkodzeń ciała lub śmierci Ubezpieczonego;
- 57) **wyroby medyczne** – wyłącznie wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17.12.2004 r. (Dz.U. nr 276, poz. 2739 z dn. 17.12.2004r. z późn. zm.);
- 58) **zawał serca** – martwica obszaru mięśnia sercowego w następstwie nagłego niedokrwienia, której rozpoznanie potwierdzone być musi wystąpieniem łącznie wymienionych poniżej objawów:

- stwierdzony w wywiadzie typowy ból stenokardialny,
- pojawienie się nowych, nie występujących dotychczas, charakterystycznych dla zawału mięśnia sercowego zmian w zapisie EKG,
- zwiększenie aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego powyżej standardowych wartości prawidłowych dla danego laboratorium.

W rozumieniu niniejszych OWU zawałem nie jest zawał rozpoznany jako tzw. zawał niemy, a także zawał rozpoznany jako przebyty w przeszłości np. na podstawie obrazu EKG, echokardiografii lub innych metod diagnostycznych. W przypadku śmierci w następstwie zawału serca rozpoznanie musi być potwierdzone jednoznacznie diagnozą potwierdzającą przyczynę śmierci;

- 59) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie losowe objęte ochroną ubezpieczeniową, które stanowi podstawę do wystąpienia przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z roszczeniem o wypłatę świadczenia zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia;
- 60) **złamanie** – przerwanie ciągłości tkanki kostnej stwierdzone przez lekarza.

JAKĄ OCHRONĘ ZAPEWNIĄ UBEZPIECZENIE?

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§3

Przedmiotem ubezpieczenia jest nieszczęśliwy wypadek, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej lub choroba, która została zdiagnozowana w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

JAKĄ OPCJĘ UBEZPIECZENIA WYBIERZESZ?

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§4

- W okresie ubezpieczenia, UBEZPIECZYCIEL udziela Ubezpieczonemu pełnej ochrony ubezpieczeniowej w życiu prywatnym i zawodowym na całym świecie, za wyjątkiem postanowień §8 pkt. 10), §8 pkt. 13) oraz §9.
- Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, jak również w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, umowa ubezpieczenia może być zawarta w:
 - Opcji Podstawowej,**
 - Opcji Ochrona,**
 - Opcji Ochrona Plus.**
- Opcja Podstawowa, Opcja Ochrona lub Opcja Ochrona Plus, za dopłatą dodatkowej składki może zostać rozszerzona o wybrane **Świadczenia Dodatkowe** (ryzyka):
 - śmierć Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,
 - oparzenia,
 - odmrożenia,
 - pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - pobytu w szpitalu w wyniku choroby,
 - poważne zachorowania – nowotwór złośliwy, paraliż, niewydolność nerek, transplantacja głównych organów, poliomyelitis, utrata wzroku, utrata mowy, utrata słuchu, anemia aplastyczna, stwardnienie rozsiane,
 - operacje plastyczne w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - operacje w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - operacje w wyniku choroby,
 - zwrot kosztów leczenia,
 - zasiłek dzienny za każdy dzień pełnej niezdolności Ubezpieczonego do nauki lub pracy,
 - zdiagnozowanie u Ubezpieczonego wady wrodzonej serca,
 - zwrot kosztów leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,

- 14) jednorazowe świadczenie z tytułu uciążliwości leczenia.
4. Zakres ubezpieczenia w ramach Opcji Podstawowej, Opcji Ochrona lub Opcji Ochrona Plus, za dopłatą dodatkowej składki, dodatkowo może zostać rozszerzony o świadczenia – Assistance EDU PLUS.
5. Na wniosek Ubezpieczającego i pod warunkiem zapłaty dodatkowej składki ochroną ubezpieczeniową mogą być objęte zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z wyczynowym uprawianiem sportu.

CO OFERUJE OPCJA PODSTAWOWA?

RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§5

Opcja Podstawowa obejmuje następujące świadczenia (ryzyka):

- 1) z tytułu **uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku**:
 - a) w razie **100% uszczerbku na zdrowiu** – przysługuje świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie);
 - b) w przypadku **uszczerbku na zdrowiu** – przysługuje świadczenie w wysokości takiego procentu sumy ubezpieczenia, w jakim nastąpiła utrata zdrowia określona przez lekarza zaufania procentem uszczerbku na zdrowiu,
 - c) **zwrot kosztów nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych** – do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem iż:
 - i. są niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane kopią zlecenia lekarskiego na zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze,
 - ii. zostały poniesione na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku;
 - d) **zwrot kosztów przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych** – do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem iż:
 - i. Ubezpieczony przedłożył decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o przyznaniu renty szkoleniowej 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,
 - ii. zostały poniesione na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku.
- 2) z tytułu **uszczerbku na zdrowiu w wyniku ataku padaczki** – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie);
- 3) z tytułu **śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – przysługuje świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie), pod warunkiem, iż:
 - a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się w okresie ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 4) z tytułu **zdiagnozowania u Ubezpieczonego sepsy** – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie), pod warunkiem, iż sepsa została zdiagnozowana w okresie ochrony ubezpieczeniowej,
- 5) z tytułu **śmierci rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** - jednorazowe świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie),
- 6) z tytułu **pogryzienia przez psa** - jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie).

CO OFERUJE OPCJA OCHRONA?

§6

Opcja Ochrona obejmuje następujące świadczenia (ryzyka):

- 1) z tytułu **śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – przysługuje świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie), pod warunkiem, iż:
 - a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się w okresie ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 2) z tytułu **zdiagnozowania u Ubezpieczonego sepsy** – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie), pod warunkiem, iż sepsa została zdiagnozowana w okresie ochrony ubezpieczeniowej,
- 3) z tytułu **trwałego inwalidztwa częściowego** wymienionego wyłącznie w Tabeli nr 1, które wystąpiło w ciągu 365 dni od dnia nieszczęśliwego wypadku - przysługuje świadczenie stanowiące procent sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie), w wysokości określonej w Tabeli nr 1

TABELA nr 1

Lp.	Rodzaj trwałego inwalidztwa częściowego Całkowita fizyczna utrata lub całkowita i trwała utrata funkcji poszczególnych narządów	Wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia	
1.	wzroku w obu oczach	100	
2.	wzroku w jednym oku	40	
3.	słuchu w obu uszach	100	
4.	słuchu w jednym uchu	20	
5.	mowy (obejmuje całkowitą utratę języka oraz afazję motoryczną i sensoryczną)	40	
6.	nosa (łącznie z kośćmi nosa)	20	
7.	małżowiny usznej	10	
8.	utrata kończyny dolnej na poziomie:		
a)	stawu biodrowego, uda, stawu kolanowego, podudzia, stopy	50	
b)	palucha	5	
c)	innego palca stopy	2	
d)	niedowład kończyny dolnej	25	
e)	ograniczenie ruchomości stawu biodrowego	20	
f)	ograniczenie ruchomości stawu kolanowego	10	
9.	utrata kończyny górnej na poziomie:		
a)	stawu barkowego, ramienia, stawu łokciowego, przedramienia, dłoni	50	
b)	kciuka	kończyna prawa 20	kończyna lewa 15
c)	palca wskazującego	15	10
d)	innego palca u dłoni	5	5
e)	porażenie nerwu promieniowego	30	25
f)	porażenie nerwu łokciowego	30	25
g)	ograniczenie ruchomości kończyny górnej w stawie barkowym	40	30
h)	ograniczenie ruchomości kończyny górnej w stawie łokciowym	35	30

i)	ograniczenie ruchomości nadgarstka	20	15
10.	narządów moczowo-płciowych:		
a)	usunięcie macicy w wieku do 45 lat	35	
b)	usunięcie macicy w wieku powyżej 45 lat	20	
c)	usunięcie jajnika lub jądra	20	
d)	całkowita utrata prącia	40	
11.	trwały i nieuleczalny paraliż wszystkich kończyn	100	
12.	trwała i nieuleczalna choroba psychiczna powodująca całkowite ubezwłasnowolnienie	100	

- a) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w okresie ochrony ubezpieczeniowej, wystąpi więcej niż jeden rodzaj trwałego inwalidztwa częściowego wymienionego w Tabeli nr 1, to całkowita kwota świadczenia obejmuje sumę kwot należnych za każdy rodzaj trwałego inwalidztwa częściowego, lecz nie więcej niż suma ubezpieczenia za trwale inwalidztwo częściowe określona w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie);
- b) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w okresie ochrony ubezpieczeniowej, wystąpi złamanie, za które UBEZPIECZYCIEL wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie, a następnie wystąpi trwale inwalidztwo częściowe określone w Tabeli nr 1, powstałe na skutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, wówczas świadczenie wypłacone z tytułu złamania zostanie zaliczone na poczet świadczenia należnego z tytułu trwałego inwalidztwa częściowego, a UBEZPIECZYCIEL dodatkowo wypłaci tylko różnicę pomiędzy wysokością świadczenia należnego z tytułu trwałego inwalidztwa częściowego, a wypłaconym świadczeniem z tytułu złamania;
- 4) z tytułu **zakupu wózka inwalidzkiego** - jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w okresie ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczony dozna uszkodzenia ciała, powodującego trwale inwalidztwo częściowe wymienione w Tabeli nr 1, które będzie wymagało zakupu wózka inwalidzkiego, to UBEZPIECZYCIEL pokryje jego koszt maksymalnie do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie);
- 5) z tytułu **złamania jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku**, który wydarzył się w okresie ubezpieczenia, wymienionego wyłącznie w Tabeli nr 2 - przysługuje świadczenie stanowiące procent sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie) w wysokości określonej w Tabeli nr 2

