

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 nie posiadającymi osobowości prawnej takimi jak: żłobki i przedszkola, szkoły, placówki szkolne, szkoły wyższe, zakłady opiekuńcze i inne instytucje oświatowe, zwane dalej Ubezpieczającymi a InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, zwanym dalej UBEZPIECZYCIELEM.
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 on 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 do umowy ubezpieczenia.
5. Wszystkie zmiany umowy ubezpieczenia muszą być, pod rygorem ich nieważności, sporządzone na piśmie w formie aneksu do umowy ubezpieczenia.
6. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU 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. z 2003 r. nr 124, poz. 1151 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) **bójka** – starcie fizyczne pomiędzy co najmniej trzema osobami, z których każda jednocześnie atakuje i broni się, stwarzając niebezpieczeństwo utraty życia lub wystąpienia uszczerbku na zdrowiu – w rozumieniu art. 158 kodeksu karnego (Dz.U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.),
- 3) **całkowite inwalidztwo** – uszkodzenia ciała powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku, powodujące niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji i do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych takich jak: samoobsługa, samodzielne poruszanie się, komunikowanie się z otoczeniem, powodujące konieczność zapewnienia stałej opieki lub pomocy, która trwać będzie przez okres co najmniej sześciu kolejnych miesięcy i pod koniec tego okresu pozostanie całkowita i trwała. Ubezpieczony musi być uznany za całkowicie niezdolnego do pracy oraz samodzielnej egzystencji przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych – jeżeli ukończył 16 lat lub za niepełnosprawnego w stopniu znacznym przez powiatowy lub wojewódzki zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności – jeżeli nie ukończył 16 lat;
- 4) **Centrum Assistance** – jednostka organizacyjna wskazana przez UBEZPIECZYCIELA (adres, adres e-mail, numer telefonu podawane są przy zawieraniu umowy 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 przewlekła** – stan chorobowy charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem choroby, leczony stale lub okresowo przed datą zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 7) **dzień pobytu w szpitalu** – pobyt na oddziale szpitalnym trwający co najmniej 24 godziny, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia Ubezpieczonego, spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą. W przypadku świadczeń dodatkowych, o których mowa w §4 ust. 4 pkt. 4) i 5), 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;
- 8) **franszyza integralna** – wyłączenie odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA w zakresie świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu niższego lub równego 3%, przy czym wprowadzenie franszyzy integralnej oznacza pełną wysokość świadczenia, dla uszczerbku na zdrowiu większego niż 3% sumy ubezpieczenia;
- 9) **koszty leczenia** – poniesione na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane koszty opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, pobytów w szpitalu, operacji i zabiegów, koszty poniesione na badania ambulatoryjne oraz zakup niezbędnych środków opatrunkowych,
- 10) **lekarz** – osoba posiadająca odpowiednie, formalnie potwierdzone kwalifikacje do leczenia urazów lub zachorowań, będących podstawą zgłoszonego roszczenia, wykonująca zawód w zakresie swoich uprawnień i kwalifikacji, nie będąca Ubezpieczającym/ Ubezpieczonym lub osobą bliską dla Ubezpieczonego,
- 11) **lekarz Centrum Assistance** – lekarz zatrudniony lub współpracujący z Centrum Assistance,
- 12) **lekarz zaufania** – lekarz medycyny lub stomatologii, z którym UBEZPIECZYCIEL zawarł umowę o współpracy w zakresie oceny stanu zdrowia i podjętego leczenia oraz orzekania o czasowej niezdolności do wykonywania czynności zawodowych lub nauki. Lekarz zaufania będący osobą bliską dla Ubezpieczonego, nie może dokonywać dla potrzeb UBEZPIECZYCIELA oceny stanu zdrowia, podjętego leczenia i orzekać o czasowej niezdolności do wykonywania czynności zawodowych lub nauki;
- 13) **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 wykonane materiałem wybuchowym,
- 14) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie mające miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej wywołane przyczyną zewnętrzną, na skutek której Ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała lub zmarł. W rozumieniu niniejszych OWU za nieszczęśliwy wypadek uważa się również zawał serca, udar mózgu, za wyjątkiem świadczeń, o których mowa w §5 pkt. 5), §6 pkt. 10) oraz §7 pkt. 5);
- 15) **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, liczebność grupy, rodzaj uprawianej dyscypliny sportowej;
- 16) **ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie UBEZPIECZYCIELA do wypłaty świadczenia w razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego określonego w umowie ubezpieczenia, za które UBEZPIECZYCIEL ponosi odpowiedzialność ubezpieczeniową,
- 17) **odmrożenie** – uszkodzenie skóry, powstające w wyniku działania niskiej temperatury; stopień odmrożenia określany jest przez lekarza;
- 18) **odpady radioaktywne** – odpady promieniotwórcze: stałe, ciekłe lub gazowe, zawierające substancje promieniotwórcze;
- 19) **oparzenie** – uszkodzenie tkanki skórnej wywołane przez kontakt ze źródłem ciepła (ogień, para, lub gorąca ciecz) lub innymi czynnikami takimi jak: substancje chemiczne, elektryczność (prąd lub wyładowania elektryczne), tarcie lub promieniująca energia elektromagnetyczna; stopień oparzenia określany jest przez lekarza;
- 20) **operacja** – inwazyjny zabieg chirurgiczny, wykonany w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, przez uprawnionego lekarza o specjalności zabiegowej, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego narządu

- lub układu. Operacjami, w rozumieniu niniejszych OWU, nie są: zabiegi przeprowadzane w celach diagnostycznych (np.: biopsja, punkcja, pobranie wycinków, operacja zwiadowcza), drobne zabiegi chirurgiczne nie wymagające hospitalizacji oraz zabiegi nie wynikające z konieczności medycznej. Wyróżnia się następujące rodzaje operacji:
- a) operacja metodą otwartą – polega na otwarciu przestrzeni i jam ciała lub światła narządów wewnętrznych, połączona z bezpośrednią ingerencją w ich wnętrze lekarza przeprowadzającego operację,
 - b) operacja metodą laparoskopową – polega na otwarciu przestrzeni i jam ciała lub światła narządów wewnętrznych, przy użyciu specjalistycznej aparatury, z pomocą której odbywa się ingerencja w ich wnętrze,
 - c) operacja metodą zamkniętą – bez otwierania przestrzeni i jam ciała lub światła narządów wewnętrznych (przezskórne, endoskopowe, przeznaczyniowe);
- 21) **operacja wtórna** – kolejny zabieg chirurgiczny związany przyczynowo z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą, dotyczący tego samego urazu lub choroby;
 - 22) **operacja plastyczna** – operacja mająca na celu usunięcie okaleczeń lub deformacji ciała Ubezpieczonego, powstałych wskutek nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA;
 - 23) **osoby bliskie** – małżonek, dzieci, partner, rodzeństwo, matka, ojciec, ojczym, macocha, pasierb, pasierbica, teściowie, zięciowie, synowie, przysposabiający i przysposobieni Ubezpieczonego, opiekunowie ustanowieni przez sąd opiekuńczy,
 - 24) **pełna ochrona ubezpieczeniowa** – 24 godzinna ochrona ubezpieczeniowa na obszarze całego świata, podczas wykonywania pracy zawodowej oraz w życiu prywatnym,
 - 25) **pobicie** – napaść fizyczna co najmniej dwóch osób na jedną osobę lub osoby, stwarzająca niebezpieczeństwo utraty życia lub wystąpienia uszczerbku na zdrowiu – w rozumieniu art. 158 kodeksu karnego (Dz.U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.),
 - 26) **pobyt w szpitalu** – pobyt na oddziale szpitalnym, trwający co najmniej 3 dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia Ubezpieczonego, spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą;
 - 27) **pojazd** – samochód osobowy, samochód ciężarowy, autobus, pociąg, tramwaj, trolejbus, mechaniczny pojazd jednośladowy, jeżeli spełnia warunki techniczne obowiązujące dla pojazdów danego rodzaju dopuszczonych do ruchu drogowego. W rozumieniu niniejszych OWU za pojazd nie uznaje się pojazdu stosowanego do celów specjalnych oraz roweru;
 - 28) **poważne zachorowanie** – zdiagnozowana u Ubezpieczonego po raz pierwszy w okresie odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA choroba nowotworowa, paraliż, niewydolność nerek, poliomielitisa, utrata wzroku, utrata mowy, utrata słuchu, anemia aplastyczna, stwardnienie rozsiane. Za poważne zachorowanie uważa się również transplantację głównych organów. Rozpoznanie schorzenia lub wykonanie procedury medycznej musi być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną;
 - 29) **padaczka** – (inaczej epilepsja lub choroba św. Walentego) choroba cechująca się pojawianiem napadów padaczkowych, tj. przejściowych zaburzeń czynności mózgu polegających na nadmiernych i gwałtownych, samorzutnych wyładowaniach bioelektrycznych w komórkach nerwowych; rozpoznanie choroby musi być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną;
 - 30) **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,
 - 31) **przystąpienie do ubezpieczenia** – objęcie ochroną ubezpieczeniową osoby fizycznej w ramach umowy ubezpieczenia grupowego,
 - 32) **rodzic Ubezpieczonego** – naturalny ojciec lub matka;
 - 33) **sepsa** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej (SIRS) wywołanej zakażeniem; rozpoznanie choroby musi być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną;
 - 34) **sporty wysokiego ryzyka** – alpinizm, paralotniarstwo, szybowiectwo oraz pilotowanie jakichkolwiek samolotów silnikowych, rafting lub inne sporty wodne uprawiane na rzekach górskich, nurkowanie przy wykorzystaniu odpowiedniego sprzętu (scuba diving) oraz nurkowanie na tzw. bezdechu (free diving), skoki bungee, speleologia, bobsleje, wszelkie odmiany skoków spadochronowych, sporty motorowe,
 - 35) **szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest diagnostyka, całodobowa opieka medyczna i leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym oraz zatrudniający wykwalifikowany personel medyczny w pełnym wymiarze godzin. Za szpital nie uważa się domu opieki, hospicjum, sanatorium, szpitala uzdrowiskowego, ośrodka leczniczego, a także placówki, której zadaniem jest leczenie uzależnienia od alkoholu, narkotyków oraz innych uzależnień,
 - 36) **środki pomocnicze** – wyłącznie środki pomocnicze wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17.12.2004r. (Dz.U. nr 276, poz. 2739 z dn. 17.12.2004r. z późn. zm.),
 - 37) **świadczenie** – kwota pieniężna wypłacana Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu przez UBEZPIECZYCIELA w przypadku uznania roszczenia powstałego w wyniku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, które jest objęte odpowiedzialnością ubezpieczeniową UBEZPIECZYCIELA,
 - 38) **trwałe inwalidztwo częściowe** – uszkodzenia ciała, wymienione w Tabeli nr 1 w §6 pkt. 3) w , a także w Tabeli nr 4 w §7 pkt. 8) powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - 39) **ubezpieczający** – jeden z podmiotów, o których mowa w §1 ust. 1, zawierający umowę ubezpieczenia z UBEZPIECZYCIEM i zobowiązany do opłacenia składki ubezpieczeniowej.
 - 40) **ubezpieczenie grupowe** – umowa ubezpieczenia zawierana przez UBEZPIECZYCIELA z Ubezpieczającym, przy czym minimalna grupa osób przystępujących do ubezpieczenia wynosi co najmniej 3 osoby, a w przypadku świadczeń dodatkowych, o których mowa w §8, minimalna grupa osób przystępujących do ubezpieczenia wynosi co najmniej 10 osób,
 - 41) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia, pod warunkiem iż osoba ta w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyła 65 lat,
 - 42) **udar mózgu** – nagle, w efekcie trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej wskutek wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem trwałych deficytów neurologicznych potwierdzone badaniem lekarskim. W rozumieniu niniejszych OWU udarem nie są:
 - a) przejściowe epizody niedokrwienne mózgu (OUN),
 - b) udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji OUN,
 - c) uszkodzenia mózgu w wyniku urazu (krwotok pourazowy) lub niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania oddechu lub krążenia),
 - d) udar mózgu rozpoznany jako przeżyty w przeszłości np. na podstawie tomografii komputerowej,
 - e) skutki choroby kesonowej.
 Rozpoznanie udaru mózgu musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania tomografii komputerowej i/lub magnetycznego rezonansu jądrowego, nie wcześniej jednak niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów;
 - 43) **uprawniony** – osoba imiennie upoważniona przez Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia. W przypadku nie wyznaczenia osoby Uprawnionej, w razie śmierci Ubezpieczonego, za osobę Uprawnioną uważa się członków najbliższej rodziny Ubezpieczonego według następującej kolejności: małżonek, dzieci, rodzice Ubezpieczonego,
 - 44) **uszczerbek na zdrowiu** – naruszenie sprawności organizmu powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku, polegające na trwałym uszkodzeniu ciała, powodujące upośledzenie czynności organizmu,
 - 45) **wyczynowe uprawianie sportu** – forma działalności człowieka, podejmowana dobrowolnie polegająca na:
 - a) uprawianiu dyscyplin sportowych w ramach sekcji lub klubów sportowych poprzez regularne uczestniczenie w treningach, zawodach sportowych, obozach kondycyjnych i szkoleniach, jak również uprawianie dyscyplin sportowych w celach zarobkowych, za wyjątkiem uprawiania sportu przez dzieci i młodzież do lat 18 zrzeszonych w ramach szkolnych klubów sportowych,
 - b) uczestniczenie w wyprawach lub ekspedycjach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi,
 - 46) **wypadek komunikacyjny** – nagłe zdarzenie wywołane ruchem pojazdu, niezależne od woli Ubezpieczonego będącego pasażerem pojazdu, osobą kierującą pojazdem lub pieszym, które było bezpośrednią i wyłączną przyczyną uszkodzeń ciała lub śmierci Ubezpieczonego;

