

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA EDU PLUS

DLA SZKOLNEGO PROGRAMU UBEZPIECZENIOWEGO NAUCZYCIELSKIEJ AGENCJI UBEZPIECZENIOWEJ S.A.

Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§2, §4, §6, §7, §8, §12, §13, §16, §17, §18
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§5, §9, §6 pkt 7, 8, pkt 6, §7 pkt 6, 9, 10, §9, §15 ust. 2 OWU
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

POSTANOWIENIA POCZĄTKOWE	3
Co oznaczają określenia użyte w SWU? DEFINICJE	3
Jaka ochronę zapewnia ubezpieczenie? PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA	9
ZAKRES UBEZPIECZENIA	9
Kiedy INTERRISK nie wypłaci świadczenia? WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	10
Co oferuje Opcja Podstawowa PLUS? RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ	11
O jakie opcje dodatkowe możesz rozszerzyć Opcję PODSTAWOWĄ PLUS?	12
Jaką pomoc otrzymasz w ramach opcji dodatkowej d15 - Assistance EDU PLUS?	14
SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY	16
Co trzeba zrobić, żeby się ubezpieczyć? ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	16
Od kiedy ubezpieczenie gwarantuje ochronę i kiedy ona się kończy?	
POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI INTERRISK	16
ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA	17
Od czego zależy wysokość składki ubezpieczeniowej? SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA	17
Jakie obowiązki ma Ubezpieczający, Ubezpieczony, a jakie InterRisk?	
PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY UBEZPIECZENIA	18
Co zrobić żeby dostać świadczenie?	
ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA. USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA	20
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	23

POSTANOWIENIA POCZĄTKOWE

§1

1. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia EDU PLUS dla szkolnego programu ubezpieczeniowego Nauczycielskiej Agencji Ubezpieczeniowej S.A., zwane dalej SWU, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy osobami fizycznymi, prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi nieposiadającymi osobowości prawnej, zwane dalej Ubezpieczającymi a InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, zwanym dalej InterRisk.
2. Umowę ubezpieczenia można zawrzeć także na cudzy rachunek, z tym że Ubezpieczony imiennie wskazany jest w umowie ubezpieczenia lub też w zależności od rodzaju zawartej umowy ubezpieczenia nie jest wskazany w umowie ubezpieczenia. Zarzuty mające wpływ na odpowiedzialność InterRisk może podnieść także przeciwko Ubezpieczonemu.
3. Do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone, za zgodą stron, postanowienia dodatkowe lub odmienne od SWU, z tym że różnice między SWU a treścią umowy ubezpieczenia InterRisk przedstawi Ubezpieczającemu na piśmie przed zawarciem umowy.
Do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa polskiego, w tym przepisy kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Co oznaczają określenia użyte w SWU?

DEFINICJE

§2

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

- 1) **akty terroru** – nielegalne działania i akcje organizowane z pobudek ideologicznych, religijnych, politycznych lub społecznych, indywidualne lub grupowe, prowadzone przez osoby działające samodzielnie lub na rzecz bądź z ramienia jakiegokolwiek organizacji lub rządu, skierowane przeciwko osobom, obiektom lub społeczeństwu, mające na celu wywarcie wpływu na rząd, wprowadzenie chaosu, zastraszenie ludności i dezorganizację życia publicznego przy użyciu przemocy lub groźby użycia przemocy;
- 2) **anemia aplastyczna** – niewydolność szpiku kostnego, rozpoznana przez lekarza specjalistę i zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako kod: D60-D61;
- 3) **Centrum Assistance** – jednostka organizacyjna wskazana przez InterRisk (adres, numer telefonu podawany jest w umowie ubezpieczenia), która na zlecenie InterRisk udziela świadczeń assistance – Assistance EDU PLUS;
- 4) **choroba** – zaburzenia w funkcjonowaniu narządów lub organów ciała Ubezpieczonego, niezależnie od niczyjej woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę;
- 5) **choroba psychiczna** – zgodnie z diagnozą lekarza prowadzącego leczenie choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania jako kod ICD: F00-F99;
- 6) **choroba zawodowa** – choroba znajdująca się w wykazie chorób stanowiącym załącznik do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 roku w sprawie chorób zawodowych;
- 7) **czasowa niezdolność Ubezpieczonego do nauki lub do pracy** – czasowa utrata zdolności do wykonywania pracy przez Ubezpieczonego lub uczęszczania na zajęcia lekcyjne powstała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, trwająca nieprzerwanie co najmniej 10 dni, udokumentowana:
 - a) kopią zaświadczenia lekarskiego wystawionego zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2005 r. w sprawie orzekania o czasowej niezdolności do pracy,

- potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę lub placówkę medyczną, która wystawiła ww. zaświadczenie oraz zaświadczeniem stwierdzającym zatrudnienie – w przypadku Ubezpieczonego będącego pracownikiem placówki oświatowej, chyba że Ubezpieczony nie mógł go uzyskać z przyczyn od siebie niezależnych;
- b) zaświadczeniem wystawionym przez placówkę oświatową potwierdzającym nieobecność na zajęciach lekcyjnych – w przypadku Ubezpieczonego będącego dzieckiem, uczniem lub studentem uczęszczającym do placówki oświatowej;
- 8) **dziecko** – każde dziecko własne Ubezpieczającego lub dziecko w pełni, bądź nie w pełni przez niego przysposobione, w wieku do 18 lat, a w przypadku uczęszczania do szkoły publicznej lub niepublicznej (w tym uczelni wyższej), znajdującej się na terenie Rzeczypospolitej Polski, w trybie dziennym, zaocznym lub wieczorowym, w rozumieniu ustawy o systemie oświaty oraz ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym, z wyłączeniem kursów oraz kształcenia korespondencyjnego - w wieku do 25 lat;
- 9) **dzień pobytu w szpitalu** – pobyt na oddziale szpitalnym trwający co najmniej 24 godziny, służący przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia Ubezpieczonego, spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą. Dzień przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala i dzień wypisu Ubezpieczonego ze szpitala, w przypadku wypłaty świadczenia, liczone są łącznie jako jeden dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu;
- 10) **koszty leczenia** – poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane koszty z tytułu:
- a) wizyt lekarskich,
 - b) zabiegów ambulatoryjnych, rehabilitacji,
 - c) badań zleconych przez lekarza prowadzącego leczenie,
 - d) pobytu w szpitalu,
 - e) operacji, za wyjątkiem operacji plastycznych,
 - f) zakupu środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza;
 - g) odbudowy stomatologicznej uszkodzonego lub utraconego stałego zęba;
- 11) **lekarz** – osoba posiadająca formalnie potwierdzone kwalifikacje zgodnie z wymogami prawa obowiązującego w kraju, w którym świadczy usługi, wykonująca zawód w zakresie swoich uprawnień i kwalifikacji, niebędąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub osobą bliską dla Ubezpieczonego;
- 12) **lekarz Centrum Assistance** – lekarz zatrudniony lub współpracujący z Centrum Assistance;
- 13) **lekarz zaufania** – lekarz medycyny lub stomatologii, z którym InterRisk zawarł umowę o współpracy w zakresie oceny stanu zdrowia i podjętego leczenia. Lekarz zaufania będący osobą bliską dla Ubezpieczonego, nie może dokonywać dla potrzeb umowy ubezpieczenia oceny stanu zdrowia i podjętego leczenia;
- 14) **materiały wybuchowe** – substancje chemiczne stałe lub ciekłe albo mieszaniny substancji zdolne do reakcji chemicznej z wytwarzaniem gazu o takiej temperaturze i ciśnieniu i z taką szybkością, że mogą powodować zniszczenia w otaczającym środowisku, a także wyroby wypełnione materiałem wybuchowym w rozumieniu ustawy o wykonywaniu działalności gospodarczej w zakresie wytwarzania i obrotu materiałami wybuchowymi, bronią, amunicją oraz wyrobami i technologią o przeznaczeniu wojskowym i policyjnym, a także ustawy o materiałach wybuchowych przeznaczonych do użytku cywilnego;
- 15) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie mające miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej wywołane przyczyną zewnętrzną, na skutek której Ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł. W rozumieniu niniejszych SWU za nieszczęśliwy wypadek uważa się również zawał serca i udar mózgu, za wyjątkiem ubezpieczenia na wypadek śmierci rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 7), a który w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia Ubezpieczonego ukończył 60 rok życia,

