|  |  |
| --- | --- |
| **OPIS UBEZPIECZENIA – UWAGI I INFORMACJE DODATKOWE DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘSLIWYCH WYPADKÓW DZIECI, MŁODZIEŻY I PERSONELU PLACÓWEK OŚWIATOWYCH OFEROWANEGO PRZEZ POWSZECHNY ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SA (WARIANT I)** | |
| **ad 1.** | Za zgon spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem  Definicja nieszczęśliwego wypadku zgodnie z o.w.u.  Nieszczęśliwy wypadek - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł |
| **ad 2.** | Zgon spowodowany zawałem serca lub krwotokiem śródczaszkowym 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 – martwica części mięśnia sercowego spowodowana nagłym zmniejszeniem dopływu krwi do tej części mięśnia sercowego  Definicja krwotoku śródczaszkowego zgodnie z o.w.u.  Krwotok śródczaszkowy – wynaczynienie krwi do jamy czaszki |
| **ad 3.** | W przypadku, gdy zgon spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem nastąpi na terenie placówki oświatowej, Ubezpieczyciel wypłaci dodatkowe świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia. |
| **ad 4.** | Zgon spowodowany sepsą traktowany jest, jak zgon spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem. Ubezpieczyciel w takim przypadku wypłaca 100% sumy ubezpieczenia.  Do wypłaty świadczenia niezbędne jest dokumentacja medyczna potwierdzająca, że przyczyną zgonu była sepsa. |
| **ad 5.** | W przypadku, gdy zgon spowodowany jest obrażeniami związanymi z atakiem epilepsji lub omdlenia niewiadomego pochodzenia, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia. |
| **ad 6.** | W przypadku zgonu spowodowanego nowotworem złośliwym Ubezpieczyciel wypłaca stałą kwotę świadczenia w wysokości 1.000 zł.  Definicja nowotworu złośliwego zgodnie z o.w.u.  Nowotwór złośliwy – choroba objawiająca się obecnością złośliwego guza (tzn. takiego, który nie jest otoczony torebką i charakteryzuje się zdolnością do naciekania tkanek i do tworzenia odległych przerzutów); pod pojęciem nowotworu złośliwego określa się również białaczki oraz złośliwe schorzenia układu limfatycznego.  Świadczenie wypłacana jest w formie ryczałtowej, tj. kwocie 1.000 zł. |
| **ad 7.** | W przypadku zgonu spowodowanego wrodzoną wadą serca Ubezpieczyciel wypłaca stałą kwotę świadczenia w wysokości 1.000 zł.  Definicja wrodzonej wady serca zgodnie z o.w.u.  Wrodzona wada serca – nieprawidłowość anatomiczna budowy serca istniejąca w chwili narodzin ubezpieczonego. |
| **ad 8.** | Definicja nieszczęśliwego wypadku - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego ubezpieczony niezależnie od swej 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**. |
| **ad 9.** | Za nieszczęśliwe wypadki zgodnie z o.w.u. uważa się również zdarzenia spowodowane zawałem serca lub krwotokiem śródczaszkowym.  Wysokość procentowego uszczerbku na zdrowiu ustalana jest przez lekarza na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej – **nie ma komisji lekarskiej**. |
| **ad 10.** | Za nieszczęśliwy wypadek zgodnie z o.w.u. uważa się również wszelkiego rodzaju zdarzenia powodujące uszczerbek na zdrowiu a spowodowane atakiem epilepsji lub omdleniami o nieustalonej przyczynie.  Sam fakt wystąpienia ataku epilepsji lub omdleń – bez uszczerbku na zdrowiu spowodowanymi takimi zdarzeniami – nie skutkuje odpowiedzialnością Ubezpieczyciela.  Wysokość procentowego uszczerbku na zdrowiu ustalana jest przez lekarza na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej – **nie ma komisji lekarskiej**. |
| **ad 11.** | Świadczenie należne w przypadku zdiagnozowania sepsy w trakcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.  W przypadku zdiagnozowania sepsy Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w stałej kwocie – 1.000 zł. |
| **ad 12.** | Świadczenie należne jest tylko w przypadku amputacji spowodowanej nowotworem złośliwym (obowiązuje definicja zapisana w ad. 6).  Amputacje z jakiejkolwiek innej przyczyny nie są objęte odpowiedzialnością z tytułu tej opcji.  Świadczenie wypłacana jest w formie ryczałtowej, tj. kwocie 1.000 zł. |
| **ad 13.** | W przypadku zdiagnozowania nowotworu złośliwego w trakcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela wypłacone zostanie świadczenie w stałej kwocie 1.500 zł.  Oznacza to, że wszelkie nowotwory, które zostały zdiagnozowane przed zawarciem umowy ubezpieczenia nie skutkują wypłatą świadczenia z tej opcji.  Definicja nowotworu złośliwego zgodnie z o.w.u.  Nowotwór złośliwy – choroba objawiająca się obecnością złośliwego guza (tzn. takiego, który nie jest otoczony torebką i charakteryzuje się zdolnością do naciekania tkanek i do tworzenia odległych przerzutów); pod pojęciem nowotworu złośliwego określa się również białaczki oraz złośliwe schorzenia układu limfatycznego. |