- 47) **wyroby medyczne** – wyłącznie wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17.12.2004 r. (Dz.U. nr 276, poz. 2739 z dn. 17.12.2004r. z późn. zm.);
- 48) **zawał serca** – martwica ograniczonego obszaru mięśnia sercowego w następstwie nagłego niedokrwienia, której rozpoznanie potwierdzone być musi wystąpieniem łącznie wymienionych poniżej objawów:
- a) stwierdzony w wywiadzie typowy ból stenokardialny,
 - b) pojawienie się nowych, nie występujących dotychczas, charakterystycznych dla zawału mięśnia sercowego zmian w zapisie EKG,
 - c) zwiększenie aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego powyżej standardowych wartości prawidłowych dla danego laboratorium.
- W rozumieniu niniejszych OWU zawałem nie są zawały rozpoznane jako tzw. zawały nieme, a także zawały rozpoznane jako przebyte w przeszłości np. na podstawie obrazu EKG, echokardiografii lub innych metod diagnostycznych;
- 49) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie losowe objęte ochroną ubezpieczeniową, które stanowi podstawę do wystąpienia przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z roszczeniem o wypłatę świadczenia zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia;
- 50) **złamanie** – przerwanie ciągłości tkanki kostnej stwierdzone przez lekarza,
- 51) **zwichnięcie nawykowe** – kolejne, co najmniej trzecie już zwichnięcie tego samego stawu, powstałe w okresie ostatnich dwunastu miesięcy przed wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego.

Jaką ochronę zapewnia ubezpieczenie?

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§3

Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków i/ lub chorób polegające na uszkodzeniu ciała, powodujące uszczerbek na zdrowiu lub śmierć Ubezpieczonego oraz koszty i świadczenia objęte odpowiedzialnością UBEZPIECZYCIELA, określone we właściwych opcjach ubezpieczenia (§§ 5 – 9).

Jaką Opcję ubezpieczenia wybierzesz?

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§4

1. Ochroną ubezpieczeniową objęte są następstwa nieszczęśliwych wypadków i/ lub chorób, które wydarzyły się, zostały ujawnione i zdiagnozowane podczas trwania umowy ubezpieczenia.
2. W okresie ubezpieczenia, UBEZPIECZYCIEL udziela Ubezpieczonemu pełnej ochrony ubezpieczeniowej w życiu prywatnym i zawodowym na całym świecie, za wyjątkiem postanowień §8 pkt. 10), §8 pkt. 13) oraz §9.
3. Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, jak również w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, umowa ubezpieczenia może być zawarta w:
 - 1) **Opcji Podstawowej,**
 - 2) **Opcji Ochrona,**
 - 3) **Opcji Ochrona Plus.**
4. Opcja Podstawowa, Opcja Ochrona lub Opcja Ochrona Plus, za dopłatą dodatkowej składki może zostać rozszerzona o wybrane **Świadczenia Dodatkowe**:
 - 1) śmierć Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,
 - 2) oparzenia,
 - 3) odmrożenia,
 - 4) pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) pobytu w szpitalu w wyniku choroby,
 - 6) poważne zachorowania – choroba nowotworowa, paraliż, niewydolność nerek, transplantacja głównych organów, poliomielit, utrata wzroku, utrata mowy, utrata słuchu, anemia aplastyczna, stwardnienie rozsiane,
 - 7) operacje plastyczne w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 8) operacje w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 9) operacje w wyniku choroby,
 - 10) zwrot kosztów leczenia,
 - 11) zasiłek dzienny za każdy dzień pełnej niezdolności Ubezpieczonego do nauki lub pracy,
 - 12) śmierć Ubezpieczonego w wyniku choroby,
 - 13) zwrot kosztów leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

- 14) jednorazowe świadczenie w przypadku śmierci dziecka, ucznia lub studenta w wieku do 25 lat z powodu wrodzonej wady serca,
 - 15) jednorazowe świadczenie z tytułu uciążliwości leczenia.
5. Zakres ubezpieczenia w ramach Opcji Podstawowej, Opcji Ochrona lub Opcji Ochrona Plus, za dopłatą dodatkowej składki, dodatkowo może zostać rozszerzony o świadczenia – **Assistance EDU PLUS**. Na wniosek Ubezpieczającego i pod warunkiem zapłaty dodatkowej składki ochroną ubezpieczeniową mogą być objęte zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z wyczynowym uprawianiem sportu.

Co oferuje Opcja Podstawowa?

RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§5

Opcja Podstawowa obejmuje następujące świadczenia:

- 1) z tytułu **uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku**:
 - a) w razie **100% uszczerbku na zdrowiu** – przysługuje świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie);
 - b) w przypadku **uszczerbku na zdrowiu** – przysługuje świadczenie w wysokości takiego procentu sumy ubezpieczenia, w jakim nastąpiła utrata zdrowia określona przez lekarza zaufania procentem uszczerbku na zdrowiu,
 - c) **zwrot kosztów nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych** – do wysokości 25% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie), nie więcej jednak niż wynoszą rzeczywiste, udokumentowane koszty,
 - d) **zwrot kosztów przeszkolenia zawodowego inwalidów** – do wysokości 25% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie), nie więcej jednak niż wynoszą rzeczywiste, udokumentowane koszty;
- 2) z tytułu **uszczerbku na zdrowiu w wyniku ataku padaczki** – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie);
- 3) z tytułu **śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – przysługuje świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie), pod warunkiem, iż:
 - a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się w okresie ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 4) z tytułu **śmierci Ubezpieczonego w wyniku sepsy** – przysługuje świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie), pod warunkiem, iż:
 - a) sepsa została zdiagnozowana w okresie ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) śmierć nastąpiła w okresie ochrony ubezpieczeniowej;
- 5) z tytułu **śmierci jednego lub obojga rodziców Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – jednorazowe świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie),
- 6) z tytułu **pogryzienia przez psa** – jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie).