- 16) **niewydolność nerek** – choroba rozpoznana przez lekarza specjalistę i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: N17-N18.9;
- 17) **nowotwór złośliwy** – choroba rozpoznana przez lekarza specjalistę i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: C00-C97, za wyjątkiem nowotworu nieinwazyjnego (carcinoma in situ);
- 18) **odmrożenie** – uszkodzenie skóry, powstałe w wyniku działania niskiej temperatury. Stopień odmrożenia określany jest przez lekarza prowadzącego leczenie;
- 19) **odpady radioaktywne** – odpady promieniotwórcze: stałe, ciekłe lub gazowe, zawierające substancje promieniotwórcze;
- 20) **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 określany jest według „Reguły dziesiątek” lub tabeli Lunda i Brondera przez lekarza prowadzącego leczenie;
- 21) **operacja** – inwazyjny zabieg chirurgiczny, wykonany w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, przez uprawnionego lekarza o specjalności zabiegowej, przeprowadzony podczas pobytu w szpitalu w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego narządu lub organu. Operacją, w rozumieniu niniejszych SWU, nie jest: zabieg przeprowadzony w celach diagnostycznych, inwazyjny zabieg chirurgiczny niewymagający pobytu w szpitalu oraz zabieg niewynikający ze wskazań medycznych;
- 22) **operacja plastyczna** – operacja mająca na celu usunięcie oszpeceń lub okaleczeń Ubezpieczonego, powstałych wskutek nieszczęśliwego wypadku, zalecona przez lekarza prowadzącego leczenie jako niezbędna część procesu leczenia;
- 23) **operacja wtórna** – każda następna operacja związana przyczynowo z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą, nie dotyczy operacji, która miała miejsce w okresie ubezpieczenia, a w przypadku kontynuacji ubezpieczenia, w okresie 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku,
- 24) **osoby bliskie** – małżonek, dzieci, partner, rodzeństwo, matka, ojciec, ojczym, macocha, pasierb, pasierbica, teściowie, zięciowie, synowie, przysposabiający i przysposobieni Ubezpieczonego, opiekunowie ustanowieni przez sąd opiekuńczy;
- 25) **padaczka** – choroba rozpoznana przez specjalistę i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako kod G40-G40.9;
- 26) **paraliż** – całkowita, nieodwracalna utrata funkcji ruchowej co najmniej dwóch kończyn choroba rozpoznana przez lekarza specjalistę i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: G81 – G.83.0;
- 27) **partner** – osoba fizyczna, pozostająca z Ubezpieczonym w związku pozamałżeńskim, niepozostająca z Ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa, ani przysposobienia, zamieszkująca pod tym samym adresem przez okres co najmniej dwóch lat, pod warunkiem, iż Ubezpieczony oraz partner nie pozostają w związku małżeńskim z innymi osobami;
- 28) **placówka oświatowa** – żłobek lub klub dziecka, w rozumieniu ustawy o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3, oraz przedszkole, szkoła, placówka oświatowo-wychowawcza, placówka kształcenia ustawicznego, placówka kształcenia praktycznego, ośrodek kształcenia i doskonalenia zawodowego, placówka artystyczna, w rozumieniu ustawy o systemie oświaty;
- 29) **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. Gdy wypis ze szpitala nastąpi po zakończeniu okresu ubezpieczenia pobyt w szpitalu jest objęty odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, pod warunkiem, że przyjęcie do szpitala nastąpiło w okresie ubezpieczenia;

- 30) **podmiot wykonujący działalność leczniczą** – podmiot leczniczy oraz praktyka zawodowa, w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej;
- 31) **pojazd** – w rozumieniu niniejszych SWU, wyłącznie na potrzeby ubezpieczenia śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego (Opcja Dodatkowa D1), o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 1) niniejszych SWU za pojazd uznaje się wyłącznie: samochód osobowy, samochód ciężarowy, autobus, pociąg, tramwaj, trolejbus, metro;
- 32) **poliomyelitis** – infekcja wywołana wirusem polio, której skutkiem jest paraliż mięśni oddechowych lub mięśni kończyn lub zajęcie ośrodka oddechowego w pniu mózgu, z trwałym następstwem w postaci nasilonego niedowładu lub paraliżu. Diagnoza musi być potwierdzona przez lekarza specjalistę chorób dziecięcych lub zakaźnych;
- 33) **poważne zachorowanie** – wyłącznie poniżej wymienione choroby, które zostały zdiagnozowane w trakcie okresu ubezpieczenia u osób, które w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyły 25 lat: nowotwór złośliwy, paraliż, niewydolność nerek, transplantacja głównych organów, polomyelitis, utrata mowy, utrata słuchu, utrata wzroku, anemia plastyczna, stwardnienie rozsiane. Za poważne zachorowanie uważa się również transplantację głównych organów.
- 34) **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;
- 35) **praca zawodowa** – forma świadczenia pracy lub usług za wynagrodzeniem w ramach stosunku pracy, na podstawie umowy cywilnoprawnej, stosunku służbowego o charakterze administracyjno-prawnym lub w zakresie wykonywania działalności gospodarczej we własnym imieniu;
- 36) **przekwalifikowanie zawodowe osób niepełnosprawnych** - przeszkolenie zawodowe osoby, w stosunku do której Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub powiatowy (wojewódzki) zespół ds. orzekania o niepełnosprawności orzekł celowość przekwalifikowania zawodowego ze względu na niezdolność do pracy Ubezpieczonego w jego dotychczas wykonywanym zawodzie;
- 37) **przystąpienie do ubezpieczenia** – objęcie ochroną ubezpieczeniową osoby fizycznej zgłoszonej przez Ubezpieczającego do ubezpieczenia na podstawie niniejszych SWU;
- 38) **rana** – przerwanie ciągłości powłoki ciała w wyniku działania ostrego lub tępego przedmiotu, prowadzące do liniowego lub nieregulowanego uszkodzenia tkanki, powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku. W rozumieniu niniejszych SWU za rany nie uważa się ran związanych z leczeniem operacyjnym Ubezpieczonego;
- 39) **rekreacyjne uprawianie sportu** – podejmowana dobrowolnie, nie w celach zarobkowych, forma aktywności fizycznej Ubezpieczonego polegająca na uprawianiu sportu w celu odpoczynku lub rozrywki, niezwiązana z uczestnictwem w treningach, zawodach, zgrupowaniach i obozach kondycyjnych lub szkoleniowych organizowanych przez kluby, związki, organizacje sportowe, wykonywana w czasie wolnym od pracy/nauki;
- 40) **rodzic Ubezpieczonego** – ojciec lub matka Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów kodeksu rodzinnego i opiekuńczego lub opiekun ustanowiony przez sąd opiekuńczy,
- 41) **ruch pojazdu** – sytuacje, gdy pojazd porusza się wskutek pracy silnika lub siłą bezwładności;
- 42) **sepsa** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej (SIRS) wywołanej zakażeniem, rozpoznany przez lekarza specjalistę;
- 43) **sporty wysokiego ryzyka** – bouldering, wspinaczka skalna, wspinaczka lodowa, taternictwo, alpinizm, himalaizm, skialpinizm, trekking, zjazdy ekstremalne na nartach, freestyle, freeride, snowboarding wysokogórski, snowboarding prędkościowy, skoki i ewolucje narciarskie i snowboardowe, rafting, canyoning, hydrospeed, kajakerstwo górskie, szybownictwo, spadochroniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, baloniarstwo, pilotowanie samolotów lub śmigłowców, zorbing, skoki z/na bungee, nurkowanie, parkour, freerun, buggykitting, windsurfing, quady, kitesurfing, żegluga poza wodami terytorialnymi w odległości powyżej 12 mil morskich od brzegu, kolarstwo ekstremalne, kolarstwo górskie, speleologia, bobsleje, sporty motorowe, rajdy pojazdów lądowych, wodnych lub powietrznych, heliskiing, heliboarding, freefall, downhill, b.a.s.e. jumping, dream jumping oraz zjazdy na nartach lub

