**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 WYPŁATYwg 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% = 2502% = 5003% = 750Etc……. |
| 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 zdrowiuLeczenie ambulatoryjne na skutek wypadku (min 14 dni)- bez trwałego uszczerbku na zdrowiu | **3%****1%** | 750250 |
| **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**

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

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