

OPIS UBEZPIECZENIA – UWAGI I INFORMACJE DODATKOWE DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW DZIECI, MŁODZIEŻY I PERSONELU PLACÓWEK OŚWIATOWYCH OFEROWANEGO PRZEZ INTERRISK TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ SA

ad 1. Zgon spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem
Definicja nieszczęśliwego wypadku zgodnie z o.w.u.
Nieszczęśliwy wypadek - nagłe zdarzenie mające miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej wywołane przyczyną zewnętrzną, na skutek której Ubezpieczony niezależnie od swojej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł.

ad 2. Zgon spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu traktowany jest jak zgon spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem. Ubezpieczyciel w takim przypadku wypłaca 100% sumy ubezpieczenia.
Definicja zawału serca zgodnie z o.w.u.
Zawał serca – rozpoznany przez lekarza specjalistę i zakwalifikowany w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod I21-I22.
Definicja udaru mózgu zgodnie z o.w.u.
Udar mózgu – rozpoznany przez lekarza specjalistę i zakwalifikowany w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod I60-I64

ad 3. W przypadku, gdy zgon spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem nastąpi na terenie placówki oświatowej Ubezpieczyciel wypłaci dodatkowe świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia. Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że:

- a) nieszczęśliwy wypadek wydarzy się na terenie szkoły i podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
- b) śmierć nastąpi w ciągu sześciu miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku,
- c) zajście nieszczęśliwego wypadku zostało udokumentowane zaświadczeniem dyrektora placówki oświatowej

ad 4. W przypadku zgonu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym Ubezpieczyciel wypłaci dodatkowe świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia (łącznie świadczenie w takim przypadku wynosi 150% sumy ubezpieczenia podstawowego).

Dodatkowe uwarunkowania - śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku.

Definicja wypadku komunikacyjnego zgodnie z o.w.u.:

Wypadek komunikacyjny – nagłe zdarzenie wywołane ruchem pojazdu, na skutek którego Ubezpieczony, będący pasażerem pojazdu, pieszym lub osobą kierującą pojazdem, niezależnie od swojej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł.

Definicja pojazdu zgodnie z o.w.u.:

Pojazd – na potrzeby ubezpieczenia śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego za pojazd uznaje się wyłącznie: samochód osobowy, samochód ciężarowy, autobus, pociąg, tramwaj, trolejbus, a także metro.

Komentarz:

Zwracamy uwagę, że zgodnie z definicją stosowaną przez Ubezpieczyciela za pojazd nie jest uznawany rower, motorower, motocykl itp. pojazdy. Ubezpieczyciel odpowiada za zgon spowodowany wypadkiem komunikacyjnym tylko w przypadku, gdy związane jest to z ruchem pojazdów wymienionych w definicji pojazdu.

Powyższe zapisy nie dotyczą podstawowego świadczenia określonego w punkcie 1, z zastrzeżeniem punktu 7 wyłączeń ogólnych (poniżej w informacji dotyczącej istotnych zapisów umowy).

ad 5. Definicja nieszczęśliwego wypadku zgodnie z o.w.u.
Nieszczęśliwy wypadek - nagłe zdarzenie mające miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej wywołane przyczyną zewnętrzną, na skutek której Ubezpieczony niezależnie od swojej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł.

Wysokość procentowego uszczerbku na zdrowiu ustalana jest przez lekarza na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej – **nie ma komisji lekarskiej.**