- snowboardzie poza wyznaczonymi trasami, jazda na nartach wodnych oraz skeleton, short track, jazda szybka na lodzie, bojery, biathlon, skibob sporty, w których wykorzystywane są skutery śnieżne przeznaczone do poruszania się po śniegu lub lodzie;
- 44) **stwardnienie rozsiane** – choroba charakteryzująca się demielinizacją włókien nerwowych w obrębie mózgu i rdzenia kręgowego, rozpoznana przez lekarza specjalistę i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: G35;
 - 45) **substancja psychotropowa** – każda substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie substancji psychotropowych stanowiącym załącznik nr 2 do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 46) **szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej;
 - 47) **środek odurzający** - substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie stanowiącym załącznik nr 1 do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 48) **środki pomocnicze** – wyłącznie środki pomocnicze wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze;
 - 49) **środek zastępczy** – substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w każdym stanie fizycznym lub produkt, roślina, grzyb lub ich część, zawierające taką substancję, używane zamiast środka odurzającego lub substancji psychotropowej lub w takich samych celach jak środek odurzający lub substancja psychotropowa, których wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulowane na podstawie przepisów odrębnych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 50) **świadczenie** – kwota pieniężna wypłacana Ubezpieczonemu, a w przypadku śmierci Ubezpieczonego kwota pieniężna wypłacana Uprawnionemu przez InterRisk w przypadku uznania roszczenia powstałego w wyniku zajścia zdarzenia, które jest objęte ochroną ubezpieczeniową;
 - 51) **świadczenia szpitalne** – świadczenia w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej wykonywane całą dobę, kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych;
 - 52) **transplantacja głównych organów** – przebycie jako biorca operacji przeszczepu serca, serca i płuc, wątroby lub jej części, nerki lub przeszczepu szpiku kostnego;
 - 53) **trwała niezdolność do nauki** – powstała w następstwie nieszczęśliwego wypadku niepełnosprawność Ubezpieczonego powodującą niezdolność do nauki w trybie innym niż indywidualny, w placówce oświatowo-wychowawczej, w której Ubezpieczony uczył się w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, trwająca nieprzerwanie przez okres 365 dni, a po tym okresie mająca charakter trwały i nieodwracalny; niepełnosprawność, w przypadku osób które nie ukończyły 16 roku życia lub stała niepełnosprawność w stopniu znacznym w przypadku osób, które ukończyły 16 rok życia musi być orzeczona przez Powiatowy lub Wojewódzki Zespół ds. orzekania o niepełnosprawności; niepełnosprawność ustalana jest po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji, nie później niż po 365 dniach od daty nieszczęśliwego wypadku;
 - 54) **trwała niezdolność do pracy** – powstała w następstwie nieszczęśliwego wypadku trwała i całkowita niezdolność osoby objętej ochroną ubezpieczeniową w ramach zawartej umowy ubezpieczenia do wykonywania jakiejkolwiek pracy w przyszłości, która przynosiłaby tej osobie przychód, oraz do samodzielnej egzystencji; niezdolność do pracy musi być orzeczona przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Trwała niezdolność do pracy jest ustalana po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji, nie później niż po 365 dniach od daty nieszczęśliwego wypadku; jeśli Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie wyda orzeczenia w terminie wskazanym w zdaniu poprzednim, o trwałej niezdolności do pracy orzeka lekarz wskazany przez InterRisk na

podstawie stanu zdrowia Ubezpieczonego i dokumentacji medycznej zgromadzonej do dnia wydania przez niego takiego orzeczenia;

- 55) **Ubezpieczający** – jeden z podmiotów, o których mowa w §1 ust. 1, zawierający umowę ubezpieczenia i zobowiązany do opłacenia składki ubezpieczeniowej;
- 56) **ubezpieczenie grupowe** – umowa ubezpieczenia zawierana na rachunek osób fizycznych, przy czym minimalna grupa osób przystępujących do ubezpieczenia wynosi co najmniej 5;
- 57) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, która w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyła 65 lat, na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia;
- 58) **uciażliwe leczenie** – leczenie Ubezpieczonego będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, w wyniku którego nie nastąpił uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego (0% uszczerbku na zdrowiu), bądź trwałego inwalidztwa częściowego, złamania kości, ran ciętych lub szarpanych, urazów narządów ruchu, wstrząśnienia mózgu, ale przebieg leczenia spowodował czasową niezdolność do nauki lub pracy przez okres nie krótszy niż 10 dni;
- 59) **udar mózgu** – rozpoznany przez lekarza specjalistę i zakwalifikowany w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: I60-I64;
- 60) **Uprawniony** – podmiot wskazany przez Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku. W przypadku niewyznaczenia Uprawnionego, w razie śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, za Uprawnionego uważa się członków najbliższej rodziny Ubezpieczonego według następującej kolejności i udziałów:
 - a) współmałżonek Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem że nie została orzeczona separacja,
 - b) dzieci Ubezpieczonego (w częściach równych),
 - c) rodzice Ubezpieczonego (w częściach równych),
 - d) pozostali członkowie najbliższej rodziny Ubezpieczonego będący spadkobiercami Ubezpieczonego (w częściach równych);
- 61) **uraz narządu ruchu** – powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku uraz narządu ruchu, w wyniku którego nie nastąpiło złamanie kości, ale zgodnie z zaleceniem lekarza narząd ruchu został unieruchomiony z zastosowaniem środka medycznego (gipsu, gipsu syntetycznego (lekkiego), szyny, gorsetu, kołnierza ortopedycznego, stabilizatora, ortozy, tutora gipsowego, kamizelki ortopedycznej);
- 62) **uszczerbek na zdrowiu** – naruszenie sprawności organizmu powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku, polegające na trwałym, nierokującym poprawy w świetle aktualnego stanu wiedzy medycznej, uszkodzeniu danego organu, narządu lub układu;
- 63) **wada wrodzona** – nieprawidłowość anatomiczna zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe (kod ICD: Q00-Q99);
- 64) **wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej podejmowana w celu uzyskania, w drodze indywidualnej lub zbiorowej rywalizacji, maksymalnych wyników sportowych, polegająca na uprawianiu przez Ubezpieczonego sportu poprzez uczestniczenie w treningach, zawodach, zgrupowaniach i obozach kondycyjnych lub szkoleniowych w ramach pozaszkolnych klubów, związków i organizacji sportowych.

