

PROGRAM UBEZPIECZENIA NNW
Szkoły Podstawowej nr 4 im. Powstańców Styczniowych w Mińsku Mazowieckim



Ubezpieczyciel Inter Risk Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group
OPCJA PODSTAWOWA



Ubezpieczenie ważne od 1.10.2023 r. do 30.09.2024 r.

Polisa zawarta za pośrednictwem Pool Broker Sp. z o.o.



Ubezpieczenie funkcjonuje 24 na dobę, odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeniowego za zdarzenia powstałe na całym świecie (ograniczone przez towarzystwa są zwroty kosztów leczenia poniesione wyłącznie na terenie RP).

Świadczenia w OPCJI PODSTAWOWEJ	Wysokość świadczenia %SU	Informacje dodatkowe	SU: 30.000 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	300 zł	Dokumentacja medyczna wymieniona w instrukcji zgłoszenia roszczenia – <i>najistotniejsza dokumentacja medyczna od dnia zdarzenia do dnia zakończenia leczenia.</i>
koszty nabycia wyrobów medycznych, wydawanych na zlecenie wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w tym zwrot kosztu zakupu lub naprawy okularów korekcyjnych lub aparatu słuchowego uszkodzonych podczas zajęć lekcyjnych W-F pod warunkiem powstania jednocześnie trwałego uszczerbku	do 30% SU w tym zwrot za zakup okularów korekcyjnych i aparatu słuchowego do 200 zł	Zwrot kosztów za zakup wyrobów w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty wypadku	Zwrot kosztów do 9 000 zł	Celem refundacji poniesionych kosztów należy przedstawić: a) 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 – <u>Oryginały rachunków należy wysłać pocztą.</u>
koszty przekwalifikowania osób zawodowego niepełnosprawnych	do 30% sumy ubezpieczenia	Zwrot kosztów dla osoby trwale niezdolnej do pracy w dotychczasowym zawodzie	Zwrot kosztów do 9 000 zł	Celem refundacji poniesionych kosztów należy przedstawić: a) 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 oraz b) zostały poniesione na terytorium RP w okresie nie dłuższym niż dwa lata od NW;
uszczerbek na zdrowiu w wyniku ataku padaczki	jednorazowo - 1% sumy ubezpieczenia	Jednorazowe świadczenie pod warunkiem zdiagnozowania padaczki w okresie ubezpieczenia	300 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	30 000 zł	Akt zgonu, karta zgonu potwierdzająca okoliczności zdarzenia. Odpowiedzialność ubezpieczyciela za śmierć w wyniku NW jeżeli śmierć nastąpiła w ciągu 2 lat od wypadku.
zdiagnozowanie u Ubezpieczonego sepsy	jednorazowo - 10% sumy ubezpieczenia	Wypłata pod warunkiem zdiagnozowania sepsy, która spowoduje dysfunkcję lub niewydolność co najmniej dwóch narządów lub układów	3000 zł	Dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienia sepsy – wypłata świadczenia pod warunkiem, iż sepsa została zdiagnozowana w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej

śmierć opiekuna ustawowego Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	jednorazowo - 10% sumy ubezpieczenia	Odpowiedzialność ubezpieczyciela do dwóch zdarzeń w okresie ubezpieczenia	3000 zł	Akt zgonu, karta zgonu z potwierdzeniem okoliczności zdarzenia, dokument potwierdzenie pokrewieństwo (akt. urodzenia)
pogryzienie przez psa,	jednorazowo - 1% sumy		300 zł	Zaświadczenie lekarskie / dokumentacja medyczna o udzieleniu pierwszej pomocy medycznej.
pokąsania, ukąszenia, użądlenia	jednorazowo - 2% sumy pod warunkiem 2 dniowego pobytu w szpitalu	Warunek odpowiedzialności: pobyt w szpitalu minimum 2 dni	600 zł	Karta pobytu w szpitalu
Wstrząśnienie mózgu w wyniku NW	1% SU pod warunkiem 2 dniowego pobytu w szpitalu	Warunek odpowiedzialności: pobyt w szpitalu minimum 2 dni	300 zł	Karta informacyjna z pobytu w szpitalu z określeniem zdarzenia
Śmierć ubezpieczonego w wyniku NW na terenie placówki oświatowej		Świadczenie łączne	60 000 zł	Akt zgonu, dokumentacja potwierdzająca przyczynę i miejsca zdarzenia
Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego bąblowicy, toksoplazmozy, wścieklizny	5% SU		1 500 zł	Dokument medyczny potwierdzający zdiagnozowanie choroby w okresie ubezpieczenia
Zatrucie pokarmowe, lub nagle zatrucie gazami, bądź porażenie prądem lub piorunem	2% SU	Warunek odpowiedzialności: pobyt w szpitalu minimum 3 dni	600 zł	Dokumentacja medyczna potwierdzająca zdarzenie
Opcja dodatkowa – zwichnięcie lub skręcenie stawu		Jednorazowe świadczenie	500 zł	W przypadku zwichnięcia lub skręcenia stawu w wyniku NW przysługuje jednorazowe świadczenie

RODZAJE OPCJI DODATKOWYCH ZAWARTYCH W UBEZPIECZENIU		WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA	Niezbędne dokumenty / uwagi / informacje dodatkowe
Opcja Dodatkowa D1 – śmierć w następstwie wypadku komunikacyjnego		10 000 zł	Świadczenie dodatkowe
Opcja Dodatkowa D2 – oparzenia, odmrożenia w wyniku NW	II stopień	800 zł	Dokumentacja medyczna z udzielenia pomocy (karty informacyjne; historia choroby; wyniki badań; opinie i diagnozy lekarzy w którym jest stwierdzony stopień oparzenia)
	III stopień	2 400 zł	
	IV stopień	4 000 zł	
Opcja Dodatkowa D3 - pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (<u>świadczenie od pierwszego dnia pobytu w szpitalu</u>) pobyt do 100 dni		64 zł/ za każdy dzień (pobyt minimum 2 dni) Pobyt na OIOM co najmniej 48h dopłata jednorazowa 500 zł	Karta Informacyjna pobytu w szpitalu
Opcja Dodatkowa D4 - pobyt w szpitalu w wyniku choroby (<u>świadczenie od drugiego dnia pobytu</u>) pobyt do 100 dni		64 zł/ za każdy dzień (pobyt powyżej 2 dni)	Karta Informacyjna pobytu w szpitalu – jeżeli w karcie nie została określona data zachorowania dokumentacja medyczna potwierdzająca datę zachorowania
Opcja Dodatkowa D5 – poważne zachorowanie		2 000 zł	Wypłata w przypadku zdiagnozowania choroby w okresie ubezpieczenia zgodnie z katalogiem towarzystwa: Nowotwór złośliwy, Paraliż, Niewydolność Nerek, Transplantacja głównych organów, Polimielitis, Utrata mowy, słuchu lub wzroku, Anemia aplastyczna, Stwardnienie rozsiane, cukrzyca typu I, niewydolność serca, choroby autoimmunologiczne, zapealenie opon mózgowo rdzeniowych.
Opcja Dodatkowa D6 – operacje w wyniku nieszczęśliwego wypadku - Wypłata dodatkowego świadczenia w przypadku operacji po nieszczęśliwym wypadku zgodnie z tabelą nr 8 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia		Suma Ubezpieczenia: 2 000 zł	świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia uzależniona od rodzaju operacji, określonej wyłącznie w tabelach pod warunkiem iż operacja: a) została zalecona przez lekarza jako niezbędna część procesu leczenia choroby, która została rozpoznana po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia oraz b) została przeprowadzona w trakcie trwania okresu ubezpieczenia w trakcie co najmniej trzydniowego pobytu w szpitalu,
Opcja Dodatkowa D7 – operacje w choroby - Wypłata dodatkowego świadczenia w przypadku operacji po nieszczęśliwym wypadku zgodnie z tabelą nr 9 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia		Suma Ubezpieczenia: 2 000 zł	świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D7, uzależnione od rodzaju operacji, określonej wyłącznie w TABELI nr 9, pod warunkiem iż operacja: a) została zalecona przez lekarza jako niezbędna część procesu leczenia choroby, która została rozpoznana po raz pierwszy w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz b) została przeprowadzona podczas co najmniej trzydniowego pobytu w szpitalu w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej;