| **ad 14.** | Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, z następującymi zastrzeżeniami:   1. świadczenie przysługuje **od drugiego dnia pobytu** w szpitalu 2. świadczenie przysługuje **maksymalnie za 90 dni pobytu** w szpitalu w ciągu roku polisowego, bez względu na ilość pobytów w szpitalu   Definicja szpitala zgodnie z o.w.u.  Szpital – podmiot leczniczy świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobowa opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia. W rozumieniu o.w.u. pojęcie to nie obejmuje domu opieki, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodków sanatoryjnych i uzdrowiskowych, prewentoriów, szpitali sanatoryjnych. |
| **ad 15.** | Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą, z następującymi zastrzeżeniami:   1. świadczenie przysługuje **od drugiego dnia pobytu** w szpitalu 2. świadczenie przysługuje **maksymalnie za 90 dni pobytu** w szpitalu w ciągu roku polisowego, bez względu na ilość pobytów w szpitalu   Definicja szpitala zgodnie z o.w.u. (jak w punkcie ad 14.) |
| **ad 16.** | Świadczenie wypłacane jest do określonego w ofercie i polisie limitu, z zastrzeżeniem, że **w przypadku odbudowy stomatologicznej zębów stałych świadczeni nie może przekroczyć kwoty 200 zł na jeden ząb.**  Świadczenie przysługuje, jeżeli konieczność poniesienia kosztów powstała w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego.  Wypłata świadczenia jest realizowana w oparciu o dokumentację potwierdzającą poniesienie kosztów (faktury, rachunki).  Definicja przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych zgodnie z o.w.u.  Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze – niezbędne z medycznego punktu widzenia wyroby medyczne, zastępujące utracone narządy (organy) lub wspomagające utracona lub pogorszoną funkcję narządów (organów).  Wszelkie koszty pokrywane są tylko w przypadkach, gdy koszty te były spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem. |
| **ad 17.** | Świadczenie wypłacane jest do określonego w ofercie i polisie limitu.  Świadczenie przysługuje, jeżeli konieczność poniesienia kosztów powstała w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego.  Wypłata świadczenia jest realizowana w oparciu o dokumentację potwierdzającą poniesienie kosztów (faktury, rachunki).  Wszelkie koszty pokrywane są tylko w przypadkach, gdy koszty te były spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem. |
| **ad 18.** | Ubezpieczyciel pokrywa koszty leczenia **(w tym rehabilitacji)** do określonej w umowie ubezpieczenia wysokości (30% sumy ubezpieczenia) pod warunkiem, że:   1. były niezbędne z medycznego punktu widzenia 2. koszty zostały poniesione w ciągu 24 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku 3. w przypadku rehabilitacji – jeśli konieczność jej przeprowadzenia zaistniała w okresie 6 miesięcy od dnia wypadku   Podstawą wypłaty świadczenia są rzeczywiste i udokumentowane koszty **(do wypłaty świadczenia niezbędne są rachunki lub faktury).**  Wszelkie koszty pokrywane są tylko w przypadkach, gdy koszty te były spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem. |
| **ad 19.** | W przypadku, gdy dojdzie do nagłego zatrucia gazami, substancjami i produktami chemicznymi, porażenia prądem, piorunem, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w stałej wysokości równej 1% sumy ubezpieczenia.  **Świadczenie należne jest w przypadku, gdy zdarzenie spowodowało konieczność hospitalizacji ubezpieczonego.**  **Świadczenie należne jest tylko w przypadku, gdy dane zdarzenie nie spowodowało uszczerbku na zdrowiu.** |
| **ad 20.** | W przypadku, gdy Ubezpieczony dozna urazów ciała z jednego wypadku ubezpieczeniowego, które wymagało interwencji lekarskiej w placówce medycznej i jest połączone z dalszym leczeniem, wymaga co najmniej jednej wizyty kontrolnej u lekarza (nie dotyczy interwencji stomatologicznej), Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w stałej wysokości równej 1% sumy ubezpieczenia.  **Świadczenie należne jest tylko w przypadku, gdy dane zdarzenie nie spowodowało uszczerbku na zdrowiu (orzeczenie uszczerbku na zdrowiu i wypłata świadczenia z tytułu uszczerbku wyklucza odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tej opcji).** |