W rozumieniu niniejszych SWU za wyczynowe uprawianie sportu nie uważa się aktywności fizycznej Ubezpieczonego polegającej na:

 - a) uprawianiu sportu podczas zajęć wychowania fizycznego odbywających się w ramach obowiązującego planu lekcji,
 - b) udziale Ubezpieczonego w zawodach wewnątrzszkolnych lub międzyszkolnych,
 - c) uczestniczeniu w treningach, zawodach, zgrupowaniach i obozach kondycyjnych lub szkoleniowych w ramach szkolnych lub uczniowskich klubów sportowych,
 - d) rekreacyjnym uprawianiu sportu;

- 65) **wypadek komunikacyjny** – nagłe zdarzenie wywołane ruchem pojazdu, na skutek którego Ubezpieczony, będący pasażerem pojazdu, pieszym lub osobą kierującą pojazdem, niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł;
- 66) **wyroby medyczne** – wyłącznie wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze;
- 67) **zawał serca** – rozpoznany przez lekarza specjalistę i zakwalifikowany w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: I21-I22;
- 68) **złamanie** – przerwanie ciągłości tkanki kostnej stwierdzone przez lekarza;
- 69) **pandemia** – epidemia danej choroby zakaźnej występująca w tym samym czasie w różnych krajach i na różnych kontynentach, w rozumieniu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO).

JAKĄ OCHRONĘ ZAPEWNIĄ UBEZPIECZENIE? PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§3

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

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§4

1. Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, jak również w oparciu o postanowienia niniejszych SWU, umowę ubezpieczenia zawiera się w **Opcji Podstawowej Plus** obejmującej:
 - 1) uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) koszty nabycia lub wypożyczenia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych,
 - 3) koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych,
 - 4) uszczerbek na zdrowiu w wyniku padaczki,
 - 5) śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 6) zdiagnozowanie u Ubezpieczonego sepsy,
 - 7) śmierć rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - 8) pogryzienie, ukąszenie przez zwierzęta,
 - 9) koszty porady psychologa poniesione w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 10) koszty zakupu lub naprawy okularów korekcyjnych lub aparatu słuchowego poniesione w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
2. Za zapłatą dodatkowej składki, Opcja Podstawowa Plus, może zostać rozszerzona o niżej wymienione Opcje Dodatkowe:
 - 1) **Opcja Dodatkowa D1** - śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego,
 - 2) **Opcja Dodatkowa D4** - pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) **Opcja Dodatkowa D5** - pobytu w szpitalu w wyniku choroby,
 - 4) **Opcja Dodatkowa D6** - poważne zachorowania,
 - 5) **Opcja Dodatkowa D7** – koszty operacji plastycznych w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 6) **Opcja Dodatkowa D10** – koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 7) **Opcja Dodatkowa D11** - czasowa niezdolność Ubezpieczonego do nauki lub pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku,

- 8) **Opcja Dodatkowa D14** - uciążliwe leczenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 9) **Opcja Dodatkowa D15** – Assistance Edu Plus,
 - 10) **Opcja Dodatkowa D16** – trwała niezdolność Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 11) **Opcja Dodatkowa D17** – trwała niezdolność rodzica Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
3. Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, jak również w oparciu o postanowienia niniejszych SWU, za zapłatą dodatkowej składki, zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o następstwa nieszczęśliwych wypadków doznane w związku z wyczynowym uprawianiem sportu.

KIEDY INTERRISK NIE WYPŁACI ŚWIADCZENIA? WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§5

1. InterRisk 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) uszkodzeniami ciała zdiagnozowanymi przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego;
 - 4) chorobami, które zostały zdiagnozowane przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową;
 - 5) działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami a także aktami terroru;
 - 6) prowadzeniem pojazdu przez Ubezpieczonego będącego kierowcą pojazdu, nieposiadającego wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu jeżeli pojazd był niezarejestrowany lub nie posiadał ważnego badania technicznego, jeżeli w odniesieniu do danego pojazdu istnieje wymóg rejestracji lub dokonania okresowych badań technicznych, chyba że brak wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, brak zarejestrowania pojazdu lub stan techniczny pojazdu nie miał wpływu na zajście wypadku ;
 - 7) jazdą rowerem po drogach publicznych przez Ubezpieczonego w wieku do lat 10 bez opieki osoby dorosłej;
 - 8) chorobą zawodową, chorobą psychiczną;
 - 9) wadami wrodzonymi i ich następstwami,
 - 10) zawałem serca lub udarem mózgu, w przypadku ubezpieczenia śmierci rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w §6, pkt 5) w stosunku do osób rodzica Ubezpieczonego, który w dniu przystąpienia Ubezpieczonego do ubezpieczenia ukończył 60 lat,
 - 11) wyczynowym uprawianiem sportu, za wyjątkiem sytuacji, gdzie Ubezpieczający rozszerzył zakres ubezpieczenia o wyczynowe uprawianie sportu, zgodnie z §4 ust. 3;
 - 12) uprawianiem sportów wysokiego ryzyka przez Ubezpieczonego;
 - 13) nawykowym zwichnięciem;
 - 14) wykonywaniem profilaktycznych badań, niewynikających z choroby lub nieszczęśliwego wypadku oraz niezaleconych przez lekarza;
 - 15) Zespołem Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS) i związanymi z tym zespołem zakażeń oportunistycznych, nowotworów, schorzeń neurologicznych oraz innych zespołów chorobowych towarzyszących AIDS;
 - 16) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyłączeniem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza, o ile pozostawianie Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych miało wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku lub choroby;

- 17) odpadami radioaktywnymi bądź materiałami wybuchowymi;
- 18) operacją wtórną.
2. W przypadku Opcji DODATKOWEJ D4 (pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku) i Opcji DODATKOWEJ D5 (pobyt w szpitalu w wyniku choroby), o których mowa w § 7 pkt. 2) i 3) niniejszych SWU, z uwzględnieniem wyłączeń określonych w ust. 1 niniejszego paragrafu, dodatkowo InterRisk nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z rehabilitacją zaleconą w związku z wypadkiem lub chorobą.
3. W przypadku Opcji DODATKOWEJ D6 (poważne zachorowania), InterRisk dodatkowo nie odpowiada za zdiagnozowanie nowotworu nieinwazyjnego (carcinoma in situ).
4. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienie fizyczne,
5. InterRisk nie odpowiada za koszty leczenia, a także koszty leczenia stomatologicznego poniesione poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
6. InterRisk nie pokrywa kosztu zakupu leków.
7. Zakres świadczeń Assistance EDU PLUS (opcja DODATKOWA D15) nie obejmuje:
 - 1) zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 2) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum Assistance, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, chyba że brak powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum Assistance nastąpił z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego;
 - 3) kosztów transportu leków nieprzepisanych przez lekarza prowadzącego leczenie.
8. InterRisk przysługuje prawo do odmowy wypłaty świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do nauki lub pracy, którym mowa w §7 pkt 7), w przypadku stwierdzenia, iż w czasie niezdolności do nauki lub pracy Ubezpieczony uczęszczał na zajęcia lekcyjne lub wykonywał pracę zawodową.