Opcja Dodatkowa D8 – koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku	Zwrot do 1 500 zł Kosztów które powstały w okresie 12 miesięcy od daty wypadku (limity odpowiedzialności: • rehabilitacja do 1 000 zł • koszty leków do 500 zł)	Koszty leczenia- poniesione na terytorium RP niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane fakturami koszty z tytułu: - Wizyt lekarskich - zabiegów ambulatoryjnych, rehabilitacji - Badań zleconych przez lekarza prowadzącego leczenie - Pobytu w szpitalu - Operacji przeprowadzonej podczas co najmniej trzydniowego pobytu w szpitalu - Operacji plastycznej zleconej przez lekarza jako niezbędna część leczenia NNW - Zakupu środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza - Rehabilitacji zleconej przez lekarza - Kosztów leków przez lekarza prowadzącego leczenie szpitalne, które skutkowało co najmniej czterodniowym pobytem w szpitalu w wyniku NW
Opcja Dodatkowa D11 – koszty leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	Zwrot do 900 zł Limit na leczenie zęba po wypadku do 300 zł	Zwrot udokumentowanych fakturami kosztów, pod warunkiem, iż koszty leczenia stomatologicznego: - powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, - zostały poniesione na odbudowę stomatologiczną uszkodzonego lub utraconego <u>zęba stałego</u>, z zastrzeżeniem, że w związku z utratą lub uszkodzeniem zęba w NW wypadku u Ubezpieczonego został orzeczony uszczerbek na zdrowiu <u>zostały poniesione w okresie ubezpieczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w okresie maksymalnie 6 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;</u>
Opcja Dodatkowa D12 – uciążliwe leczenie w wyniku NW	200 zł	Świadczenie wypłacane pod warunkiem iż zdarzenie wystąpiło w wyniku NW w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu którego ubezpieczonemu nie przysługują świadczenia z żadnej opcji (par. 4 ust. 1 OWU) oraz ubezpieczony wymagał leczenia i odbył <u>co najmniej dwie stacjonarne kontrole / wizyty lekarskie w placówce medycznej</u> , lub doznał czasowej niezdolności do nauki lub pracy przez okres nie krótszy niż 8 dni.
Hejt Stop	SU: 5 000 zł Pełen zakres świadczeń opisany w §11 OWU	• pomoc informacyjna w ramach bezpieczeństwa dotyczącego użytkowania portali społecznościowych, • pomoc psychologa i pomoc prawna w przypadku działań przemocowych w sieci w stosunku do Ubezpieczonego m. in. w przypadku znieważenia lub zniesławienia w sieci, cyberbuling, cybermobbing, rozpowszechnienia nieprawdziwych informacji w sieci czy szantażu.

Szkodę można zgłosić w następujący sposób:

- **Internetowo** - za pośrednictwem strony internetowej www.interrisk.pl link poniżej: <https://zgloszenie.interrisk.pl/assetclaim/new>



- **Pocztą tradycyjną** - kompletną dokumentację należy wysłać na poniższy adres:

Przegr. Poczta nr 3334

40-610 Katowice

Wysyłając:

- dopełniony druk zgłoszenia roszczenia,
- kopię dokumentacji medycznej
- oryginały rachunków.