	W załączonym pliku – Tabela norm uszczerbku na zdrowiu stosowana przez ubezpieczyciela.
ad 6.	Za nieszczęśliwe wypadki zgodnie z o.w.u. uważa się również zdarzenia spowodowane zawałem serca lub udarem mózgu. Wysokość procentowego uszczerbku na zdrowiu ustalana jest przez lekarza na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej – nie ma komisji lekarskiej.
ad 7.	W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego bezpośrednio atakiem padaczki Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia. Świadczenie ma charakter ryczałtowy, co oznacza, że wysokość świadczenia nie jest zależna od doznanego faktycznie uszczerbku na zdrowiu (stała kwota). Sam fakt wystąpienia ataku padaczki – bez uszczerbku na zdrowiu spowodowanym takim zdarzeniem – nie skutkuje odpowiedzialnością Ubezpieczyciela. Definicja padaczki zgodnie z o.w.u.: Padaczka – choroba rozpoznana przez specjalistę i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod G40-G40.9
ad 8.	W przypadku pogryzienia przez psa, pokąsania, ukąszenia/użądlenia ubezpieczyciel wypłaci jednorazowe świadczenie w wysokości 15 sumy ubezpieczenia, pod warunkiem co najmniej dwudniowego pobytu w szpitalu w wyniku pogryzienia przez psa, pokąsania, ukąszenia/użądlenia.
ad 9.	Definicja zgodnie z o.w.u.: Odmrożenie – uszkodzenie skóry, powstałe w wyniku działania niskiej temperatury. Stopień odmrożenia określony jest przez lekarza prowadzącego leczenie.
ad 10.	Definicja zgodnie z o.w.u.: Oparzenie – uszkodzenie skóry powstałe w wyniku działania ciepła, żrących substancji chemicznych (stałych, płynnych, gazowych), prądu elektrycznego, promieni słonecznych – UV, promieniowania (RTG, UV i innych czynników promieniotwórczych), wysokiej temperatury. Stopień oparzenia określony jest według „reguły dziesiątek” lub tabeli Lunda i Brondera przez lekarza prowadzącego leczenie.
ad 11.	Świadczenie wypłacane jest w przypadku zgonu ojca lub matki, o ile zgon spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem. Uwaga: W odniesieniu do świadczenia określonego w punkcie 10 - zgon spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu nie jest traktowany jako zgon spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem i świadczenie nie przysługuje.
ad 12.	Świadczenie za zakup środków ortopedycznych i pomocniczych wypłacane jest do określonego w ofercie i polisie limitu. Wszelkie koszty pokrywane są tylko w przypadkach, gdy koszty te były spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem i są niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane kopią zlecenia lekarskiego na zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi lub środkami pomocniczymi. Dodatkowo w ramach tej opcji ubezpieczyciel pokryje koszty zakupu lub naprawy okularów korekcyjnych lub aparatu słuchowego, jeśli zostały one uszkodzone podczas wypadku w czasie zajęć lekcyjnych – limit do 200 zł. Świadczenie przysługuje, jeżeli konieczność poniesienia kosztów powstała w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego. Świadczenie pokrywa tylko koszty poniesione na terenie RP. Wypłata świadczenia jest realizowana w oparciu o dokumentację potwierdzającą poniesienie

	kosztów (faktury, rachunki).
Wspólne dla 13. i 14.	<p>Poniższe zapisy uwzględniają treść postanowień dodatkowych do umowy.</p> <p>Definicja pobytu w szpitalu zgodnie z o.w.u. Pobyt w szpitalu – pobyt na oddziale szpitalnym służący przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia Ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą, trwający przez okres co najmniej trzech dni.</p> <p>Definicja dnia pobytu w szpitalu zgodnie z o.w.u. Dzień pobytu w szpitalu – pobyt na oddziale szpitalnym trwający co najmniej 24 godziny (z wyjątkiem dnia przyjęcia i wypisu ze szpitala), służący przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia Ubezpieczonego, spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą. Dzień przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala i dzień wypisu ze szpitala w przypadku wypłaty świadczenia liczone są jako pełne dni pobytu w szpitalu.</p>
ad 13.	<p>Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, z następującymi zastrzeżeniami:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. świadczenie przysługuje od trzeciego dnia pobytu w szpitalu 2. świadczenie przysługuje maksymalnie za 60 dni pobytu w szpitalu w ciągu roku polisowego, bez względu na ilość pobytów w szpitalu 3. w przypadku kolejnych, następujących po sobie pobytów w szpitalu w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, świadczenie szpitalne przysługuje od pierwszego dnia pobytu w szpitalu <p>Ważne wyłączenia odpowiedzialności: Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt w szpitalu był spowodowany wypadkiem, które miał miejsce przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową.</p>
ad 14.	<p>Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą, z następującymi zastrzeżeniami:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. świadczenie przysługuje od trzeciego dnia pobytu w szpitalu 2. świadczenie przysługuje maksymalnie za 60 dni pobytu w szpitalu w ciągu roku polisowego, bez względu na ilość pobytów w szpitalu 3. w przypadku kolejnych, następujących po sobie pobytów w szpitalu w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, świadczenie szpitalne przysługuje od pierwszego dnia pobytu w szpitalu <p>Ważne wyłączenia odpowiedzialności: Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt w szpitalu był spowodowany chorobami, które były zdiagnozowane przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową.</p>
ad 15.	<p>Definicja zgodnie z o.w.u.:</p> <p>Poważne zachorowanie – za poważne zachorowanie uważa się wyłącznie poniżej wymienione choroby: <i>nowotwór złośliwy, paraliż, niewydolność nerek, poliomyelitis, utrata wzroku, utrata mowy, utrata słuchu, anemia aplasytna, stwardnienie rozsiane, sepsa, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, transplantacja głównych organów;</i> które to choroby zostały zdiagnozowane w trakcie okresu ubezpieczenia lub w trakcie poprzedniego okresu ubezpieczenia, o ile Ubezpieczony bezpośrednio przed zawarciem przez Ubezpieczającego umowy ubezpieczenia z Interrisk był objęty przez Interrisk ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia poważnych zachorowań.</p> <p>Interrisk nie ponosi odpowiedzialności za zdiagnozowanie nowotworu nieinwazyjnego (carcinoma in situ).</p>
ad 16.	<p>Definicja zgodnie z o.w.u.:</p> <p>Wada serca – nieprawidłowość anatomiczna zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe (kod ICD: Q00-Q99).</p>

Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że wada wrodzona serca **została zdiagnozowana w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.**

ad 17.

Definicja kosztów leczenia zgodnie z o.w.u.:

Koszty leczenia – poniesione na terytorium RP, niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane koszty z tytułu:

- a) wizyt lekarskich,
- b) zabiegów ambulatoryjnych,
- c) badań zleconych przez lekarza prowadzącego leczenie,
- d) pobytu w szpitalu,
- e) operacji, za wyjątkiem operacji plastycznych,
- f) zakupu środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza.

Ubezpieczyciel pokrywa koszty leczenia do określonej w umowie ubezpieczenia wysokości limitu, pod warunkiem, że:

- a) koszty powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
- b) koszty zostały poniesione na terytorium RP w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej

Podstawą wypłaty świadczenia są rzeczywiste i udokumentowane koszty (**do wypłaty świadczenia niezbędne są imienne rachunki lub faktury**).

Wszelkie koszty pokrywane są tylko w przypadkach, gdy **koszty te były spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem.**

LIMIT WSPÓLNY dla kosztów leczenia, kosztów rehabilitacji, kosztu zakupu leków (z podlimitem dla leków).

ad 18.

Pokrycie kosztów rehabilitacji w ramach wspólnego limitu wyznaczonego dla kosztów leczenia określonego w poz. 16.

Ubezpieczyciel pokrywa koszty rehabilitacji, związanej z skutkami nieszczęśliwego wypadku.

Definicja rehabilitacji zgodnie z o.w.u.

Rehabilitacja – zalecone przez lekarza prowadzącego leczenie specjalistyczne zabiegi udzielane przez osoby uprawnione do udzielania w/w świadczeń, realizowane metodą kinezyterapii, fizykoterapii, masażu leczniczego, mające na celu wyleczenie lub zmniejszenie dysfunkcji narządów, a także przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej, utraconej w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

LIMIT WSPÓLNY dla kosztów leczenia, kosztów rehabilitacji, kosztu zakupu leków (z podlimitem dla leków).

ad 19.

Pokrycie kosztów zakupu leków zaleconych przez lekarza nieszczęśliwym wypadku w ramach wspólnego limitu wyznaczonego dla kosztów leczenia określonego w poz. 16.

Warunki refundacji zakupu leków:

- a) w związku z wypadkiem Ubezpieczony przebywał co najmniej **trzy dni w szpitalu**
- b) leki zostały przepisane przez lekarza w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego

ad 20.

Ubezpieczyciel pokrywa koszty leczenia stomatologicznego **związanego z nieszczęśliwym wypadkiem**, pod warunkiem, że:

- a) wypadek miał miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej
- b) koszty **związane są z odbudową stomatologiczną uzębienia stałego**
- c) koszty zostały poniesione w ciągu 6 miesięcy od daty wypadku
- d) koszty zostały poniesione na terenie RP

2.

W ramach ubezpieczenia uwzględniona jest również składka za wyczynowe uprawianie sportu.

Podstawą prawną umowy ubezpieczenia są ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków EDU PLUS (EDU PLUS na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia EDU PLUS zatwierdzonych uchwałą nr 01/29/03/2016 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 29 marca 2016 roku. - w załączeniu) wraz z postanowieniami dodatkowymi (warunki szczególne wynegocjowane przez brokera – zapisy postanowień dodatkowych na polisie).