Co oferuje Opcja Ochrona?

§6

Opcja Ochrona obejmuje następujące świadczenia:

- 1) z tytułu **śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – przysługuje świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie), pod warunkiem, iż:
 - a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się w okresie ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 2) z tytułu **śmierci Ubezpieczonego w wyniku sepsy** – przysługuje świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie), pod warunkiem, iż:

- a) sepsa została zdiagnozowana w okresie ochrony ubezpieczeniowej,
 b) śmierć nastąpiła w okresie ochrony ubezpieczeniowej;
 3) z tytułu **trwałego inwalidztwa częściowego** wymienionego w Tabeli nr 1, które wystąpiło w ciągu 365 dni od dnia nieszczęśliwego wypadku – przysługuje świadczenie stanowiące procent sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie), w wysokości określonej w Tabeli nr 1

Tabela 1

Lp.	Rodzaj trwałego inwalidztwa częściowego Całkowita fizyczna utrata lub całkowita i trwała utrata funkcji poszczególnych narządów	Wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia	
1.	wzroku w obu oczach	100	
2.	wzroku w jednym oku	40	
3.	wzroku w jednym oku, jeśli przed wypadkiem stwierdzono ślepotę drugiego oka	60	
4.	słuchu w obu uszach	100	
5.	słuchu w jednym uchu	20	
6.	słuchu w jednym uchu, jeśli przed wypadkiem stwierdzono głuchotę drugiego ucha	40	
7.	mowy (obejmuje całkowitą utratę języka oraz afazję motoryczną i sensoryczną)	40	
8.	nosa (łącznie z kośćmi nosa)	20	
9.	małżowiny usznej	10	
10.	obu nóg lub obu stóp	100	
11.	obu rąk lub obu dłoni	100	
12.	jednej ręki i jednej nogi	100	
13.	jednej ręki i jednej stopy	100	
14.	jednej stopy i jednej nogi	100	
15.	kończyny dolnej:		
a)	w stawie biodrowym	60	
b)	powyżej stawu kolanowego	55	
c)	poniżej stawu kolanowego	50	
d)	stopy w całości	40	
e)	stopy z wyłączeniem pięty	20	
f)	palucha	5	
g)	innego palca u stopy	2	
h)	lub całkowity niedowład (nieuleczalne uszkodzenie nerwu)	50	
i)	lub całkowite porażenie nerwu kulszowego	40	
j)	lub ograniczenie ruchomości stawu biodrowego	25	
k)	lub ograniczenie ruchomości stawu kolanowego	15	
16.	kończyny górnej	prawa	lewa
a)	w stawie barkowym	65	55
b)	powyżej stawu łokciowego	60	50
c)	poniżej stawu łokciowego	55	45
d)	poniżej nadgarstka	50	40
e)	kciuka	20	15
f)	palca wskazującego	15	10
g)	innego palca u dłoni	5	5
h)	lub całkowity niedowład nerwu promieniowego w okolicy ramienia	40	35
i)	lub całkowity niedowład nerwu promieniowego na poziomie przedramienia	30	25
j)	lub całkowity niedowład nerwu promieniowego na poziomie dłoni	20	15
k)	lub całkowity niedowład nerwu łokciowego	30	25
l)	lub ograniczenie ruchomości ręki w stawie barkowym	40	30
m)	lub ograniczenie ruchomości ręki w stawie łokciowym	35	30
n)	lub ograniczenie ruchomości nadgarstka	20	15

Lp.	Rodzaj trwałego inwalidztwa częściowego Całkowita fizyczna utrata lub całkowita i trwała utrata funkcji poszczególnych narządów	Wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia
17.	narządów moczowo-płciowych:	
a)	całkowita utrata macicy w wieku do 45 lat	35
b)	całkowita utrata macicy w wieku powyżej 45 lat	20
c)	całkowita utrata jajnika lub jądra	20
d)	całkowita utrata prącia	40
18.	trwały i nieuleczalny paraliż wszystkich kończyn	100
19.	trwała i nieuleczalna choroba psychiczna powodująca całkowite ubezwłasnowolnienie	100

- a) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w okresie ochrony ubezpieczeniowej, wystąpi więcej niż jeden rodzaj trwałego inwalidztwa częściowego wymienionego w Tabeli nr 1, to całkowita kwota świadczenia obejmuje sumę kwot należnych za każdy rodzaj trwałego inwalidztwa częściowego, lecz nie więcej niż suma ubezpieczenia za trwale inwalidztwo częściowe określona w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie);
 4) z tytułu **zakupu wózka inwalidzkiego** – jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w okresie ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczony dozna uszkodzenia ciała, powodującego trwale inwalidztwo częściowe wymienione w Tabeli nr 1, które będzie wymagało zakupu wózka inwalidzkiego, to UBEZPIECZYCIEL pokryje całkowity jego koszt, ale maksymalnie do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie);
 5) z tytułu **złamania jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku**, który wydarzył się w okresie ubezpieczenia, wymienionego wyłącznie w Tabeli nr 2 – przysługuje świadczenie stanowiące procent sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie) w wysokości określonej w Tabeli nr 2

Tabela 2

Lp.	Rodzaj złamania	Wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia/ wysokość świadczenia w PLN	
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	
2.	Złamanie kości udowej, pięty :		
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 przysrodkowej, 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	

Lp.	Rodzaj złamania	Wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia/ wysokość świadczenia w PLN
5.	Złamania łopatki, rzepki, mostka, dłoni (poza palcami i nadgarstkiem), stopy (z wyjątkiem palców i pięty):	
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 ościstych i poprzecznych	10
7.	Złamania żebra lub żeber, kości policzkowej, kości ogonowej, górnej szczęki, nosa:	
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 w okresie ochrony ubezpieczeniowej, nastąpi więcej niż jedno złamanie, łączna suma świadczenia przypadająca do wypłaty obliczona zostanie przez dodanie do siebie świadczeń za poszczególne rodzaje złamań, jednak świadczenie nie może być wyższe od sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie);
- b) jeżeli UBEZPIECZYCIEL wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu złamania, które następnie spowoduje trwałe inwalidztwo częściowe określone w Tabeli nr 1, powstałe na skutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w okresie ochrony ubezpieczeniowej, wówczas świadczenie wypłacone z tytułu złamania zostanie zaliczone na poczet świadczenia należnego z tytułu trwałego inwalidztwa częściowego, a UBEZPIECZYCIEL dodatkowo wypłaci tylko różnicę pomiędzy wysokością świadczenia należnego z tytułu trwałego inwalidztwa częściowego, a wypłaconym świadczeniem z tytułu złamania;
- 6) z tytułu **ran wymagających interwencji chirurgicznej**:
- a) jeżeli w ciągu okresu ubezpieczenia Ubezpieczony dozna rany w następstwie nieszczęśliwego wypadku i zostanie poddany **zabiegowi założenia jednego lub dwóch szwów** – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 40% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie),
- b) jeżeli w ciągu okresu ubezpieczenia Ubezpieczony dozna rany w następstwie nieszczęśliwego wypadku i zostanie poddany **zabiegowi założenia trzech lub więcej szwów** – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie);
- 7) z tytułu **urazów narządu ruchu**:
- 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 dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie),
- 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, ortozy, tutora gipsowego, kamizelki ortopedycznej, powodującego wyłączenie czynności narządu ruchu – przysługuje jednorazowe świadczenie

- w wysokości 50% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie),
- 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 dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie),
- d) jeżeli UBEZPIECZYCIEL wypłaci ubezpieczonemu świadczenie z tytułu urazu narządu ruchu, który następnie spowoduje trwałe inwalidztwo częściowe określone w Tabeli nr 1, powstałe na skutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, wówczas świadczenie wypłacone z tytułu urazu narządu ruchu zostanie zaliczone na poczet świadczenia należnego z tytułu trwałego inwalidztwa częściowego, a UBEZPIECZYCIEL dodatkowo wypłaci tylko różnicę pomiędzy wysokościami tych świadczeń;
- 8) z tytułu **pogryzienia przez psa** – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie).
- 9) z tytułu **wstrząśnienia mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku** jeżeli Ubezpieczony zostanie poddany leczeniu szpitalnemu przez okres minimum 3 dni – przysługuje jednorazowe świadczenie stanowiące procent sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie), w wysokości określonej w Tabeli nr 3

Tabela 3

Ilość dni pobytu w szpitalu	Wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia
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) z tytułu **śmierci jednego lub obojga rodziców Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie).

Co oferuje Opcja Ochrona PLUS?

