**PONAD 30 LAT DOŚWIADCZENIA**

**PROPOZYCJA UBEZPIECZENIA DZIECI PRZEDSZKOLNYCH w roku 2021/2022**

**Suma ubezpieczenia 25 000 PLN**

**składka 55 PLN Na okres 12-tu miesięcy (4,60 zł/m-c )**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RODZAJ ŚWIADCZEŃ- Zakres ochrony**  **Brak ograniczenia tabelą uszczerbków** | WYSOKOŚĆ WYPŁATY  wg Sumy Ubezpieczenia | SUMA UBEZPIECZENIA  **25 000 ZŁ** |
| Całkowity 100% uszczerbek na zdrowiu | 200% | **50 000** |
| Śmierć Ubezpieczonego w wypadku komunikacyjnym | 150% | 37 500 |
| Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NNW, sepsy, **wirusa SARS-CoV-2** | 100% | 25 000 |
| Śmierć Ubezpieczonego w wyniku niewydolności wielonarządowej- choroby | 100% | 25 000 |
| Śmierć Ubezpieczonego w wyniku popełnienia samobójstwa | 100% | 25 000 |
| Częściowy trwały uszczerbek na zdrowiu **powyżej 25%** | **2% za każdy 1% uszczerbku** | 1% = **500** |
| **Częściowy trwały uszczerbek na zdrowiu, w tym też:**   * Pogryzienie przez psa i inne zwierzęta oraz ukąszenia owadów * Poparzenie (każdego stopnia) * Odmrożenie (każdego stopnia) * **Nagłe zatrucia gazami, substancjami i produktami chemicznymi** * **Porażenie prądem lub piorunem** * Złamanie, zwichnięcie, skręcenie, wybicie **(szkoły plastyczne, muzyczne 1%=2% SU)** * Wstrząśnienie mózgu, obicie mózgu * Zranienia, rany szarpane, rany cięte * Uszkodzenia narządu słuchu oraz wzroku **(szkoły muzyczne 1%=2% SU)** * **Obrażenia ciała spowodowane atakiem epilepsji, omdleniem, utraty przytomności oraz pobicia** * **Następstwa zawału mięśnia sercowego i udaru mózgu** * Następstwa nieudanej próby samobójczej * I wszystkie inne następstwa wypadku……….. | % w jakim Ubezpieczony  doznał trwałego uszczerbku | 1% = 250  2% = 500  3% = 750  Etc……. |
| Częściowy trwały uszczerbek doznany podczas rekreacyjnego uprawiania sportu oraz klasy sportowe i młodzieżowe kluby sportowe |
| Koszty **nabycia, wypożyczenia** środków pomocniczych, **protez, gipsów miękkich, ortez, kuli, gorsetów i innych** przedmiotów ortopedycznych – **wg. rozporządzenia Ministra Zdrowia** | **30%** | **7 500** |
| **Koszty odbudowy zębów stałych** | 30% max 500 zł  za każdy ząb | do 7 500 |
| **Koszty** przeszkolenia zawodowego inwalidów | **50%** | 12 500 |
| **Koszty** dodatkowych badań lekarskich zleconych przez STU ERGO HESTIA S.A | bez limitu | bez limitu |
| **Zwrot kosztów leczenia**- wydatki poniesione wskutek NNW na terenie RP w tym:   * **Prywatne wizyty lekarskie** * **Tomografia komputerowa, Rezonans magnetyczny, USG, RTG i inne** * Operacyjne nastawienie kości, * Zdjęcie szyny z zębów * Założenie i zdjęcie szwów * **Pokrycie kosztów łóżka w placówce medycznej/hotelu dla opiekuna** * Niezbędne lekarstwa i środki opatrunkowe * Inne………………………….. | **10%** | 2 500 |
| **Zwrot kosztów rehabilitacji** | **10%** | 2 500 |
| **Dzienne** **świadczenie szpitalne** **w wyniku choroby**  - płatne od 1 dnia pobytu max 90 dni **(zdiagnozowane w okresie ubezpieczenia)**  Pobyt minimalny -1dzień | **25 zł za każdy dzień**  **max 2 250 zł** | 25 |
| **Zwrot kosztów wizyt u psychologa- Nowość!!**  **na podstawie faktury/ rachunku imiennego oraz potwierdzonej diagnozy o wystąpieniu zaburzeń spowodowanych długotrwałą izolacją** | **200 zł** | 200 |
| **Operacja plastyczna**  **w tym redukcja blizn powypadkowych -limit do 500 zł** | **3 000 zł** | 3 000 zł |
| Pobyt w szpitalu po wypadku-( np.obserwacja- min 3 dni)- brak trwałego uszczerbku na zdrowiu  Leczenie ambulatoryjne na skutek wypadku (min 14 dni)- bez trwałego uszczerbku na zdrowiu | **3%**  **1%** | 750  250 |
| **Assistance powypadkowy na terenie RP – organizacja i pokrycie kosztów przez STU ERGO HESTIA S.A.**  **WAŻNE -Telefon na infolinię przed skorzystaniem ze świadczenia!!!!**   * **Transport medyczny** * **Rehabilitacja**- wizyta fizykoterapeuty, wizyta w poradni rehabilitacyjnej * **Sprzęt rehabilitacyjny** * **Pomoc** psychologa * **Prywatna** wizyta lekarza w miejscu pobytu Ubezpieczonego * **Prywatna** wizyta Ubezpieczonego u lekarza * **Prywatna** wizyta pielęgniarki * Dowóz leków i drobnego sprzętu medycznego * Prywatne korepetycje * Opieka nad dzieckiem * Pomoc informacyjna * Telefoniczna informacja o placówkach i usługach służby zdrowia * Powiadomienie rodziny * Telefoniczna informacja medyczna oraz szpitalna | **2 000 zł** | 2 000 |
| **Świadczenie na wypadek śmierci jednego lub obojga przedstawicieli ustawowych w wyniku NW** | **1 000 zł** | 1 000 |
| **Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania**: **( choroby zdiagnozowane w okresie ubezpieczenia)**   * Nowotwór złośliwy * Białaczka * Guz mózgu * Paraliż * Zapalenie mózgu * Wrodzona wada serca * Wirusowe zapalenie wątroby * **Choroby serca** * Przeszczep narządów, utrata kończyn, zakażenie wirusem HIV * **Choroba Creufzfelda-Jakoba** | **1 000 zł** | 1 000 |
| **Świadczenie z tytułu zachorowania na :**  **Sepsę** (posocznicę meningokokową lub pneumokokową)  **Wirusa SARS-Cov2 (Coronawirusa)-pobyt w szpitalu min 7 dni** | **\*\* 1000 zł** | **1 000** |
| **Świadczenie na skutek operacji w wyniku:**   * **Choroby** np. **wyrostek robaczkowy**   **limit na wycięcie migdałków (dotyczy przedszkoli i żłobków)**   * **NNW** (pobyt w szpitalu min 3 dni) | **\*\* 250 zł**  **\*\* 150 zł**  **\*\* 500 zł** | **250**  **150**  **500** |

