ZAKRES UBEZPIECZENIA DLA SZKOŁY PODSTAWOWEJ NR 1 W TOMASZOWIE LUBELSKIM

OPCJA PODSTAWOWA UBEZPIECZENIE NNW DZIECI I MŁODZIEŻY SZKOLNEJ ORAZ WYMAGANE DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Świadczenia w**  **OPCJI PODSTAWOWEJ** | **Wysokość świadczenia %SU** | **Informacje dodatkowe** | **SU 19.000 zł** | **Wymagane dokumenty** |
| **1% uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku w tym złamania, zwichnięcia oraz skręcenia trzech stawów (kostka, kolano, nadgarstek)** | 1% sumy ubezpieczenia | Uszczerbek na zdrowiu ustalany na podstawie Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu InterRisk | **190,00 zł** | **Dokumentacja medyczna wymieniona w instrukcji zgłoszenia roszczenia** |
| **koszty nabycia wyrobów medycznych, wydawanych na zlecenie**  **w tym zwrot kosztu zakupu lub naprawy okularów korekcyjnych lub aparatu słuchowego uszkodzonych podczas zajęć lekcyjnych W-F** | do 30% SU  w tym zwrot za zakup okularów korekcyjnych i aparatu słuchowego **do 200 zł** | Zwrot kosztów za zakup np. stabilizatora, kołnierzy ortopedycznych | **Zwrot kosztów**  **do 5 700 zł** | **Celem refundacji poniesionych kosztów należy przedstawić:**   1. kopię zlecenia lekarskiego na zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze,   b) okazać Ubezpieczycielowi oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty, |
| **koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych** | do 30% sumy ubezpieczenia | Zwrot kosztów dla osoby trwale niezdolnej do pracy w dotychczasowym zawodzie | **Zwrot kosztów**  **do 5 700 zł** | **Celem refundacji poniesionych kosztów należy przedstawić:**   1. kopię decyzji 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) okazać Ubezpieczycielowi oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty; |
| **z tytułu uszczerbku na zdrowiu w wyniku ataku padaczki** | jednorazowo - 1% sumy ubezpieczenia | Jednorazowe świadczenie pod warunkiem zdiagnozowania padaczki w okresie ubezpieczenia | **190 zł** | **Dokumentację medyczną potwierdzającą że zdiagnozowanie padaczki nastąpiło w okresie ubezpieczenia** |
| **śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** | 100% sumy ubezpieczenia | Za NNW uważa się również zawał serca i udar mózgu | **19 000 zł** | **Akt zgonu** |
| **zdiagnozowanie u Ubezpieczonego sepsy** | jednorazowo - 10% sumy ubezpieczenia | Wypłata za fakt zdiagnozowania sepsy | **1 900 zł** | **Dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienia sepsy –** wypłata świadczeniapod warunkiem, iż sepsa została zdiagnozowana w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej |
| **śmierć opiekuna ustawowego Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** | jednorazowo - 10% sumy ubezpieczenia | W przypadku śmierci obydwu rodziców / opiekunów prawnych świadczenie wypłacane jest podwójnie | **1 900 zł** | **Akt zgonu** |
| **pogryzienie przez psa, pokąsania, ukąszenia, użądlenia** | jednorazowo - 1% | Warunek odpowiedzialności: pomoc ambulatoryjna | **190 zł** | Zaświadczenie lekarskie o udzieleniu pierwszej pomocy medycznej. |
| **Wstrząśnienie mózgu w wyniku NW** | 1% SU pod warunkiem 2 dniowego pobytu w szpitalu | Warunek odpowiedzialności: pobyt w szpitalu minimum 2 dni | **190 zł** | **Karta informacyjna z pobytu w szpitalu** |
| **Śmierć ubezpieczonego w wyniku NW na terenie placówki oświatowej** | 50% SU | Dodatkowe świadczenie | **9 500 zł** |  |
| **Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego bąblowicy, boreliozy, toksoplazmozy, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, wścieklizny** | 400 zł | Wypłata za fakt zdiagnozowania | **400 zł** | **Dokument medyczny potwierdzający zdiagnozowanie choroby w okresie ubezpieczenia**  **+ 200 zł jednorazowy zwrot kosztów leczenia w okresie ubezpieczenia na terenie RP z tytułu wizyt lekarskich lub antybiotykoterapii w przypadku ukąszenia / usunięcia kleszcza** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RODZAJE OPCJI DODATKOWYCH** | | | WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA | Niezbędne dokumenty |
| Opcja Dodatkowa D1 – ŚMIERĆ W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO | | | 5 000 zł | Podwyższenie Sumy ubezpieczenia o dodatkowe 5 000 zł łączenie do wypłaty 24 000 zł |
| Opcja Dodatkowa D2 – oparzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku | | II stopień | 400 zł | Dokumentacja medyczna z udzielenia pomocy  (karty informacyjne; historia choroby; wyniki badań; opinie i diagnozy lekarzy w którym jest stwierdzony stopień oparzenia) |
| III stopień | 1 200 zł |
| IV stopień | 2 000 zł |
| Opcja Dodatkowa D4 - pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie od pierwszego dnia pobytu w szpitalu) | | | 50 zł/ za każdy dzień  (pobyt minimum 3 dni) | Karta Informacyjna ze szpitala |
| Opcja Dodatkowa D5 - pobyt w szpitalu w wyniku choroby (świadczenie od drugiego dnia pobytu) | | | 50 zł/ za każdy dzień  (pobyt powyżej 3 dni) | Karta Informacyjna ze szpitala  Warunek choroba musi zostać wykryta w okresie ubezpieczenia. |
| Opcja Dodatkowa D6 - poważne zachorowania | Nowotwór złośliwy, Paraliż, Niewydolność nerek, Transplantacja głównych organów, Poliomyelitis, Utrata mowy, Utrata słuchu, Utrata wzroku, Anemia plastyczna, Stwardnienie rozsiane | | 1 000 zł | Wypłata świadczenia pod warunkiem zachorowania i zdiagnozowania u Ubezpieczonego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej potwierdzone diagnozy dokumentacją medyczną |
| Opcja Dodatkowa D10 – koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku | | | Zwrot do  600 zł | Koszty leczenia- poniesione na terytorium RP niezbędne z medycznego punktu widzenia i **udokumentowane fakturami** koszty z tytułu:   1. Wizyt lekarskich 2. zabiegów ambulatoryjnych, rehabilitacji 3. Badań zleconych przez lekarza prowadzącego leczenie 4. Pobytu w szpitalu 5. Operacji, za wyjątkiem operacji plastycznych 6. Zakupu środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza” |
| Opcja Dodatkowa D13 – koszty leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku | | | Zwrot do  500 zł | Zwrot udokumentowanych fakturami kosztów, pod warunkiem, iż koszty leczenia stomatologicznego:   1. powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, 2. zostały poniesione na odbudowę stomatologiczną uszkodzonego lub utraconego zęba stałego, 3. zostały poniesione w okresie ubezpieczenia na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, w okresie maksymalnie 6 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku; |