§7

Opcja Ochrona Plus obejmuje następujące świadczenia:

- z tytułu **śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – przysługuje świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie), pod warunkiem, iż:
 - nieszczęśliwy wypadek wydarzył się w okresie ochrony ubezpieczeniowej,
 - śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku;
- zwrot kosztów nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych** powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku – do wysokości 25% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie), nie więcej jednak niż wynoszą rzeczywiście, udokumentowane koszty,
- zwrot kosztów przeszkolenia zawodowego inwalidów** powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku – do wysokości 25% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie), nie więcej jednak niż wynoszą rzeczywiście, udokumentowane koszty;
- z tytułu **uszczerbku na zdrowiu w wyniku ataku padaczki** – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie);

- 5) z tytułu **śmierci Ubezpieczonego w wyniku sepsy** – przysługuje świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie), pod warunkiem, iż:
- sepsa została zdiagnozowana w okresie ochrony ubezpieczeniowej,
 - śmierć nastąpiła w okresie ochrony ubezpieczeniowej;
- 6) z tytułu **śmierci jednego lub obojga rodziców Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – jednorazowe świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie),
- 7) z tytułu **pogryzienia przez psa** – jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie),
- 8) z tytułu **trwałego inwalidztwa częściowego** – wymienionego wyłącznie w Tabeli nr 4, które wystąpiło w ciągu 365 dni od dnia nieszczęśliwego wypadku przysługuje świadczenie stanowiące procent sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie), w wysokości określonej w Tabeli nr 4,

Tabela 4

Lp.	Rodzaj trwałego inwalidztwa częściowego	Wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia
1	Całkowita utrata kończyny górnej w obrębie barku lub ramienia	80
2	Całkowita utrata kończyny górnej w obrębie łokcia lub przedramienia	60
3	Całkowita utrata ręki	50
4	Całkowita utrata palców ręki II,III,IV,V	8 – za każdy palec
5	Całkowita utrata kciuka	22
6	Całkowita utrata kończyny dolnej w obrębie stawu biodrowego lub kości udowej	75
7	Całkowita utrata kończyny dolnej w obrębie stawu kolanowego, podudzia lub stawów skokowych	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 wzroku w obu oczach	100
13	Całkowita utrata słuchu w jednym uchu	30
14	Całkowita utrata słuchu w obu uszach	50
15	Całkowita utrata małżowiny usznej	15
16	Całkowita utrata nosa	20
17	Całkowita utrata zębów stałych	2 – za każdy ząb, 20- maksymalnie z tytułu utraty wielu zębów
18	Całkowita utrata śledziony	20
19	Całkowita utrata jednej nerki	35
20	Całkowita utrata obu nerek	75
21	Całkowita utrata macicy	40
22	Całkowita utrata jajnika lub jądra	20
23	Całkowita utrata mowy	100
24	Porażenie lub niedowład co najmniej dwóch kończyn poniżej 3 stopnia w skali Lovette'a	100
25	Śpiączka trwająca dłużej niż 30 dni	100

- 9) z tytułu **złamań kości lub zwichnięć stawów:**
- z tytułu **złamania jednej lub więcej kości oraz z tytułu zwichnięcia stawu w wyniku nieszczęśliwego wypadku**, który wydarzył się w okresie ubezpieczenia, wymienionego wyłącznie w Tabeli nr 5 – przysługuje świadczenie stanowiące procent sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie) w wysokości określonej w Tabeli nr 5,

Tabela 5

Lp.	Rodzaj złamania jednej lub więcej kości oraz zwichnięcia stawu	Wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia
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 żebra, żeber	2 – za każde żebro 10 – maksymalnie z tytułu złamania wielu żeber
5	Złamania kości ramienia	7
6	Zwichnięcie stawu barkowego	7
7	Złamania w obrębie kości przedramienia (jednej lub obu)	4
8	Zwichnięcie w obrębie stawu łokciowego	5
9	Złamania w obrębie kości ręki z wyłączeniem kości palców	3
10	Złamania w obrębie kości palców ręki II-V	2 – za każdy palec
11	Zwichnięcia stawów w obrębie palców ręki II-V	1 – za każdy palec
12	Złamania w obrębie 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 w obrębie kości podudzia (jednej lub obu)	7
19	Złamania rzepki	4
20	Zwichnięcie stawu kolanowego	5
21	Złamania w obrębie stopy z wyłączeniem kości palców	4
22	Złamania w obrębie palucha	2,5
23	Złamania w obrębie kości palców stopy II-V	2 – za każdy palec
24	Zwichnięcie w stawach skokowych	4,0
25	Złamania w obrębie kręgosłupa – dotyczy trzonów, łuków kręgow (z wyłączeniem kości ogonowej)	11 – za każdy krąg
26	Złamania w obrębie kręgosłupa – dotyczy wyrostków poprzecznych, kolczystych kręgow	2,5 – za każdy krąg
27	Złamania kości ogonowej	3,5
28	Złamanie zęba stałego	0,5 – za każdy ząb 5 – maksymalnie z tytułu złamania wielu zębów stałych

- W przypadku, gdy złamanie lub zwichnięcie było leczone operacyjnie Ubezpieczonemu przysługuje oprócz świadczenia wynikającego z Tabeli nr 5 dodatkowe świadczenie w wysokości 2% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie);
- jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w okresie ochrony ubezpieczeniowej, nastąpi więcej niż jedno złamanie i/lub zwichnięcie, łączna suma świadczenia przypadająca do wypłaty obliczona zostanie przez dodanie do siebie świadczeń za poszczególne rodzaje złamań i/lub zwichnięć, jednak łączne świadczenie nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie);
- jeżeli UBEZPIECZYCIEL wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu złamania i/lub zwichnięcia, które następnie spowoduje trwałe inwalidztwo określone w Tabeli nr 4, powstałe na skutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w okresie ochrony ubezpieczeniowej, wówczas świadczenie wypłacone z tytułu złama-

nia i/lub zwichnięcia zostanie zaliczone na poczet świadczenia należnego z tytułu trwałego inwalidztwa częściowego, a UBEZPIECZYCIEL dodatkowo wypłaci tylko różnicę pomiędzy wysokością świadczenia należnego z tytułu trwałego inwalidztwa częściowego, a wypłaconym świadczeniem z tytułu złamania i/lub zwichnięcia;

- 10) z tytułu **nagłego zatrucia gazami, substancjami i produktami chemicznymi, bądź z tytułu porażenia prądem lub piorunem**, w wyniku których Ubezpieczony wymagał hospitalizacji przez okres co najmniej trzech dni – Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie w wysokości 5% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie);
- 11) z tytułu **uszkodzeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, które wymagały interwencji lekarskiej w placówce medycznej oraz leczenia i co najmniej jednej wizyty kontrolnej**, a które nie może być zakwalifikowane do żadnego innego rodzaju uszkodzeń ciała, o których mowa w pkt. 4), 7) – 9) – Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie w wysokości 1,5% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie);

O jakie dodatkowe świadczenia możesz rozszerzyć wybraną Opcję?

§8

Za opłatą dodatkowej składki Opcja Podstawowa, Opcja Ochrona lub Opcja Ochrona Plus może zostać rozszerzona o wybrane **Świadczenia Dodatkowe**:

- 1) z tytułu **śmierci Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego** – przysługuje świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie), pod warunkiem, iż:
- wypadek komunikacyjny wydarzył się w okresie ochrony ubezpieczeniowej,
 - śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 2) z tytułu **oparzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – przysługuje świadczenie uzależnione od stopnia oparzenia w wysokości określonej w Tabeli nr 6

Tabela 6

Stopień oparzenia	Wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia
II stopień	10
III stopień	30
IV stopień	50

- 3) z tytułu **odmrożenia** – przysługuje świadczenie uzależnione od stopnia odmrożenia w wysokości określonej w Tabeli nr 7

Tabela 7

Stopień odmrożenia	Wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia
II stopień	10
III stopień	30
IV stopień	50

- 4) z tytułu **pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – przysługuje świadczenie płatne od trzeciego dnia pobytu w szpitalu, za każdy następny dzień w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie). W przypadku kolejnych, następujących po sobie pobytów w szpitalu w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem świadczenie szpitalne wypłacane jest od pierwszego dnia pobytu w szpitalu. Dzielne świadczenie szpitalne wypłacane jest maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu rocznego okresu ubezpieczenia;
- 5) z tytułu **pobytu w szpitalu w wyniku choroby** – przysługuje świadczenie płatne od trzeciego dnia pobytu w szpitalu, za każdy następny dzień w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie). W przypadku kolejnych, następujących po sobie pobytów w szpitalu w związku z tą samą chorobą świadczenie szpitalne wypłacane jest od pierwszego dnia pobytu w szpitalu. Dzielne świadczenie szpitalne wypłacane

jest maksymalnie za 60 dni pobytu w szpitalu w ciągu rocznego okresu ubezpieczenia;

- 6) z tytułu **poważnego zachorowania** – przysługuje świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie), pod warunkiem zachorowania i zdiagnozowania u Ubezpieczonego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, następującego rodzaju poważnego zachorowania:
- choroba nowotworowa** – obecność niekontrolowanego wzrostu i rozprzestrzeniania się komórek nowotworowych z naciekaniem i destrukcją prawidłowej tkanki. Rozpoznanie choroby nowotworowej powinno być potwierdzone badaniem histopatologicznym pobranego materiału przeprowadzonym przez wykwalifikowanego anatomopatologa. Definicja choroby nowotworowej obejmuje również białaczkę (za wyjątkiem przewlekłej białaczki limfatycznej), nowotwory układu limfatycznego i chorobę Hodgkina. Za chorobę nowotworową nie uważa się:
 - nowotworów lub zmian opisywanych jako nowotwory „in situ” lub histopatologicznie opisywanych jako przedinwazyjne,
 - czerniaków złośliwych o maksymalnej grubości mniejszej niż 1,5 mm określonej w wyniku badania histopatologicznego lub klasyfikowanych poniżej 3 poziomu inwazji w skali Clark’a,
 - nowotworów podstawnokomórkowych skóry oraz zmian opisywanych jako hiperkeratozy, nowotworów płaskonabłonkowych skóry,
 - mięsiaka Kaposiego i innych guzów związanych z zespołem chorobowym towarzyszącym AIDS;
 - paraliż** – całkowita, nieodwracalna utrata funkcji ruchowej kończyny, dotycząca co najmniej dwóch kończyn, będąca skutkiem urazu lub choroby. UBEZPIECZYCIEL wymaga przedstawienia zaświadczenia lekarskiego dokumentującego przyczynę (choroby lub zdarzenia) wystąpienia paraliżu kończyn;
 - niewydolność nerek** – końcowa postać niewydolności nerek, charakteryzująca się trwałym i nieodwracalnym upośledzeniem funkcji obydwu nerek, w wyniku której konieczne jest stosowanie dializy lub przeszczepu nerki;
 - transplantacja głównych organów** – przebycie jako biorca operacji przeszczepu serca, serca i płuc, wątroby. Przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Diagnoza i zalecenie zabiegu transplantacji muszą być potwierdzone przez dwóch lekarzy specjalistów, z których jeden jest lekarzem zaufania;
 - poliomielitis** – infekcja wywołana wirusem polio, której skutkiem jest co najmniej 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. Ponadto UBEZPIECZYCIEL wymaga przedstawienia dokumentów potwierdzających trwałe deficyty neurologiczne;
 - utrata wzroku** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach na skutek choroby, z zastrzeżeniem, że o trwałości schorzenia orzeka się dopiero po upływie 6 miesięcy od daty jego wystąpienia. Rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone przez lekarza okulistę i lekarza zaufania. Definicja utraty wzroku nie obejmuje utraty zdolności widzenia, która może zostać skorygowana w trakcie postępowania medycznego np. zabiegu operacyjnego;
 - utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy. Dokumentacja medyczna musi być potwierdzona właściwą konsultacją lekarza specjalisty laryngologa i potwierdzoną uraz lub chorobę strun głosowych. Wykluczone są przypadki, gdzie powodem utraty mowy są zaburzenia psychiczne. Utrata mowy oznacza niemożność artykułowania zrozumiałych słów lub zrozumiałe mówionego języka;
 - utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu dla wszystkich dźwięków jako rezultat ostrej choroby lub wypadku. Dokumentacja medyczna musi być potwierdzona właściwą konsultacją lekarza specjalisty laryngologa, włączając badanie audiometrii tonalnej oraz badanie proggu słyszenia;
 - anemia aplastyczna** – pierwsze wystąpienie przewlekłej niewydolności szpiku kostnego, której wynikiem jest łączne wystąpienie