TABELA nr 2

Lp.	Rodzaj złamania	Wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia/ wysokość świadczenia w PLN
1.	Złamanie kości czaszki (podstawy, sklepienia, twarzoczaszki), złamanie kości miednicy (z wyjątkiem izolowanych złamań kości łonowej lub kulszowej oraz ogonowej), kości w obrębie stawu biodrowego (panewka stawu, nasady bliższej kości udowej, krętarzy, złamania pod- i nad-krętarzowe) oraz kości talerza biodrowego:	
a)	wieloodłamowe otwarte	100
b)	inne złamania otwarte	50
c)	inne wieloodłamowe	30
d)	inne złamania	20
e)	złamanie nosa	10
2.	Złamanie kości udowej, piętowej:	
a)	wieloodłamowe otwarte	50
b)	inne złamania otwarte	40
c)	inne wieloodłamowe	30
d)	inne złamania	20
3.	Złamanie kości podudzia, obojczyka, kostki bocznej i przysrodkowej, łokcia, kości ramiennej lub przedramienia (w	

	tym nadgarstka):	
a)	wieloodłamowe otwarte	50
b)	inne złamania otwarte	40
c)	inne wieloodłamowe	30
d)	inne złamania	20
4.	Złamania dolnej szczęki:	
a)	wieloodłamowe otwarte	50
b)	inne złamania otwarte	40
c)	inne wieloodłamowe	30
d)	inne złamania	20
5.	Złamania łopatki, rzepki, mostka, śródreżcza, śródstopia:	
a)	złamania otwarte	30
b)	inne złamania	20
6.	Złamania kręgosłupa (trzonów kręgow):	
a)	wszelkie złamania kompresyjne	20
b)	wszelkie złamania kręgosłupa,	20
c)	wszelkie inne złamania wyrostków kolczystych i poprzecznych	10
7.	Złamania żebra lub żeber, kości ogonowej, kulszowej, łonowej, górnej szczęki:	
a)	wieloodłamowe otwarte	20
b)	inne złamania	10
8.	Złamania zębów stałych:	
a)	łącznie nie więcej niż	20
9.	Złamania palca	5
		nie mniej jednak niż 100 PLN

- a) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w okresie ochrony ubezpieczeniowej, nastąpi więcej niż jedno złamanie, łączna suma świadczenia przypadająca do wypłaty obliczona zostanie przez dodanie do siebie świadczeń za poszczególne rodzaje złamań, jednak świadczenie nie może być wyższe od sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie);
- b) jeżeli UBEZPIECZYCIEL wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu złamania, które następnie spowoduje trwale inwalidztwo częściowe określone w Tabeli nr 1, powstałe na skutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w okresie ochrony ubezpieczeniowej, wówczas świadczenie wypłacone z tytułu złamania zostanie zaliczone na poczet świadczenia należnego z tytułu trwałego inwalidztwa częściowego, a UBEZPIECZYCIEL dodatkowo wypłaci tylko różnicę pomiędzy wysokością świadczenia należnego z tytułu trwałego inwalidztwa częściowego, a wypłaconym świadczeniem z tytułu złamania;
- 6) z tytułu **ran wymagających interwencji chirurgicznej**:
- a) jeżeli w ciągu okresu ubezpieczenia Ubezpieczony dozna rany w następstwie nieszczęśliwego wypadku i zostanie poddany **zabiegowi założenia jednego lub dwóch szwów** (szycie rany) – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 40% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie),
- b) jeżeli w ciągu okresu ubezpieczenia Ubezpieczony dozna rany w następstwie nieszczęśliwego wypadku i zostanie poddany **zabiegowi założenia trzech lub więcej szwów** (szycie rany) – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie);

Opcja Ochrona Plus obejmuje następujące świadczenia (ryzyka):

- 1) z tytułu **śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – przysługuje świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie), pod warunkiem, iż:
 - a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się w okresie ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 2) zwrot **kosztów nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych** powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku – do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie), nie więcej jednak niż wynoszą rzeczywiste, udokumentowane koszty,
- 3) zwrot **kosztów przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych** – do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem iż:
 - a) Ubezpieczony przedłożył decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o przyznaniu renty szkoleniowej 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,
 - b) zostały poniesione na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 4) z tytułu **uszczerbku na zdrowiu w wyniku ataku padaczki** – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie);
- 5) z tytułu **zdiagnozowania u Ubezpieczonego sepsy** – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie), pod warunkiem, iż sepsa została zdiagnozowana w okresie ochrony ubezpieczeniowej,
- 6) z tytułu **śmierci rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** - jednorazowe świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie),
- 7) z tytułu **pogryzienia przez psa** - jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie),
- 8) z tytułu **trwałego inwalidztwa częściowego** - wymienionego wyłącznie w Tabeli nr 4, które wystąpiło w ciągu 365 dni od dnia nieszczęśliwego wypadku przysługuje świadczenie stanowiące procent sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie), w wysokości określonej w Tabeli nr 4,

7) z tytułu **urazów narządu ruchu**:

- a) jeżeli w okresie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony dozna urazu ciała, w wyniku którego nie nastąpi złamanie kości narządu ruchu, w wyniku którego nie nastąpi złamanie kości narządu ruchu, ale zgodnie z zaleceniem lekarza **narząd ruchu zostanie unieruchomiony na dłużej niż 7 dni** wyłącznie z zastosowaniem następującego środka medycznego: gipsu, gipsu syntetycznego (lekkiego), szyny, gorsetu, powodującego wyłączenie czynności narządu ruchu – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie),
 - b) jeżeli w okresie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony dozna urazu ciała, w wyniku którego nie nastąpi złamanie kości narządu ruchu, ale zgodnie z zaleceniem lekarza **narząd ruchu zostanie unieruchomiony na dłużej niż 7 dni** wyłącznie z zastosowaniem następującego środka medycznego: kołnierza ortopedycznego, stabilizatora, ortozy, tutora gipsowego, kamizelki ortopedycznej, powodującego wyłączenie czynności narządu ruchu – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie),
 - c) jeżeli w okresie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony dozna **urazu palca lub palców u nóg lub palca lub palców dłoni**, w wyniku którego nie nastąpi złamanie kości, ale zgodnie z zaleceniem lekarza palec lub palce zostaną unieruchomione na dłużej niż 7 dni wyłącznie z zastosowaniem następującego środka medycznego: gipsu, gipsu syntetycznego (lekkiego), szyny, powodującego wyłączenie funkcji palca lub palców – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 25% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie),
 - d) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w okresie ochrony ubezpieczeniowej, dojdzie do urazu narządu ruchu, za które UBEZPIECZYCIEL wypłacił Ubezpieczonemu świadczenie, a następnie wystąpi trwałe inwalidztwo częściowe określone w Tabeli nr 1, wówczas świadczenie wypłacone z tytułu urazu narządu ruchu zostanie zaliczone na poczet świadczenia należnego z tytułu trwałego inwalidztwa częściowego, a UBEZPIECZYCIEL dodatkowo wypłaci tylko różnicę pomiędzy wysokościami tych świadczeń;
- 8) z tytułu **pogryzienia przez psa** – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie).
 - 9) z tytułu **wstrząśnienia mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku** jeżeli Ubezpieczony zostanie poddany leczeniu szpitalnemu przez okres minimum 3 dni – przysługuje jednorazowe świadczenie stanowiące procent sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie), w wysokości określonej w Tabeli nr 3

TABELA nr 3

Ilość dni pobytu w szpitalu	Wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia
od 3 do 4 dni	20
od 5 do 6 dni	40
od 7 do 8 dni	60
od 9 do 10 dni	80
powyżej 10 dni	100

- 10) z tytułu **śmierci rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** - przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie).

