

POSTANOWIENIA POCZĄTKOWE

§1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia **EDU PLUS**, zwane dalej OWU, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy osobami fizycznymi, prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi nieposiadającymi osobowości prawnej, zwane dalej Ubezpieczającymi a InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, zwanym dalej UBEZPIECZYCIEM.
2. Umowę ubezpieczenia można zawrzeć także na cudzy rachunek, z tym że Ubezpieczony imiennie wskazany jest w umowie (polisie) lub też w zależności od rodzaju zawartej umowy ubezpieczenia nie jest wskazany w polisie. Zarzuty mające wpływ na odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA może UBEZPIECZYCIEL podnieść także przeciwko Ubezpieczonemu.
3. Do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone, za zgodą stron, postanowienia dodatkowe lub odmienne, z tym że różnice między niniejszymi OWU, a treścią umowy UBEZPIECZYCIEL przedstawi Ubezpieczającemu na piśmie przed zawarciem umowy.
4. Wszystkie postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU muszą być, pod rygorem ich nieważności, sporządzone na piśmie w formie aneksu lub załącznika do umowy ubezpieczenia.
5. Wszystkie zmiany umowy ubezpieczenia muszą być, pod rygorem ich nieważności, sporządzone na piśmie w formie aneksu do umowy ubezpieczenia.
6. Do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa polskiego, a w szczególności przepisy Kodeksu Cywilnego (Dz.U. z 1964 r. nr 16, poz. 93 z późn. zm.) i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. 2010 r. Nr 11, poz. 66 z późn. zm.).

Co oznaczają określenia użyte w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia

DEFINICJE

§2

W rozumieniu niniejszych OWU przez poniższe określenia, użyte w OWU lub wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, polisie, innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia, a także innych pismach i oświadczeniach składanych w związku z umową ubezpieczenia, uważa się:

- 1) **akty terroru** – nielegalne działania i akcje organizowane z pobudek ideologicznych, religijnych, politycznych lub społecznych, indywidualne lub grupowe, prowadzone przez osoby działające samodzielnie lub na rzecz bądź z ramienia jakiegokolwiek organizacji lub rządu, skierowane przeciwko osobom, obiektom lub społeczeństwu, mające na celu wywarcie wpływu na rząd, wprowadzenie chaosu, zastraszenie ludności i dezorganizację życia publicznego przy użyciu przemocy lub groźby użycia przemocy;
- 2) **anemia aplastyczna** – niewydolność szpiku kostnego, rozpoznana przez lekarza specjalistę i zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako kod: D60-D61;
- 3) **bójka** – starcie między co najmniej trzema osobami, które atakują się wzajemnie i tym samym występują zarazem w roli napastników i napadniętych;
- 4) **Centrum Assistance** – jednostka organizacyjna wskazana przez UBEZPIECZYCIELA (adres, numer telefonu podawany jest w umowie ubezpieczenia), która na zlecenie UBEZPIECZYCIELA udziela świadczeń assistance – Assistance EDU PLUS;
- 5) **choroba** – zaburzenia w funkcjonowaniu narządów lub organów ciała Ubezpieczonego, niezależnie od niczyjej woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę;
- 6) **choroba psychiczna** – zgodnie z diagnozą lekarza prowadzącego leczenie choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania jako kod ICD: F00-F99;
- 7) **choroba zawodowa** – choroba znajdująca się w wykazie chorób stanowiącym załącznik do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 roku w sprawie chorób zawodowych;
- 8) **czasowa niezdolność Ubezpieczonego do nauki i/lub do pracy** – czasowa utrata zdolności do wykonywania pracy przez Ubezpieczonego lub uczęszczania na zajęcia lekcyjne powstała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, trwająca nieprzerwanie co najmniej 10 dni, udokumentowana:
 - a) kopią zaświadczenia lekarskiego wystawionego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2005 r. w sprawie orzekania o czasowej niezdolności do pracy, potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę lub placówkę medyczną, która wystawiła w/w zaświadczenie oraz zaświadczeniem stwierdzającym zatrudnienie – w przypadku Ubezpieczonego będącego pracownikiem placówki oświatowej;
 - b) zaświadczeniem lekarskim potwierdzającym okres niezdolności do nauki i zaświadczeniem ze szkoły potwierdzającym nieobecność na zajęciach lekcyjnych – w przypadku Ubezpieczonego będącego dzieckiem, uczniem lub studentem uczęszczającym do placówki oświatowej;
- 9) **dziecko** – każde dziecko własne Ubezpieczającego lub dziecko w pełni, bądź nie w pełni przez niego przysposobione, w wieku do 18 lat, a w przypadku uczęszczania do szkoły publicznej lub niepublicznej (w tym uczelni wyższej), znajdującej się na terenie Rzeczypospolitej Polski, w trybie dziennym, zaocznym lub wieczorowym, w rozumieniu Ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty oraz Ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym, z wyłączeniem kursów oraz kształcenia korespondencyjnego - w wieku do 25 lat;
- 10) **dzień pobytu w szpitalu** – pobyt na oddziale szpitalnym trwający co najmniej 24 godziny, służący przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia Ubezpieczonego, spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą. Dzień przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala i dzień wypisu Ubezpieczonego ze szpitala, w przypadku wypłaty świadczenia, liczone są łącznie jako jeden dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu;
- 11) **franszyza integralna** – mająca zastosowanie wyłącznie w ubezpieczeniu uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt. 1) lit. a) niniejszych OWU, ustalona w umowie wartość procentowa sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Podstawowej, oznaczająca brak odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA w przypadku, gdy orzeczonej przez lekarza zaufania stopień uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku jest mniejszy lub równy w/w wartości;
- 12) **karencja** – ustalony w OWU oraz w umowie ubezpieczenia okres, uwzględniany w wyliczeniu składki ubezpieczeniowej, w czasie którego UBEZPIECZYCIEL nie ponosi odpowiedzialności. Karencję stosuje się wyłącznie w ubezpieczeniu pobytu w szpitalu w wyniku choroby (opcja DODATKOWA D5), ubezpieczeniu poważnych zachorowań (opcja DODATKOWA D6) i ubezpieczeniu operacji w wyniku choroby (opcja DODATKOWA D9);
- 13) **koszty leczenia** – poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane koszty z tytułu:
 - a) wizyt lekarskich,
 - b) zabiegów ambulatoryjnych, za wyjątkiem rehabilitacji,
 - c) badań zleconych przez lekarza prowadzącego leczenie,
 - d) pobytu w szpitalu,
 - e) operacji, za wyjątkiem operacji plastycznych,
 - f) zakupu środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza;
- 14) **lekarz** – osoba posiadająca odpowiednie, formalnie potwierdzone kwalifikacje zgodnie z wymogami prawa, wykonująca zawód w zakresie swoich uprawnień i kwalifikacji, niebędąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub osobą bliską dla Ubezpieczonego;
- 15) **lekarz Centrum Assistance** – lekarz zatrudniony lub współpracujący z Centrum Assistance;
- 16) **lekarz zaufania** – lekarz medycyny lub stomatologii, z którym UBEZPIECZYCIEL zawarł umowę o współpracy w zakresie oceny stanu zdrowia i podjętego leczenia. Lekarz zaufania będący osobą bliską dla Ubezpieczonego, nie może dokonywać dla potrzeb UBEZPIECZYCIELA oceny stanu zdrowia i podjętego leczenia;
- 17) **materiały wybuchowe** – substancje chemiczne stałe lub ciekłe albo mieszaniny substancji zdolne do reakcji chemicznej z wytwarzaniem gazu o takiej temperaturze i ciśnieniu i z taką szybkością, że mogą powodować zniszczenia w otaczającym środowisku, a także wyroby wypełnione ma-

- teriałem wybuchowym w rozumieniu ustawy z dnia 22 czerwca 2001 r. o wykonywaniu działalności gospodarczej w zakresie wytwarzania i obrotu materiałami wybuchowymi, bronią, amunicją oraz wyrobami i technologią o przeznaczeniu wojskowym i policyjnym, a także ustawy z dnia 21 czerwca 2002 r. o materiałach wybuchowych przeznaczonych do użytku cywilnego;
- 18) **nieszczęśliwy wypadek** – nagle zdarzenie mające miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej wywołane przyczyną zewnętrzną, na skutek której Ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł. W rozumieniu niniejszych OWU za nieszczęśliwy wypadek uważa się również zawał serca lub udar mózgu, za wyjątkiem ubezpieczenia na wypadek śmierci rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w §4 ust.1 pkt. 1) lit. g), pkt. 2) lit. j) oraz pkt. 3) lit. f), pkt. 4) lit g);
 - 19) **niewydolność nerek** – choroba rozpoznana przez lekarza specjalistę i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: N17-N18.9;
 - 20) **nowotwór złośliwy** – choroba rozpoznana przez lekarza specjalistę i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: C00-C97, za wyjątkiem nowotworu nieinwazyjnego (carcinoma in situ);
 - 21) **ocena ryzyka** – procedura ustalona i stosowana przez UBEZPIECZYCIELA przy obejmowaniu ochroną ubezpieczeniową osoby fizycznej lub grupy osób, mająca wpływ na wysokość składki i zakres ochrony ubezpieczeniowej, uwzględniająca w szczególności: wysokość sumy ubezpieczenia oraz liczebność grupy;
 - 22) **ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie UBEZPIECZYCIELA do spełnienia świadczenia w razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego określonego w umowie ubezpieczenia, za które UBEZPIECZYCIEL ponosi odpowiedzialność ubezpieczeniową. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest przez 24 godziny na dobę na obszarze całego świata, za wyjątkiem: Opcji DODATKOWYCH: Opcja DODATKOWA D4 – pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, Opcja DODATKOWA D5 – pobyt w szpitalu w wyniku choroby, Opcja DODATKOWA D7 – koszty operacji plastycznych w wyniku nieszczęśliwego wypadku, Opcja DODATKOWA D8 – operacje w wyniku nieszczęśliwego wypadku, Opcja DODATKOWA D9 – operacje w wyniku choroby, Opcja DODATKOWA D10 – koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku, Opcja DODATKOWA D13 – koszty leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, Opcja DODATKOWA D14 – uciążliwe leczenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz Opcja DODATKOWA D15 - Assistance EDU PLUS, o których mowa w §4 ust. 2 pkt. 4), 5), 7), 8), 9), 10), 13) i 14) oraz ust. 3, w ramach których ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest przez 24 godziny na dobę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 23) **odmrożenie** – uszkodzenie skóry, powstałe w wyniku działania niskiej temperatury. Stopień odmrożenia określane jest przez lekarza prowadzącego leczenie;
 - 24) **odpady radioaktywne** – odpady promieniotwórcze: stałe, ciekłe lub gazowe, zawierające substancje promieniotwórcze;
 - 25) **oparzenie** – uszkodzenie skóry, powstałe w wyniku działania ciepła, żrących substancji chemicznych (stałych, płynnych, gazowych) prądu elektrycznego, promieni słonecznych – UV, promieniowania (RTG, UV i innych czynników promieniotwórczych), wysokiej temperatury. Stopień oparzenia określane jest według „Reguły dziesiątek” lub tabeli Lunda i Brondera przez lekarza prowadzącego leczenie;
 - 26) **operacja** – inwazyjny zabieg chirurgiczny, wykonany w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, przez uprawnionego lekarza o specjalności zabiegowej, przeprowadzony podczas pobytu w szpitalu, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego narządu lub organu. Operacją, w rozumieniu niniejszych OWU, nie jest: zabieg przeprowadzony w celach diagnostycznych (np.: biopsja, punkcja, pobranie wycinków, operacja zwiadowcza), inwazyjny zabieg chirurgiczny niewymagający pobytu w szpitalu oraz zabieg niewynikający ze wskazań medycznych;
 - 27) **operacja plastyczna** – operacja mająca na celu usunięcie oszpeceń, okaleczeń lub deformacji Ubezpieczonego, powstałych wskutek nieszczęśliwego wypadku, zalecona przez lekarza prowadzącego leczenie jako niezbędna część procesu leczenia;
 - 28) **operacja wtórna** – każda następna operacja związana przyczynowo z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą;
 - 29) **osoby bliskie** – małżonek, dzieci, partner, rodzeństwo, matka, ojciec, ojczym, macocha, pasierb, pasierbica, teściowie, zięciowie, synowie, przysposabiający i przysposobieni Ubezpieczonego, opiekunowie ustanowieni przez sąd opiekuńczy;
 - 30) **padaczka** – choroba rozpoznana przez specjalistę i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako kod G40-G40.9;
 - 31) **paraliż** – całkowita, nieodwracalna utrata funkcji ruchowej co najmniej dwóch kończyn choroba rozpoznana przez lekarza specjalistę i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: G81 – G.83.0;
 - 32) **partner** – osoba fizyczna, pozostająca z Ubezpieczonym w związku pozamałżeńskim, niepozostająca z Ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa, ani przysposobienia, zamieszkująca pod tym samym adresem przez okres co najmniej dwóch lat, pod warunkiem, iż Ubezpieczony oraz partner nie pozostają w związku małżeńskim z innymi osobami;
 - 33) **placówka oświatowa** – żłobek lub klub dziecka, w rozumieniu ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3, oraz przedszkole, szkoła, placówka oświatowo-wychowawcza, placówka kształcenia ustawicznego, placówka kształcenia praktycznego, ośrodek kształcenia i doskonalenia zawodowego, placówka artystyczna, w rozumieniu ustawy z dn. 7 września 1991 r. o systemie oświaty;
 - 34) **pobicie** – czynna napaść dwóch lub więcej osób na inną osobę lub osoby, w której występuje wyraźny podział ról na napastników i broniących się;
 - 35) **pobyt w szpitalu** – pobyt na oddziale szpitalnym służący przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia Ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą, trwający przez okres co najmniej trzech dni;
 - 36) **podmiot wykonujący działalność leczniczą** – podmiot leczniczy oraz praktyka zawodowa, w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
 - 37) **pojazd** – w rozumieniu niniejszych OWU, wyłącznie na potrzeby ubezpieczenia śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego (Opcja Dodatkowa D1), o którym mowa w §4 ust. 2 pkt. 1) niniejszych OWU za pojazd uznaje się wyłącznie: samochód osobowy, samochód ciężarowy, autobus, pociąg, tramwaj, trolejbus, a także pojazdy kolejowe, takie jak metro i pociąg wykonujące przewozy pasażerskie;
 - 38) **poliomyelitis** – infekcja wywołana wirusem polio, której skutkiem jest paraliż mięśni oddechowych lub mięśni kończyn lub zajęcie ośrodkowego układu nerwowego w pniu mózgu, z trwałym następstwem w postaci nasilonego niedowładu lub paraliżu. Diagnoza musi być potwierdzona przez dwóch niezależnych lekarzy specjalistów chorób dziecięcych lub zakaźnych;
 - 39) **poważne zachorowanie** – wyłącznie poniżej wymienione choroby, które zostały zdiagnozowane w trakcie okresu ubezpieczenia: nowotwór złośliwy, paraliż, niewydolność nerek, poliomyelitis, utrata wzroku, utrata mowy, utrata słuchu, anemia aplastyczna, stwardnienie rozsiane. Za poważne zachorowanie uważa się również transplantację głównych organów;
 - 40) **pozostawanie pod wpływem alkoholu** – działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi od 0,2 ‰ alkoholu we krwi lub od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³ w wydychanym powietrzu;
 - 41) **przekwalifikowanie zawodowe osób niepełnosprawnych** – przeszkolenie zawodowe osoby, w stosunku do której Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub powiatowy (wojewódzki) zespół ds. orzekania o niepełnosprawności orzekł celowość przekwalifikowania zawodowego ze względu na niezdolność do pracy Ubezpieczonego w jego dotychczas wykonywanym zawodzie;
 - 42) **przystąpienie do ubezpieczenia** – objęcie ochroną ubezpieczeniową osoby fizycznej zgłoszonej przez Ubezpieczającego do ubezpieczenia grupowego na podstawie niniejszych OWU;
 - 43) **rany cięte, szarpane** – przerwanie ciągłości powłok ciała w wyniku działania ostrego przedmiotu, prowadzące do liniowego lub nieregulowanego uszkodzenia tkanek, powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku. W rozumieniu niniejszych OWU za rany cięte lub szarpane nie uważa się ran związanych z leczeniem Ubezpieczonego;
 - 44) **rekreacyjne uprawianie sportu** – podejmowana dobrowolnie, nie w celach zarobkowych, forma aktywności fizycznej Ubezpieczonego polegająca na uprawianiu sportu w celu odpoczynku i/lub rozrywki, niezwiązana z uczestnictwem w treningach, zawodach, zgrupowaniach i obozach kondycyjnych lub szkoleniowych organizowanych przez kluby, związki, organizacje sportowe oraz szkolne (uczniowskie) kluby sportowe, wykonywana w czasie wolnym od pracy/nauki;
 - 45) **rodzic Ubezpieczonego** – naturalny ojciec, matka;