anemii, neutropenii i trombocytopenii wymagającej leczenia obejmującego przynajmniej jedno z poniższych:

- przetoczenie produktów krwiopochodnych,
- podawanie czynników stymulujących produkcję szpiku,
- podawanie czynników immunosupresyjnych,
- przeszczep szpiku.

Rozpoznanie anemii aplastycznej musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę hematologa;

- j) **stwardnienie rozsiane** – choroba charakteryzująca się demielinizacją włókien nerwowych w obrębie mózgu i rdzenia kręgowego. Diagnoza powinna być jednoznaczna, potwierdzona przez specjalistę neurologa, określająca deficyt neurologiczny: z utrzymującymi się objawami zajęcia nerwów wzrokowych, rdzenia kręgowego z równoczesnym osłabieniem koordynacji oraz funkcji ruchowej i czuciowej. Świadczenie przysługuje, pod warunkiem stwierdzenia u Ubezpieczonego inwalidztwa częściowego przekraczającego 75% potwierdzonego przez lekarza zaufania;

Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania przysługuje pod warunkiem, że Ubezpieczony będzie żył co najmniej 30 dni od daty zachorowania i zdiagnozowania określonego rodzaju poważnego zachorowania;

- 7) z tytułu **operacji plastycznej w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – przysługuje świadczenie w wysokości 20% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie), pod warunkiem, iż:
- a) operacja została zalecona przez lekarza jako absolutnie niezbędna część procesu leczenia skutków nieszczęśliwego wypadku,
 - b) operacja wykonana została w okresie nie dłuższym niż jeden rok od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 8) z tytułu **operacji w wyniku nieszczęśliwego wypadku**, wymienionych wyłącznie w Tabeli nr 8 – przysługuje świadczenie stanowiące procent sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie), pod warunkiem że operacja miała miejsce w trakcie co najmniej trzydniowego pobytu w szpitalu w wyniku uszkodzenia ciała, które powstało po raz pierwszy w okresie trwania odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA. Wysokość świadczenia określa Tabela nr 8.

TABELA nr 8

Operacje	Wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia
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 ręki, przedramienia, stopy	30
amputacja podudzia, ramienia	50
amputacja uda na wysokości biodra	70
całkowita amputacja kończyny z wyluszczeniem w stawie	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	Wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia
operacje nosa:	15
wewnątrznosowa operacja zatok	35
zewnierznosowa operacja zatok	
operacje przegrody nosowej i małżowin nosa	10
Operacyjne leczenie kośćca:	
operacje czaszki:	
usunięcie kości, trepanacja lub odbarczenie	40
otwarcie jamy czaszki	100
operacje twarzoczaszki	20
operacje kręgosłupa, obręczy barkowej i miednicy	50
żebra – dwa lub więcej, mostka	10
Operacyjne leczenie złamań:	
obręczy barkowej, kości przedramienia	15
kości stępu, kości śródstopia	10
uda	30
ramienia lub podudzia	25
rzepki lub miednicy	20
nadgarstka, śródreżca, nosa	10
Operacyjne leczenie zwichnięć – wycięcie, umocowanie operacyjne, wyluszczenie w stawie lub plastyka:	
stawu barkowego, biodrowego lub kręgosłupa	65
stawu kolanowego, łokciowego, skokowego lub nadgarstka	20
łąkotki	10
Operacje układu moczowo- pęciowego:	
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
Przeszczy:	
przeszczep serca	100
przeszczep wątroby	100
przeszczep nerki	100
przeszczep innych narządów	65

- a) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku została wykonana więcej niż jedna operacja, świadczenie wypłacone za wszystkie dokonane operacje będzie równe kwocie odpowiadającej najwyższemu wskaźnikowi procentowemu spośród przewidzianych w Tabeli nr 8,
 - b) jeżeli w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem zostanie wykonana więcej niż jedna operacja dotycząca tego samego urazu, to każda następną operacja będzie uznana za operację wtórną, za którą świadczenie z tytułu operacji nie przysługuje;
- 9) z tytułu **operacji w wyniku choroby**, wymienionych wyłącznie w Tabeli nr 9 – przysługuje świadczenie stanowiące procent sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie), pod warunkiem że operacja miała miejsce w trakcie co najmniej trzydniowego pobytu w szpitalu w wyniku choroby, która została ujawniona i zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie trwania odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA. Wysokość świadczenia określa Tabela nr 9

Tabela 9

Operacje	Wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia
Operacje przewodu pokarmowego i narządów jamy brzusznej:	
wycięcie przełyku i żołądka	100
wycięcie przełyku: częściowa resekcja przełyku całkowita resekcja przełyku	80 100
zespolecie omijające przełyk	80
operacja naprawcza przełyku / wszczępienie endoprotezy przełyku	80
wycięcie żołądka: częściowa resekcja żołądka/ wycięcie zmiany żołądka całkowita resekcja żołądka	80 100
operacje jelit	40
operacja wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	10
operacje wątroby: częściowa resekcja wątroby/ wycięcie zmiany wątroby nacięcie wątroby całkowita resekcja wątroby	90 80 90
operacje trzustki: wycięcie zmiany trzustki całkowita resekcja trzustki /wycięcie głowy trzustki	90 100
całkowita resekcja śledziony	40
Amputacje:	
amputacja kciuka	10
amputacja ręki, przedramienia, stopy	40
amputacja podudzia, ramienia, uda	65
całkowita amputacja kończyny z wyluszczeniem w stawie	100
amputacja prosta sutka	40
amputacja całkowita sutka / ów z doszczętnym usunięciem węzłów podwójnych	80
Operacje układu oddechowego:	
operacje nosa: wewnątrznosowa operacja zatok zewnętrznosowa operacja zatok operacja przegrody nosowej i małżowin nosa	20 40 20
operacja naprawcza gardła	50
wycięcie krtani	90
operacje tchawicy: częściowe wycięcie tchawicy plastyka tchawicy proteżowanie tchawicy metodą otwartą tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej) otwarta operacja ostrogi tchawicy	90 80 80 10 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	Wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia
Operacje oka:	
usunięcie gałki ocznej	40
operacje oczodołu	50
proteżowanie 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 z klamrowaniem	5
Operacje ucha:	
otwarcie 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:	
otwarcie jamy czaszki oraz usunięcie kości	100
trepanacja jamy czaszki	20
wycięcie zmiany / resekcja tkanki mózgowej	90
stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	90
drenaż okolicy zmiany tkanki mózgowej	80
wszczępienie stymulatora mózgu	90
wentrykulostomia	80
operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	80
przeszczep nerwu czaszkowego	100
wewnątrzczaszkowe operacje na nerwach czaszkowych	90
zewnątrzczaszkowe operacje na nerwach czaszkowych	80
operacje na oponach mózgu i przestrzeni okołooponowej	90
częściowe usunięcie rdzenia kręgowego	100
operacja korzenia nerwu kręgowego	100
sympatektomia szyjna	80
Operacje układu moczowego:	
operacje nerki: całkowite wycięcie nerki częściowe wycięcie nerki/ usunięcie zmiany nerki nacięcie nerki	80 80 50
operacje moczowodu	50
operacja w zakresie ujścia moczowodu	30
operacje pęcherza moczowego: całkowite wycięcie pęcherza moczowego częściowe wycięcie pęcherza moczowego powiększenie pęcherza plastyka ujścia pęcherza wycięcie cewki moczowej	90 80 50 40 70
Operacje naczyń tętniczych i żylnych:	
operacje dużych naczyń tętniczych (aorty, tętnicy płucnej, szyjnej, podobojczykowej, nerkowej, biodrowej, udowej)	100
operacja tętniaka tętnic mózgu	100

Operacje	Wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia
zespoleńie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	90
Operacje serca:	
plastyka przedsionka serca	90
pomostowanie tętnic wieńcowych	80
otwarta operacja układu bódźcoprzewodzącego serca	100
wszczepienie systemu wspomaganie serca	40
wycięcie osierdzia	90