TABELA nr 4

Lp.	Rodzaj trwałego inwalidztwa częściowego	Wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia
1	utrata kończyny górnej na poziomie barku lub ramienia	80
2	utrata kończyny górnej na poziomie łokcia lub przedramienia	60
3	utrata dłoni	50
4	Całkowita utrata palców ręki II,III,IV,V	8 - za każdy palec
5	całkowita utrata kciuka	22
6	utrata kończyny dolnej na poziomie	75

	stawu biodrowego lub kości udowej	
7	całkowita utrata kończyny dolnej na poziomie stawu kolanowego, podudzia lub stawu skokowego	60
8	całkowita utrata stopy	40
9	całkowita utrata palców stopy II - V	3 - za każdy palec
10	całkowita utrata palucha	15
11	całkowita utrata wzroku w jednym oku	50
12	całkowita utrata słuchu w jednym uchu	30
13	całkowita utrata słuchu w obu uszach	50
14	całkowita utrata mowy	100
15	całkowita utrata małżowiny usznej	15
16	całkowita utrata nosa	20
17	całkowita utrata zębów stałych	2 - za każdy ząb, 20 - maksymalnie za utratę kilku zębów
18	usunięcie śledziony	20
19	usunięcie jednej nerki	35
20	usunięcie obu nerek	75
21	usunięcie macicy	40
22	usunięcie jajnika lub jądra	20
23	niedowład co najmniej dwóch kończyn poniżej 3 stopnia w skali Lovette'a	100
24	śpiączka trwająca dłużej niż 30 dni	100

9) z tytułu **złamań kości, zwichnięć lub skręceń stawów:**

- a) z tytułu **złamania jednej lub więcej kości, zwichnięcia stawu lub skręcenia stawu w wyniku nieszczęśliwego wypadku**, który wydarzył się w okresie ubezpieczenia, wymienionego wyłącznie w Tabeli nr 5 - przysługuje świadczenie stanowiące procent sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie) w wysokości określonej w Tabeli nr 5,

TABELA nr 5

Lp.	Rodzaj złamania jednej lub więcej kości, zwichnięcia lub skręcenia stawu	Wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia
1	Złamania kości sklepienia i podstawy czaszki	5
2	Złamania kości twarzoczaszki	4
3	Złamania łopatkki, obojczyka, mostka	4,5 – za każdą kość
4	Złamania żeber, żeber	2 – za każde żebro 10 – maksymalnie z tytułu złamania wielu żeber
5	Zwichnięcie stawu barkowego	7
6	Złamania kości ramienia	7
7	Złamania kości przedramienia (każda kość)	4
8	Zwichnięcie w obrębie stawu łokciowego	5
9	Złamania w obrębie śródreżca	3
10	Złamania kości palców ręki II -V	2 – za każdy palec
11	Zwichnięcia stawów palców ręki II-V	1 – za każdy palec
12	Złamania kciuka	3
13	Zwichnięcie kciuka	3
14	Niestabilne złamania miednicy	10
15	Stabilne złamania miednicy	4,5
16	Zwichnięcie stawu biodrowego	10
17	Złamania kości udowej	10,5
18	Złamania kości podudzia (każda kość)	7
19	Złamania rzepki	4
20	Zwichnięcie stawu kolanowego	5
21	Złamania w obrębie śródstopia	4

22	Złamania palucha	2,5
23	Złamania kości palców stopy II-V	2 – za każdy palec
24	Złamanie kości piętowej, kostki bocznej, przyśrodkowej	3
25	Zwichnięcie stawu skokowego	4,0
26	Złamania w obrębie kręgosłupa – dotyczy trzonów, łuków kręgow (z wyłączeniem kości ogonowej)	11 – za każdy krąg
27	Złamania w obrębie kręgosłupa – dotyczy wyrostków poprzecznych, kolczystych kręgow	2,5 – za każdy krąg
28	Złamania kości ogonowej	3,5
29	Złamanie zęba stałego	0,5 – za każdy ząb 5 – maksymalnie z tytułu złamania wielu zębów stałych
30	Skręcenia stawów	0,5

- b) W przypadku, gdy złamanie, zwichnięcie lub skręcenie było leczone operacyjnie Ubezpieczonemu przysługuje oprócz świadczenia wynikającego z Tabeli nr 5 dodatkowe świadczenie w wysokości 2% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie);
- c) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w okresie ochrony ubezpieczeniowej, nastąpi więcej niż jedno złamanie i/lub zwichnięcie i/lub skręcenie, łączna suma świadczenia przypadająca do wypłaty obliczona zostanie przez dodanie do siebie świadczeń za poszczególne rodzaje złamań i/lub zwichnięć i/lub skręceń, jednak łączne świadczenie nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie);
- d) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w okresie ochrony ubezpieczeniowej, wystąpi złamanie i/lub zwichnięcie i/lub skręcenie, za które UBEZPIECZYCIEL wypłacił Ubezpieczonemu świadczenie, a następnie wystąpi trwałe inwalidztwo określone w Tabeli nr 4, wówczas świadczenie wypłacone z tytułu złamania i/lub zwichnięcia i/lub skręcenia zostanie zaliczone na poczet świadczenia należnego z tytułu trwałego inwalidztwa częściowego, a UBEZPIECZYCIEL dodatkowo wypłaci tylko różnicę pomiędzy wysokością świadczenia należnego z tytułu trwałego inwalidztwa częściowego, a wypłaconym świadczeniem z tytułu złamania i/lub zwichnięcia i/lub skręcenia;
- 10) z tytułu **nagłego zatrucia gazami, substancjami i produktami chemicznymi, bądź z tytułu porażenia prądem lub piorunem**, w wyniku których Ubezpieczony wymagał hospitalizacji przez okres co najmniej trzech dni - Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie w wysokości 5% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie);
- 11) z tytułu **uszkodzeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, które wymagały interwencji lekarskiej w placówce medycznej oraz leczenia i co najmniej jednej wizyty kontrolnej**, a z tytułu których nie przysługuje świadczenie, o którym mowa w: pkt. 4), 7) - 9) - Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie w wysokości 1,5% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie);

**O JAKIE DODATKOWE ŚWIADCZENIA MOŻESZ ROZSZERZYĆ
WYBRANĄ OPCJĘ?**

§8

Za opłatą dodatkowej składki Opcja Podstawowa, Opcja Ochrona lub Opcja Ochrona Plus może zostać rozszerzona o wybrane **Świadczenia Dodatkowe**:

- 1) z tytułu **śmierci Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego** – przysługuje świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie), pod warunkiem, iż:
 - a) wypadek komunikacyjny wydarzył się w okresie ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 2) z tytułu **oparzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – przysługuje świadczenie uzależnione od stopnia oparzenia w wysokości określonej w Tabeli nr 6

TABELA nr 6

Stopień oparzenia	Wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia
II stopień	10
III stopień	30
IV stopień	50

- 3) z tytułu **odmrożenia** – przysługuje świadczenie uzależnione od stopnia odmrożenia w wysokości określonej w Tabeli nr 7

TABELA nr 7

Stopień odmrożenia	Wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia
II stopień	10
III stopień	30
IV stopień	50

- 4) z tytułu **pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – przysługuje świadczenie płatne od trzeciego dnia pobytu w szpitalu, za każdy następny dzień w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie). W przypadku kolejnych, następujących po sobie pobytów w szpitalu w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem świadczenie szpitalne wypłacane jest od pierwszego dnia pobytu w szpitalu. Dzielne świadczenie szpitalne wypłacane jest maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu 12 miesięcznego okresu ubezpieczenia;
- 5) z tytułu **pobytu w szpitalu w wyniku choroby** – przysługuje świadczenie płatne od trzeciego dnia pobytu w szpitalu, za każdy następny dzień w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie). W przypadku kolejnych, następujących po sobie pobytów w szpitalu w związku z tą samą chorobą świadczenie szpitalne wypłacane jest od pierwszego dnia pobytu w szpitalu. Dzielne świadczenie szpitalne wypłacane jest maksymalnie za 60 dni pobytu w szpitalu w ciągu 12 miesięcznego okresu ubezpieczenia;
- 6) z tytułu **poważnego zachorowania** – przysługuje świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie), pod warunkiem zachorowania i zdiagnozowania u Ubezpieczonego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, następującego rodzaju poważnego zachorowania:
 - a) **nowotwór złośliwy,**
 - b) **paraliż,**
 - c) **niewydolność nerek,**
 - d) **transplantacja głównych organów,**
 - e) **poliomyelitis,**
 - f) **utrata mowy,**
 - g) **utrata słuchu,**
 - h) **utrata wzroku,**

- i) **anemia aplastyczna,**
- j) **stwardnienie rozsiane;**

- 7) z tytułu **operacji plastycznej w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – przysługuje świadczenie w wysokości 20% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie), pod warunkiem, iż:
 - a) operacja została zalecona przez lekarza jako absolutnie niezbędna część procesu leczenia skutków nieszczęśliwego wypadku,
 - b) operacja wykonana została w okresie nie dłuższym niż jeden rok od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 8) z tytułu **operacji w wyniku nieszczęśliwego wypadku**, wymienionych wyłącznie w Tabeli nr 8 – przysługuje świadczenie stanowiące procent sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie), pod warunkiem że operacja miała miejsce w trakcie co najmniej trzydniowego pobytu w szpitalu w wyniku uszkodzenia ciała, które powstało po raz pierwszy w okresie trwania odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA. Wysokość świadczenia określa Tabela nr 8.