- 46) **ruch pojazdu** – sytuacje, gdy pojazd porusza się wskutek pracy silnika lub siłą bezwładności;
- 47) **sepsa** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej (SIRS) wywołanej zakażeniem, rozpoznany przez lekarza specjalistę;
- 48) **sporty wysokiego ryzyka** – bouldering, wspinaczka skalna, wspinaczka lodowa, taternictwo, alpinizm, himalaizm, skialpinizm, trekking, zjazdy ekstremalne na nartach, freestyle, freeride, snowboarding wysokogórski, snowboarding prędkościowy, skoki i ewolucje narciarskie i snowboardowe, rafting, canyoning, hydrospeed, kajakarstwo górskie, szybownictwo spadochroniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, baloniarstwo, pilotowanie samolotów lub śmigłowców, zorbing, skoki z/na bungee, nurkowanie, parkour, freerun, buggykiting, windsurfing, quady, kitesurfing, żegluga poza wodami terytorialnymi w odległości powyżej 12 mil morskich od brzegu, kolarstwo ekstremalne, kolarstwo górskie, jeździectwo, speleologia, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe, rajdy pojazdów lądowych, wodnych lub powietrznych, heliskiing, heliboarding, freefall, downhill, b.a.s.e. jumping, dream jumping oraz zjazdy na nartach lub snowboardzie poza wyznaczonymi trasami, jazda na nartach wodnych oraz sporty, w których wykorzystywane są pojazdy przeznaczone do poruszania się po śniegu lub lodzie;
- 49) **stwardnienie rozsiane** – choroba charakteryzująca się demielinizacją włókien nerwowych w obrębie mózgu i rdzenia kręgowego, rozpoznana przez lekarza specjalistę i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: G35;
- 50) **substancja psychotropowa** – każda substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie substancji psychotropowych stanowiącym załącznik nr 2 do ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii;
- 51) **szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 52) **środek odurzający** – substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie stanowiącym załącznik nr 1 do ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii;
- 53) **środki pomocnicze** – wyłącznie środki pomocnicze wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze;
- 54) **środek zastępczy** – substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w każdym stanie fizycznym lub produkt, roślina, grzyb lub ich część, zawierające taką substancję, używane zamiast środka odurzającego lub substancji psychotropowej lub w takich samych celach jak środek odurzający lub substancja psychotropowa, których wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulowane na podstawie przepisów odrębnych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii;
- 55) **świadczenie** – kwota pieniężna wypłacana Ubezpieczonemu, a w przypadku śmierci Ubezpieczonego kwota pieniężna wypłacana Uprawnionemu przez UBEZPIECZYCIELA w przypadku uznania roszczenia powstałego w wyniku zajścia zdarzenia, które jest objęte odpowiedzialnością ubezpieczeniową UBEZPIECZYCIELA;
- 56) **świadczenia szpitalne** – świadczenia w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej wykonywane całą dobę, kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych;
- 57) **transplantacja głównych organów** – przebiecie jako biorca operacji przeszczepu serca, serca i płuc, wątroby lub jej części, nerki lub przeszczepu szpiku kostnego;
- 58) **trwałe inwalidztwo częściowe** – uszkodzenia ciała, wymienione w Tabeli nr 1 w §7 pkt. 3), a także w Tabeli nr 4 w §8 pkt. 8) powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 59) **ubezpieczający** – jeden z podmiotów, o których mowa w §1 ust. 1, zawierający umowę ubezpieczenia z UBEZPIECZYCIEM i zobowiązany do opłacenia składki ubezpieczeniowej;
- 60) **ubezpieczenie grupowe** – umowa ubezpieczenia zawierana przez UBEZPIECZYCIELA z Ubezpieczającym na rachunek osób fizycznych, przy czym minimalna grupa osób przystępujących do ubezpieczenia wynosi co najmniej 3 osoby, a w przypadku rozszerzenia Opcji Podstawowej, Opcji Ochrona, Opcji Ochrona Plus lub Opcji Progresa o Opcje Dodatkowe (D1-D15), o których mowa w §10 i §11, minimalna grupa osób przystępujących do ubezpieczenia wynosi co najmniej 10 osób;
- 61) **ubezpieczenie indywidualne** – umowa ubezpieczenia zawierana przez Ubezpieczającego będącego osobą fizyczną z UBEZPIECZYCIEM na rachunek dziecka;
- 62) **ubezpieczenie rodzinne** – umowa ubezpieczenia zawierana przez Ubezpieczającego będącego osobą fizyczną z UBEZPIECZYCIEM na rachunek dzieci, przy czym minimalna liczba osób objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach w/w umowy ubezpieczenia wynosi co najmniej 2 osoby;
- 63) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, która w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyła 65 lat, na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia;
- 64) **uciążliwe leczenie** – leczenie Ubezpieczonego będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, w wyniku którego nie nastąpił uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego (0% określony przez lekarza zaufania), ale przebieg leczenia spowodował czasową niezdolność do nauki i/lub pracy przez okres nie krótszy niż 10 dni;
- 65) **udar mózgu** – rozpoznany przez lekarza specjalistę i zakwalifikowany w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: I60-I64;
- 66) **Uprawniony** – podmiot wskazany przez Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku. W przypadku niewyznaczenia Uprawnionego, w razie śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, za Uprawnionego uważa się członków najbliższej rodziny Ubezpieczonego według następującej kolejności i udziałów:
- współmałżonek Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem że nie została orzeczona separacja,
 - dzieci Ubezpieczonego (w częściach równych),
 - rodzice Ubezpieczonego (w częściach równych),
 - pozostali członkowie najbliższej rodziny Ubezpieczonego będący spadkobiercami Ubezpieczonego (w częściach równych);
- 67) **uraz narządu ruchu** – powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku uraz narządu ruchu, w wyniku którego nie nastąpiło złamanie kości, ale zgodnie z zaleceniem lekarza narząd ruchu został trwale unieruchomiony z zastosowaniem środka medycznego (gipsu, gipsu syntetycznego (lekkiego), szyny, gorsetu, kołnierza ortopedycznego, stabilizatora, ortezu, tura gipsowego, kamizelki ortopedycznej);
- 68) **uszczerbek na zdrowiu** – naruszenie sprawności organizmu powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku, polegające na trwałym, nierokującym poprawy uszkodzeniu danego organu, narządu lub układu;
- 69) **utrata mowy** – rozpoznana przez lekarza specjalistę całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy, oznaczająca niemożność artykułowania zrozumiałych słów lub zrozumiałe mówionego języka, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy;
- 70) **utrata słuchu** – rozpoznana przez lekarza laryngologa całkowita i nieodwracalna utrata słuchu dla wszystkich dźwięków jako następstwo choroby lub nieszczęśliwego wypadku. Dokumentacja medyczna musi być potwierdzona właściwą konsultacją lekarza specjalisty laryngologa, włączając badania audiometrii tonalnej oraz prognozy słyszenia;
- 71) **utrata wzroku** – rozpoznana przez lekarza okulistę całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach (VO=0, z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji) powstała w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem, że o trwałości schorzenia orzeka się po upływie co najmniej 6 miesięcy od daty jego wystąpienia;
- 72) **wada wrodzona** – nieprawidłowość anatomiczna zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe (kod ICD: Q00-Q99);
- 73) **wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej podejmowana w celu uzyskania, w drodze indywidualnej lub zbiorowej rywalizacji, maksymalnych wyników sportowych, polegająca na uprawianiu przez Ubezpieczonego sportu:
- poprzez uczestniczenie w treningach, zawodach, zgrupowaniach i obozach kondycyjnych lub szkoleniowych w ramach pozaszkolnych klubów, związków i organizacji sportowych,
 - poprzez uczestniczenie w treningach, zawodach, zgrupowaniach i obozach kondycyjnych lub szkoleniowych w ramach szkolnych (uczniowskich) klubów sportowych,

- c) podczas zajęć wychowania fizycznego odbywających się w ramach obowiązującego planu lekcji w klasach/szkołach sportowych.
- W rozumieniu niniejszych OWU za wyczynowe uprawianie sportu nie uważa się aktywności fizycznej Ubezpieczonego polegającej na:
- a) uprawianiu sportu podczas zajęć wychowania fizycznego odbywających się w ramach obowiązującego planu lekcji, za wyjątkiem sytuacji, gdy Ubezpieczony jest uczniem klasy lub szkoły sportowej,
 - b) udziale Ubezpieczonego w zawodach wewnątrzszkolnych lub międzyszkolnych, za wyjątkiem sytuacji, gdy Ubezpieczony jest uczniem klasy/szkoły sportowej lub uczestniczy w w/w zawodach jako przedstawiciel szkolnego (uczniowskiego) klubu sportowego,
 - c) rekreacyjnym uprawianiu sportu;
- 74) **wypadek komunikacyjny** – nagłe zdarzenie wywołane ruchem pojazdu, niezależne od woli Ubezpieczonego będącego pasażerem pojazdu, pieszym lub osobą kierującą pojazdem, które było bezpośrednią i wyłączną przyczyną uszkodzeń ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci Ubezpieczonego;
- 75) **wyroby medyczne** – wyłącznie wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze;
- 76) **zawał serca** – rozpoznany przez lekarza specjalistę i zakwalifikowany w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: I21-I22;
- 77) **złamanie** – przerwanie ciągłości tkanki kostnej stwierdzone przez lekarza.