**Rozszerzenie ochrony o uszkodzenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku** - wypłata świadczenia w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia jednak nie więcej niż 150 zł pod warunkiem iż:

**a)Nieszczęśliwy wypadek nie pozostawił uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego ( 0% uszczerbku na zdrowiu) oraz nie wypłacono świadczenia z tytułu ataku padaczki, wstrząśnienia mózgu, pogryzienia przez psa, pokąsania, ukąszenia/użądlenia .**

**b)Uszkodzenie ciała wymagało interwencji lekarskiej w placówce medycznej oraz dalszego leczenia i co najmniej dwóch wizyt kontrolnych u lekarza**

**Jak zgłosić szkodę z ubezpieczenia NNW**

|  |  |
| --- | --- |
| **OPCJA I**  **W naszym biurze:** | **OPCJA II**  **Samodzielnie wg schematu towarzystwa Inter RISK VIG** |
| **Pool Broker Sp. z o.o.**  **Ul. Rynek 20 / pokój nr 3 (budynek Cechu)**  **22-600 Tomaszów Lubelski**  **Tel: 84 664 12 31**  lub wysyłając dokumenty na adres e-mail:  **daniel.derko@ poolbroker.pl**  **Zachęcamy do zgłaszania roszczeń za pośrednictwem naszego biura w sprawach spornych z towarzystwem udzielamy pomocy.**  **Osoba do kontaktu Daniel Derko**  **Zapraszamy do korzystania z naszego biura w innych sprawach ubezpieczeniowych.** **Prowadzimy działalność pośrednictwa ubezpieczeniowego w zakresie ubezpieczeń:**   * **majątkowych (w tym rolnych),** * **komunikacyjnych,** * **osobowych.**   **Dbamy o najlepszą jakość oraz cenę sprzedawanych przez nas ubezpieczeń.** |  |
| **Wymagane dokumenty do zgłoszenia szkody:**   * **Wypełniony formularz zgłoszenia szkody wydany przez szkołę.** * **Dokumentacja medyczna z procesu leczenia opisującą rodzaj doznanych obrażeń oraz zawierającą dokładną diagnozę** (karty informacyjne, zaświadczenia, wyniki badań, historia choroby). * **Zaświadczenie o zakończonym leczeniu** (zaświadczenie wydawane przez lekarza, informacja o zakończonym leczeniu na karcie informacyjnej z izby przyjęć z datą oraz podpisem lekarza, historia choroby w której jest adnotacja o zakończonym leczeniu) – jeżeli przychodnia pobiera opłaty za wydanie zaświadczenia o zakończeniu leczenia proszę żądać w zamian kopii historii choroby. | |