CO OFERUJE OPCJA PODSTAWOWA PLUS? RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§6

Opcja Podstawowa Plus obejmuje następujące świadczenia:

- 1) w przypadku **uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku**:
 - a) w przypadku **100% uszczerbku na zdrowiu** – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia,
 - b) w przypadku **uszczerbku na zdrowiu poniżej 100%** – świadczenie w wysokości takiego procentu sumy ubezpieczenia, w jakim nastąpił uszczerbek na zdrowiu wyłącznie za zdarzenia określone w Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu EDU PLUS, stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych SWU,
 - c) **koszty nabycia lub wypożyczenia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem iż:
 - są niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane kopią zlecenia lekarskiego na zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze,
 - zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku,
 - d) **koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem iż:
 - Ubezpieczonemu na podstawie decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych przyznano rentę szkoleniową jako osobie trwale niezdolnej do pracy w dotychczasowym zawodzie

- lub orzeczenie powiatowego (lub wojewódzkiego) zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności, w którym orzeczono o celowości przekwalifikowania zawodowego osoby niepełnosprawnej,
- zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 2) **w przypadku uszczerbku na zdrowiu w wyniku ataku padaczki** – jednorazowe świadczenie w wysokości 2 % sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż padaczka została zdiagnozowana w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) **w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:
 - a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) **w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego sepsy** – jednorazowe świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż sepsa została zdiagnozowana w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 5) **w przypadku śmierci rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – jednorazowe świadczenie w wysokości:
 - a) 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia w przypadku śmierci jednego z rodziców,
 - b) 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia w przypadku śmierci obojga rodziców,pod warunkiem, iż nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej i śmierć nastąpiła w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku,
 - 6) **w przypadku pogryzienia, ukąszenia przez zwierzęta** – jednorazowe świadczenie w wysokości 2% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia pod warunkiem, iż Ubezpieczony przebywał w szpitalu w związku z pogryzieniem lub ukąszeniem przez zwierzęta przez co najmniej 24 godziny;
 - 7) **koszty porady psychologa poniesione w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 500 zł, pod warunkiem, iż:
 - a) koszty porady psychologa powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) koszty porady psychologa zostały poniesione w okresie ubezpieczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - c) Ubezpieczony wymagał porady psychologa i na podstawie pisemnej opinii pedagoga szkolnego uzyskał pisemne skierowanie do poradni psychologicznej;
 - 8) **koszty zakupu lub naprawy okularów korekcyjnych lub aparatu słuchowego uszkodzonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – jednorazowe świadczenie w wysokości udokumentowanych kosztów, jednak nie więcej jednak niż do wysokości 200 zł, pod warunkiem iż:
 - a) koszty zakupu lub naprawy okularów korekcyjnych lub aparatu słuchowego powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) nieszczęśliwy wypadek pozostawił uszczerbek na zdrowiu określony przez lekarza zaufania,
 - c) koszty zakupu lub naprawy okularów korekcyjnych lub aparatu słuchowego zostały poniesione w okresie ubezpieczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

O JAKIE OPCJE DODAKTOWE MOŻESZ ROZSZERZYĆ OPCJĘ PODSTAWOWĄ PLUS?

§ 7

Za zapłatą dodatkowej składki **Opcja Podstawowa Plus** może zostać rozszerzona o poniższe **Opcje Dodatkowe**, obejmujące następujące świadczenia:

- 1) **Opcja Dodatkowa D1 – śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego** – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D1, pod warunkiem, iż:
 - a) wypadek komunikacyjny w związku z ruchem pojazdu, o którym mowa w §2 pkt 31) niniejszych SWU wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 2) **Opcja Dodatkowa D4 - pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D4, za każdy dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, począwszy od pierwszego dnia pobytu w szpitalu, będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku przysługuje maksymalnie za 100 dni pobytu Ubezpieczonego w szpitalu;
- 3) **Opcja Dodatkowa D5 – pobyt w szpitalu w wyniku choroby** – świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D5, za każdy dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, począwszy od pierwszego dnia pobytu w szpitalu, w związku z chorobą, która została zdiagnozowana w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku choroby przysługuje maksymalnie za 100 dni pobytu w szpitalu;
- 4) **Opcja Dodatkowa D6 - poważne zachorowania** – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D6, pod warunkiem zachorowania i zdiagnozowania u Ubezpieczonego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, następującego rodzaju poważnego zachorowania:
 - a) **nowotwór złośliwy,**
 - b) **paraliż,**
 - c) **niewydolność nerek,**
 - d) **transplantacja głównych organów,**
 - e) **poliomyelitis,**
 - f) **utrata mowy,**
 - g) **utrata słuchu,**
 - h) **utrata wzroku,**
 - i) **anemia aplastyczna,**
 - j) **stwardnienie rozsiane;**
- 5) **Opcja Dodatkowa D7 – koszty operacji plastycznych w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 20% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D7, pod warunkiem, iż:
 - a) operacja plastyczna została zalecona przez lekarza jako niezbędna część procesu leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) koszty operacji plastycznej zostały poniesione w okresie nie dłuższym niż jeden rok od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 6) **Opcja Dodatkowa D10 - koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D10, z zastrzeżeniem kosztów dotyczących rehabilitacji, dla których ustala się podlimit w wysokości 5% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 500 zł, pod warunkiem, iż koszty leczenia:
 - a) powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;