Jaką ochronę zapewnia ubezpieczenie?

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA **§3**

Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej lub choroby i ich następstwa, które zostały zdiagnozowane w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Jaką Opcję ubezpieczenia wybierzesz?

ZAKRES UBEZPIECZENIA **§4**

1. Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, jak również w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, umowa ubezpieczenia może być zawarta w:
 - 1) **Opcji Podstawowej** obejmującej:
 - a) uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku – system świadczeń proporcjonalnych,
 - b) koszty nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych,
 - c) koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych,
 - d) uszczerbek na zdrowiu w wyniku padaczki,
 - e) śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - f) zdiagnozowanie u Ubezpieczonego sepsy,
 - g) śmierć rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - h) pogryzienie przez psa,
 - 2) **Opcji Ochrona**, w jednym z wariantów (01-11), obejmującym:
 - a) śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - b) zdiagnozowanie u Ubezpieczonego sepsy,
 - c) trwałe inwalidztwo częściowe,
 - d) zwrot kosztów zakupu wózka inwalidzkiego na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem,
 - e) złamanie jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - f) rany cięte, szarpane będące następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - g) urazy narządów ruchu będące następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - h) pogryzienie przez psa,
 - i) wstrząśnienie mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) **Opcji Ochrona Plus** obejmującej:
 - a) śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - b) koszty nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych,
 - c) koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych,
 - d) uszczerbek na zdrowiu w wyniku padaczki,
 - e) zdiagnozowanie u Ubezpieczonego sepsy,
 - f) śmierć rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - g) pogryzienie przez psa,
 - h) trwałe inwalidztwo częściowe,
 - i) złamanie kości, zwichnięcia lub skręcenia stawów,
 - j) nagłe zatrucie gazami, bądź z tytułu porażenia prądem lub piorunem,
 - k) uszkodzenia ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, które wymagały interwencji lekarskiej w placówce medycznej i co najmniej jednej wizyty kontrolnej,
 - 4) **Opcji Progresja** obejmującej:
 - a) uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku – system świadczeń progresywnych,
 - b) koszty nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych,
 - c) koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych,
 - d) uszczerbek na zdrowiu w wyniku padaczki,
 - e) śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - f) zdiagnozowanie u Ubezpieczonego sepsy,
 - g) śmierć rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - h) pogryzienie przez psa.
2. Za zapłatą dodatkowej składki, Opcja Podstawowa, Opcja Ochrona, Opcja Ochrona Plus lub Opcja Progresja, może zostać rozszerzona o Opcje Dodatkowe D1-D14:
 - 1) **Opcja Dodatkowa D1** – śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego,
 - 2) **Opcja Dodatkowa D2** – oparzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) **Opcja Dodatkowa D3** – odmrożenia,
 - 4) **Opcja Dodatkowa D4** – pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) **Opcja Dodatkowa D5** – pobytu w szpitalu w wyniku choroby,
 - 6) **Opcja Dodatkowa D6** – poważne zachorowania,
 - 7) **Opcja Dodatkowa D7** – koszty operacji plastycznych w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 8) **Opcja Dodatkowa D8** – operacje w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 9) **Opcja Dodatkowa D9** – operacje w wyniku choroby,
 - 10) **Opcja Dodatkowa D10** – koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 11) **Opcja Dodatkowa D11** – czasowa niezdolność Ubezpieczonego do nauki i/lub pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 12) **Opcja Dodatkowa D12** – zdiagnozowanie u Ubezpieczonego wady wrodzonej serca,
 - 13) **Opcja Dodatkowa D13** – koszty leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 14) **Opcja Dodatkowa D14** – uciążliwe leczenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
3. Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, jak również w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, za zapłatą dodatkowej składki, zakres ubezpieczenia w ramach Opcji Podstawowej, Opcji Ochrona, Opcji Ochrona Plus lub Opcji Progresja może zostać rozszerzony o **Opcję Dodatkową D15** Assistance EDU PLUS.
4. Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, jak również w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, za zapłatą dodatkowej składki, zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o następstwa nieszczęśliwych wypadków doznane w związku z wyczynowym uprawianiem sportu.

Kiedy Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia?

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§5

- UBEZPIECZYCIEL nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z:
 - popęśnieniem lub usiłowaniem popeśnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
 - popęśnieniem lub usiłowaniem popeśnienia samobójstwa lub samo-okaleczenia się przez Ubezpieczonego,
 - uszkodzeniami ciała istniejącymi przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową,
 - chorobami, które zostały zdiagnozowane przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową,
 - przeszczepem organów, jeśli Ubezpieczony był dawcą,
 - działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami a także aktami terroru,
 - bójką,
 - pobicie, za wyjątkiem sytuacji, w której Ubezpieczony występuje w charakterze broniącego,
 - prowadzeniem pojazdu przez Ubezpieczonego będącego kierowcą pojazdu, nieposiadającego wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu,
 - prowadzeniem pojazdu przez Ubezpieczonego będącego kierowcą pojazdu, jeżeli pojazd był niezarejestrowany lub nie posiadał ważnego badania technicznego, jeżeli w odniesieniu do danego pojazdu istnieje wymóg rejestracji lub dokonania okresowych badań technicznych, a stan techniczny pojazdu miał wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - jazdą rowerem po drogach publicznych przez Ubezpieczonego w wieku do lat 10 bez opieki osoby dorosłej,
 - chorobą zawodową, chorobą psychiczną;
 - wadami wrodzonymi i ich następstwami, za wyjątkiem postanowień §10 ust. 1 pkt 12),
 - zawałem serca lub udarem mózgu, w przypadku ubezpieczenia śmierci rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w §6 ust. 1 pkt 5), §7 ust. 1 pkt 10), §8 ust. 1 pkt 6), §9 ust. 1 pkt 5),
 - wyczynowym uprawianiem sportu, za wyjątkiem sytuacji, gdzie Ubezpieczający rozszerzył zakres ubezpieczenia o wyczynowe uprawianie sportu, zgodnie z §4 ust. 4,
 - uprawianiem sportów wysokiego ryzyka przez Ubezpieczonego,
 - poronieniem samoistnym i sztucznym oraz leczeniem bezpłodności,
 - zmiianą płci, chirurgią plastyczną i kosmetyczną, za wyjątkiem leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku,
 - navykowym zwichnięciem,
 - wykonywaniem profilaktycznych badań, niewynikających z choroby lub nieszczęśliwego wypadku oraz niezaleconych przez lekarza,
 - Zespołem Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS) i związanymi z tym zespołem zakażeń oportunistycznych, nowotworów, schorzeń neurologicznych oraz innych zespołów chorobowych towarzyszących AIDS,
 - pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu albo innych środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dn. 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyłączeniem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - odpadami radioaktywnymi bądź materiałami wybuchowymi,
 - korektą wad wzroku,
 - operacją wtórną.
- W przypadku Opcji DODATKOWEJ D4 (pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku) i Opcji DODATKOWEJ D5 (pobyt w szpitalu w wyniku choroby), o których mowa w § 10 ust. 1 pkt. 4 i 5 niniejszych OWU, z uwzględnieniem wyłączeń określonych w ust. 1 niniejszego paragrafu, dodatkowo UBEZPIECZYCIEL nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z rehabilitacją zaleconą w związku z wypadkiem lub chorobą.
- W przypadku Opcji DODATKOWEJ D6 (poważne zachorowania), Ubezpieczyciel dodatkowo nie odpowiada za zdiagnozowanie nowotworu nieinwazyjnego (carcinoma in situ).
- Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:
 - zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienie fizyczne,
 - uszkodzeń dysków międzykręgowych.

- UBEZPIECZYCIEL nie odpowiada za koszty leczenia, a także koszty leczenia stomatologicznego poniesione poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- UBEZPIECZYCIEL nie pokrywa kosztów leczenia związanych z rehabilitacją oraz zakupem leków.
- W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w Opcji Podstawowej z zastosowaniem franszyzy integralnej, w ubezpieczeniu uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, UBEZPIECZYCIEL nie ponosi odpowiedzialności w przypadku, gdy orzeczony stopień uszczerbku na zdrowiu wynosi 3% lub mniej.
- Odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA w przypadku ubezpieczenia pobytu w szpitalu w następstwie choroby (Opcja DODATKOWA D5), ubezpieczenia poważnego zachorowania (Opcja DODATKOWA D6) lub ubezpieczenia operacji w następstwie choroby (Opcja DODATKOWA D9), rozpoczyna się po upływie karencji, która wynosi 30 dni od dnia zgłoszenia Ubezpieczonego przez Ubezpieczającego do UBEZPIECZYCIELA.
- Zakres świadczeń **Assistance EDU PLUS** (opcja DODATKOWA D15) nie obejmuje:
 - zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum Assistance, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach sumy ubezpieczenia,
 - kosztów transportu leków nieprzepisanych przez lekarza prowadzącego leczenie.
- UBEZPIECZYCIELowi przysługuje prawo do odmowy wypłaty świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do nauki i/ lub pracy, o którym mowa w §10 ust. 1 pkt 11), w przypadku stwierdzenia, iż w czasie niezdolności do nauki lub pracy Ubezpieczony uczęszczał na zajęcia lekcyjne lub wykonywał pracę zawodową.

Co oferuje Opcja Podstawowa?

RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§6

- Opcja Podstawowa** obejmuje następujące świadczenia (ryzyka):
 - w przypadku **uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku**:
 - w przypadku **100% uszczerbku na zdrowiu** – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia;
 - w przypadku **uszczerbku na zdrowiu poniżej 100%** – świadczenie w wysokości takiego procentu sumy ubezpieczenia, w jakim nastąpił uszczerbek na zdrowiu określony przez lekarza zaufania,
 - koszty nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem iż:
 - są niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane kopią zlecenia lekarskiego na zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze,
 - zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku;
 - koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem iż:
 - Ubezpieczonemu na podstawie decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych przyznano rentę szkoleniową jako 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,
 - zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku;
 - w przypadku **uszczerbku na zdrowiu w wyniku ataku padaczki** – jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż padaczka została zdiagnozowana w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;

- 3) w przypadku **śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:
 - a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 4) w przypadku **zdiagnozowania u Ubezpieczonego sepsy** – jednorazowe świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż sepsa została zdiagnozowana w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej,
- 5) w przypadku **śmierci rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – jednorazowe świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:
 - a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) śmierć nastąpiła w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 6) w przypadku **pogryzienia przez psa** – jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.

Co oferuje Opcja Ochrona?

§7

1. **Opcja Ochrona** obejmuje następujące świadczenia (ryzyka):
 - 1) w przypadku **śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:
 - a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) w przypadku **zdiagnozowania u Ubezpieczonego sepsy** – jednorazowe świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż sepsa została zdiagnozowana w okresie ochrony ubezpieczeniowej,
 - 3) w przypadku **trwałego inwalidztwa częściowego** - w zależności od rodzaju uszkodzenia ciała doznanego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, które wystąpiło w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku, przysługuje - zgodnie z TABELĄ nr 1 – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla trwałego inwalidztwa częściowego,

TABELA nr 1

Lp.	Rodzaj uszkodzenia ciała	Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla trwałego inwalidztwa częściowego
Całkowita fizyczna utrata lub całkowita i trwała utrata funkcji poszczególnych narządów:		
1.	wzroku w obu oczach	100
2.	wzroku w jednym oku	40
3.	słuchu w obu uszach	100
4.	słuchu w jednym uchu	20
5.	mowy (obejmuje całkowitą utratę języka oraz afazję motoryczną i sensoryczną)	40
6.	nosa (łącznie z kośćmi nosa)	20
7.	małżowiny usznej	10
8.	utrata kończyny dolnej na poziomie:	

a)	stawu biodrowego, uda, stawu kolanowego, podudzia, stopy	50	
b)	palucha	5	
c)	innego palca stopy	2	
d)	niedowład kończyny dolnej	25	
e)	ograniczenie ruchomości stawu biodrowego	20	
f)	ograniczenie ruchomości stawu kolanowego	10	
9.	utrata kończyny górnej na poziomie:		
a)	stawu barkowego, ramienia, stawu łokciowego, przedramienia, dłoni	50	
b)	kciuka	kończyna prawa	kończyna lewa
		20	15
c)	palca wskazującego	15	10
d)	innego palca u dłoni	5	5
e)	porażenie nerwu promieniowego	30	25
f)	porażenie nerwu łokciowego	30	25
g)	ograniczenie ruchomości kończyny górnej w stawie barkowym	40	30
h)	ograniczenie ruchomości kończyny górnej w stawie łokciowym	35	30
i)	ograniczenie ruchomości nadgarstka	20	15
10.	narządów moczowo-płciowych:		
a)	usunięcie macicy w wieku do 45 lat	35	
b)	usunięcie macicy w wieku powyżej 45 lat	20	
c)	usunięcie jajnika lub jądra	20	
d)	całkowita utrata prącia	40	
11.	trwały i nieuleczalny paraliż wszystkich kończyn	100	
12.	trwała i nieuleczalna choroba psychiczna powodująca całkowite ubezwłasnowolnienie	100	