- a) jeżeli w wyniku tej samej choroby została wykonana więcej niż jedna operacja, świadczenie wypłacone za wszystkie dokonane operacje będzie równe kwocie odpowiadającej najwyższemu wskaźnikowi procentowemu spośród przewidzianych w Tabeli nr 9 dla jednej z wykonanych operacji,
- b) jeżeli w wyniku choroby zostanie wykonana operacja metodą zamkniętą lub laparoskopową świadczenie zostanie pomniejszone o 50%;
- 10) **zwrot kosztów leczenia** poniesionych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej – do wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie), nie więcej jednak niż wynoszą rzeczywiste, udokumentowane koszty, pod warunkiem, iż:
- a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się w okresie ochrony ubezpieczeniowej,
- b) koszty leczenia zostały poniesione w ciągu jednego roku od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 11) **zasilek dzienny za każdy dzień pełnej niezdolności Ubezpieczonego do nauki lub pracy** powstałej w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w okresie ochrony ubezpieczeniowej – w wysokości 0,1% sumy ubezpieczenia, począwszy od 10 dnia po zaistnieniu nieszczęśliwego wypadku, nie dłużej jednak niż za okres 10 miesięcy. W przypadku absencji dłuższej niż 30 dni zasilek dzienny płatny jest od następnego dnia po zaistnieniu nieszczęśliwego wypadku;
- 12) z tytułu **śmierci Ubezpieczonego w wyniku choroby** – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie), pod warunkiem że zgon Ubezpieczonego nastąpił w okresie odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA.
- 13) **zwrot kosztów leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** poniesionych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej – do wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie), nie więcej jednak niż wynoszą rzeczywiste, udokumentowane koszty, pod warunkiem, iż:
- a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się w okresie ochrony ubezpieczeniowej,
- b) koszty leczenia stomatologicznego zostały poniesione na odbudowę stomatologiczną uszkodzonego lub utraconego zęba stałego,
- c) koszty leczenia stomatologicznego zostały poniesione w okresie ubezpieczenia, w ciągu maksymalnie 4 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 14) **jednorazowe świadczenie w przypadku zgonu dziecka, ucznia lub studenta w wieku do 25 lat z powodu wrodzonej wady serca** – w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie). Wypłata świadczenia w przypadku zgonu Ubezpieczonego w okresie ochrony ubezpieczeniowej z powodu wrodzonej wady serca następuje na podstawie karty zgonu;
- 15) **jednorazowe świadczenie z tytułu uciążliwości leczenia** – jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku nie nastąpił uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego (0% określony przez lekarza zaufania), ale przebieg leczenia spowodował pełną niezdolność do nauki lub pracy przez okres nie krótszy niż 21 dni, to UBEZPIECZYCIEL wypłaci jednorazowe świadczenie w wysokości 2% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie);

Jaką pomoc otrzymasz w ramach Assistance EDU PLUS?

§9

Za opłatą dodatkowej składki Opcja Podstawowa lub Opcja Ochrona dodatkowo może zostać rozszerzona o świadczenia **Assistance EDU PLUS** obejmujące:

- 1) **pomoc medyczną:**
 - a) 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,
 - b) organizacja wizyty u lekarza specjalisty – jeżeli lekarz Centrum Assistance zaleci wizytę u lekarza specjalisty, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance zorganizuje wizytę w terminie 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, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego. O wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Assistance;
 - 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:
 - I) informacje medyczne o danym schorzeniu, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
 - II) informacje o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
 - III) 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 należący do personelu placówki oświatowej, za wyjątkiem uczniów i studentów, uległ nieszczę-

śliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, w wyniku którego czasowo utracił zdolność do wykonywania pracy trwającą nieprzerwanie co najmniej 7 dni, udokumentowaną zwolnieniem lekarskim L4, 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.

Kiedy Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia?

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§10

1. UBEZPIECZYCIEL nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z:
 - 1) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
 - 2) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa lub samookaleczenia się przez Ubezpieczonego,
 - 3) działaniem energii jądrowej, wszelkimi odpadów radioaktywnych bądź materiałów wybuchowych (w tym petard),
 - 4) masowym skażeniem chemicznym lub radioaktywnym,
 - 5) działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami a także aktami terroru,
 - 6) strajkami, niepokojami społecznymi,
 - 7) bójkami,
 - 8) pobiciem, za wyjątkiem sytuacji, w której Ubezpieczony występuje w charakterze napadniętego,
 - 9) uszkodzeniami ciała istniejącymi przed datą wejścia w życie umowy ubezpieczenia,
 - 10) z wszelkimi chorobami, których pierwsze objawy wystąpiły przed datą wejścia w życie umowy ubezpieczenia lub które zostały zdiagnozowane lub wymagały porady lekarskiej, leczenia lub zastosowania leków przed datą wejścia w życie umowy ubezpieczenia,
 - 11) prowadzeniem pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień do prowadzenia danego pojazdu,
 - 12) jazdą rowerem po drogach publicznych przez Ubezpieczonego w wieku do lat 10 bez opieki osoby dorosłej,
 - 13) nieuzasadnionym nieskorzystaniem z porady lekarskiej, nieprzestrzeganiem zaleceń lekarza lub poddawaniem się przez Ubezpieczonego nie zaleconym przez lekarza zabiegom o charakterze medycznym przeprowadzanym poza kontrolą lekarza,
 - 14) chorobą zawodową,
 - 15) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem, za wyjątkiem postanowień §8 pkt.14),
 - 16) wszelkimi chorobami umysłowymi i zaburzeniami psychicznymi, nerwicami, depresją,
 - 17) zawałem serca lub udarem mózgu, w przypadku świadczeń o których mowa w §5 pkt. 5) oraz §6 pkt. 10), §7 pkt. 6),
 - 18) wyczynowym uprawianiem sportu, jeżeli nie zastosowano zwykłej składki,
 - 19) uprawianiem sportów wysokiego ryzyka,
 - 20) ciążą, porodem, poronieniem samoistnym i sztucznym oraz leczeniem bezpłodności,
 - 21) zmianą płci, chirurgią plastyczną i kosmetyczną, za wyjątkiem leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku,
 - 22) przeszczepem narządów, jeśli Ubezpieczony był dawcą,
 - 23) nawykowym zwichnięciem,
 - 24) leczeniem oraz zabiegami leczniczymi, bez względu na to, przez kogo były wykonywane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwych wypadków,
 - 25) wykonywaniem profilaktycznych badań, nie wynikających z choroby lub nieszczęśliwego wypadku oraz nie zaleconych przez lekarza,
 - 26) podróżowaniem Ubezpieczonego w charakterze pasażera statkiem powietrznym nie należącym do żadnego towarzystwa lotniczego, nie zarejestrowanym i nie dopuszczonym do odpłatnego przewozu na regularnych liniach lotniczych,
 - 27) Zespołem Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS) i związanymi z tym zespołem zakażeń oportunistycznych, nowotworów, schorzeń neurologicznych oraz innych zespołów chorobowych towarzyszących AIDS,

- 28) pozostawianiem pod wpływem alkoholu, narkotyków albo innych środków odurzających, z wyłączeniem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 29) operacjami wtórnymi.
2. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:
 - 1) zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienie fizyczne,
 - 2) strat materialnych powstałych w związku z utratą lub uszkodzeniem rzeczy należących do Ubezpieczonego,
 - 3) uszkodzeń dysków międzykręgowych.
3. UBEZPIECZYCIEL nie odpowiada za koszty leczenia, a także koszty leczenia stomatologicznego poniesione poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej.
4. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu wypadku komunikacyjnego z odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA wyłączone są wypadki powstałe podczas jazdy na rowerze.
5. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, którym jest dziecko, uczeń lub student, w wyniku choroby, nie mają zastosowania wyłączenia odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA.
6. Odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA z tytułu poważnego zachorowania, operacji spowodowanej chorobą, pobytu w szpitalu w wyniku choroby oraz śmierci Ubezpieczonego w wyniku choroby rozpoczyna się po upływie karencji, która wynosi 30 dni od daty wejścia w życie umowy ubezpieczenia.
7. Zakres świadczeń **Assistance EDU PLUS** nie obejmuje:
 - 1) zdarzeń, które wystąpiły poza terenem Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 2) świadczeń udzielonych poza terenem Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 3) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum Assistance, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach sumy ubezpieczenia,
 - 4) kosztów transportu leków nieprzepisanych przez lekarza prowadzącego leczenie.

SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY

§11

1. Wysokość sumy ubezpieczenia ustalana jest na wniosek Ubezpieczającego.
2. Suma ubezpieczenia określona w umowie ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA.
3. W Opcji Podstawowej, o której mowa w §5, a także dla Opcji Ochrona Plus, której mowa w §7 oraz w poszczególnych Świadczeniach Dodatkowych, o których mowa w §8, wypłacone świadczenie lub łączna kwota wypłaconych świadczeń nie mogą przekroczyć łącznie sumy ubezpieczenia określonej dla Opcji Podstawowej, Opcji Ochrona Plus lub wybranego Świadczenia Dodatkowego.
4. Dla Opcji Podstawowej, a także dla Opcji Ochrona Plus ustalona jest jedna suma ubezpieczenia określona w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie).
5. Dla Opcji Ochrona, o której mowa w §6, ustalone są dla każdego zdarzenia, za które UBEZPIECZYCIEL ponosi odpowiedzialność ubezpieczeniową, odrębne sumy ubezpieczenia, określone w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie).
6. Dla poszczególnych Świadczeń Dodatkowych ustalone są odrębne sumy ubezpieczenia określone w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie).
7. Dla świadczeń **Assistance EDU PLUS** suma ubezpieczenia jest stała i wynosi 5.000 PLN.
8. Na wniosek Ubezpieczającego i za opłatą dodatkowej składki, suma ubezpieczenia może zostać uzupełniona do pierwotnej wysokości lub podwyższona w okresie ubezpieczenia. Uzupełniona lub podwyższona suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA od dnia następnego po potwierdzeniu tego faktu przez UBEZPIECZYCIELA i opłaceniu dodatkowej składki przez Ubezpieczającego.

Co trzeba zrobić, żeby się ubezpieczyć?