- 7) **Opcja Dodatkowa D11 - czasowa niezdolność Ubezpieczonego do nauki lub pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie za każdy dzień czasowej niezdolności do pracy lub nauki, powstałej w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, począwszy od:
- a) 10-go dnia czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy lub nauki, w przypadku gdy czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub nauki trwała nieprzerwanie do 30 dni, za wyjątkiem dni wolnych od nauki lub pracy - w wysokości 0,1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D11,
 - b) 1-go dnia czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy lub nauki, w przypadku gdy czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub nauki trwała nieprzerwanie powyżej 30 dni, za wyjątkiem dni wolnych od nauki lub pracy - w wysokości 0,1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D11 lub 0,5% sumy ubezpieczenia za pierwsze 30 dni w przypadku, jeżeli czasowa niezdolność ubezpieczonego do nauki trwała nieprzerwanie powyżej 30 dni i powodowała, że rodzic Ubezpieczonego przebywał na zwolnieniu lekarskim od pracy w celu sprawowania osobistej opieki nad Ubezpieczonym minimum 14 dni.
- Świadczenia przysługuje maksymalnie za 10 miesięcy czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy lub nauki w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
- 8) **Opcja Dodatkowa D14 - uciążliwe leczenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – wypłata świadczenia w wysokości:
- a) 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D14 pod warunkiem, iż: nieszczęśliwy wypadek nie pozostawił uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego (0% uszczerbku na zdrowiu), a przebieg leczenia spowodował czasową niezdolność do nauki lub pracy przez okres nie krótszy niż 10 dni,
 - b) 2% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D14 pod warunkiem, iż nieszczęśliwy wypadek nie pozostawił uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego (0% uszczerbku na zdrowiu), a pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w związku z nieszczęśliwym wypadkiem trwał przez okres minimum 3 dni, a przebieg leczenia spowodował niezdolność do nauki/ pracy przez okres nie krótszy niż 10 dni;
- 9) **Opcja Dodatkowa D16** – trwała niezdolność Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – jednorazowe świadczenie w wysokości 100% sumy Ubezpieczenia określonej dla Opcji Dodatkowej D16, nie więcej niż 1.500 zł, przysługuje na podstawie orzeczenia komisji lekarskiej ZUS o trwałej niezdolności, pod warunkiem, że niezdolność powstała w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
- 10) **Opcja dodatkowa D17** - trwała niezdolność rodzica Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku - jednorazowe świadczenie w wysokości 100% sumy Ubezpieczenia określonej dla Opcji Dodatkowej D17, nie więcej niż 1.000 zł przysługuje na podstawie orzeczenia komisji lekarskiej ZUS o trwałej niezdolności, pod warunkiem, że niezdolność powstała w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej.

JAKĄ POMOC OTRZYMASZ W RAMACH OPCJI DODATKOWEJ D15 - ASSISTANCE EDU PLUS?

§ 8

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

- 1) **pomoc medyczną:**
 - a) wizyta lekarza Centrum Assistance – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, InterRisk 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 stan zdrowia Ubezpieczonego i rodzaj wymaganej pomocy medycznej wymaga organizacji wizyty lekarza specjalisty, InterRisk za

- pośrednictwem Centrum Assistance zorganizuje wizytę w terminie wskazanym przez Ubezpieczonego,
- c) wizyta pielęgniarki – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, na zlecenie lekarza Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt dojazdu pielęgniarki oraz jej honorarium za wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego. InterRisk 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, InterRisk 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, InterRisk 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. Usługa opieki domowej obejmuje:
 - i. robienie zakupów spożywczo-przemysłowych pierwszej potrzeby - koszty zakupów realizowanych na zlecenie Ubezpieczonego pokrywa Ubezpieczony;
 - ii. przygotowywanie posiłków – przy użyciu produktów, środków i sprzętów udostępnionych przez Ubezpieczonego;
 - iii. pomoc w utrzymaniu czystości w domu: sprzątanie podłóg, dywanów i wykładzin dywanowych, ścieraniu kurzy, wyrzucaniu śmieci, zmywaniu naczyń, czyszczeniu powierzchni roboczych w kuchni (blatów, płyty kuchennej oraz zlewu), sprzątaniu łazienki; podlewaniu roślin w domu i ogrodzie – przy użyciu środków i sprzętów udostępnionych przez Ubezpieczonego.
 - f) transport medyczny – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt transportu z miejsca pobytu Ubezpieczonego do placówki medycznej;
 - g) infolinia medyczna – InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance zapewni Ubezpieczonemu możliwość rozmowy z lekarzem Centrum Assistance, który udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji co do dalszego postępowania. Informacje udzielone przez lekarza Centrum Assistance nie mają charakteru diagnostycznego. Ponadto za pośrednictwem Centrum Assistance Ubezpieczony uzyska:
 - informacje medyczne o danym schorzeniu, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
 - informacje o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
 - informacje o działaniu leków (stosowanie, odpowiedniki, skutki uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży i laktacji) w ramach obowiązujących w Polsce przepisów;
- 2) **indywidualne korepetycje** – jeżeli Ubezpieczony uczeń lub student uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, w wyniku którego nie mógł uczęszczać na zajęcia lekcyjne nieprzerwanie przez okres co najmniej 7 dni, udokumentowane zaświadczeniem lekarskim, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance zorganizuje i pokryje koszt indywidualnych korepetycji z wybranych przez Ubezpieczonego ucznia lub studenta przedmiotów wchodzących w zakres programowy realizowany w szkole lub uczelni maksymalnie do 10 godzin lekcyjnych w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku;
- 3) **pomoc rehabilitacyjną** – jeżeli Ubezpieczony, będący pracownikiem placówki oświatowej, za wyjątkiem uczniów i studentów, uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, w wyniku którego czasowo utracił zdolność do wykonywania pracy trwającą

nieprzerwanie co najmniej 7 dni, udokumentowaną zaświadczeniem lekarskim, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie zorganizuje i pokryje koszt pracy rehabilitanta w miejscu pobytu Ubezpieczonego maksymalnie do 8 godzin rehabilitacji w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku.

SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY

§9

1. Wysokość sumy ubezpieczenia ustalana jest na wniosek Ubezpieczającego dla Opcji Podstawowej Plus oraz dla poszczególnych Opcji Dodatkowych, o których mowa w §4 ust. 1 - 2, z zastrzeżeniem ust. 2 niniejszego paragrafu.
2. Dla Opcji DODATKOWEJ D15 - **Assistance EDU PLUS**, o której mowa w §4 ust. 2 pkt 9) oraz §8, suma ubezpieczenia jest stała i wynosi 5.000 PLN.
3. Suma ubezpieczenia ustalana jest dla każdego Ubezpieczonego i określona jest w umowie ubezpieczenia.
4. Górną granicą odpowiedzialności InterRisk jest kwota stanowiąca 100% sumy ubezpieczenia w przypadku Opcji Podstawowej Plus oraz Opcji Dodatkowych, o których mowa w §4 ust. 1- 2 SWU.
5. W ramach ubezpieczenia wypłacone świadczenie lub łączna kwota wypłaconych świadczeń nie mogą przekroczyć łącznie górnej granicy odpowiedzialności określonej osobno dla Opcji Podstawowej Plus oraz wybranej Opcji Dodatkowej, o których mowa w ust. 1.

CO TRZEBA ZROBIĆ, ŻEBY SIĘ UBEZPIECZYĆ?

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§10

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku Ubezpieczającego, który powinien zawierać co najmniej następujące dane:
 - 1) imię, nazwisko (nazwę) oraz adres (siedzibę) Ubezpieczającego;
 - 2) imię i nazwisko Ubezpieczonego, jeżeli umowa zawierana jest w formie imiennej;
 - 3) liczbę dzieci, uczniów, studentów i pracowników placówek oświatowych zgłoszonych do ubezpieczenia;
 - 4) przedmiot i zakres (opcja, wariant) ubezpieczenia;
 - 5) propozycję sum ubezpieczenia Opcji Podstawowej Plus,
 - 6) propozycję sum ubezpieczenia dla opcji Dodatkowych, w przypadku, gdy Ubezpieczający wnioskuje o rozszerzenie zakresu o Opcje Dodatkowe,
 - 7) okres ubezpieczenia;
2. InterRisk może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji, mających wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres dwunastu miesięcy, chyba że strony umówiły się inaczej.
4. Okres ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia.
5. InterRisk potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia.