TABELA nr 8

Operacje	Wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia
Operacje powłok ciała:	
operacje plastyczne/rekonstrukcyjne następstw nieszczęśliwych wypadków	15
Operacje przewodu pokarmowego i jamy brzusznej:	
operacje przełyku	100
resekcja żołądka	70
resekcja jelita	40
operacje wątroby	90
operacje trzustki	90
operacje śledziony	40
Amputacje:	
amputacja palców rąk i nóg - każdy	10
amputacja dłoni, przedramienia, stopy	30
amputacja na poziomie podudzia, ramienia	50
amputacja na poziomie uda	70
amputacja kończyny na poziomie stawu biodrowego	100
Operacje związane z otwarciem klatki piersiowej:	
operacje płuca	100
Operacje narządów zmysłu:	
operacje oka:	
urazowe uszkodzenie gałki ocznej	20
usunięcie gałki ocznej	40
odwarstwienie siatkówki	20
operacje ucha:	
zabiegi w obrębie ucha środkowego	40
zabiegi w obrębie ucha wewnętrznego	65
operacje nosa:	
operacja zatok	15
operacje przegrody nosowej i małżowin nosa	10
Operacyjne leczenie złamań:	
kości czaszki	50
kości twarzoczaszki	30
nosa	10
kręgosłupa	50
obręczy barkowej	30

żeber, mostka	10
kości przedramienia	15
kości stępu, śródstopia	10
uda	30
ramienia lub podudzia	25
rzepki lub miednicy	20
nadgarstka, śródreżcza	10
Operacyjne leczenie zwichnięć:	
stawu, biodrowego lub kręgosłupa	45
barkowego	30
stawu kolanowego, łokciowego, skokowego lub nadgarstka	20
Operacje układu moczowo- pęciowego:	
operacje nerki, dróg moczowych	65
operacje ginekologiczne:	
jajnika i jajowodu	20
w obrębie sromu, pochwy i szyjki macicy	20
macicy	65
operacje męskich narządów płciowych	20
Operacje neurochirurgiczne:	
operacje centralnego układu nerwowego – mózg i rdzeń kręgowy	100
Przeszczepy:	
przeszczep serca	100
przeszczep wątroby	100
przeszczep nerki	100
przeszczep innych narządów	65

- a) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku została wykonana więcej niż jedna operacja, świadczenie wypłacone za wszystkie dokonane operacje będzie równe kwocie odpowiadającej najwyższemu wskaźnikowi procentowemu spośród przewidzianych w Tabeli nr 8,
- b) jeżeli w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem zostanie wykonana więcej niż jedna operacja dotycząca tego samego narządu, to każda następna operacja będzie uznana za operację wtórną, za którą świadczenie z tytułu operacji nie przysługuje;
- 9) z tytułu **operacji w wyniku choroby**, wymienionych wyłącznie w Tabeli nr 9 – przysługuje świadczenie stanowiące procent sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie), pod warunkiem że operacja miała miejsce w trakcie co najmniej trzydniowego pobytu w szpitalu w wyniku choroby, która została ujawniona i zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie trwania odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA. Wysokość świadczenia określa Tabela nr 9

TABELA nr 9

Operacje	Wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia
Operacje przewodu pokarmowego i narządów jamy brzusznej:	
operacje przełyku:	
częściowa resekcja przełyku	80
całkowita resekcja przełyku	100
zespolenie omijające przełyk	80
operacja naprawcza przełyku / wszczepienie endoprotezy przełyku	80

operacje żołądka:	
częściowa resekcja żołądka/ wycięcie zmiany żołądka	80
całkowita resekcja żołądka	100
operacje jelit	
operacja wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	10
operacje wątroby:	
częściowa resekcja wątroby/ wycięcie zmiany wątroby	90
całkowita resekcja wątroby	90
operacje trzustki:	
wycięcie zmiany trzustki	90
całkowita resekcja trzustki /wycięcie głowy trzustki	100
całkowita resekcja śledziony	40
Amputacje:	
amputacja kciuka	10
amputacja dłoni	35
amputacja na poziomie przedramienia	40
amputacja na poziomie ramienia	50
amputacja stopy	40
amputacja na poziomie uda, podudzia,	65
całkowita amputacja kończyny z wyluszczeniem w stawie	100
amputacja prosta sutka	40
amputacja całkowita sutka / ów z doszczętnym usunięciem węzłów pachowych	80
Operacje układu oddechowego:	
operacje nosa:	
operacja zatok	20
operacja przegrody nosowej i małżowin nosa	20
wycięcie krtani	90
operacje tchawicy:	
częściowe wycięcie tchawicy	90
plastyka tchawicy	80
proteżowanie tchawicy metodą otwartą	80
tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	10
otwarta operacja ostrogi tchawicy	30
częściowe usunięcie oskrzela	30
wycięcie płuca (całego lub fragmentu tkanki płucnej)	100
operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznej)	80
Operacje jamy ustnej:	
operacje warg	10
wycięcie języka	40
wycięcie migdałków	5
operacje ślinianek/ przewodów ślinowych	5
Operacje oka:	
usunięcie gałki ocznej	40
operacje oczodołu	50
proteżowanie gałki ocznej	30
operacje dotyczące powiek i/lub gruczołu łzowego	20
operacje spojówek	10

operacje na rogówce i/lub twardówce	10
zabieg naprawczy odklejenia siatkówki	5
Operacje ucha:	
operacje wyrostka sutkowatego	80
zabiegi w obrębie ucha środkowego	40
zabiegi w obrębie ucha wewnętrznego	30
zabiegi w obrębie ucha zewnętrznego	10
operacje ślimaka	80
operacje aparatu przedsionkowego	70
Operacje układu nerwowego:	
kraniotomia – otwarcie czaszki	100
trepanacja czaszki	20
wycięcie zmiany / resekcja tkanki mózgowej	90
stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	90
drenaż (tkanka mózgowa)	80
wszczepienie stymulatora mózgu	90
wentrykulostomia	80
operacje na oponach mózgu i przestrzeni okołoooponowej	90
operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	80
operacje nerwów czaszkowych	80
operacja nerwów rdzeniowych	30
operacje rdzenia kręgowego	100
sympatektomia szyjna	80
Operacje układu moczowego:	
operacje nerki:	
całkowite wycięcie nerki	80
częściowe wycięcie nerki/ usunięcie zmiany nerki	80
nacięcie nerki	50
operacje moczowodu	
operacja w zakresie ujścia moczowodu	30
operacje pęcherza moczowego:	
całkowite wycięcie pęcherza moczowego	90
częściowe wycięcie pęcherza moczowego	80
plastyka ujścia pęcherza	40
wycięcie cewki moczowej	70
Operacje naczyń tętniczych i żylnych:	
operacje dużych naczyń tętniczych (aorty, tętnicy płucnej, szyjnej, podobojczykowej, nerkowej, biodrowej, udowej)	100
operacja tętniaka tętnic mózgu	100
zespolecie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	90
Operacje serca:	
plastyka przedsionka serca	90
pomostowanie tętnic wieńcowych	80
otwarta operacja układu bódźcprzewodzącego serca	100
wszczepienie rozrusznika/stymulatora	40
operacje osierdzia	40

stanowiące 50% wysokości świadczenia określonego w Tabeli nr 9 dla danej operacji, pod warunkiem że operacja miała miejsce w trakcie co najmniej trzydniowego pobytu w szpitalu w wyniku choroby, która wystąpiła okresie trwania odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA;

- 10) **zwrot kosztów leczenia** poniesionych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej – do wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie), nie więcej jednak niż wynoszą rzeczywiste, udokumentowane koszty, pod warunkiem, iż:
 - a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się w okresie ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) koszty leczenia zostały poniesione w ciągu jednego roku od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 11) **zasiłek dzienny za każdy dzień pełnej niezdolności Ubezpieczonego do nauki lub pracy** powstałej w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w okresie ochrony ubezpieczeniowej – w wysokości 0,1% sumy ubezpieczenia, począwszy od 10 dnia po zaistnieniu nieszczęśliwego wypadku, nie dłużej jednak niż za okres 10 miesięcy. W przypadku absencji dłuższej niż 30 dni zasiłek dzienny płatny jest od następnego dnia po zaistnieniu nieszczęśliwego wypadku. Zasiłek dzienny przysługuje za dni robocze lub dni, w których odbywały się zajęcia lekcyjne;
- 12) z tytułu **zdiagnozowania u Ubezpieczonego wady wrodzonej serca** – jednorazowe świadczenie w wysokości 20% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie), pod warunkiem że wada wrodzona serca została zdiagnozowana w okresie odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA.
- 13) **zwrot kosztów leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** poniesionych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej – do wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie), nie więcej jednak niż wynoszą rzeczywiste, udokumentowane koszty, pod warunkiem, iż:
 - a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się w okresie ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) koszty leczenia stomatologicznego zostały poniesione na odbudowę stomatologiczną uszkodzonego lub utraconego zęba stałego,
 - c) koszty leczenia stomatologicznego zostały poniesione w okresie ubezpieczenia, w ciągu maksymalnie 4 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.
- 14) **jednorazowe świadczenie z tytułu uciążliwości leczenia** – jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku nie nastąpił uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego (0% określony przez lekarza zaufania), ale przebieg leczenia spowodował pełną niezdolność do nauki lub pracy przez okres nie krótszy niż 10 dni, to UBEZPIECZYCIEL wypłaci jednorazowe świadczenie w wysokości 2% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie).