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§12

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 na cudzy rachunek,
 - 3) liczbę dzieci, uczniów, studentów i personelu objętych ubezpieczeniem,
 - 4) przedmiot i zakres (opcja, wariant) ubezpieczenia,

- 5) sumę ubezpieczenia, a w przypadku Opcji Ochrona wnioskowane odrębne sumy ubezpieczenia dla każdego zdarzenia,
 - 6) okres ubezpieczenia,
 - 7) propozycję postanowień dodatkowych lub odmiennych od zapisów 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 12-miesięczny okres ubezpieczenia na warunkach obowiązujących w dniu jej przedłużenia.
 6. Okres ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia.
 7. UBEZPIECZYCIEL potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia (polisą).

§13

1. Warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego w formie bezimiennnej jest objęcie ubezpieczeniem co najmniej 95% dzieci, uczniów, studentów i personelu danej placówki oświatowej.
2. W przypadku rozszerzenia zakresu o:
 - 1) Świadczenia Dodatkowe, o których mowa w §8,
 - 2) Świadczenia assistance – Assistance EDU PLUS, o których mowa w §9, umowę ubezpieczenia grupowego zawiera się w formie imiennej.
3. 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

§14

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 stosunku do absolwentów szkół odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA trwa do dnia podjęcia przez nich pracy zawodowej lub powołania do odbycia zasadniczej służby wojskowej albo do rozpoczęcia nauki w innej szkole, nie dłużej jednak niż przez 3 miesiące, licząc od końca roku szkolnego lub akademickiego, w którym Ubezpieczony ukończył szkołę lub szkołę wyższą. Jako ostateczny termin ukończenia szkoły przyjmuje się ostatni dzień ważności legitymacji szkolnej Ubezpieczonego.
4. W przypadku uczniów, studentów zmieniających w czasie roku szkolnego lub akademickiego szkołę, porzucających ją lub relegowanych ze szkoły, ochrona ubezpieczeniowa i odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA trwa do dnia podjęcia przez nich nauki w innej szkole, pracy zawodowej lub powołania do odbycia zasadniczej służby wojskowej, nie dłużej jednak niż do dnia zakończenia roku szkolnego lub akademickiego.
5. Odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA ustaje:
 - 1) z dniem upływu okresu ubezpieczenia,
 - 2) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego lub UBEZPIECZYCIELA od umowy ubezpieczenia,
 - 3) z dniem upływu okresu wypowiedzenia lub z dniem wypowiedzenia umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym przez jedną ze stron, zgodnie z §15 ust. 2 i 3,
 - 4) z dniem nieopłacenia kolejnej raty składki pomimo uprzedniego wezwania do zapłaty w terminie 7 dni liczonym od dnia doręczenia wezwania skierowanego 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 zgonu Ubezpieczonego,
 - 7) z dniem ukończenia przez Ubezpieczonego 55 lat w przypadku ubezpieczenia operacji w wyniku choroby, o której mowa w §8 pkt. 9),
 - 8) z końcem miesiąca, w którym Ubezpieczony przestał być pracownikiem Ubezpieczającego.
6. 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

§15

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 zapłaceniem 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 przypadła nie zapłacona składka.
4. Umowa ubezpieczenia wygasa z dniem bezskutecznego upływu terminu, o którym mowa w §14 ust. 5 pkt. 4 OWU.

Od czego zależy wysokość składki ubezpieczeniowej?

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§16

1. Wysokość należnej składki ubezpieczeniowej 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,
 - 4) wnioskowanej przez Ubezpieczającego wysokości sumy ubezpieczenia,
 - 5) rozszerzenia zakresu,
 - 6) liczby osób przystępujących do umowy ubezpieczenia,
 - 7) informacji o szkodowości,
 - 8) okresu odpowiedzialności.
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 we wniosku ubezpieczeniowym, sumę ubezpieczenia przez właściwą dla danej Opcji stawkę określoną w złotych polskich, uzależnioną od czynników określonych w ust. 2.
5. Wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej obliczana jest według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia (lub zmiany) umowy ubezpieczenia:
 - 1) dla Opcji Podstawowej oraz Opcji Ochrona Plus 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 Świadczeń 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.
 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 wyższe podstawowej składki ubezpieczeniowej.
 8. Wysokość ostatecznej składki ubezpieczeniowej oblicza się stosując wyższe i zniżki składek.
 9. UBEZPIECZYCIEL może zastosować wyższe składki, w szczególności z tytułu:
 - 1) objęcia ochroną ubezpieczeniową osób uprawiających sport wyczynowo,
 - 2) wprowadzenia postanowień dodatkowych i/lub odmiennych od zapisów niniejszych OWU, o które wnioskował Ubezpieczający,
 - 3) wysokiej częstotliwości zaistniałych zdarzeń ubezpieczeniowych, z tytułu których UBEZPIECZYCIEL wypłacił świadczenia.
 10. UBEZPIECZYCIEL może zastosować zniżki składek, w szczególności z tytułu:
 - 1) liczby osób objętych ubezpieczeniem,
 - 2) wprowadzenia do umowy ubezpieczenia franszyzy integralnej w przypadku 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 w formie bezimiennnej, 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 zapisów 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 świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu, natomiast nie wyłącza odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA za pozostałe świadczenia wymienione w Opcji Podstawowej. W przypadku zastosowania franszyzy integralnej obniża się bazowe składki taryfowe o 20%.
 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 najpóźniej w dniu zawarcia umowy, chyba że strony umowy ustaliły w umowie ubezpieczenia (polisie) późniejszy termin płatności. W przypadku płatności ratalnej, pierwsza rata składki jest płatna w chwili zawierania umowy ubezpieczenia, natomiast kolejne raty składki ubezpieczeniowej płatne są w terminach płatności określonych w umowie ubezpieczenia (polisie).
 15. W przypadku, gdy składka lub rata składki za ubezpieczenie płatna jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego, za dzień opłacenia składki lub raty składki uważa się datę wpływu środków pieniężnych na właściwy rachunek UBEZPIECZYCIELA.
 16. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenia umowy przez którąkolwiek ze stron, UBEZPIECZYCILOWI należy się składka za okres, w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
 17. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na który została zawarta Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
 - 2) pisemnego zgłaszania UBEZPIECZYCILOWI 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 UBEZPIECZYCILOWI zasięgnięcia informacji odnoszących się do okoliczności wystąpienia wypadku,
 - 5) przekazywania w uzgodnionych w umowie ubezpieczenia terminach do UBEZPIECZYCIELA wszystkich danych, wskazanych przez UBEZPIECZYCIELA, niezbędnych do należytego wykonywania postanowień umowy ubezpieczenia, a w szczególności:
 - a) imiennej listy osób przystępujących do ubezpieczenia w ramach: Świadczeń Dodatkowych, o których mowa w §8, Assistance EDU PLUS, o których mowa w §9,
 - b) imiennej listy osób, za które Ubezpieczający został zwolniony z opłaty składki.
 - 6) przestrzegania obowiązków określonych w niniejszych OWU oraz w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie),
 - 7) przestrzegania odpowiednio do zakresu i przedmiotu ubezpieczenia określonego w umowie ubezpieczenia wszelkich, powszechnie obowiązujących przepisów prawa mających na celu zapobieganie powstaniu zdarzenia ubezpieczeniowego.
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 wszelkich 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 dostarczenia Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu Inter-Risk Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group we wszystkich jednostkach organizacyjnych UBEZPIECZYCIELA, na każdy wniosek Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego,
 - 6) udostępniania Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu 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 których została zapłacona składka ubezpieczeniowa,
 - 8) wypłaty świadczenia na warunkach i zasadach określonych w niniejszych 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 §19 ust. 10,
 - 11) pisemnego informowania Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z zawiadomieniem o zgłoszeniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z §19 ust. 10.
 5. Ubezpieczający lub Ubezpieczony mają prawo wglądu do akt szkodowych w jednostce organizacyjnej UBEZPIECZYCIELA i sporządzania 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.

Jakie obowiązki ma Ubezpieczający, Ubezpieczony, a jakie Ubezpieczyciel?

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY §17

1. Ubezpieczający obowiązany jest do:
 - 1) przed zawarciem umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości UBEZPIECZYCIELA wszystkie znane sobie okoliczności, o które UBEZPIECZYCIEL zapytywał w formularzu wniosku albo przed zawarciem umowy w innych pismach,

6. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uprawnionemu przysługuje prawo składania skarg i zażaleń do Zarządu UBEZPIECZYCIELA za pośrednictwem Oddziału lub Przedstawicielstwa UBEZPIECZYCIELA, w którym zawarto umowę ubezpieczenia. Skargi i zażalenia są rozpatrywane w terminie 30 dni od dnia ich wpłynięcia do UBEZPIECZYCIELA.
9. Jeżeli Ubezpieczający nie podał do wiadomości UBEZPIECZYCIELA okoliczności znanych sobie, o których mowa w §17 ust. 1 pkt. 1) lub nie dopełnił obowiązku, o którym mowa w §17 ust. 1 pkt. 2), UBEZPIECZYCIEL nie odpowiada za skutki tych okoliczności.

Co zrobić żeby dostać świadczenie?

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA. USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§18

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) niezwłocznego zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w formie pisemnej do jednostki organizacyjnej UBEZPIECZYCIELA, nie później niż w terminie 7 dni roboczych od dnia zajścia zdarzenia lub uzyskania o nim informacji lub nie później niż w terminie 7 dni roboczych od dnia zakończenia leczenia,
 - 3) poddania się badaniu przez lekarza wskazanego przez UBEZPIECZYCIELA, celem rozpoznania zgłaszanych obrażeń ciała. Koszt takich badań pokrywa UBEZPIECZYCIEL.
11. 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.
12. W razie powstania zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach Assistance EDU PLUS, Ubezpieczający/ Ubezpieczony obowiązany jest telefonicznie skontaktować się z Centrum Assistance (numer telefonu podany jest w umowie ubezpieczenia) i przekazać następujące informacje:
 - 1) dane 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.

