|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIA NA ROK SZKOLNY 2022/2023** | |  | **50 ZŁ** |
| **RODZAJ ŚWIADCZEŃ** | | WYSOKOŚĆ WYPŁATY  wg Sumy Ubezpieczenia | **SUMA UBEZPIECZENIA** |
| **Całkowity 100% uszczerbek na zdrowiu** | | **300%** | **60 000** |
| **Śmierć Ubezpieczonego na terenie Placówki Oświatowej** | | **200%** | **40 000** |
| **Śmierć Ubezpieczonego w wypadku komunikacyjnym** | | **150%** | **30 000** |
| **Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NNW, sepsy** | | 100% | 20 000 |
| **Śmierć Ubezpieczonego w wyniku niewydolności wielonarządowej- choroby** | | 100% | 20 000 |
| **Śmierć Ubezpieczonego w wyniku popełnienia samobójstwa** | | 100% | 20 000 |
| **Częściowy trwały uszczerbek na zdrowiu powyżej 25%** | | 2% za każdy 1% uszczerbku | 1% = **400** |
| **Częściowy trwały uszczerbek na zdrowiu powyżej 50%** | | 3% za każdy 1% uszczerbku | 1% = **600** |
| **Częściowy trwały uszczerbek na zdrowiu, w tym też:**   * Pogryzienie przez psa i inne zwierzęta oraz ukąszenia owadów * Poparzenie (każdego stopnia) * Odmrożenie (każdego stopnia) * **Nagłe zatrucia gazami, substancjami i produktami chemicznymi** * **Porażenie prądem lub piorunem** * Złamanie, zwichnięcie, skręcenie, wybicie **(szkoły plastyczne, muzyczne 1%=2% SU)** * Wstrząśnienie mózgu, obicie mózgu * Zranienia, rany szarpane, rany cięte * Uszkodzenia narządu słuchu oraz wzroku **(szkoły muzyczne 1%=2% SU)** * **Obrażenia ciała spowodowane atakiem epilepsji, omdleniem, utraty przytomności oraz pobicia** * **Następstwa zawału mięśnia sercowego i udaru mózgu** * Następstwa nieudanej próby samobójczej * Inne…………………………… | | | 1% = 200  2% = 400  3% = 600  etc……. |
| **Częściowy trwały uszczerbek doznany podczas rekreacyjnego uprawiania sportu oraz klasy sportowe i młodzieżowe kluby sportowe** | | |
| Koszty **nabycia, wypożyczenia** środków pomocniczych, **protez, gipsów miękkich, ortez, kuli, gorsetów i innych** przedmiotów ortopedycznych – **wg. rozporządzenia Ministra Zdrowia** | | | **6 000 zł** |
| **Koszty odbudowy zębów stałych** | | | **5 000 zł** |
| **Koszty** przeszkolenia zawodowego osób z niepełnosprawnością | | | **6 000 zł** |
| **Koszty** dodatkowych badań lekarskich zleconych przez STU ERGO HESTIA S.A | | | bez limitu |
| **Zwrot kosztów leczenia**- wydatki poniesione wskutek NNW na terenie RP w tym:   * **Prywatne wizyty lekarskie** * Tomografia komputerowa, Rezonans magnetyczny, USG, RTG i inne * **Zabiegi ambulatoryjne i operacje** * Operacyjne nastawienie kości, * Zdjęcie szyny z zębów * Założenie i zdjęcie szwów * **Pokrycie kosztów łóżka w placówce medycznej/hotelu dla opiekuna** * **Niezbędne lekarstwa i środki opatrunkowe** * Inne………………………….. | | | 6 000 |
| **Zwrot kosztów pobytu w sanatorium**  Pokrycie kosztów przez Centrum Alarmowe takich jak: zakwaterowanie, wyżywienie,  zalecone zabiegi, transport na turnus sanatoryjny oraz transport powrotny po zakończeniu turnusu  sanatoryjnego | | | **5 000 zł** |
| **Zwrot kosztów rehabilitacji** | | | 2 000 |
| **Dzienne** **świadczenie szpitalne** **w wyniku choroby**  - płatne od 1 dnia pobytu max 90 dni **(zdiagnozowane w okresie ubezpieczenia)** | | | 25 ZŁ |
| **Brak uszczerbku- szpital 3 dni**  **Brak uszczerbku- 14 dni leczenia** | | | 600  200 |
| W przypadku wystąpienia NW **ERGO Hestia zapewnia następujące świadczenia na terenie RP**   * Wizyta lekarza * Wizyta pielęgniarki * Dostarczenie do miejsca pobytu leków przepisanych przez lekarza * Transport z miejsca pobytu Ubezpieczonego do placówki medycznej * Transport z placówki medycznej do miejsca pobytu Ubezpieczonego * Pomoc domowa * Pomoc psychologiczna * Opieka nad dziećmi * Organizacja opieki nad psami i kotami * Udzielenie informacji o Służbie Zdrowia * Powiadomienie przez Centrum Alarmowe o zaistniałym zdarzeniu rodziny oraz zakładu pracy Ubezpieczonego * Korepetycje * Assistance funeralne (zwrot kosztów pogrzebu) | | | **Usługi są organizowane przez Centrum Alarmowe ERGO Hestii**  **500 zł**  **500 zł**  **100 zł**  **500 zł**  **500 zł**  **500zł/max 7 dni**  **500 zł**  **100 zł/max 5 dni**  **300 zł**  **7dni/1000 zł**  **4 000 zł** |
| **Świadczenie na wypadek śmierci jednego lub obojga przedstawicieli ustawowych w wyniku NW w tym zawał serca i udar mózgu** | | | 1 000 zł |
| **Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania**: (choroby zdiagnozowane w okresie ubezpieczenia) | | | 1 000 zł |
| * **Nowotwór złośliwy** * **Białaczka** * Guz mózgu * Paraliż * Zapalenie mózgu * Wrodzona wada serca * Wirusowe zapalenie wątroby | * **Choroby serca** * Przeszczep narządów * Utrata kończyn * Zakażenie wirusem HIV * Choroba Creufzfelda-Jakoba | |
| **Dzienne** **świadczenie szpitalne** w wyniku: **(pobyt minimum 1 dzień**)!!   * **NNW** – płatne od 1 dnia pobytu max 180 dni | | | **30 ZŁ** |
| **Świadczenie na skutek operacji w wyniku: Choroby** np. **wyrostek robaczkowy** | | | **500 zł** |