| **ad 21.** | Świadczenie wypłacane jest tylko w przypadku zgonu rodzica spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem.  **Za nieszczęśliwy wypadek nie jest uważany zgon spowodowany zawałem serca lub udarem.**  Zgodnie z zapisami o.w.u. za rodzica uważa się naturalnego ojca lub matkę lub opiekuna ustanowionego przez sąd. |
| **ad 22.** | Maksymalny limit kosztów pokrywanych w ramach usługi assistance – 2.000 zł.  Świadczenia assistance dotyczą tylko stanów i sytuacji bezpośrednio związanych z nieszczęśliwym wypadkiem.  PZU pokrywa następujące koszty:   1. wizyta lekarza w miejscu pobytu ubezpieczonego – zorganizowanie jednej wizyty lekarskiej w miejscu pobytu ubezpieczonego oraz pokrycie kosztów dojazdu lekarza i jego honorarium (ubezpieczyciel nie pokrywa kosztów badan diagnostycznych zleconych podczas wizyty) 2. wizyta ubezpieczonego u lekarza w placówce medycznej – jedna wizyta we wskazanej przez PZU placówce medycznej, organizacja transportu, pokrycie honorarium lekarza (ubezpieczyciel nie pokrywa kosztów badan diagnostycznych zleconych podczas wizyty) 3. wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu ubezpieczonego – organizacja i pokrycie kosztów przyjazdu pielęgniarki, jej honorarium oraz koszty zabiegów leczniczych zaleconych przez lekarza 4. transport – do placówki medycznej z miejsca pobytu ubezpieczonego lub z miejsca wypadku; między placówkami medycznymi, gdzie udzielano pomocy medycznej gdy skierowano ubezpieczonego na badania specjalistyczne lub zabiegi chirurgiczne w innej placówce; do szpitala, w przypadku, gdy placowka nie zapewnia odpowiedniej opieki medycznej; z placówki medycznej do miejsca pobytu, gdy ubezpieczony nie powinien korzystać z transportu własnego lub publicznego 5. organizacja procesu rehabilitacji – koszty fizjoterapeuty, zabiegów rehabilitacyjnych, dojazdu do placówek rehabilitacyjnych 6. dostawę drobnego sprzętu rehabilitacyjnego 7. dostarczenie leków przepisanych przez lekarza do miejsca pobytu ubezpieczonego 8. domowa opiekę pielęgniarska po hospitalizacji 9. pomoc psychologa 10. lekcje prywatne (niezdolność powyżej 10 dni) – korepetycje maksymalnie z dwóch przedmiotów, **limit kosztów na jeden wypadek – 400 zł** 11. infolinia medyczna |

|  |  |
| --- | --- |
| **INNE ISTOTNE POSTANOWIENIA UMOWY UBEZPIECZENIA** | |
| **1.** | Z odpowiedzialności PZU wyłączone są następstwa dotyczące wypadków ubezpieczeniowych powstałych:   1. w stanie nietrzeźwości lub po użyciu środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego; 2. w wyniku zatrucia spowodowanego nikotyną, spożyciem alkoholu lub użyciem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii; 3. w wyniku udziału ubezpieczonego w bójkach (z wyjątkiem działania w obronie koniecznej) oraz w związku z popełnieniem albo usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa umyślnego; 4. w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w strajkach, rozruchach, zamieszkach, akcjach protestacyjnych, blokadach dróg lub sabotażu, chyba że udział ubezpieczonego w strajkach, rozruchach, zamieszkach, akcjach protestacyjnych, blokadach dróg wynikał z wykonywania czynności służbowych; 5. w wyniku wykonywania procedur medycznych bez względu na to przez kogo były wykonywane, chyba że wykonywanie procedur medycznych dotyczyło bezpośrednich następstw wypadku ubezpieczeniowego; 6. podczas kierowania przez ubezpieczonego pojazdem silnikowym, jeżeli ubezpieczony nie posiadał uprawnień do kierowania danym pojazdem chyba, że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego; 7. podczas kierowania przez ubezpieczonego pojazdem innym niż silnikowy, jeżeli ubezpieczony nie posiadał uprawnień do kierowania danym pojazdem chyba, że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego. |
| **2.** | Odpowiedzialność PZU SA jest wyłączona za następstwa chorób lub stanów chorobowych, nawet takich, które  występują nagle lub zostały ujawnione dopiero w następstwie wypadku ubezpieczeniowego lub stanowiących przyczynę zaistnienia nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem § 5 pkt 2, 3 i 4. Jeżeli choroba lub stan chorobowy miał wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku tj. przyczyną nieszczęśliwego wypadku jest zarówno choroba, jak i przyczyna zewnętrzna, odpowiedzialność PZU SA obejmuje uszkodzenia ciała lub rozstrój zdrowia, które są następstwem przyczyny zewnętrznej. |