§19

1. Pisemne zgłoszenie roszczenia Ubezpieczający / Ubezpieczony może złożyć w każdej jednostce organizacyjnej UBEZPIECZYCIELA.
2. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia powinno zawierać poniższe podstawowe informacje:
 - 1) dane Ubezpieczającego,
 - 2) numer polisy,
 - 3) datę wypadku oraz szczegółowy opis okoliczności zaistnienia wypadku,
 - 4) dane świadków zdarzenia, o ile są w jego posiadaniu.
3. Do zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową należy dołączyć poniższe podstawowe dokumenty:
 - 1) raporty policyjne dotyczące zdarzenia, o ile zostały sporządzone i są w jego posiadaniu,
 - 2) posiadane zaświadczenia lekarskie opisujące rodzaj i rozległość obrażeń oraz zawierające dokładną diagnozę,
 - 3) posiadane zaświadczenia szpitalne związane z wypadkiem, kartę informacyjną ze szpitala,
 - 4) celem refundacji poniesionych kosztów nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych – oryginały rachunków lub faktur,
 - 5) celem refundacji poniesionych kosztów przeszkolenia zawodowego inwalidów:
 - a) decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, w której orzeczono celowość przeszkolenia zawodowego,
 - b) oryginały rachunków lub faktur,
 - 6) celem refundacji poniesionych: kosztów leczenia, kosztów leczenia stomatologicznego – oryginały rachunków lub faktur,
 - 7) w przypadku śmierci – akt zgonu Ubezpieczonego lub orzeczenie sądu uznające Ubezpieczonego za osobę zmarłą,
 - 8) inne dokumenty określone w postanowieniach dodatkowych lub odmiennych wprowadzonych do umowy ubezpieczenia lub w piśmie o którym mowa w ust. 11.

4. Wykaz podstawowych dokumentów może zostać uzupełniony w piśmie, o którym mowa w ust. 11.
5. UBEZPIECZYCIEL może na swój koszt, kierować Ubezpieczonego na badania lekarskie z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi.
6. Wszelkie wymagane dokumenty oraz informacje powinny być sporządzone w formie wskazanej przez UBEZPIECZYCIELA.
7. UBEZPIECZYCIEL może wystąpić do zakładów opieki zdrowotnej, 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, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego.
8. Wystąpienie UBEZPIECZYCIELA o informację, o której mowa w ust. 7, wymaga pisemnej zgody Ubezpieczonego albo jego przedstawiciela ustawowego.

§20

1. Rodzaje i wysokość przysługujących świadczeń ustala się po stwierdzeniu związku przyczynowego pomiędzy wypadkiem i/lub chorobą a śmiercią, powypadkowym uszczerbkiem na zdrowiu, leczeniem.
2. Ustalenie zasadności świadczeń następuje na podstawie przedłożonych dokumentów, jednakże UBEZPIECZYCIEL ma prawo do ich weryfikacji i zasięgnięcia opinii specjalistów.
3. 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. Późniejsza zmiana stopnia uszczerbku lub rodzaju inwalidztwa (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
4. Stopień uszczerbku na zdrowiu lub rodzaj inwalidztwa ustalany jest zaocześnie przez lekarza zaufania na podstawie zgłoszenia roszczenia i dostarczonej dokumentacji medycznej sporządzonej przez lekarza, który udzielił pierwszej pomocy oraz wszelkiej dokumentacji z przebiegu leczenia.
5. W uzasadnionych przypadkach stopień uszczerbku na zdrowiu lub rodzaj inwalidztwa może być określany na podstawie badań przeprowadzonych przez lekarzy zaufania.
6. Przy ustaleniu stopnia (procentu) uszczerbku na zdrowiu, trwałego inwalidztwa częściowego lub całkowitego inwalidztwa nie bierze się pod uwagę charakteru czynności zawodowych wykonywanych przez Ubezpieczonego
7. Wysokość uszczerbku na zdrowiu określa lekarz zaufania UBEZPIECZYCIELA na podstawie Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu UBEZPIECZYCIELA udostępnianej Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu, na każdy ich wniosek.
8. 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.
9. Jeżeli Ubezpieczony otrzymał świadczenie, a następnie zmarł na skutek tego samego zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, który wydał się w czasie ochrony ubezpieczeniowej, świadczenie z tytułu śmierci

wypłaca się wówczas, jeżeli jest ono wyższe od świadczenia już wypłaconego, przy czym potrąca się poprzednio wypłaconą kwotę świadczenia.

10. W przypadku roszczeń z tytułu trwałego inwalidztwa częściowego, o którym mowa w §6 pkt. 3), świadczenie zostanie wypłacone po uzyskaniu od lekarza zaufania UBEZPIECZYCIELA zaoocznego orzeczenia o trwałości inwalidztwa.
11. Świadczenie z tytułu zwrotu udokumentowanych kosztów nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, a także przeszkolenia zawodowego inwalidów i kosztów leczenia następuje na podstawie złożonych oryginalnych rachunków i faktur.
12. Udowodnione (udokumentowane) koszty nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, a także przeszkolenia zawodowego inwalidów są pokrywane przez UBEZPIECZYCIELA (w wysokościach określonych niniejszymi warunkami ogólnymi) jeżeli nie mogły być pokryte z ubezpieczenia społecznego oraz pod warunkiem, że wystąpiły przed upływem dwóch lat od daty wypadku.
13. Świadczenie w postaci zasiłku dziennego za okres pełnej niezdolności do nauki lub pracy wypłacane jest za każdy dzień tej niezdolności, stwierdzonej zaświadczeniem lekarskim i potwierdzonej przez zakład pracy lub szkołę nieobecności Ubezpieczonego w pracy lub na zajęciach lekcyjnych, które muszą być przedłożone UBEZPIECZYCIelowi w momencie zgłoszenia roszczenia.
14. Świadczenie z tytułu uciążliwości leczenia wypłacane jest po przedłożeniu zaświadczenia lekarskiego i potwierdzenia nieobecności Ubezpieczonego w pracy lub na zajęciach lekcyjnych przez zakład pracy lub szkołę.
15. UBEZPIECZYCIelowi przysługuje prawo do odmowy wypłaty świadczenia z zasiłku dziennego za okres pełnej niezdolności do nauki lub pracy, w przypadku stwierdzenia, iż w czasie niezdolności do nauki lub pracy Ubezpieczony uczęszczał na zajęcia lekcyjne lub wykonywał pracę zawodową.
16. Świadczenie z tytułu zwrotu udokumentowanych kosztów leczenia, o którym mowa w §8 pkt. 10), nie obejmuje kosztów leczenia i rehabilitacji przywracającej sprawność sportową poprzedzającą wypadek.
17. Zwrot udokumentowanych kosztów leczenia przysługuje Ubezpieczonemu pod warunkiem, że wystąpiły one przed upływem jednego roku od daty nieszczęśliwego wypadku i nie mogły być pokryte z ubezpieczenia społecznego lub innego ubezpieczenia.
18. Zwrot udokumentowanych kosztów leczenia stomatologicznego przysługuje Ubezpieczonemu, pod warunkiem iż nie zostały pokryte z ubezpieczenia społecznego lub innego ubezpieczenia.
19. Jednorazowe świadczenie z tytułu pogryzienia przez psa wypłacane jest na podstawie przedłożonego zaświadczenia lekarskiego o udzieleniu pierwszej pomocy medycznej.
20. Jeżeli osoba, która uległa wypadkowi była ubezpieczona na podstawie kilku umów ubezpieczenia, świadczenie przysługuje z każdej umowy, jednak świadczenia z tytułu: kosztów leczenia, nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi, środków pomocniczych oraz przeszkolenia zawodowego inwalidów nie mogą przekroczyć rzeczywistych, udokumentowanych kosztów.

§21

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 Uprawnionym ugody lub prawomocnego orzeczenia sądowego.
2. Świadczenie może być wypłacone: przelewem, gotówką z kasy lub przekazem pocztowym.
3. Świadczenia wypłacane są w złotych polskich na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
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 lub 5 UBEZPIECZYCIEL nie wypłaci

świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub części w powyższym terminie.

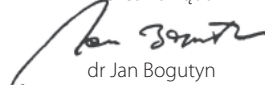
7. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, UBEZPIECZYCIEL informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, w terminie określonym w ust. 4 lub 5, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz poucza o możliwości złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Zarząd UBEZPIECZYCIELA 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

§22

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. Ubezpieczający/ Ubezpieczony jest zobowiązany zawiadamiać UBEZPIECZYCIELA o każdorazowej zmianie siedziby lub adresu. Jeżeli Ubezpieczający/ Ubezpieczony zmienił siedzibę lub adres i nie zawiadomił o tym UBEZPIECZYCIELA, pismo UBEZPIECZYCIEL skierowane pod ostatni znany adres Ubezpieczającego/ Ubezpieczonego, uważa się za doręczone i wywołujące skutki prawne od chwili, w której zostałyby doręczone, gdyby Ubezpieczający/ Ubezpieczony nie zmienił siedziby lub adresu.
3. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU jest prawo polskie.
4. 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.
5. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia EDU PLUS zostały zatwierdzone uchwałą nr 21/2009 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group z dnia 28.04.2009 roku.
6. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia EDU PLUS wchodzi w życie z dniem 28.04.2009 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01.05.2009 roku.
7. Tracą moc Ogólne Warunki Ubezpieczenia EDU PLUS zatwierdzone uchwałą nr 58/2008 Zarządu InterRisk SA Vienna Insurance Group z dnia 09.12.2008 roku.

Prezes Zarządu



dr Jan Bogutyn

Wiceprezes Zarządu



Józef Winiarski

InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń S. A. Vienna Insurance Group
z siedzibą w Warszawie, ul. Noakowskiego 22
tel. (0-22) 537-68-00, tel. fax (0-22) 53 76 804, 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: 78.440.000 PLN

InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, z siedzibą w Warszawie, ul. Noakowskiego 22,
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: 78.440.000 PLN