JAKĄ POMOC OTRZYMASZ W RAMACH ASSISTANCE EDU PLUS?

§9

Za opłatą dodatkowej składki Opcja Podstawowa, Opcja Ochrona lub Opcja Ochrona Plus dodatkowo może zostać rozszerzona o świadczenia Assistance EDU PLUS obejmujące:

1) pomoc medyczną:

- a) wizyta lekarza Centrum Assistance – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszty dojazdu lekarza Centrum Assistance oraz jego honorarium za pierwszą wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego,
- b) jeżeli w wyniku tej samej choroby zostanie wykonana więcej niż jedna operacja, świadczenie wypłacone za wszystkie dokonane operacje będzie równe kwocie odpowiadającej najwyższemu wskaźnikowi procentowemu spośród przewidzianych w Tabeli nr 9,
- b) jeżeli w wyniku choroby zostanie wykonana operacja metodą zamkniętą lub laparoskopową – przysługuje świadczenie

- b) organizacja wizyty u lekarza specjalisty – jeżeli lekarz Centrum Assistance zaleci wizytę u lekarza specjalisty, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance zorganizuje wizytę w terminie wskazanym przez Ubezpieczonego. Koszt wizyty ponosi Ubezpieczony,
- c) wizyta pielęgniarki – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance, na zlecenie lekarza Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt dojazdu pielęgniarki oraz jej honorarium za wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego. UBEZPIECZYCIEL pokrywa koszty wizyt pielęgniarki do wysokości sumy ubezpieczenia,
- d) dostawa leków – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową i w następstwie którego wymaga leżenia zgodnie z zaleceniem lekarza Centrum Assistance, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt transportu leków przepisanych przez lekarza Centrum Assistance. Koszt leków ponosi Ubezpieczony,
- e) opieka domowa po hospitalizacji – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego przebywał w szpitalu przez okres co najmniej 7 dni, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance, po uzyskaniu zalecenia lekarza prowadzącego leczenie zorganizuje i pokryje koszt opieki domowej po zakończeniu hospitalizacji, który łącznie nie może przekroczyć 96 godzin, do wysokości sumy ubezpieczenia,
- f) transport medyczny – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt transportu z miejsca pobytu Ubezpieczonego do placówki medycznej, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego. O wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Assistance;
- g) infolinia medyczna – UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance zapewni Ubezpieczonemu możliwość rozmowy z lekarzem Centrum Assistance, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji co do dalszego postępowania. Informacje udzielone przez lekarza Centrum Assistance nie mają charakteru diagnostycznego. Ponadto za pośrednictwem Centrum Assistance Ubezpieczony uzyska:
- informacje medyczne o danym schorzeniu, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
 - informacje o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
 - informacje o działaniu leków (stosowanie, odpowiedniki, skutki uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży i laktacji) w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
- 2) **indywidualne korepetycje** – jeżeli Ubezpieczony uczeń lub student uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, w wyniku którego nie mógł uczęszczać na zajęcia lekcyjne nieprzerwanie przez okres co najmniej 7 dni, udokumentowane zaświadczeniem lekarskim, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance zorganizuje i pokryje koszt indywidualnych korepetycji z wybranych przez Ubezpieczonego ucznia lub studenta przedmiotów wchodzących w zakres programowy realizowany w szkole lub uczelni maksymalnie do 10 godzin lekcyjnych w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku,
- 3) **pomoc rehabilitacyjną** – jeżeli Ubezpieczony należący do personelu placówki oświatowej, za wyjątkiem uczniów i studentów, uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, w wyniku którego czasowo utracił zdolność do wykonywania pracy trwającą nieprzerwanie co najmniej 7 dni, udokumentowaną zwolnieniem lekarskim L4, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie zorganizuje i pokryje koszt pracy rehabilitanta w miejscu pobytu Ubezpieczonego maksymalnie do 8 godzin rehabilitacji w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku.

KIEDY UBEZPIECZYCIEL NIE WYPŁACI ŚWIADCZENIA?

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§10

- UBEZPIECZYCIEL nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z:
 - popelnieniem lub usiłowaniem popelnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
 - popelnieniem lub usiłowaniem popelnienia samobójstwa lub samookaleczenia się przez Ubezpieczonego,
 - uszkodzeniami ciała istniejącymi przed datą wejścia w życie umowy ubezpieczenia,
 - chorobami, które zostały zdiagnozowane przed datą wejścia w życie umowy ubezpieczenia,
 - przeszczepem organów, jeśli Ubezpieczony był dawcą,
 - działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami a także aktami terroru,
 - bójkami,
 - pobicie, za wyjątkiem sytuacji, w której Ubezpieczony występuje w charakterze napadniętego,
 - prowadzeniem pojazdu, a także pojazdu kołowego na stałe zaopatrzonego w silnik, będący jego napędem, przez Ubezpieczonego, o ile nie posiadał odpowiednich uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub pojazdu kołowego na stałe zaopatrzonego w silnik, będący jego napędem,
 - jazdą rowerem po drogach publicznych przez Ubezpieczonego w wieku do lat 10 bez opieki osoby dorosłej,
 - chorobą zawodową, chorobą psychiczną;
 - wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem, za wyjątkiem postanowień §8 pkt. 12),
 - zawałem serca lub udarem mózgu, w przypadku świadczeń o których mowa w §5 pkt. 5), §6 pkt. 10), §7 pkt. 6),
 - wyczynowym uprawianiem sportu, za wyjątkiem sytuacji, gdzie Ubezpieczający rozszerzył zakres ubezpieczenia o wyczynowe uprawianie sportu, o czym mowa w §4 ust. 5,
 - uprawianiem sportów wysokiego ryzyka,
 - poronieniem samoistnym i sztucznym oraz leczeniem bezpłodności,
 - zmianą płci, chirurgią plastyczną i kosmetyczną, za wyjątkiem leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku,
 - nawykowym zwichnięciem,
 - wykonywaniem profilaktycznych badań, nie wynikających z choroby lub nieszczęśliwego wypadku oraz nie zaleconych przez lekarza,
 - Zespołem Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS) i związanymi z tym zespołem zakażeń oportunistycznych, nowotworów, schorzeń neurologicznych oraz innych zespołów chorobowych towarzyszących AIDS,
 - pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków albo innych środków odurzających, psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
 - wszelkimi odpadami radioaktywnymi bądź materiałami wybuchowymi,
 - zatruciem spowodowanym spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, użycia środków farmakologicznych bez względu na zastosowaną dawkę oraz leczeniem skutków i chorób nadużywania alkoholu oraz w/w substancji,
 - korektą wad wzroku,
 - operacjami wtórnymi.
- Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:
 - zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienie fizyczne,