- a) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, wystąpi więcej niż jeden rodzaj trwałego inwalidztwa częściowego wymienionego w Tabeli nr 1, przysługuje – zgodnie z TABELĄ nr 1 – świadczenie będące sumą kwot za każdy rodzaj trwałego inwalidztwa częściowego, ale wysokość świadczenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia dla trwałego inwalidztwa częściowego;
- b) w odniesieniu do kończyn – przez utratę należy rozumieć również amputację całej kończyny lub jej części,
- c) jeżeli Ubezpieczony jest leworęczny, w zależności od rodzaju uszkodzenia doznanego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, które wystąpiło w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku:
 - w przypadku uszkodzenia kończyny górnej lewej, przysługuje świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia jak dla kończyny górnej prawej – zgodnie z TABELĄ nr 1,
 - w przypadku uszkodzenia kończyny górnej prawej, przysługuje świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia jak dla kończyny górnej lewej – zgodnie z TABELĄ nr 1,
- d) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, wystąpi

pi złamanie jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w pkt. 5), za które UBEZPIECZYCIEL wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie, a następnie wystąpi trwałe inwalidztwo częściowe określone w Tabeli nr 1, powstałe na skutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, wówczas świadczenie wypłacone z tytułu złamania zostanie zaliczone na poczet świadczenia przysługującego w przypadku trwałego inwalidztwa częściowego, a Ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczenia w wysokości różnicy pomiędzy świadczeniem przysługującym z tytułu trwałego inwalidztwa częściowego, a wypłaconym świadczeniem w przypadku złamania jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku;

- 4) w przypadku **zwrotu kosztów zakupu wózka inwalidzkiego na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem** - jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczony dozna uszkodzenia ciała, powodującego trwałe inwalidztwo częściowe wymienione w TABELI nr 1, które zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie będzie wymagało zakupu wózka inwalidzkiego, to UBEZPIECZYCIEL zwróci koszty zakupu wózka inwalidzkiego maksymalnie do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia;
- 5) w przypadku **złamania jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku**, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, w zależności od rodzaju złamania, przysługuje – zgodnie z TABELĄ nr 2 - świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej umowie ubezpieczenia dla złamania jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku:

TABELA nr 2

Lp.	Rodzaj złamania jednej lub więcej kości	Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla złamania jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku
1.	Złamanie kości czaszki (podstawy, sklepienia, twarzoczaszki), złamanie kości miednicy (z wyjątkiem izolowanych złamań kości łonowej lub kulszowej oraz ogonowej), kości w obrębie stawu biodrowego (panewka stawu, nasady bliższej kości udowej, krętarzy, złamania pod- i nad-krętarzowe) oraz kości talerza biodrowego:	
a)	wieloodłamowe otwarte	100
b)	inne złamania otwarte	50
c)	inne wieloodłamowe	30
d)	inne złamania	20
e)	złamanie nosa	10
2.	Złamanie kości udowej, piętowej:	
a)	wieloodłamowe otwarte	50
b)	inne złamania otwarte	40
c)	inne wieloodłamowe	30
d)	inne złamania	20
3.	Złamanie kości podudzia, obojczyka, kostki bocznej i przyśrodkowej, łokcia, kości ramiennej lub przedramienia (w tym nadgarstka):	
a)	wieloodłamowe otwarte	50
b)	inne złamania otwarte	40
c)	inne wieloodłamowe	30
d)	inne złamania	20
4.	Złamania dolnej szczęki:	
a)	wieloodłamowe otwarte	50
b)	inne złamania otwarte	40

c)	inne wieloodłamowe	30
d)	inne złamania	20
5.	Złamania łopatki, rzepki, mostka, śródreżca, śródstopia:	
a)	złamania otwarte	30
b)	inne złamania	20
6.	Złamania kręgosłupa (trzonów kręgow):	
a)	wszelkie złamania kompresyjne	20
b)	wszelkie złamania kręgosłupa,	20
c)	wszelkie inne złamania wyrostków kolczystych i poprzecznych	10
7.	Złamania żebra lub żeber, kości ogonowej, kulszowej, łonowej, górnej szczęki:	
a)	wieloodłamowe otwarte	20
b)	inne złamania	10
8.	Złamania zębów stałych:	5
a)	łącznie nie więcej niż	20
9.	Złamania palca	5 nie mniej jednak niż 100 PLN

- a) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, nastąpi więcej niż jedno złamanie, przysługuje – zgodnie z TABELĄ NR 2 – świadczenie będące sumą kwot za każdy rodzaj złamania, ale wysokość świadczenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia za złamanie jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
- b) jeżeli UBEZPIECZYCIEL wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w przypadku złamania jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku, które następnie spowoduje trwałe inwalidztwo częściowe określone w Tabeli nr 1, powstałe na skutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, wówczas świadczenie wypłacone w przypadku złamania zostanie zaliczone na poczet świadczenia przysługującego w przypadku trwałego inwalidztwa częściowego, a Ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczenia w wysokości różnicy pomiędzy wysokością świadczenia przysługującego w przypadku trwałego inwalidztwa częściowego, a wypłaconym świadczeniem w przypadku złamania;
- 6) w przypadku **ran ciętych, szarpanych będących następstwem nieszczęśliwego wypadku**:
- a) jeżeli w ciągu okresu ubezpieczenia Ubezpieczony dozna rany ciętej, szarpanej w następstwie nieszczęśliwego wypadku i zostanie poddany **zabiegowi założenia jednego lub dwóch szwów** (szycie rany) – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 40% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia,
- b) jeżeli w ciągu okresu ubezpieczenia Ubezpieczony dozna rany ciętej, szarpanej w następstwie nieszczęśliwego wypadku i zostanie poddany **zabiegowi założenia trzech lub więcej szwów** (szycie rany) – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia;
- 7) w przypadku **urazów narządu ruchu będących następstwem nieszczęśliwego wypadku**:
- a) jeżeli w okresie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony dozna urazu ciała, w wyniku którego nie nastąpi złamanie kości narządu ruchu, ale zgodnie z zaleceniem lekarza **narząd ruchu zostanie unieruchomiony na dłużej niż 7 dni** wyłącznie z zastosowaniem następującego środka medycznego: gipsu, gipsu syntetycznego (lekkiego), szyny, gorsetu, powodującego wyłączenie czynności narządu ruchu – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia,
- b) jeżeli w okresie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony dozna urazu ciała, w wyniku którego nie nastąpi złamanie kości narządu ruchu, ale zgodnie z zaleceniem lekarza **narząd ruchu zostanie**

unieruchomiony na dłużej niż 7 dni wyłącznie z zastosowaniem następującego środka medycznego: kołnierza ortopedycznego, stabilizatora, ortezy, tutora gipsowego, kamizelki ortopedycznej, powodującego wyłączenie czynności narządu ruchu – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia,

- c) jeżeli w okresie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony dozna **urazu palca lub palców u nóg lub palca lub palców dłoni**, w wyniku którego nie nastąpi złamanie kości, ale zgodnie z zaleceniem lekarza palec lub palce zostaną unieruchomione na dłużej niż 7 dni wyłącznie z zastosowaniem następującego środka medycznego: gipsu, gipsu syntetycznego (lekkiego), szyny, powodującego wyłączenie funkcji palca lub palców – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 25% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia,
- d) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, dojdzie do urazu narządu ruchu, za które UBEZPIECZYCIEL wypłacił Ubezpieczonemu świadczenie, a następnie wystąpi trwałe inwalidztwo częściowe określone w Tabeli nr 1, wówczas świadczenie wypłacone w przypadku urazu narządu ruchu zostanie zaliczone na poczet świadczenia przysługującego w przypadku trwałego inwalidztwa częściowego, a Ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczenia w wysokości różnicy pomiędzy wysokością świadczenia przysługującego w przypadku trwałego inwalidztwa częściowego, a wypłaconym świadczeniem w przypadku urazu narządu ruchu;
- 8) w przypadku **pogryzienia przez psa** – jednorazowe świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.
- 9) w przypadku **wstrząśnienia mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku** - jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony doznał wstrząśnienia mózgu, w wyniku którego konieczny był pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwający co najmniej 3 dni – zgodnie z TABELĄ nr 3 - przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla wstrząśnienia mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, uzależnione od liczby dni pobytu w szpitalu:

TABELA nr 3

Liczba dni pobytu w szpitalu	Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla wstrząśnienia mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku
od 3 do 4 dni	20
od 5 do 6 dni	40
od 7 do 8 dni	60
od 9 do 10 dni	80
powyżej 10 dni	100

- 10) w przypadku **śmierci rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** - jednorazowe świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:
- a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
- b) śmierć nastąpiła w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

Co oferuje Opcja Ochrona PLUS?

§ 8

1. **Opcja Ochrona Plus** obejmuje następujące świadczenia (ryzyka):
- 1) w przypadku **śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:

- a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
- b) śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 2) **koszty nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem iż:
- a) są niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane kopią zlecenia lekarskiego na zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze,
- b) zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku,
- 3) **koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem iż:
- a) Ubezpieczonemu na podstawie decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych przyznano rentę szkoleniową jako 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) zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 4) w przypadku **uszczerbku na zdrowiu w wyniku ataku padaczki** – jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż padaczka została zdiagnozowana w okresie ochrony ubezpieczeniowej;
- 5) w przypadku **zdiagnozowania u Ubezpieczonego sepsy** – jednorazowe świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż sepsa została zdiagnozowana w okresie ochrony ubezpieczeniowej,
- 6) w przypadku **śmierci rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** - jednorazowe świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:
- a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
- b) śmierć nastąpiła w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 7) w przypadku **pogryzienia przez psa** – jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia,
- 8) w przypadku **trwałego inwalidztwa częściowego** – w zależności od rodzaju uszkodzenia ciała doznanego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, które wystąpiło w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku, przysługuje - zgodnie z TABELĄ nr 4 – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Ochrona Plus,

TABELA nr 4

Lp.	Rodzaj uszkodzenia ciała	Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Ochrona Plus
1	utrata kończyny górnej na poziomie barku lub ramienia	80
2	utrata kończyny górnej na poziomie łokcia lub przedramienia	60
3	utrata dłoni	50
4	całkowita utrata palców ręki II,III,IV,V	8 - za każdy palec
5	całkowita utrata kciuka	22

6	utrata kończyny dolnej na poziomie stawu biodrowego lub kości udowej	75
7	całkowita utrata kończyny dolnej na poziomie stawu kolanowego, podudzia lub stawu skokowego	60
8	całkowita utrata stopy	40
9	całkowita utrata palców stopy II - V	3 - za każdy palec
10	całkowita utrata palucha	15
11	całkowita utrata wzroku w jednym oku	50
12	całkowita utrata słuchu w jednym uchu	30
13	całkowita utrata słuchu w obu uszach	50
14	całkowita utrata mowy	100
15	całkowita utrata małżowiny usznej	15
16	całkowita utrata nosa	20
17	całkowita utrata zębów stałych	2 - za każdy ząb, 20 - maksymalnie za utratę kilku zębów
18	usunięcie śledziony	20
19	usunięcie jednej nerki	35
20	usunięcie obu nerek	75
21	usunięcie macicy	40
22	usunięcie jajnika lub jądra	20
23	niedowład co najmniej dwóch kończyn poniżej 3 stopnia w skali Lovette'a	100
24	śpiączka trwająca dłużej niż 30 dni	100

- a) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, wystąpi trwałe inwalidztwo częściowe, za które UBEZPIECZYCIEL wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie, a następnie wystąpi złamanie i/lub zwichnięcie i/lub skręcenie określone w Tabeli nr 5, wówczas świadczenie wypłacone w przypadku trwałego inwalidztwa częściowego zostanie zaliczone na poczet świadczenia przysługującego w przypadku złamania i/lub zwichnięcia i/lub skręcenia, a Ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczenia w wysokości różnicy pomiędzy wysokością świadczenia przysługującego w przypadku złamania i/lub zwichnięcia i/lub skręcenia, w wypłaconym świadczeniem w przypadku trwałego inwalidztwa częściowego;
- 9) w przypadku **złamań kości, zwichnięć lub skręceń stawów w wyniku nieszczęśliwego wypadku:**

- a) w przypadku **złamania jednej lub więcej kości, zwichnięcia stawu lub skręcenia stawu w wyniku nieszczęśliwego wypadku**, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej - w zależności od rodzaju złamania, przysługuje - zgodnie z TABELĄ nr 5 - świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej umowie ubezpieczenia dla Opcji Ochrona Plus:

