**PONAD 30 LAT DOŚWIADCZENIA**

**ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIA UCZNIÓW NA ROK SZKOLNY 2021/2022**

 **Suma ubezpieczenia 35 000 PLN składka 86 zł na rok (7,20zł/za m-c)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RODZAJ ŚWIADCZEŃ- ZAKRES OCHRONY****Brak ograniczenia tabelami uszczerbków**  | WYSOKOŚĆ WYPŁATYwg Sumy Ubezpieczenia | **SUMA UBEZPIECZENIA** **35 000 ZŁ****Wartość świadczeń w zł** |
| Całkowity 100% uszczerbek na zdrowiu | 200% | **70 000** |
| Śmierć Ubezpieczonego w wypadku komunikacyjnym | 150% | **52 500** |
| Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NNW, sepsy, **wirusa SARS-CoV-2** | 100% | **35 000** |
| Śmierć Ubezpieczonego w wyniku niewydolności wielonarządowej- choroby | 100% | **35 000** |
| Śmierć Ubezpieczonego w wyniku popełnienia samobójstwa | 100% | **35 000** |
| Częściowy trwały uszczerbek na zdrowiu **powyżej 25%** | **2% za każdy 1% uszczerbku** | **1% = 700** |
| **Częściowy trwały uszczerbek na zdrowiu, w tym też:*** Pogryzienie przez psa i inne zwierzęta oraz ukąszenia owadów
* Poparzenie (każdego stopnia)
* Odmrożenie (każdego stopnia)
* **Nagłe zatrucia gazami, substancjami i produktami chemicznymi**
* **Porażenie prądem lub piorunem**
* Złamanie, zwichnięcie, skręcenie, wybicie **(szkoły plastyczne, muzyczne 1%=2% SU)**
* Wstrząśnienie mózgu, obicie mózgu
* Zranienia, rany szarpane, rany cięte
* Uszkodzenia narządu słuchu oraz wzroku **(szkoły muzyczne 1%=2% SU)**
* **Obrażenia ciała spowodowane atakiem epilepsji, omdleniem, utraty przytomności oraz pobicia**
* **Następstwa zawału mięśnia sercowego i udaru mózgu**
* Następstwa nieudanej próby samobójczej
* Inne uszczerbki powstałe na skutek wypadku ………
 | % w jakim Ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku | **1% = 350****2% = 700****3% = 1050****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 – **wykaz** **wg. rozporządzenia Ministra Zdrowia** | **30%** | **10 500** |
| **Koszty odbudowy zębów stałych** | **30%****max 500 zł za każdy ząb**  | **do 10 500** |
| **Koszty** przeszkolenia zawodowego inwalidów | **50%** | **17 500** |
| **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%** | **3 500** |
| **Zwrot kosztów rehabilitacji -następstwo wypadku** | **10%** | **3 500** |
| **Dzienne** **świadczenie szpitalne** (pobyt - min 1dzień/noc)* **w wyniku choroby**- płatne od 1 dnia pobytu max 90 dni **(zdiagnozowane w okresie ubezpieczenia)**
* **w wyniku NNW –** płatne od 1go dnia max 180 dni
 | **50 zł za każdy dzień****max 2 700 zł****30 zł za każdy dzień****Max 5 400** | **50****30**  |
| **Zwrot kosztów wizyt u psychologa**na podstawie faktury/ rachunku imiennego **oraz potwierdzonej diagnozy o wystąpieniu zaburzeń spowodowanych długotrwałą izolacją** | **200 zł** | **200** |
| Pobyt w szpitalu po wypadku-( np.obserwacja- min 3 dni)- brak trwałego uszczerbku na zdrowiuLeczenie ambulatoryjne na skutek wypadku (min 14 dni)- bez trwałego uszczerbku na zdrowiu | **3%****1%** | **1050****350** |
| **Assistance powypadkowy na terenie RP – organizacja i pokrycie kosztów przez STU ERGO HESTIA S.A.****Przed skorzystaniem z n/w pomocy, konieczny telefon na infolinię : 58 555 55 55*** **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** | **2000** |
| **Świadczenie na wypadek śmierci jednego lub obojga przedstawicieli ustawowych w wyniku NW** | **1 000 zł** | **1 000** |
| **Świadczenie** na wypadek śmierci jednego lub obojga przedstawicieli ustawowych **w wyniku innym niż NNW** | **1 000 zł** | **1 000** |
| **Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania: (zdiagnozowanego 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** |
| **Swiadczenie z tytułu zachorowania na :*** Sepsę( posocznicę meningokokową lub pneumokokową)
* **Wirusa SARS-Cov2(Coronawirusa)=pobyt w szpitalu min 7 dni**
 | **500 zł** | **500** |
|  **Operacja plastyczna****w tym redukcja blizn powypadkowych -limit do 500 zł** |  **3 000 zł** | **3 000** |
| **Świadczenie na skutek operacji w wyniku:** * **Choroby** np. **wyrostek robaczkowy, skręt jelit ,etc…**
 | **250 zł** | **250** |

* ******OKRES UBEZPIECZENIA: **12 MIESIĘCY PRZEZ 24 GODZINY NA DOBĘ** – **W DOMU, POZA DOMEM, W SZKOLE…W KAŻDYM MIEJSCU PRZEBYWANIA**
* MIEJSCE UBEZPIECZENIA: **CAŁY ŚWIAT**, W TYM UPRAWIANIE SPORTU

 **NOWOŚCI NA NOWY ROK SZKOLNY 2021/2022 *TYLKO W***

* **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/0112/0109/05/2020**

**Galeria Ubezpieczeń Lucyna Pachocka**

**tel. 533-015-063; 601-053-056 email: sekretariat.****galeriaubezpieczen@gmail.com**