- 2) strat materialnych powstałych w związku z utratą lub uszkodzeniem rzeczy należących do Ubezpieczonego,
- 3) uszkodzeń dysków międzykręgowych.
3. UBEZPIECZYCIEL nie odpowiada za koszty leczenia, a także koszty leczenia stomatologicznego poniesione poza terenem Rzeczypospolitej Polskiej.
4. UBEZPIECZYCIEL nie pokrywa kosztów leczenia związanych z rehabilitacją oraz zakupem leków.
5. W przypadku świadczenia dodatkowego z tytułu wypadku komunikacyjnego, którym mowa w §8 ust. 1, z odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA wyłączone są wypadki powstałe podczas jazdy na rowerze.
6. Odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA z tytułu poważnego zachorowania, operacji spowodowanej chorobą, pobytu w szpitalu w wyniku choroby rozpoczyna się po upływie 30 dni od daty wejścia w życie umowy ubezpieczenia.
7. Zakres świadczeń **Assistance EDU PLUS** nie obejmuje:
 - 1) zdarzeń, które wystąpiły poza terenem Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 2) świadczeń udzielonych poza terenem Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 3) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum Assistance, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach sumy ubezpieczenia,
 - 4) kosztów transportu leków nieprzepisanych przez lekarza prowadzącego leczenie.
8. UBEZPIECZYCIelowi przysługuje prawo do odmowy wypłaty świadczenia z zasiłku dziennego za okres pełnej niezdolności do nauki lub pracy, o którym mowa w §8 pkt. 11), w przypadku stwierdzenia, iż w czasie niezdolności do nauki lub pracy Ubezpieczony uczęszczał na zajęcia lekcyjne lub wykonywał pracę zawodową.
- 3) liczbę dzieci, uczniów, studentów i personelu objętych ubezpieczeniem,
- 4) przedmiot i zakres (opcja, wariant) ubezpieczenia,
- 5) propozycję sumę ubezpieczenia, a w przypadku Opcji Ochrona proponowane odrębne sumy ubezpieczenia dla każdego zdarzenia,
- 6) okres ubezpieczenia,
- 7) propozycję ustaleń dodatkowych lub odmiennych od postanowień niniejszych OWU, o ile Ubezpieczający chce je wprowadzić do umowy ubezpieczenia.
2. UBEZPIECZYCIEL może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji, mających wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, o czym informuje Ubezpieczającego na piśmie.
3. Jeżeli wniosek nie zawiera wszystkich danych określonych w ust. 1 lub ust. 2 albo został sporządzony wadliwie lub niezgodnie z warunkami ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest na wezwanie UBEZPIECZYCIELA odpowiednio go uzupełnić, względnie sporządzić nowy wniosek, w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma od UBEZPIECZYCIELA w tej sprawie. Niedotrzymanie powyższego terminu powoduje, że umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta.
4. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres dwunastu miesięcy, chyba że strony umówiły się inaczej.
5. Umowa ubezpieczenia, za zgodą UBEZPIECZYCIELA, może zostać przedłużona na następny 12-miesięczny okres ubezpieczenia na warunkach obowiązujących w dniu jej przedłużenia i zostaje potwierdzona w sposób, o którym mowa w ust. 7 niniejszego paragrafu.
6. Okres ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia.
7. UBEZPIECZYCIEL potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia (polisą).

SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY

§11

1. Wysokość sumy ubezpieczenia ustalana jest na wniosek Ubezpieczającego.
2. Suma ubezpieczenia określona w umowie ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA.
3. W Opcji Podstawowej, o której mowa w §5, a także dla Opcji Ochrona Plus, o której mowa w §7 oraz w poszczególnych Świadczeniach Dodatkowych (ryzykach), o których mowa w §8, wypłacone świadczenie lub łączna kwota wypłaconych świadczeń nie mogą przekroczyć łącznie sumy ubezpieczenia określonej dla Opcji Podstawowej, Opcji Ochrona Plus lub wybranego Świadczenia Dodatkowego.
4. Dla Opcji Podstawowej, a także dla Opcji Ochrona Plus ustalona jest jedna suma ubezpieczenia określona w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie).
5. Dla Opcji Ochrona, o której mowa w §6, ustalone są dla każdego zdarzenia, za które UBEZPIECZYCIEL ponosi odpowiedzialność ubezpieczeniową, odrębne sumy ubezpieczenia, określone w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie).
6. Dla poszczególnych Świadczeń Dodatkowych ustalone są odrębne sumy ubezpieczenia określone w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie).
7. Dla świadczeń **Assistance EDU PLUS** suma ubezpieczenia jest stała i wynosi 5.000 PLN.

CO TRZEBA ZROBIĆ, ŻEBY SIĘ UBEZPIECZYĆ?

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§12

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego, który powinien zawierać co najmniej następujące dane:
 - 1) imię, nazwisko (nazwę) oraz adres (siedzibę) Ubezpieczającego,
 - 2) imię i nazwisko Ubezpieczonego, jeżeli umowa zawierana jest w formie imiennej na cudzy rachunek,

§13

1. Warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego w formie bezimiennej jest objęcie ubezpieczeniem co najmniej 95% dzieci, uczniów, studentów i personelu zgłoszonych do ubezpieczenia przez Ubezpieczającego.
2. W przypadku rozszerzenia zakresu o:
 - 1) Świadczenia Dodatkowe, o których mowa w §8,
 - 2) świadczenia assistance – Assistance EDU PLUS, o których mowa w §9,
 umowę ubezpieczenia grupowego zawiera się w formie imiennej.
3. Warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego w formie imiennej jest dołączenie do wniosku Ubezpieczającego imiennej listy osób przystępujących do ubezpieczenia.

OD KIEDY UBEZPIECZENIE GWARANTUJE OCHRONĘ I KIEDY ONA SIĘ KOŃCZY?

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§14

1. W umowie ubezpieczenia określa się datę początkową i końcową okresu ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia wskazanego w umowie jako początek ochrony ubezpieczeniowej (okresu ubezpieczenia), jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zaplaceniu składki lub pierwszej raty składki, chyba że umówiono się inaczej.
3. Odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA ustaje:
 - 1) z dniem upływu okresu ubezpieczenia,
 - 2) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego lub UBEZPIECZYCIELA od umowy ubezpieczenia,
 - 3) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia w wyniku wypowiedzenia, o którym mowa w §15 ust. 2 i 3,

- 4) z dniem nieopłacenia kolejnej raty składki pomimo uprzedniego wezwania do zapłaty w terminie 7 dni liczonym od dnia doręczenia wezwania skierowanego przez UBEZPIECZYCIELA do Ubezpieczającego oraz braku zapłaty składki w tym terminie,
 - 5) z dniem wypłaty świadczenia lub świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia, określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie),
 - 6) wobec Ubezpieczonego z dniem zgonu Ubezpieczonego,
 - 7) z końcem miesiąca, w którym Ubezpieczony przestał być pracownikiem Ubezpieczającego.
4. Wznowienie odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia może nastąpić następnego dnia po zapłacie dodatkowej składki za doubezpieczenie, w przypadku gdy odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA ustala wskutek wyczerpania sumy ubezpieczenia. Wznowienie odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia wymaga pisemnego potwierdzenia przez UBEZPIECZYCIELA, nie później niż w terminie 7 dni od dnia zapłaty dodatkowej składki.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§15

1. Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres dłuższy niż sześć miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.
3. Jeżeli UBEZPIECZYCIEL ponosił odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona przez Ubezpieczającego w terminie, UBEZPIECZYCIEL może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia wygasa ona z końcem okresu, za który przypadła nie zapłacona składka.
4. Umowa ubezpieczenia wygasa z dniem bezskutecznego upływu terminu, o którym mowa w §14 ust. 3 pkt. 4 OWU.

OD CZEGO ZALEŻY WYSOKOŚĆ SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ?

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§16

1. Wysokość należnej składki ubezpieczeniowej należnej za okres odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA określona jest w umowie ubezpieczenia.
 2. Wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej uzależniona jest od czynników oceny ryzyka, a w szczególności:
 - 1) przedmiotu ubezpieczenia,
 - 2) zakresu ubezpieczenia,
 - 3) okresu odpowiedzialności,
 - 4) wnioskowanej przez Ubezpieczającego wysokości sumy ubezpieczenia,
 - 5) liczby osób przystępujących do umowy ubezpieczenia,
 - 6) szkodowości.
 3. Ponadto w ustaleniu wysokości podstawowej składki ubezpieczeniowej uwzględnia się koszty związane z zawarciem umowy ubezpieczenia, z jej wykonywaniem oraz koszty reasekuracji ryzyka.
 4. Podstawową składkę ubezpieczeniową oblicza się mnożąc, określoną we wniosku ubezpieczeniowym, sumę ubezpieczenia przez właściwą dla danej Opcji stawkę określoną w złotych polskich, uzależnioną od czynników określonych w ust. 2.
5. Wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej obliczana jest według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia (lub zmiany) umowy ubezpieczenia:
 - 1) dla Opcji Podstawowej oraz Opcji Ochrona Plus ustala się w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia. Wysokość składki dla każdego Ubezpieczonego ustalana jest kwotowo za każdy 1.000,00 PLN sumy ubezpieczenia,
 - 2) dla Opcji Ochrona ustala się w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia. Wysokość składki dla każdego Ubezpieczonego ustalana jest kwotowo w taryfie składek,
 - 3) dla poszczególnych Świadczeń Dodatkowych ustala się w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia. Wysokość składki za każde świadczenie dodatkowe i dla każdego Ubezpieczonego ustalana jest kwotowo za każdy 1.000,00 PLN sumy ubezpieczenia.
 6. Jeżeli taryfa składek nie uwzględnia ubezpieczonego ryzyka, wówczas wysokość składki ubezpieczeniowej ustalana jest na podstawie indywidualnej oceny ryzyka przez UBEZPIECZYCIELA.
 7. UBEZPIECZYCIEL może zastosować zniżki i /lub wyższe podstawowej składki ubezpieczeniowej.
 8. Wysokość ostatecznej składki ubezpieczeniowej oblicza się stosując wyższe i zniżki składki.
 9. UBEZPIECZYCIEL może zastosować wyższe składki, w szczególności z tytułu:
 - 1) objęcia ochroną ubezpieczeniową osób uprawiających sport wyczynowo,
 - 2) wprowadzenia postanowień dodatkowych i/lub odmiennych od zapisów niniejszych OWU, o które wnioskował Ubezpieczający,
 - 3) wysokiej częstotliwości zaistniałych zdarzeń ubezpieczeniowych, z tytułu których UBEZPIECZYCIEL wypłacił świadczenia.
 10. UBEZPIECZYCIEL może zastosować zniżki składki, w szczególności z tytułu:
 - 1) liczby osób objętych ubezpieczeniem,
 - 2) wprowadzenia do umowy ubezpieczenia franszyzy integralnej w przypadku Opcji Podstawowej,
 - 3) niskiej szkodowości w poprzednich okresach ubezpieczenia,
 - 4) premii promocyjnej,
 - 5) w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, obejmującej co najmniej 95% osób danej placówki oświatowej w formie bezimiennych, UBEZPIECZYCIEL może zwolnić z opłaty składki ubezpieczeniowej:
 - a) w szkołach specjalnych - do 15% ogólnej liczby ubezpieczonych – wskazanych przez Ubezpieczającego w formie listy imiennej,
 - b) w pozostałych placówkach oświatowych - do 10% ogólnej liczby ubezpieczonych wskazanych przez Ubezpieczającego w formie listy imiennej,
 - 6) wprowadzenia ustaleń dodatkowych lub odmiennych od postanowień niniejszych OWU, o które wnioskował Ubezpieczający.
 11. Na wniosek Ubezpieczającego umowa ubezpieczenia zawarta w Opcji Podstawowej może być zawarta z zastosowaniem franszyzy integralnej. Franszyza integralna odnosi się wyłącznie do świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu, o którym mowa w §5 pkt. 1) lit. b).
 12. Składka ubezpieczeniowa płatna jest jednorazowo, chyba że strony umowy się inaczej.
 13. Składka ubezpieczeniowa, na wniosek Ubezpieczającego, może zostać rozłożona na raty. Terminy płatności i wysokość kolejnych rat określa się w umowie ubezpieczenia.
 14. Składka za ubezpieczenie powinna być zapłacona najpóźniej w dniu zawarcia umowy, chyba że strony umowy ustaliły w umowie ubezpieczenia (polisie) późniejszy termin płatności. W przypadku płatności ratalnej, pierwsza rata składki jest płatna w chwili zawierania umowy ubezpieczenia, natomiast kolejne raty składki ubezpieczeniowej płatne są w terminach płatności określonych w umowie ubezpieczenia (polisie).