TABELA nr 5

Lp.	Rodzaj złamania jednej lub więcej kości, zwichnięcia lub skręcenia stawu	Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Ochrona Plus
1	Złamania kości sklepienia i podstawy czaszki	5
2	Złamania kości twarzoczaszki	4

3	Złamania łopatki, obojczyka, mostka	4,5 - za każdą kość
4	Złamania żeber, żeber	2 - za każde żebro 10 - maksymalnie z tytułu złamania wielu żeber
5	Zwichnięcie stawu barkowego	7
6	Złamania kości ramienia	7
7	Złamania kości przedramienia (każda kość)	4
8	Zwichnięcie w obrębie stawu łokciowego	5
9	Złamania w obrębie śródreżca	3
10	Złamania kości palców ręki II - V	2 - za każdy palec
11	Zwichnięcia stawów palców ręki II-V	1 - za każdy palec
12	Złamania kciuka	3
13	Zwichnięcie kciuka	3
14	Niestabilne złamania miednicy	10
15	Stabilne złamania miednicy	4,5
16	Zwichnięcie stawu biodrowego	10
17	Złamania kości udowej	10,5
18	Złamania kości podudzia (każda kość)	7
19	Złamania rzepki	4
20	Zwichnięcie stawu kolanowego	5
21	Złamania w obrębie śródstopia	4
22	Złamania palucha	2,5
23	Złamania kości palców stopy II-V	2 - za każdy palec
24	Złamanie kości piętowej, kostki bocznej, przyśrodkowej	3
25	Zwichnięcie stawu skokowego	4
26	Złamania w obrębie kręgosłupa - dotyczy trzonów, łuków kręgow (z wyłączeniem kości ogonowej)	11 - za każdy krąg
27	Złamania w obrębie kręgosłupa - dotyczy wyrostków poprzecznych, kolczystych kręgow	2,5 - za każdy krąg
28	Złamania kości ogonowej	3,5
29	Złamanie zęba stałego	0,5 - za każdy ząb 5 - maksymalnie z tytułu złamania wielu zębów stałych
30	Skręcenia stawów	0,5

- b) w przypadku, gdy złamanie, zwichnięcie lub skręcenie wymagało przeprowadzenia operacji, Ubezpieczonemu przysługuje oprócz świadczenia wynikającego z TABELI nr 5 dodatkowe świadczenie w wysokości 2% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Ochrona Plus;
- c) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, nastąpi więcej niż jedno złamanie i/lub zwichnięcie i/lub skręcenie, przysługuje - zgodnie z TABELĄ nr 5 - świadczenie będące sumą kwot za każdy rodzaj złamania i/lub zwichnięcia i/lub skręcenia, ale wysokość świadczenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie dla Opcji Ochrona Plus;
- d) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, wystąpi złamanie i/lub zwichnięcie i/lub skręcenie, za które UBEZPIECZYCIEL wypłacił Ubezpieczonemu świadczenie, a następnie wystąpi trwałe inwalidztwo częściowe określone w TABELI nr 4, wówczas

świadczenie wypłacone w przypadku złamania i/lub zwichnięcia i/lub skręcenia zostanie zaliczone na poczet świadczenia przysługującego w przypadku trwałego inwalidztwa częściowego, a Ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczenia w wysokości różnicy pomiędzy wysokością świadczenia przysługującego w przypadku trwałego inwalidztwa częściowego, a wypłaconym świadczeniem w przypadku złamania i/lub zwichnięcia i i/lub skręcenia;

- 10) w przypadku **nagłego zatrucia gazami, bądź w przypadku porażenia prądem lub piorunem** – jeżeli w wyniku nagłego zatrucia gazami, bądź w przypadku porażenia prądem lub piorunem, w następstwie których/go nastąpił pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwający co najmniej 3 dni – przysługuje świadczenie w wysokości 5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Ochrona Plus;
- 11) w przypadku **uszkodzeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, które wymagały interwencji lekarskiej w placówce medycznej oraz leczenia i co najmniej jednej wizyty kontrolnej** - świadczenie w wysokości 1,5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Ochrona Plus;

Co oferuje Opcja progresja?

RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§ 9

1. **Opcja Progresja** obejmuje następujące świadczenia (ryzyka):
 - 1) w przypadku **uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku**:
 - a) **w przypadku 100 % uszczerbku na zdrowiu** – świadczenie w wysokości 250 % sumy ubezpieczenia,
 - b) **w przypadku uszczerbku na zdrowiu poniżej 100 %** – świadczenie w ramach systemu świadczeń progresywnych, tj. w wysokości uzależnionej od wysokości uszczerbku na zdrowiu i wynoszące:
 - 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PROGRESJA za każdy procent uszczerbku na zdrowiu – w przypadku uszczerbku na zdrowiu wynoszącego w przedziale 1% - 25%,
 - 1,5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PROGRESJA za każdy procent uszczerbku na zdrowiu – w przypadku uszczerbku na zdrowiu w przedziale 26% - 50%,
 - 2,0% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PROGRESJA za każdy procent uszczerbku na zdrowiu – w przypadku uszczerbku na zdrowiu w przedziale 51% - 75%,
 - 2,5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PROGRESJA za każdy procent uszczerbku na zdrowiu – w przypadku uszczerbku na zdrowiu powyżej 75%;
 - c) **koszty nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem iż:
 - są niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane kopią zlecenia lekarskiego na zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze,
 - zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku;
 - d) **koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem iż:
 - Ubezpieczonemu na podstawie decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych przyznano rentę szkoleniową jako 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,

– zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku.

- 2) w przypadku **uszczerbku na zdrowiu w wyniku ataku padaczki** – jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż padaczka została zdiagnozowana w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
- 3) w przypadku **śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości 250% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:
 - a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 4) w przypadku **zdiagnozowania u Ubezpieczonego sepsy** – jednorazowe świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż sepsa została zdiagnozowana w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej,
- 5) w przypadku **śmierci rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** - jednorazowe świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:
 - a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) śmierć nastąpiła w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 6) w przypadku **pogryzienia przez psa** - jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.

O jakie Opcje Dodatkowe możesz rozszerzyć wybraną Opcję?

§10

1. Za zapłatą dodatkowej składki **Opcja Podstawowa, Opcja Ochrona, Opcja Ochrona Plus** lub **Opcja Progresja** może zostać rozszerzona o poniższe **Opcje Dodatkowe (D1-D14)**, obejmujące następujące świadczenia:
 - 1) **Opcja Dodatkowa D1 – śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego** – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D1, pod warunkiem, iż:
 - a) wypadek komunikacyjny w związku z ruchem pojazdu, o którym mowa w §2 pkt. 37) niniejszych OWU wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) **Opcja Dodatkowa D2 - oparzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D2, uzależnione od stopnia oparzenia określonego wyłącznie w TABELI nr 6:

TABELA nr 6

Stopień oparzenia	Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D2
II stopień	10
III stopień	30
IV stopień	50

- 3) **Opcja Dodatkowa D3 – odmrożenia** – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D3, uzależnione od stopnia odmrożenia określonego wyłącznie w TABELI nr 7:

TABELA nr 7

Stopień odmrożenia	Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D3
II stopień	10
III stopień	30
IV stopień	50

- 4) **Opcja Dodatkowa D4 - pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D4, za każdy następny dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, począwszy od trzeciego dnia pobytu w szpitalu, będący następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku kolejnych, następujących po sobie pobytów w szpitalu w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem świadczenie szpitalne przysługuje od pierwszego dnia pobytu w szpitalu. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku przysługuje maksymalnie za 90 dni pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w ciągu okresu ubezpieczenia;
- 5) **Opcja Dodatkowa D5 – pobyt w szpitalu w wyniku choroby** – świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D5, za każdy następny dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, począwszy od trzeciego dnia pobytu w szpitalu, w związku z chorobą, która została zdiagnozowana w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku kolejnych, następujących po sobie pobytów w szpitalu w związku z tą samą chorobą świadczenie szpitalne przysługuje od pierwszego dnia pobytu w szpitalu. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku choroby przysługuje maksymalnie za 60 dni pobytu w szpitalu w ciągu okresu ubezpieczenia;
- 6) **Opcja Dodatkowa D6 - poważne zachorowania** – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D6, pod warunkiem zachorowania i zdiagnozowania u Ubezpieczonego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, następującego rodzaju poważnego zachorowania:
- nowotwór złośliwy,
 - paraliż,
 - niewydolność nerek,
 - transplantacja głównych organów,
 - poliomyelitis,
 - utrata mowy,
 - utrata słuchu,
 - utrata wzroku,
 - anemia aplastyczna,
 - stwardnienie rozsiane;
- 7) **Opcja Dodatkowa D7 – koszty operacji plastycznych w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 20% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D7, pod warunkiem, iż:
- operacja plastyczna została zalecona przez lekarza jako niezbędna część procesu leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej,
 - koszty operacji plastycznej zostały poniesione w okresie nie dłuższym niż jeden rok od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 8) **Opcja Dodatkowa D8 – operacje w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D8, uzależnione od rodzaju operacji określonej wyłącznie w TABELI nr 8, pod warunkiem iż operacja:
- została zalecona przez lekarza jako niezbędna część procesu leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej,
 - została przeprowadzona w trakcie co najmniej trzydniowego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej,

TABELA nr 8

Rodzaj operacji	Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D8
Operacje powłok ciała:	
operacje plastyczne/rekonstrukcyjne następstw nieszczęśliwych wypadków	15
Operacje przewodu pokarmowego i jamy brzusznej:	
operacje przełyku	100
resekcja żołądka	70
resekcja jelita	40
operacje wątroby	90
operacje trzustki	90
operacje śledziony	40
Amputacje:	
amputacja palców rąk i nóg - każdy	10
amputacja dłoni, przedramienia, stopy	30
amputacja na poziomie podudzia, ramienia	50
amputacja na poziomie uda	70
amputacja kończyny na poziomie stawu biodrowego	100
Operacje związane z otwarciem klatki piersiowej:	
operacje płuca	100
Operacje narządów zmysłu:	
operacje oka:	
urazowe uszkodzenie gałki ocznej	20
usunięcie gałki ocznej	40
odwarstwienie siatkówki	20
operacje ucha:	
zabiegi w obrębie ucha środkowego	40
zabiegi w obrębie ucha wewnętrznego	65
operacje nosa:	
operacja zatok	15
operacje przegrody nosowej i małżowin nosa	10
Operacyjne leczenie złamań:	
kości czaszki	50
kości twarzoczaszki	30
nosa	10
kregosłupa	50
obręczy barkowej	30
żeber, mostka	10
kości przedramienia	15
kości stępu, śródstopia	10
uda	30
ramienia lub podudzia	25
rzepki lub miednicy	20
nadgarstka, śródreżca	10

Operacyjne leczenie zwichnięć:	
stawu biodrowego lub kręgosłupa	45
stawu barkowego	30
stawu kolanowego, łokciowego, skokowego lub nadgarstka	20
Operacje układu moczowo - płciowego:	
operacje nerki, dróg moczowych	65
operacje ginekologiczne:	
jajnika i jajowodu	20
w obrębie sromu, pochwy i szyjki macicy	20
macicy	65
operacje męskich narządów płciowych	20
Operacje neurochirurgiczne:	
operacje centralnego układu nerwowego -mózg i rdzeń kręgowy	100
Przeszczepy:	
przeszczep serca	100
przeszczep wątroby	100
przeszczep nerki	100
przeszczep innych narządów	65

- c) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku została wykonana więcej niż jedna operacja, przysługuje – zgodnie z TABELĄ nr 8 – świadczenie będące sumą kwot za każdy rodzaj operacji, ale wysokość świadczenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D8;
- 9) **Opcja Dodatkowa D9 – operacje w wyniku choroby** – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D9, uzależnione od rodzaju operacji, określonej wyłącznie w TABELI nr 9, pod warunkiem iż operacja:
- została zalecona przez lekarza jako niezbędna część procesu leczenia choroby, która została ujawniona i zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie trwania odpowiedzialności UBEZPIECZCIELA,
 - została przeprowadzona w trakcie co najmniej trzydniowego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej,