§11

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w formie ubezpieczenia grupowego, w rozumieniu §2 pkt 56).
2. Umowa ubezpieczenia grupowego zawierana jest w formie bezimiennej.

OD KIEDY UBEZPIECZENIE GWARANTUJE OCHRONĘ I KIEDY ONA SIĘ KOŃCZY?

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI INTERRISK

§12

1. W umowie ubezpieczenia określa się datę początkową i końcową okresu ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność InterRisk z tytułu mowy ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia wskazanego w umowie jako początek okresu ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty.
3. Odpowiedzialność InterRisk ustaje:
 - 1) z dniem upływu okresu ubezpieczenia;
 - 2) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia;
 - 3) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia w wyniku wypowiedzenia, o którym mowa w §13 ust. 2-4;
 - 4) w przypadku opłacania składki w ratach - jeżeli po upływie terminu płatności raty InterRisk wezwie Ubezpieczającego do jej zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania przez Ubezpieczającego spowoduje ustanie odpowiedzialności InterRisk, a kolejna rata składki nie zostanie opłacona w tym terminie – z dniem upływu tego terminu;
 - 5) z dniem wypłaty świadczenia lub świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia określonej w polisie;
 - 6) wobec Ubezpieczonego - z dniem jego zgonu;
 - 7) wobec Ubezpieczonego w grupowej umowie ubezpieczenia - z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym InterRisk otrzymał oświadczenie o wystąpieniu Ubezpieczonego z ubezpieczenia. Ubezpieczony może wystąpić z ubezpieczenia w każdym czasie.
4. Wznowienie odpowiedzialności InterRisk z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia następuje następnego dnia po zapłacie dodatkowej składki za doublebezpieczenie, w przypadku gdy odpowiedzialność InterRisk ustała wskutek wyczerpania sumy ubezpieczenia, pod warunkiem że InterRisk, nie później niż w terminie 7 dni od dnia zapłaty dodatkowej składki, potwierdzi w formie pisemnej wznowienie ochrony.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§13

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. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia.
3. 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.
4. Jeżeli InterRisk ponosił odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona przez Ubezpieczającego w terminie, InterRisk 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 niezapłacona składka.
5. Umowa ubezpieczenia wygasa z dniem bezskutecznego upływu terminu, o którym mowa w §12 ust. 3 pkt 4).

OD CZEGO ZALEŻY WYSOKOŚĆ SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ? SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§14

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej określona jest w umowie ubezpieczenia.
2. Wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej uzależniona jest od:
 - 1) przedmiotu ubezpieczenia;
 - 2) zakresu ubezpieczenia;
 - 3) okresu ubezpieczenia;
 - 4) wnioskowanych przez Ubezpieczającego wysokości sum ubezpieczenia;
 - 5) liczby osób przystępujących do ubezpieczenia;
 - 6) informacji o szkodowości.
3. Podstawową składkę ubezpieczeniową oblicza się mnożąc, określoną sumę ubezpieczenia przez właściwą dla danej Opcji stawkę określoną w złotych polskich, uzależnioną od czynników określonych w ust. 2. Postanowienie to nie dotyczy Opcji DODATKOWEJ D 15 – Assistance Edu Plus, w których obowiązuje jedna stawka składki określona kwotowo dla każdego Ubezpieczonego.
4. Wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej obliczana jest według taryfy składek obowiązujące w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia:
 - 1) dla Opcji Podstawowej Plus, ustala się w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia. Wysokość składki dla każdego Ubezpieczonego ustalana jest kwotowo za każdy 1.000 zł sumy ubezpieczenia;
 - 2) dla poszczególnych Opcji Dodatkowych ustala się w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia. Wysokość składki za każde świadczenie dodatkowe i dla każdego Ubezpieczonego ustalana jest kwotowo za każdy 1.000 zł sumy ubezpieczenia;
 - 3) dla Opcji DODATKOWEJ D15 – Assistance Edu Plus – wysokość składki dla każdego Ubezpieczonego ustalana jest kwotowo.
5. InterRisk może zastosować zwwyżki składki, w szczególności z tytułu:
 - 1) objęcia ochroną ubezpieczeniową osób uprawiających sport wyczynowo;
 - 2) wprowadzenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od postanowień SWU.
6. InterRisk może zastosować zniżki składki, w szczególności z tytułu:
 - 1) niskiej szkodowości w poprzednich okresach ubezpieczenia;
 - 2) wprowadzenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od postanowień SWU .
7. Składka ubezpieczeniowa płatna jest jednorazowo, chyba że strony umówiły się inaczej.
8. Składka za ubezpieczenie powinna być zapłacona w dniu zawierania umowy, chyba że strony umowy ustaliły w umowie ubezpieczenia późniejszy termin płatności.
9. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenia umowy przez którąkolwiek ze stron, InterRisk należy się składka za okres, w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
10. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na który została zawarta Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

**JAKIE OBOWIĄZKI MA UBEZPIECZAJĄCY, UBEZPIECZONY, A JAKIE INTERRISK?
PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY UBEZPIECZENIA**

§15

1. Ubezpieczający obowiązany jest do:
 - 1) przed zawarciem umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości InterRisk wszystkie znane sobie okoliczności, o które InterRisk zapytywał w formularzu wniosku albo przed zawarciem umowy w innych pismach;
 - 2) zgłaszania InterRisk zmian okoliczności, o których Ubezpieczający informował InterRisk przed zawarciem umowy ubezpieczenia, niezwłocznie po powzięciu o nich wiadomości;
 - 3) opłacenia składki lub jej rat w ustalonym terminie;

- 4) umożliwienia InterRisk zasięgnięcia informacji odnoszących się do okoliczności wystąpienia wypadku;
 - 5) przekazywania InterRisk w terminie ustalonym w umowie ubezpieczenia wszystkich danych niezbędnych do należytego wykonywania postanowień umowy ubezpieczenia, a w szczególności listy osób przystępujących do ubezpieczenia – w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej w formie imiennej;
 - 6) przestrzegania obowiązków określonych w niniejszych SWU,
 - 7) do doręczenia Ubezpieczonym SWU i udzielenia niezbędnych informacji dotyczących ochrony ubezpieczeniowej,
 - 8) poinformowania Ubezpieczonego na jego żądanie o sposobie obliczania i opłacania składki ubezpieczeniowej oraz dostarczenia Ubezpieczonemu postanowień umownych w zakresie stanowiącym o jego prawach i obowiązkach, przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na finansowanie składki ubezpieczeniowej (o ile Ubezpieczony finansuje składkę). Informacje powinny zawierać także opis obowiązków Ubezpieczającego i InterRisk względem Ubezpieczonego,
 - 9) w przypadku, gdy umowa ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek, Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać osobie zainteresowanej przystąpieniem do umowy ubezpieczenia informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przed przystąpieniem przez tę osobę do umowy ubezpieczenia, na piśmie, lub jeżeli osoba zainteresowana przystąpieniem do umowy ubezpieczenia wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku w rozumieniu ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
2. Jeżeli Ubezpieczający nie podał do wiadomości InterRisk okoliczności znanych sobie, o których mowa w ust. 1 pkt 1) lub nie dopełnił obowiązku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2), InterRisk nie odpowiada za skutki tych okoliczności.
3. InterRisk obowiązany jest do:
- 1) przekazywania Ubezpieczającemu informacji niezbędnych do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, a w przypadku zgłoszenia roszczenia zobowiązany jest do terminowej likwidacji;
 - 2) dostarczenia Ubezpieczającemu przed zawarciem umowy ubezpieczenia tekstu niniejszych SWU, a także innych dokumentów i formularzy niezbędnych z punktu widzenia wykonywania umowy ubezpieczenia;
 - 3) na żądanie Ubezpieczonego, udzielenia informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz SWU w zakresie praw i obowiązków Ubezpieczonego;
 - 4) udostępnienia Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu informacji i dokumentów, gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez InterRisk udostępnionych informacji, a także sporządzać na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem przez InterRisk;
 - 5) objęcia ochroną ubezpieczeniową osób, które zostały zgłoszone przez Ubezpieczającego i za które została zapłacona składka ubezpieczeniowa;
 - 6) wypłaty świadczenia na warunkach i zasadach określonych w niniejszych SWU i umowie ubezpieczenia;
 - 7) zabezpieczenia danych osobowych, otrzymanych w wyniku realizacji umowy ubezpieczenia zgodnie przepisami prawa;
 - 8) pisemnego informowania osoby występującej z roszczeniem, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania, zgodnie z §17 ust. 7;
 - 9) pisemnego informowania Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z zawiadomieniem o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z §17 ust. 7.
4. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony mają prawo wglądu do informacji i dokumentów, gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości świadczenia, żądania