- **Pocztą elektroniczną** - skany wymaganych dokumentów (wskazanych w § 21 OWU, oraz określonych w pliku Inter Risk opis zgłoszenia szkody) należy przesłać na adres e-mail: szkody@interrisk.pl

Wysyłając zgłoszenie na adres e-mail należy dołączyć dokumentację medyczną oraz dopełniony druk zgłoszenia roszczenia lub w zamian druku wskazać w treści wiadomości informacje:

- serii i numeru polisy, z której będzie zgłaszane roszczenie można uzyskać w Sekretariacie Szkoły
- dane Ubezpieczającego – Nazwa szkoły
- danych osobowych osoby Ubezpieczonej (dziecka)
- imienia i nazwiska rodzica / opiekuna prawnego, który występuje ze zgłoszeniem
- krótki opis zdarzenia
- danych korespondencyjnych
- numer rachunku bankowego, na które należy wypłacić świadczenie

- **Telefonicznie** – na numer telefonu InterRisk Kontakt: **(22) 575 25 25**

W celu uzyskania refundacji poniesionych kosztów należy wysłać do towarzystwa oryginały rachunków na adres:

Przegr. Poczta nr 3334

40-610 Katowice

W przypadku pytań lub wątpliwości dotyczących warunków ubezpieczenia oraz innych sprawach można kontaktować się z brokerem obsługującym ubezpieczenie tj. Pool Broker Sp. z o.o.

Daniel Derko

tel. 502 573 426

e-mail: daniel.derko@poolbroker.pl

Pool Broker Sp. z o.o., Filia Tomaszów Lubelski,
ul. Ligowsiego 28,
22-600 Tomaszów Lubelski,

Niniejsza propozycja nie stanowi oferty w rozumieniu przepisów kodeksu cywilnego. Szczegółowe zasady warunków ubezpieczenia, w szczególności dotyczące definicji zdarzeń objętych ochroną, zakresu odpowiedzialności, wypłaty świadczeń określają ogólne warunki ubezpieczenia lub umowa ubezpieczenia oraz inne dokumenty stanowiące integralną część stosunku ubezpieczeniowego.

Informacje dodatkowe dla zgłaszających:

- do zgłoszenia należy dołączać pełną dokumentację medyczną od dnia powstania zdarzenia do dnia zakończenia leczenia – na podstawie przesłanej dokumentacji towarzystwo wyda decyzję z określeniem procentowego uszczerbku na zdrowiu.
- w opisie wypadku należy podawać krótkie zgodne z powstałym zdarzeniem sformułowania (*wypadek w szkole, wypadek w drodze do szkoły, wypadek w domu, wypadek na rowerze, upadek, przewrócenie się*).
- Jeżeli uraz pozostawił trwały defekt proszę ująć to w zgłoszeniu (*problemy motoryczne z: wyprostem / zgięciem / ruchami, w przypadku ran ważą informacją jest jakiej długości lub wielkości jest rana, czy pozostawiła dysfunkcję – widoczną bliznę, zmianę pigmentacji skóry*) – najlepiej aby powstała dysfunkcja została określona i opisana w dokumentacji medycznej przez lekarza.
- Jeżeli zdarzenie wystąpiło w wyniku prowadzenia pojazdu do zgłoszenia proszę dołączyć kopie uprawnień do prowadzenia pojazdu (*towarzystwo w włączeniach określonych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia nie odpowiada za zdarzenia powstałe podczas prowadzenia pojazdu bez wymaganych uprawnień*)
- Jeżeli wypadek powstał u dziecka do 10 lat podczas jazdy na rowerze na drodze publicznej – proszę określić pod czyją opieką było dziecko (*towarzystwo nie odpowiada za wypadki dziecka do 10 lat, który poruszał się rowerem na drodze publicznej bez opieki osoby dorosłej*)
- W przypadku zgłoszenia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby towarzystwo sprawdza czy pobyt oraz zachorowanie wystąpiły w okresie ubezpieczenia (*jeżeli w karcie informacyjnej nie została podana data zdiagnozowania choroby należy dołączyć dokumentację medyczną potwierdzającą datę zdiagnozowania zachorowania*) – towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za pobyt w szpitalu, który zakończył się brakiem postawienia rozpoznania w zakresie choroby, jak również który był pobytem w szpitalu w celach diagnostycznych.