15. W przypadku, gdy składka lub rata składki za ubezpieczenie płatna jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego, za dzień opłacenia składki lub raty składki uważa się datę wpływu środków pieniężnych na właściwy rachunek UBEZPIECZYCIELA.
16. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenia umowy przez którąkolwiek ze stron, UBEZPIECZYCIELOWI należy się składka za okres, w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
17. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na który została zawarta Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

JAKIE OBOWIĄZKI MA UBEZPIECZAJĄCY, UBEZPIECZONY, A JAKIE UBEZPIECZYCIEL?

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

§17

1. Ubezpieczający obowiązany jest do:
 - 1) przed zawarciem umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości UBEZPIECZYCIELA wszystkie znane sobie okoliczności, o które UBEZPIECZYCIEL zapytywał w formularzu wniosku albo przed zawarciem umowy w innych pismach,
 - 2) zgłaszania UBEZPIECZYCIELOWI zmian okoliczności, o których Ubezpieczający informował UBEZPIECZYCIELA przed zawarciem umowy ubezpieczenia, niezwłocznie po powzięciu o nich wiadomości,
 - 3) opłacenia składki lub jej rat w ustalonym terminie,
 - 4) umożliwienia UBEZPIECZYCIELOWI zasięgnięcia informacji odnoszących się do okoliczności wystąpienia wypadku,
 - 5) przekazywania w uzgodnionych w umowie ubezpieczenia terminach do UBEZPIECZYCIELA wszystkich danych, wskazanych przez UBEZPIECZYCIELA, niezbędnych do należytego wykonywania postanowień umowy ubezpieczenia, a w szczególności:
 - a) imiennej listy osób przystępujących do ubezpieczenia w ramach: Świadczeń Dodatkowych, o których mowa w §8, Assistance EDU PLUS, o których mowa w §9,
 - b) imiennej listy osób, za które Ubezpieczający został zwolniony z opłaty składki.
 - 6) przestrzegania obowiązków określonych w niniejszych OWU oraz umowie ubezpieczenia (potwierdzonej polisą),
2. Jeżeli Ubezpieczający nie podał do wiadomości UBEZPIECZYCIELA okoliczności znanych sobie, o których mowa w ust. 1 pkt 1) lub nie dopełnił obowiązku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2), UBEZPIECZYCIEL nie odpowiada za skutki tych okoliczności.
3. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek, Ubezpieczający zobowiązany jest powiadomić Ubezpieczonego, w formie pisemnej, o zakresie i sposobie wykonania obowiązków wynikających dla Ubezpieczonego z niniejszych OWU.
4. UBEZPIECZYCIEL obowiązany jest do:
 - 1) zachowania należytej staranności przy zawieraniu i wykonywaniu umowy ubezpieczenia,
 - 2) przekazywania Ubezpieczającemu wszelkich informacji niezbędnych do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, a w przypadku zgłoszenia roszczenia zobowiązany jest do terminowej likwidacji,
 - 3) dostarczenia Ubezpieczającemu przed zawarciem umowy ubezpieczenia tekstu niniejszych OWU, a także innych dokumentów i formularzy niezbędnych z punktu widzenia wykonywania umowy ubezpieczenia,
 - 4) na żądanie Ubezpieczonego, udzielenia informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz OWU w zakresie praw i obowiązków Ubezpieczonego,
 - 5) udostępniania Ubezpieczającemu/ Ubezpieczonemu Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu InterRisk S.A. Vienna Insurance Group we wszystkich jednostkach organizacyjnych UBEZPIECZYCIELA, w taki sposób, aby Ubezpieczający mógł zapoznać się z nią przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Na wniosek Ubezpieczającego/ Ubezpieczonego tekst Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu InterRisk S.A. Vienna Insurance Group dostarczany jest Ubezpieczającemu/ Ubezpieczonemu pod wskazany adres,

- 6) udostępnienia Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu informacji i dokumentów, gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA lub wysokości świadczenia. W/w osoby mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez UBEZPIECZYCIELA udostępnionych informacji, a także sporządzać na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem przez UBEZPIECZYCIELA,
 - 7) objęcia ochroną ubezpieczeniową osób, które zostały zgłoszone przez Ubezpieczającego i za których została zapłacona składka ubezpieczeniowa,
 - 8) wypłaty świadczenia na warunkach i zasadach określonych w niniejszych OWU i umowie ubezpieczenia,
 - 9) zabezpieczenia danych osobowych, otrzymanych w wyniku realizacji umowy ubezpieczenia zgodnie z wymogami ustawy o Ochronie Danych Osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. z późn. zm.,
 - 10) pisemnego informowania osoby występującej z roszczeniem, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania, zgodnie z §19 ust. 8,
 - 11) pisemnego informowania Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z zawiadomieniem o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z §19 ust. 8.
5. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony mają prawo wglądu do akt szkodowych w jednostce organizacyjnej UBEZPIECZYCIELA i sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów z akt szkodowych. Opłata za wydanie odpisów lub kserokopii jest pobierana w oparciu o cennik dostępny w jednostkach organizacyjnych UBEZPIECZYCIELA.
 6. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uprawnionemu przysługuje prawo składania skarg i zażaleń do Zarządu UBEZPIECZYCIELA za pośrednictwem Oddziału lub Przedstawicielstwa UBEZPIECZYCIELA, w którym zawarto umowę ubezpieczenia. Skargi i zażalenia są rozpatrywane w terminie 30 dni od dnia ich wpływu do UBEZPIECZYCIELA.

CO ZROBIĆ ŻEBY DOSTAĆ ŚWIADCZENIE?