TABELA nr 9

Rodzaj operacji	Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D9
Operacje przewodu pokarmowego i narządów jamy brzusznej:	
operacje przełyku:	
częściowa resekcja przełyku	80
całkowita resekcja przełyku	100
zespolenie omijające przełyk	80
operacja naprawcza przełyku / wszczepienie endoprotezy przełyku	80
operacje żołądka:	
częściowa resekcja żołądka / wycięcie zmiany żołądka	80
całkowita resekcja żołądka	100
operacje jelit	40

operacja wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	10
operacje wątroby:	
częściowa resekcja wątroby / wycięcie zmiany wątroby	90
całkowita resekcja wątroby	90
operacje trzustki:	
wycięcie zmiany trzustki	90
całkowita resekcja trzustki / wycięcie głowy trzustki	100
całkowita resekcja śledziony	40
Amputacje:	
amputacja kciuka	10
amputacja dłoni	35
amputacja na poziomie przedramienia	40
amputacja na poziomie ramienia	50
amputacja stopy	40
amputacja na poziomie uda, podudzia	65
całkowita amputacja kończyny z wyluszczeniem w stawie	100
amputacja prosta sutka	40
amputacja całkowita sutka / ów z doszczętnym usunięciem węzłów pachowych	80
Operacje układu oddechowego:	
operacje nosa:	
operacja zatok	20
operacja przegrody nosowej i małżowin nosa	20
wycięcie krtani	90
operacje tchawicy:	
częściowe wycięcie tchawicy	90
plastyka tchawicy	80
protezowanie tchawicy metodą otwartą	80
tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	10
otwarta operacja ostrogi tchawicy	30
częściowe usunięcie oskrzela	30
wycięcie płuca (całego lub fragmentu tkanki płucnej)	100
operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznej)	80
Operacje jamy ustnej:	
operacje warg	10
wycięcie języka	40
wycięcie migdałków	5
operacje ślinianek / przewodów ślinowych	5
Operacje oka:	
usunięcie gałki ocznej	40
operacje oczodołu	50
protezowanie gałki ocznej	30
operacje dotyczące powiek i/lub gruczołu łzowego	20
operacje spojówek	10

operacje na rogówce i/lub twardówce	10
zabieg naprawczy odklejenia siatkówki	5
Operacje ucha:	
operacje wyrostka sutkowatego	80
zabiegi w obrębie ucha środkowego	40
zabiegi w obrębie ucha wewnętrznego	30
zabiegi w obrębie ucha zewnętrznego	10
operacje ślimaka	80
operacje aparatu przedsionkowego	70
Operacje układu nerwowego:	
kraniotomia - otwarcie czaszki	100
trepanacja czaszki	20
wycięcie zmiany / resekcja tkanki mózgowej	90
stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	90
drenaż (tkanka mózgowa)	80
wszczepienie stymulatora mózgu	90
wentrykulostomia	80
operacje na oponach mózgu i przestrzeni okołooonowej	90
operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	80
operacje nerwów czaszkowych	80
operacja nerwów rdzeniowych	30
operacje rdzenia kręgowego	100
sympatektomia szyjna	80
Operacje układu moczowego:	
operacje nerki:	
całkowite wycięcie nerki	80
częściowe wycięcie nerki / usunięcie zmiany nerki	80
nacięcie nerki	50
operacje moczowodu	50
operacja w zakresie ujścia moczowodu	30
operacje pęcherza moczowego:	
całkowite wycięcie pęcherza moczowego	90
częściowe wycięcie pęcherza moczowego	80
plastyka ujścia pęcherza	40
wycięcie cewki moczowej	70
Operacje naczyń tętniczych i żylnych:	
operacje dużych naczyń tętniczych (aorty, tętnicy płucnej, szyjnej, podobojczykowej, nerkowej, biodrowej, udowej)	100
operacja tętniaka tętnic mózgu	100
zespolecie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	90
Operacje serca:	
plastyka przedsionka serca	90
pomostowanie tętnic wieńcowych	80
otwarta operacja układu bódźoprzewodzącego serca	100
wszczepienie rozrusznika/stymulatora	40
operacje osierdzia	40

c) jeżeli w wyniku tej samej choroby zostanie wykonana więcej niż jedna operacja, przysługuje – zgodnie z TABELĄ nr 9 – świadczenie będące sumą kwot za każdy rodzaj operacji, ale wysokość świadczenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D9;

10) **Opcja Dodatkowa D10 - koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D10, pod warunkiem, iż koszty leczenia:

- powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej
- zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;

11) **Opcja Dodatkowa D11 - czasowa niezdolność Ubezpieczonego do nauki i/lub pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości 0,1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D11, za każdy dzień czasowej niezdolności do nauki i/lub pracy, powstałej w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, począwszy od:

- 10-go dnia czasowej niezdolności Ubezpieczonego do nauki i/lub pracy, w przypadku gdy czasowa niezdolność Ubezpieczonego do nauki i/lub pracy trwała nieprzerwanie do 30 dni,
- 1-go dnia czasowej niezdolności Ubezpieczonego do nauki i/lub pracy, w przypadku gdy czasowa niezdolność Ubezpieczonego do nauki i/lub pracy trwała nieprzerwanie powyżej 30 dni.

Świadczenia przysługuje maksymalnie za 10 miesięcy czasowej niezdolności Ubezpieczonego do nauki i/lub pracy.

12) **Opcja Dodatkowa D12 - zdiagnozowanie u Ubezpieczonego wady wrodzonej serca** – świadczenie w wysokości 20% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D12, pod warunkiem że wada wrodzona serca została zdiagnozowana w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej;

13) **Opcja Dodatkowa D13 - koszty leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D13, 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 zęba stałego,
- zostały poniesione w okresie ubezpieczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w ciągu maksymalnie 4 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

14) **Opcja Dodatkowa D14 - uciążliwe leczenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – wypłata świadczenia w wysokości 2% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D14, pod warunkiem, iż:

- nieszczęśliwy wypadek nie pozostawił uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego (0% uszczerbku na zdrowiu określony przez lekarza zaufania),
- przebieg leczenia spowodował czasową niezdolność do nauki i/ lub pracy przez okres nie krótszy niż 10 dni.

Jaką pomoc otrzymasz w ramach Opcji Dodatkowej D15 - Assistance EDU PLUS?

§ 11

1. Za zapłatą dodatkowej składki Opcja Podstawowa, Opcja Ochrona, Opcja Ochrona Plus, Opcja Progresja dodatkowo może zostać rozszerzona o Opcję Dodatkową D15 - **Assistance EDU PLUS** obejmującą:

1) **pomoc medyczną:**

- wizyta lekarza Centrum Assistance – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszty dojazdu lekarza Centrum Assistance oraz jego honorarium za pierwszą wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego,
- organizacja wizyty u lekarza specjalisty – jeżeli lekarz Centrum Assistance zaleci wizytę u lekarza specjalisty, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance zorganizuje wizytę w ter-

- minie wskazanym przez Ubezpieczonego. Koszt wizyty ponosi Ubezpieczony,
- c) wizyta pielęgniarki – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance, na zlecenie lekarza Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt dojazdu pielęgniarki oraz jej honorarium za wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego. UBEZPIECZYCIEL pokrywa koszty wizyt pielęgniarki do wysokości sumy ubezpieczenia,
- d) dostawa leków – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową i w następstwie którego wymaga leżenia zgodnie z zaleceniem lekarza Centrum Assistance, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt transportu leków przepisanych przez lekarza Centrum Assistance. Koszt leków ponosi Ubezpieczony,
- e) opieka domowa po hospitalizacji – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego przebywał w szpitalu przez okres co najmniej 7 dni, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance, po uzyskaniu zalecenia lekarza prowadzącego leczenie zorganizuje i pokryje koszt opieki domowej po zakończeniu hospitalizacji, który łącznie nie może przekroczyć 96 godzin, do wysokości sumy ubezpieczenia,
- f) transport medyczny – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt transportu z miejsca pobytu Ubezpieczonego do placówki medycznej;
- g) infolinia medyczna – UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance zapewni Ubezpieczonemu możliwość rozmowy z lekarzem Centrum Assistance, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji co do dalszego postępowania. Informacje udzielone przez lekarza Centrum Assistance nie mają charakteru diagnostycznego. Ponadto za pośrednictwem Centrum Assistance Ubezpieczony uzyska:
- informacje medyczne o danym schorzeniu, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
 - informacje o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
 - informacje o działaniu leków (stosowanie, odpowiedniki, skutki uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży i laktacji) w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
- 2) **indywidualne korepetycje** – jeżeli Ubezpieczony uczeń lub student uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, w wyniku którego nie mógł uczęszczać na zajęcia lekcyjne nieprzerwanie przez okres co najmniej 7 dni, udokumentowane zaświadczeniem lekarskim, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance zorganizuje i pokryje koszt indywidualnych korepetycji z wybranych przez Ubezpieczonego ucznia lub studenta przedmiotów wchodzących w zakres programowy realizowany w szkole lub uczelni maksymalnie do 10 godzin lekcyjnych w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku,
- 3) **pomoc rehabilitacyjną** – jeżeli Ubezpieczony, będący pracownikiem placówki oświatowej, za wyjątkiem uczniów i studentów, uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, w wyniku którego czasowo utracił zdolność do wykonywania pracy trwającą nieprzerwanie co najmniej 7 dni, udokumentowaną zaświadczeniem lekarskim, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie zorganizuje i pokryje koszt pracy rehabilitanta w miejscu pobytu Ubezpieczonego maksymalnie do 8 godzin rehabilitacji w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku.

SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY

§12

1. Wysokość sumy ubezpieczenia ustalana jest na wniosek Ubezpieczającego osobno dla Opcji Podstawowej lub Opcji Ochrona Plus lub Opcji Progresa oraz dla poszczególnych Opcji Dodatkowych (D1-D14), o których mowa w § 4 ust. 1 pkt. 1), 3), 4) i ust. 2.
2. Dla Opcji Ochrona, o której mowa w §4 ust. 1 pkt 2), sumy ubezpieczenia ustalone są dla każdego zdarzenia, za które UBEZPIECZYCIEL ponosi odpowiedzialność ubezpieczeniową. Odrębne sumy ubezpieczenia, określone w umowie ubezpieczenia, które w zależności od wybranego wariantu – zgodnie z TABELĄ nr 10 – wynoszą:

Tabela nr 10

Rodzaj ubezpieczenia	SUMA UBEZPIECZENIA (PLN)										
	Wariant	Wariant	Wariant	Wariant	Wariant	Wariant	Wariant	Wariant	Wariant	Wariant	Wariant
	0-1	0-2	0-3	0-4	0-5	0-6	0-7	0-8	0-9	0-10	0-11
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	3.000	5.000	6.000	7.000	8.000	9.000	10.000	11.000	12.000	13.000	14.000
Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego sepsy	300	500	600	700	800	900	1.000	1.100	1.200	1.300	1.400
Trwałe inwalidztwo częściowe	3.000	5.000	6.000	7.000	8.000	9.000	10.000	11.000	12.000	13.000	14.000
Zwrot kosztów zakupu wózka inwalidzkiego na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000
Złamania jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku	500	1.000	1.250	1.500	1.750	2.000	2.250	2.500	2.750	3.000	3.250
Rany cięte, szarpane będące następstwem nieszczęśliwego wypadku	50	100	150	200	250	300	350	400	500	600	700
Urazy narządów ruchu będące następstwem nieszczęśliwego wypadku	50	100	150	200	250	300	350	400	500	600	700
Pogryzienie przez psa	50	60	70	80	90	100	110	120	130	140	150
Wstrząśnienie mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	300	500	750	1.000	1.250	1.500	1.750	2.000	2.250	2.500	2.750
Śmierć rodzica w następstwie nieszczęśliwego wypadku	3.000	5.000	6.000	7.000	8.000	9.000	10.000	11.000	12.000	13.000	14.000

3. Dla Opcji DODATKOWEJ D15 - **Assistance EDU PLUS**, o której mowa w § 4 ust. 3 oraz § 11, suma ubezpieczenia jest stała i wynosi 5.000 PLN.
4. Suma ubezpieczenia ustalana jest dla każdego Ubezpieczonego i określona jest w umowie ubezpieczenia.
5. Górną granicą odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA jest kwota stanowiąca 100% sumy ubezpieczenia w przypadku Opcji Podstawowej, Opcji Ochrona Plus, Opcji Progresja, Opcji Dodatkowych (D1-D15), za wyjątkiem:
 - 1) Opcji Progresja, gdzie górną granicą odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA jest kwota stanowiąca 250 % sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Progresja,
 - 2) Opcji Ochrona, gdzie górną granicą odpowiedzialności jest 100% sumy ubezpieczenia ustalonej odrębnie dla każdego zdarzenia.
6. W ramach ubezpieczenia wypłacone świadczenie lub łączna kwota wypłaconych świadczeń nie mogą przekroczyć łącznie górnej granicy odpowiedzialności określonej osobno dla Opcji Podstawowej, Opcji Ochrona, Opcji Ochrona Plus lub Opcji Progresja oraz wybranej Opcji Dodatkowej (D1-D15).

Co trzeba zrobić, żeby się ubezpieczyć?