* OKRES UBEZPIECZENIA: **12 MIESIĘCY PRZEZ 24 GODZINY NA DOBĘ** – **W DOMU, POZA DOMEM, W SZKOLE…**

**W KAŻDYM MIEJSCU PRZEBYWANIA DZIECKA**

* MIEJSCE UBEZPIECZENIA: **CAŁY ŚWIAT**, W TYM UPRAWIANIE SPORTU
* **WYPŁATA ŚWIADCZEŃ SZPITALNYCH z powodu choroby**

**-**zdiagnozowanej **PRZED okresem ubezpieczenia** (kontynuacja ubezpieczenia w Ergo Hestii) -100% wartości za każdy dzień

**-** zdiagnozowanej **PRZED okresem ubezpieczenia** dla placówek **przejętych z firm konkurencyjnych**- 50% wartości za każdy dzień

* **Operacje plastyczne związane z wypadkiem , w tym redukcja blizn powypadkowych**
* **Zwrot kosztów wizyt u psychologa – spowodowanych wystąpieniem zaburzeń spowodowanych długotrwałą izolacją**
* **Świadczenie z tytułu zachorowania na wirusa SARS-Cov-2 (Coronawirusa)**

OBOWIĄZUJĄ OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA **STU ERGO HESTIA S.A. PAB/OW027/1601, OC/OW029/1601**

**ORAZ POSTANOWIENIA DODATKOWE, SZCZEGÓLNE- WYNIKAJĄCE Z NINIEJSZEJ OFERTY NR BWÓ/0112/0109/05/202**

**Galeria Ubezpieczeń Lucyna Pachocka**

Siedziba: 26-652 Cerekiew ul. Lawendowa 10 Biuro: 26-600 Radom ul. Wernera 5 lok 6

**tel. 533-015-063; 601-053-056 email: sekretariat.**[**galeriaubezpieczen@gmail.com**](mailto:galeria.ubezpieczen@gmail.com)

**NIP: 948-110-69-39 REGON: 670989147**

Gwarancja Firmy- polisa Odpowiedzialności Cywilnej: suma gwarancyjna – 1.875.927 EURO