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA. USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§18

W razie powstania zdarzenia, mogącego powodować odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA Ubezpieczony obowiązany jest do:

- 1) niezwłocznego (w ciągu 24 godzin) zgłoszenia się do lekarza i zastosowania się do jego zaleceń,
 - 2) zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową jednostki organizacyjnej UBEZPIECZYCIELA,
 - 3) poddania się badaniu przez lekarza wskazanego przez UBEZPIECZYCIELA, celem rozpoznania zgłaszanych obrażeń ciała. Koszt takich badań pokrywa UBEZPIECZYCIEL.
- #### §19
1. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczony może złożyć w każdej jednostce organizacyjnej UBEZPIECZYCIELA.
 2. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia powinno zawierać poniższe podstawowe informacje:
 - 1) dane Ubezpieczającego,
 - 2) numer polisy,
 - 3) datę wypadku oraz szczegółowy opis okoliczności zaistnienia wypadku,
 - 4) dane świadków zdarzenia, o ile są w jego posiadaniu.
 3. Do zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową należy dołączyć poniższe podstawowe dokumenty:

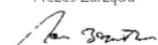
- 1) raporty policyjne dotyczące zdarzenia, o ile zostały sporządzone i są w jego posiadaniu,
 - 2) z postępowania organów dochodzeniowych – o ile były prowadzone i są w jego posiadaniu,
 - 3) posiadaną dokumentacją medyczną z przebiegu leczenia zawierającą dokładną diagnozę,
 - 4) posiadane zaświadczenia szpitalne związane z wypadkiem, chorobą, kartę informacyjną ze szpitala,
 - 5) celem refundacji poniesionych kosztów nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych – oryginały rachunków lub faktur,
 - 6) celem refundacji poniesionych kosztów przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych:
 - a) decyzję 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,
 - b) oryginały rachunków lub faktur,
 - 7) celem refundacji poniesionych: kosztów leczenia, kosztów leczenia stomatologicznego – oryginały rachunków lub faktur,
 - 8) w przypadku wypadku komunikacyjnego, o ile Ubezpieczony był kierowcą pojazdu:
 - a) kopię prawa jazdy i odpowiednich uprawnień,
 - b) kopię dowodu rejestracyjnego pojazdu.
 - 9) W przypadku pogryzienia przez psa - zaświadczenie lekarskie o udzieleniu pierwszej pomocy medycznej,
 - 10) w przypadku pełnej niezdolności do nauki lub pracy:
 - a) zaświadczenie lekarskie potwierdzające okres niezdolności do nauki i zaświadczenie ze szkoły potwierdzające nieobecność na zajęciach lekcyjnych – w przypadku uczniów i studentów;
 - b) kopia zwolnienia lekarskiego L4, potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracodawcę lub placówkę medyczną, która wystawiła zwolnienie i zaświadczenie stwierdzające zatrudnienie – w przypadku pracowników placówki oświatowej;
 - 11) w przypadku uciążliwości leczenia - zaświadczenie lekarskie i potwierdzenia nieobecności Ubezpieczonego w pracy lub na zajęciach lekcyjnych przez zakład pracy lub szkołę,
 - 12) inne dokumenty określone w ustaleniach dodatkowych lub odmiennych od postanowień niniejszych OWU, wprowadzonych do umowy ubezpieczenia lub w piśmie o którym mowa w ust. 8.
4. Wykaz podstawowych dokumentów może zostać uzupełniony w piśmie, o którym mowa w ust. 8.
 5. UBEZPIECZYCIEL może na swój koszt, kierować Ubezpieczonego na badania lekarskie z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi.
 6. UBEZPIECZYCIEL może wystąpić do zakładów opieki zdrowotnej, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu, za pośrednictwem lekarza upoważnionego przez UBEZPIECZYCIELA, z żądaniem przekazania informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją danych o jego stanie zdrowia, celem ustalenia prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego.
 7. Wystąpienie UBEZPIECZYCIELA o informację, o której mowa w ust. 6, wymaga pisemnej zgody Ubezpieczonego albo jego przedstawiciela ustawowego.
 8. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, UBEZPIECZYCIEL w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także pisemnie informuje osobę występującą z roszczeniem, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
 9. W przypadku powzięcia przez UBEZPIECZYCIELA nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności zgłaszanych roszczeń lub wysokości świadczenia, UBEZPIECZYCIEL w terminie 7 dni od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.
 10. W razie powstania zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach **Assistance EDU PLUS**, Ubezpieczający/ Ubezpieczony obowiązany jest telefonicznie skontaktować się z Centrum Assistance (numer telefonu podany jest w umowie ubezpieczenia) i przekazać następujące informacje:
 - 1) dane Ubezpieczającego,
 - 2) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - 3) adres zamieszkania Ubezpieczonego,
 - 4) numer polisy,
 - 5) okres ubezpieczenia,
 - 6) krótki opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
 - 7) numer telefonu kontaktowego Ubezpieczonego.
 11. W razie powstania zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach **Assistance EDU PLUS**, Ubezpieczony, na wniosek Centrum Assistance, zobowiązany jest przedstawić lekarzom Centrum Assistance posiadane: zaświadczenia medyczne, skierowania, zwolnienia lekarskie, dokumenty medyczne, recepty, a także oryginały rachunków lub faktur i dowodów ich zapłaty.
- §20
1. Ustalenie zasadności świadczeń następuje na podstawie przedłożonych dokumentów, jednakże UBEZPIECZYCIEL ma prawo do ich weryfikacji i zasięgnięcia opinii specjalistów.
 2. Stopień uszczerbku na zdrowiu lub rodzaj inwalidztwa powinien być ustalony niezwłocznie po zakończeniu leczenia z uwzględnieniem, zaleconego przez lekarza leczenia powypadkowego, najpóźniej w 24 miesiącu od dnia wypadku. Późniejsza zmiana stopnia uszczerbku lub rodzaju inwalidztwa (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
 3. Stopień uszczerbku na zdrowiu lub rodzaj inwalidztwa ustalany jest zaocznie przez lekarza zaufania na podstawie zgłoszenia roszczenia i dostarczonej dokumentacji medycznej sporządzonej przez lekarza, który udzielił pierwszej pomocy oraz wszelkiej dokumentacji z przebiegu leczenia.
 4. W uzasadnionych przypadkach stopień uszczerbku na zdrowiu lub rodzaj inwalidztwa może być określany na podstawie badań przeprowadzonych przez lekarzy zaufania.
 5. Przy ustaleniu stopnia (procentu) uszczerbku na zdrowiu, trwałego inwalidztwa częściowego lub całkowitego inwalidztwa nie bierze się pod uwagę charakteru czynności zawodowych wykonywanych przez Ubezpieczonego
 6. Wysokość uszczerbku na zdrowiu określa lekarz zaufania UBEZPIECZYCIELA na podstawie Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu UBEZPIECZYCIELA.
 7. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje przed wypadkiem były już upośledzone, świadczenie wypłaca się z uwzględnieniem różnicy pomiędzy stopniem (procentem) uszczerbku na zdrowiu właściwym dla danego organu, narządu lub układu po wypadku, a istniejącym bezpośrednio przed wypadkiem.
- §21
1. UBEZPIECZYCIEL wypłaca Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu świadczenie na podstawie uznania roszczenia, po uprzednim przeprowadzeniu własnego postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zasadności zgłoszonego roszczenia i wysokości świadczenia, zawartej ugody lub prawomocnego orzeczenia sądowego.
 2. Świadczenie może być wypłacone: przelewem bankowym lub przekazem pocztowym.
 3. Świadczenia wypłacane są w złotych polskich na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
 4. UBEZPIECZYCIEL wypłaca świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o powstaniu roszczenia.

5. Jeżeli w terminie określonym w ust. 4 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia UBEZPIECZYCIEL wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o powstaniu roszczenia.
6. Jeżeli w terminie określonym w ust. 4 lub 5 UBEZPIECZYCIEL nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub części w powyższym terminie.
7. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, UBEZPIECZYCIEL informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, w terminie określonym w ust. 4 lub 5, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz poucza o możliwości złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Zarząd UBEZPIECZYCIELA albo dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
8. Jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony nie zgadza się z decyzją UBEZPIECZYCIELA o odmowie wypłaty świadczenia lub z wysokością przyznanego świadczenia, może w terminie 30 dni od daty otrzymania decyzji zgłosić na piśmie, wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Zarząd UBEZPIECZYCIELA.
9. Poza trybem odwoławczym przewidzianym w ust. 7 i 8 Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uprawniony może zgłaszać skargi do Rzecznika Ubezpieczonych, jako podmiotu posiadającego ustawowe kompetencje w zakresie ich rozpatrywania.
10. Jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony nie zgadza się z decyzją UBEZPIECZYCIELA o odmowie wypłaty świadczenia lub z wysokością przyznanego świadczenia może dochodzić roszczeń na drodze sądowej bez zachowania trybu określonego w ust. 7 i 8.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§22

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia stron, w związku z umową ubezpieczenia powinny być, pod rygorem nieważności, składane na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub przesłane listem poleconym.
2. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU jest prawo polskie.
3. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
4. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia **EDU PLUS** zostały zatwierdzone uchwałą nr 36/2011 Zarządu InterRisk S.A. Vienna Insurance Group z dnia 26-04-2011 roku.
5. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia **EDU PLUS** wchodzi w życie z dniem 15.05.2011 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 15.05.2011 roku.
6. Tracą moc Ogólne Warunki Ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci, uczniów, studentów i personelu w placówkach oświatowych EDU PLUS zatwierdzone uchwałą nr 24/2010 Zarządu InterRisk S.A. Vienna Insurance Group z dnia 20.04.2010 roku.

Prezes Zarządu

Jan Bogutyn

Wiceprezes Zarządu

Józef Winiarski