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA §13

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego, który powinien zawierać co najmniej następujące dane:
 - 1) imię, nazwisko (nazwę) oraz adres (siedzibę) Ubezpieczającego,
 - 2) imię i nazwisko Ubezpieczonego, jeżeli umowa zawierana jest w formie imiennej,
 - 3) liczbę dzieci, uczniów, studentów i pracowników placówek oświatowych zgłoszonych do ubezpieczenia,
 - 4) przedmiot i zakres (opcja, wariant) ubezpieczenia,
 - 5) propozycję sum ubezpieczenia dla Opcji Podstawowej, Opcji Ochrona Plus, Opcji Progresja, a w przypadku Opcji Ochrona propozycję odrębnych sum ubezpieczenia dla każdego zdarzenia,
 - 6) propozycję sum ubezpieczenia dla opcji Dodatkowych (D1 - D14) – w przypadku, gdy Ubezpieczający wnioskuję o rozszerzenie zakresu o Opcje Dodatkowe (D1-D14),
 - 7) okres ubezpieczenia,
 - 8) propozycję postanowień dodatkowych lub odmiennych od postanowień niniejszych OWU, o ile Ubezpieczający chce je wprowadzić do umowy ubezpieczenia.
2. UBEZPIECZYCIEL może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji, mających wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, o czym informuje Ubezpieczającego na piśmie.
3. Jeżeli wniosek nie zawiera wszystkich danych określonych w ust. 1 lub ust. 2 albo został sporządzony wadliwie lub niezgodnie z warunkami ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest na wezwanie UBEZPIECZYCIELA odpowiednio go uzupełnić, względnie sporządzić nowy wniosek, w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma od UBEZPIECZYCIELA w tej sprawie. Niedotrzymanie powyższego terminu powoduje, że umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta.
4. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres dwunastu miesięcy, chyba że strony umówiły się inaczej.
5. Umowa ubezpieczenia może zostać przedłużona na następny dwunastomiesięczny okres ubezpieczenia, za zgodą UBEZPIECZYCIELA, na podstawie OWU obowiązujących w dniu jej przedłużenia i zostaje potwierdzona w sposób, o którym mowa w ust. 7 niniejszego paragrafu.
6. Okres ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia.
7. UBEZPIECZYCIEL potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia (polisą).

§14

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w formie ubezpieczenia grupowego, ubezpieczenia indywidualnego lub rodzinnego w rozumieniu § 2 pkt. 60), 61), 62).
2. Umowa ubezpieczenia indywidualnego lub rodzinnego może zostać zawarta wyłącznie w formie imiennej.
3. Umowa ubezpieczenia grupowego zawierana jest w formie imiennej lub bezimiennej, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego w formie bezimiennej jest objęcie ubezpieczeniem co najmniej 95% dzieci, uczniów,

studentów i pracowników placówki oświatowej zgłoszonych do ubezpieczenia przez Ubezpieczającego.

5. W przypadku rozszerzenia zakresu o:
 - 1) opcje Dodatkowe (D1 – D14), o których mowa w §10,
 - 2) opcję Dodatkową D15– Assistance EDU PLUS, o których mowa w §11,
 umowę ubezpieczenia grupowego zawiera się w formie imiennej.
4. Warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego w formie imiennej jest dołączenie do wniosku Ubezpieczającego imiennej listy osób przystępujących do ubezpieczenia.

Od kiedy ubezpieczenie gwarantuje ochronę i kiedy ona się kończy?

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA §15

1. W umowie ubezpieczenia określa się datę początkową i końcową okresu ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia wskazanego w umowie jako początek ochrony ubezpieczeniowej (okresu ubezpieczenia), jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub pierwszej raty składki, chyba że umówiono się inaczej.
3. W Opcjach Dodatkowych, w których ma zastosowanie karencja, odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia następnego po upływie karencji.
4. Odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA ustaje:
 - 1) z dniem upływu okresu ubezpieczenia,
 - 2) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia,
 - 3) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia w wyniku wypowiedzenia, o którym mowa w §16 ust. 2 i 3,
 - 4) z dniem nieopłacenia kolejnej raty składki pomimo uprzedniego wezwania do zapłaty w terminie 7 dni liczonemu od dnia doręczenia, w wezwaniu skierowanym przez UBEZPIECZYCIELA do Ubezpieczającego oraz braku zapłaty składki w tym terminie,
 - 5) z dniem wypłaty świadczenia lub świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia, określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie),
 - 6) wobec Ubezpieczonego z dniem jego zgonu.
5. Wznowienie odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia może nastąpić następnego dnia po zapłacie dodatkowej składki za doubezpieczenie, w przypadku gdy odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA ustała wskutek wyczerpania sumy ubezpieczenia. Wznowienie odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia wymaga pisemnego potwierdzenia przez UBEZPIECZYCIELA, nie później niż w terminie 7 dni od dnia zapłaty dodatkowej składki.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA §16

1. Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres dłuższy niż sześć miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.
3. Jeżeli UBEZPIECZYCIEL ponosił odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona przez Ubezpieczającego w terminie, UBEZPIECZYCIEL może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia wygasa ona z końcem okresu, za który przypadała niezapłacona składka.
4. Umowa ubezpieczenia wygasa z dniem bezskutecznego upływu terminu, o którym mowa w §15 ust. 4 pkt 4) OWU.

Od czego zależy wysokość składki ubezpieczeniowej?

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA §17

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej należnej za okres odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA określona jest w umowie ubezpieczenia.
2. Wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej uzależniona jest od czynników oceny ryzyka, a w szczególności:
 - 1) przedmiotu ubezpieczenia,
 - 2) zakresu ubezpieczenia,
 - 3) okresu ubezpieczenia, z uwzględnieniem okresu karencji,
 - 4) wnioskowanych przez Ubezpieczającego wysokości sum ubezpieczenia,
 - 5) liczby osób przystępujących do ubezpieczenia,
 - 6) informacji o szkodowości.
3. Ponadto w ustaleniu wysokości podstawowej składki ubezpieczeniowej uwzględnia się koszty związane z zawarciem umowy ubezpieczenia, z jej wykonywaniem oraz koszty reasekuracji ryzyka.
4. Podstawową składkę ubezpieczeniową oblicza się mnożąc, określoną sumę ubezpieczenia przez właściwą dla danej Opcji stawkę określoną w złotych polskich, uzależnioną od czynników określonych w ust. 2. Postanowienie to nie dotyczy:
 - 1) Opcji Ochrona,
 - 2) Opcji DODATKOWEJ D 15 – Assistance Edu Plus, w których obowiązuje jedna stawka składki określona kwotowo dla każdego Ubezpieczonego.
5. Wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej obliczana jest według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia (lub zmiany) umowy ubezpieczenia:
 - 1) dla Opcji Podstawowej, Opcji Ochrona Plus oraz Opcji Progresja ustala się w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia. Wysokość składki dla każdego Ubezpieczonego ustalana jest kwotowo za każdy 1.000,00 PLN sumy ubezpieczenia,
 - 2) dla Opcji Ochrona ustala się w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia. Wysokość składki dla każdego Ubezpieczonego ustalana jest kwotowo w taryfie składek,
 - 3) dla poszczególnych Opcji Dodatkowych ustala się w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia. Wysokość składki za każde świadczenie dodatkowe i dla każdego Ubezpieczonego ustalana jest kwotowo za każdy 1.000,00 PLN sumy ubezpieczenia.
 - 4) dla Opcji DODATKOWEJ D15 – Assistance Edu Plus – wysokość składki dla każdego Ubezpieczonego ustalana jest kwotowo w taryfie składek.
6. Jeżeli taryfa składek nie uwzględnia ubezpieczonego ryzyka, wówczas wysokość składki ubezpieczeniowej ustalana jest na podstawie indywidualnej oceny ryzyka przez UBEZPIECZYCIELA.
7. UBEZPIECZYCIEL może zastosować zniżki i /lub zwwyżki podstawowej składki ubezpieczeniowej.
8. Wysokość ostatecznej składki ubezpieczeniowej oblicza się stosując zwwyżki i zniżki składki.
9. UBEZPIECZYCIEL może zastosować zwwyżki składki, w szczególności z tytułu:
 - 1) objęcia ochroną ubezpieczeniową osób uprawiających sport wyczerpująco,
 - 2) wprowadzenia postanowień dodatkowych i/lub odmiennych od postanowień niniejszych OWU, o które wnioskował Ubezpieczający,
 - 3) wysokiej częstotliwości zaistniałych zdarzeń ubezpieczeniowych, z tytułu których UBEZPIECZYCIEL wypłacił świadczenia.
10. UBEZPIECZYCIEL może zastosować zniżki składki, w szczególności z tytułu:
 - 1) liczby osób przystępujących do ubezpieczenia,
 - 2) wprowadzenia do umowy ubezpieczenia franszyzy integralnej – w przypadku ubezpieczenia uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku w Opcji Podstawowej,
 - 3) niskiej szkodowości w poprzednich okresach ubezpieczenia,
 - 4) premii promocyjnej,
 - 5) w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, obejmującej co najmniej 95% osób danej placówki oświatowej, UBEZPIECZYCIEL może zwolnić z opłaty składki ubezpieczeniowej:
 - a) w szkołach specjalnych - do 15% ogólnej liczby ubezpieczonych – wskazanych przez Ubezpieczającego w formie listy imiennej,
 - b) w pozostałych placówkach oświatowych - do 10% ogólnej liczby

ubezpieczonych wskazanych przez Ubezpieczającego w formie listy imiennej,

- 6) wprowadzenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od postanowień niniejszych OWU, o które wnioskował Ubezpieczający.
11. Na wniosek Ubezpieczającego umowa ubezpieczenia zawarta w Opcji Podstawowej może być zawarta z zastosowaniem franszyzy integralnej. Franszyza integralna odnosi się wyłącznie do ubezpieczenia uszczerbku na zdrowiu, o którym mowa w §6 ust. 1 pkt. 1) lit. b).
12. Składka ubezpieczeniowa płatna jest jednorazowo, chyba że strony umówiły się inaczej.
13. Składka ubezpieczeniowa, na wniosek Ubezpieczającego, może zostać rozłożona na raty. Terminy płatności i wysokość kolejnych rat określa się w umowie ubezpieczenia.
14. Składka za ubezpieczenie powinna być zapłacona w dniu zawierania umowy, chyba że strony umowy ustaliły w umowie ubezpieczenia (polisie) późniejszy termin płatności. W przypadku płatności ratalnej, pierwsza rata składki jest płatna w dniu zawierania umowy ubezpieczenia, natomiast kolejne raty składki ubezpieczeniowej płatne są w terminach płatności określonych w umowie ubezpieczenia (polisie).
15. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenia umowy przez którąkolwiek ze stron, UBEZPIECZYCIELowi należy się składka za okres, w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
16. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na który została zawarta Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Jakie obowiązki ma Ubezpieczający, Ubezpieczony, a jakie Ubezpieczyciel?

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY §18

1. Ubezpieczający obowiązany jest do:
 - 1) przed zawarciem umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości UBEZPIECZYCIELA wszystkie znane sobie okoliczności, o które UBEZPIECZYCIEL pypytywał w formularzu wniosku albo przed zawarciem umowy w innych pismach,
 - 2) zgłaszania UBEZPIECZYCIELowi zmian okoliczności, o których Ubezpieczający informował UBEZPIECZYCIELA przed zawarciem umowy ubezpieczenia, niezwłocznie po powzięciu o nich wiadomości,
 - 3) opłacenia składki lub jej rat w ustalonym terminie,
 - 4) umożliwienia UBEZPIECZYCIELowi zasięgnięcia informacji odnoszących się do okoliczności wystąpienia wypadku,
 - 5) przekazywania do UBEZPIECZYCIELA w terminie ustalonym w umowie ubezpieczenia wszystkich danych niezbędnych do należytego wykonywania postanowień umowy ubezpieczenia, a w szczególności:
 - a) listy osób przystępujących do ubezpieczenia – w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej w formie imiennej,
 - b) listy osób, za które Ubezpieczający został zwolniony z opłaty składki,
 - 6) przestrzegania obowiązków określonych w niniejszych OWU.
2. Jeżeli Ubezpieczający nie podał do wiadomości UBEZPIECZYCIELA okoliczności znanych sobie, o których mowa w ust. 1 pkt 1) lub nie dopełnił obowiązku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2), UBEZPIECZYCIEL nie odpowiada za skutki tych okoliczności.
3. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek, Ubezpieczający zobowiązany jest powiadomić Ubezpieczonego, w formie pisemnej, o zakresie i sposobie wykonania obowiązków wynikających dla Ubezpieczonego z niniejszych OWU.
4. UBEZPIECZYCIEL obowiązany jest do:
 - 1) zachowania należytej staranności przy zawieraniu i wykonywaniu umowy ubezpieczenia,
 - 2) przekazywania Ubezpieczającemu informacji niezbędnych do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, a w przypadku zgłoszenia roszczenia zobowiązany jest do terminowej likwidacji,
 - 3) dostarczenia Ubezpieczającemu przed zawarciem umowy ubezpieczenia tekstu niniejszych OWU, a także innych dokumentów i formularzy niezbędnych z punktu widzenia wykonywania umowy ubezpieczenia,
 - 4) na żądanie Ubezpieczonego, udzielenia informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz OWU w zakresie praw i obowiązków Ubezpieczonego,

- 5) udostępniania Ubezpieczającemu/ Ubezpieczonemu Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu UBEZPIECZYCIELA, w taki sposób, aby Ubezpieczający mógł zapoznać się z nią przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Na wniosek Ubezpieczającego/ Ubezpieczonego tekst Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu UBEZPIECZYCIELA dostarczany jest Ubezpieczającemu/ Ubezpieczonemu pod wskazany adres,
 - 6) udostępnienia Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu informacji i dokumentów, gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA lub wysokości świadczenia. W/w osoby mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez UBEZPIECZYCIELA udostępnionych informacji, a także sporządzać na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem przez UBEZPIECZYCIELA,
 - 7) objęcia ochroną ubezpieczeniową osób, które zostały zgłoszone przez Ubezpieczającego i za które została zapłacona składka ubezpieczeniowa,
 - 8) wypłaty świadczenia na warunkach i zasadach określonych w niniejszym OWU i umowie ubezpieczenia,
 - 9) zabezpieczenia danych osobowych, otrzymanych w wyniku realizacji umowy ubezpieczenia - zgodnie z wymogami ustawy o Ochronie Danych Osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. z późn. zm.,
 - 10) pisemnego informowania osoby występującej z roszczeniem, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania, zgodnie z §20 ust. 9,
 - 11) pisemnego informowania Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z zawiadomieniem o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z §20 ust. 9.
5. Ubezpieczający/Ubezpieczony/Uprawniony mają prawo wglądu do akt szkodowych w jednostce organizacyjnej UBEZPIECZYCIELA i sporządzenia na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów z akt szkodowych. Opłata za wydanie odpisów lub kserokopii jest pobierana w oparciu o cennik dostępny w jednostkach organizacyjnych UBEZPIECZYCIELA.
6. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uprawnionemu przysługuje prawo składania skarg i zażaleń do Zarządu UBEZPIECZYCIELA za pośrednictwem jednostki organizacyjnej UBEZPIECZYCIELA, w której zawarto umowę ubezpieczenia. Skargi i zażalenia są rozpatrywane w ciągu 30 dni licząc od dnia ich wpłynięcia do UBEZPIECZYCIELA.

Co zrobić żeby dostać świadczenie?

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA. USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA §19

1. W razie powstania zdarzenia, mogącego powodować odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA, Ubezpieczający/ Ubezpieczony obowiązany jest do:
 - 1) niezwłocznego (w ciągu 24 godzin) zgłoszenia się do lekarza i zastosowania się do jego zaleceń,
 - 2) zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową jednostkę organizacyjną UBEZPIECZYCIELA, nie później niż w terminie 14 dni od dnia zajścia zdarzenia lub uzyskania o nim informacji, o ile stan zdrowia mu na to pozwala,
 - 3) poddania się badaniu przez lekarza wskazanego przez UBEZPIECZYCIELA, celem rozpoznania zgłaszanych obrażeń ciała. Koszt takich badań pokrywa UBEZPIECZYCIEL.

§20

1. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczony może złożyć w każdej jednostce organizacyjnej UBEZPIECZYCIELA.
2. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia powinno zawierać poniższe podstawowe informacje:
 - 1) imię i nazwisko lub nazwę i adres Ubezpieczającego,
 - 2) numer polisy,
 - 3) imię i nazwisko, adres Ubezpieczonego,
 - 4) imię i nazwisko, adres Uprawnionego, jeżeli z roszczeniem występuje Uprawniony,
 - 5) datę wypadku oraz szczegółowy opis okoliczności jego zaistnienia,
 - 6) imię i nazwisko, adres świadków zdarzenia, o ile są w posiadaniu zgłaszającego roszczenie.
3. W celu ustalenia odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA, Ubezpieczony

zobowiązany jest dostarczyć poniższe podstawowe dokumenty, o ile są w posiadaniu zgłaszającego roszczenie:

- 1) kopię zgłoszenia zdarzenia Policji, o ile było zgłoszone,
 - 2) dokumentacją medyczną opisującą rodzaj doznanych obrażeń oraz zawierającą dokładną diagnozę,
 - 3) zaświadczenie lekarskie z przebiegu procesu leczenia oraz zawierające dokładną diagnozę,
 - 4) kartę informacyjną ze szpitala,
 - 5) celem refundacji poniesionych kosztów nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych:
 - a) kopię zlecenia lekarskiego na zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze,
 - b) oryginały rachunków lub faktur,
 - 6) celem refundacji poniesionych kosztów przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych:
 - 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,
 - b) oryginały rachunków lub faktur,
 - 7) celem refundacji poniesionych: kosztów leczenia, kosztów leczenia stomatologicznego – oryginały rachunków lub faktur,
 - 8) w przypadku wypadku komunikacyjnego, o ile Ubezpieczony był kierowcą pojazdu:
 - a) kopię prawa jazdy i odpowiednich uprawnień do prowadzenia pojazdu,
 - b) kopię dowodu rejestracyjnego pojazdu.
 - 9) W przypadku pogryzienia przez psa - zaświadczenie lekarskie o udzieleniu pierwszej pomocy medycznej,
 - 10) w przypadku czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy i/lub nauki:
 - a) kopię zaświadczenia lekarskiego wystawionego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2005 r. w sprawie orzekania o czasowej niezdolności do pracy, potwierdzonej z zgodnością z oryginałem przez pracodawcę lub placówkę medyczną, która wystawiła w/w zaświadczenie – w przypadku pracowników placówki oświatowej;
 - b) zaświadczenie lekarskie potwierdzające okres niezdolności do nauki i zaświadczenie ze szkoły potwierdzające nieobecność na zajęciach lekcyjnych – w przypadku uczniów i studentów;
 - 11) w przypadku uciążliwego leczenia - zaświadczenie lekarskie i potwierdzenia nieobecności Ubezpieczonego w pracy lub na zajęciach lekcyjnych przez zakład pracy lub szkołę,
 - 12) inne dokumenty określone w postanowieniach dodatkowych lub odmiennych od postanowień niniejszych OWU, wprowadzonych do umowy ubezpieczenia lub w piśmie o którym mowa w ust. 9.
4. Dokumenty, o których mowa w ust. 3, powinny być doręczone jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę występującą z roszczeniem, za wyjątkiem dokumentów, które zaznaczono o dostarczenie w oryginale.
5. Wykaz podstawowych dokumentów może zostać uzupełniony w piśmie, o którym mowa w ust. 9.
6. UBEZPIECZYCIEL może na swój koszt, kierować Ubezpieczonego na badania lekarskie z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi.
7. UBEZPIECZYCIEL może wystąpić do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu, za pośrednictwem lekarza upoważnionego przez UBEZPIECZYCIELA, z żądaniem przekazania informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją danych o jego stanie zdrowia, celem ustalenia prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego, z wyłączeniem badań genetycznych.
8. Wystąpienie UBEZPIECZYCIELA o informację, o której mowa w ust. 7, wymaga pisemnej zgody Ubezpieczonego albo jego przedstawiciela ustawowego.
9. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, UBEZPIECZYCIEL w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpiecza-

- jącego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
10. W przypadku powzięcia przez UBEZPIECZYCIELA nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności zgłaszanych roszczeń lub wysokości świadczenia, UBEZPIECZYCIEL w terminie 7 dni od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.
 11. W razie powstania zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach Opcji DODATKOWEJ D15 - **Assistance EDU PLUS**, Ubezpieczający/ Ubezpieczony obowiązany jest telefonicznie skontaktować się z Centrum Assistance (adres, numer telefonu podany jest w umowie ubezpieczenia) i przekazać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko lub nazwę i adres Ubezpieczającego,
 - 2) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - 3) adres zamieszkania Ubezpieczonego,
 - 4) numer polisy,
 - 5) okres ubezpieczenia,
 - 6) krótki opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
 - 7) numer telefonu kontaktowego Ubezpieczonego.
 12. W razie powstania zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach Opcji DODATKOWEJ D15 - **Assistance EDU PLUS**, Ubezpieczony, na wniosek Centrum Assistance, zobowiązany jest przedstawić lekarzom Centrum Assistance posiadane: zaświadczenia medyczne, skierowania, zwolnienia lekarskie, dokumenty medyczne, recepty, a także oryginały rachunków lub faktur i dowodów ich zapłaty.

§21

1. Stopień uszczerbku na zdrowiu lub rodzaj inwalidztwa powinien być ustalony niezwłocznie po zakończeniu leczenia z uwzględnieniem, zaleconego przez lekarza leczenia powypadkowego, najpóźniej w 24 miesiącu od dnia wypadku.
2. Stopień uszczerbku na zdrowiu lub rodzaj inwalidztwa ustalany jest początkowo przez lekarza zaufania na podstawie zgłoszonego roszczenia i dostarczonej dokumentacji z przebiegu leczenia lub na podstawie badania przeprowadzonego przez lekarza zaufania z udziałem Ubezpieczonego.
3. W uzasadnionych przypadkach stopień uszczerbku na zdrowiu lub rodzaj inwalidztwa może być określany na podstawie badań przeprowadzonych przez lekarzy zaufania.
4. Przy ustaleniu stopnia (procentu) uszczerbku na zdrowiu lub trwałego inwalidztwa częściowego nie bierze się pod uwagę charakteru czynności zawodowych wykonywanych przez Ubezpieczonego.
5. Stopień uszczerbku na zdrowiu ustalany jest na podstawie Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu UBEZPIECZYCIELA udostępnianej Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu, na każdy ich wniosek, zgodnie z postanowieniami §18 ust. 4 pkt. 5).
6. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje przed wypadkiem były już upośledzone, świadczenie wypłaca się z uwzględnieniem różnicy pomiędzy stopniem (procentem) uszczerbku na zdrowiu właściwym dla danego organu, narządu lub układu po wypadku, a istniejącym bezpośrednio przed wypadkiem.

§22

1. UBEZPIECZYCIEL wypłaca Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu świadczenie na podstawie uznania roszczenia, po uprzednim przeprowadzeniu własnego postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zasadności zgłoszonego roszczenia i wysokości świadczenia, zawartej z Ubezpieczonym lub Uprawnionym ugody lub prawomocnego orzeczenia sądowego.
2. Świadczenie może być wypłacone: przelewem bankowym lub przekazem pocztowym.

3. Świadczenia wypłacane są w złotych polskich.
4. UBEZPIECZYCIEL wypłaca świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o powstaniu roszczenia.
5. Jeżeli w terminie określonym w ust. 4 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia UBEZPIECZYCIEL wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o powstaniu roszczenia.
6. Jeżeli w terminie określonym w ust. 4 UBEZPIECZYCIEL nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub części w powyższym terminie.
7. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, UBEZPIECZYCIEL informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, w terminie określonym w ust. 4 lub 5, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz poucza o możliwości złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Zarząd UBEZPIECZYCIELA za pośrednictwem jednostki organizacyjnej UBEZPIECZYCIELA albo dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
8. Jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony nie zgadza się z decyzją UBEZPIECZYCIELA o odmowie wypłaty świadczenia lub z wysokością przyznanego świadczenia, może w terminie 30 dni od daty otrzymania decyzji zgłosić na piśmie, wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Zarząd UBEZPIECZYCIELA.
9. Poza trybem odwoławczym przewidzianym w ust. 7 i 8 Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uprawniony może zgłaszać skargi do Rzecznika Ubezpieczonych, jako podmiotu posiadającego ustawowe kompetencje w zakresie ich rozpatrywania.
10. Jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony nie zgadza się z decyzją UBEZPIECZYCIELA o odmowie wypłaty świadczenia lub z wysokością przyznanego świadczenia może dochodzić roszczeń na drodze sądowej bez zachowania trybu określonego w ust. 7 i 8.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§23

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia stron, w związku z umową ubezpieczenia powinny być, pod rygorem nieważności, składane na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub przesłane listem poleconym.
2. Strony są zobowiązane zawiadamiać się o każdorazowej zmianie siedziby lub adresu odpowiednio w zależności od tego czy stroną jest osoba prawna lub fizyczna.
3. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
4. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU jest prawo polskie.
5. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia **EDU PLUS** zostały zatwierdzone uchwałą nr 42/2013 Zarządu Ubezpieczyciela z dnia 23.04.2013 roku.
6. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia **EDU PLUS** wchodzi w życie z dniem 01.05.2013 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01.05.2013 roku.
7. Tracą moc Ogólne Warunki Ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci, uczniów, studentów i personelu w placówkach oświatowych EDU PLUS zatwierdzone uchwałą nr 36/2011 Zarządu Ubezpieczyciela z dnia 26.04.2011 roku.

Wiceprezes Zarządu


Zbigniew Zieliński

Wiceprezes Zarządu


Józef Winiarski

InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group Centrala, ul. Noakowskiego 22, 00-668 Warszawa
www.interrisk.pl
KRS 0000054136, Sąd Rejonowy dla M. St. Warszawy XII Wydział Gospodarczy KRS, NIP 526-00-38-806
Kapitał zakładowy i kapitał wpłacony: 137.640.100 PLN

IR/U/EDU5/Z1