pisemnego potwierdzenia przez InterRisk udostępnionych informacji i sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich za zgodność z oryginałem przez InterRisk..

5. Niezależnie od innych postanowień SWU, w sytuacji zaniechania lub zaprzestania dochodzenia świadczenia od InterRisk przez Ubezpieczającego, Ubezpieczony albo jego spadkobiercy są uprawnieni do bezpośredniego dochodzenia świadczenia.

CO ZROBIĆ ŻEBY DOSTAĆ ŚWIADCZENIE? ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA. USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§16

W razie powstania zdarzenia mogącego powodować odpowiedzialność InterRisk Ubezpieczający lub Ubezpieczony obowiązany jest do:

- 1) niezwłocznego zgłoszenia się do lekarza i zastosowania się do jego zaleceń;
- 2) zawiadomienia o zajściu tego zdarzenia InterRisk nie później niż w terminie 14 dni od dnia zajścia zdarzenia lub uzyskania o nim informacji, o ile stan zdrowia mu na to pozwala;
- 3) poddania się badaniu przez lekarza wskazanego przez InterRisk celem rozpoznania zgłaszanych obrażeń ciała. Koszt takiego badania pokrywa InterRisk.

§17

1. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczający lub Ubezpieczony może złożyć w każdej jednostce organizacyjnej InterRisk.
2. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia powinno zawierać poniższe podstawowe informacje:
 - 1) imię i nazwisko lub nazwę i adres Ubezpieczającego;
 - 2) imię i nazwisko, adres Ubezpieczonego;
 - 3) imię i nazwisko, adres Uprawnionego, jeżeli z roszczeniem występuje Uprawniony;
 - 4) datę wypadku oraz szczegółowy opis okoliczności jego zaistnienia;
 - 5) imię i nazwisko, adres świadków zdarzenia, o ile są w posiadaniu zgłaszającego roszczenie.
3. W celu ustalenia odpowiedzialności InterRisk Ubezpieczający lub Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć poniższe podstawowe dokumenty, o ile są w posiadaniu zgłaszającego roszczenie:
 - 1) kopię zgłoszenia zdarzenia Policji, o ile zostało dokonane;
 - 2) dokumentacją medyczną z przebiegu leczenia opisującą rodzaj doznanych obrażeń oraz zawierającą dokładną diagnozę;
 - 3) kartę informacyjną ze szpitala;
 - 4) celem refundacji poniesionych kosztów nabycia lub wypożyczenia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych:
 - a) kopię zlecenia lekarskiego na zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze,
 - b) okazać Ubezpieczycielowi oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty;
 - 5) celem refundacji poniesionych kosztów przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych:
 - a) kopię decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, na podstawie której przyznano rentę szkoleniową osobie trwale niezdolnej do pracy w dotychczasowym zawodzie lub orzeczenie powiatowego (lub wojewódzkiego) zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności, w którym orzeczono o celowości przekwalifikowania zawodowego osoby niepełnosprawnej,
 - b) okazać Ubezpieczycielowi oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty;

- 6) celem refundacji poniesionych: kosztów leczenia, kosztów rehabilitacji, kosztów leczenia stomatologicznego, kosztów porady psychologa, kosztu zakupu lub naprawy w wyniku nieszczęśliwego wypadku okularów korekcyjnych lub aparatu słuchowego – okazać Ubezpieczycielowi oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty;
 - 7) w przypadku wypadku komunikacyjnego, o ile Ubezpieczony był kierowcą pojazdu:
 - a) kopię prawa jazdy i uprawnień wymaganych zgodnie z przepisami prawa,
 - b) kopię dowodu rejestracyjnego pojazdu;
 - 8) w przypadku pogryzienia/pokąsania przez zwierzęta:
 - a) zaświadczenie lekarskie o udzieleniu pierwszej pomocy medycznej,
 - b) kartę informacyjną ze szpitala;
 - 9) w przypadku czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy lub nauki:
 - a) kopię zaświadczenia lekarskiego wystawionego zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2005 r. w sprawie orzekania o czasowej niezdolności do pracy, potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę lub placówkę medyczną, która wystawiła ww. zaświadczenie oraz zaświadczeniem stwierdzającym zatrudnienie – w przypadku Ubezpieczonego będącego pracownikiem placówki oświatowej, chyba że Ubezpieczony nie mógł go uzyskać z przyczyn od siebie niezależnych;
 - b) zaświadczenie wystawione przez placówkę oświatową potwierdzające nieobecność na zajęciach lekcyjnych – w przypadku uczniów i studentów;
 - 10) w przypadku uciążliwego leczenia - zaświadczenie lekarskie zawierające informację o okresie niezdolności do nauki lub pracy oraz potwierdzenie nieobecności Ubezpieczonego w pracy lub na zajęciach lekcyjnych przez zakład pracy lub szkołę, a w przypadku pobytu w szpitalu kartę informacyjną ze szpitala;
 - 11) w przypadku trwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy lub nauki - kopię decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o trwałej niezdolności do pracy lub nauki,
 - 12) w przypadku trwałej niezdolności rodzica Ubezpieczonego do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku - kopię decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o trwałej niezdolności do pracy.
4. InterRisk może na swój koszt, kierować Ubezpieczonego na badania lekarskie z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi.
 5. InterRisk może uzyskać odpłatnie od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu, za pośrednictwem lekarza upoważnionego przez InterRisk, informacje 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, w zakresie określonym w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
 6. Wystąpienie InterRisk o informację, o której mowa w ust. 5, wymaga pisemnej zgody Ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, albo jego przedstawiciela ustawowego.
 7. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, InterRisk w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
 8. W przypadku powzięcia przez InterRisk nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności zgłaszanych roszczeń lub wysokości świadczenia, InterRisk 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.

9. W razie powstania zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach Opcji DODATKOWEJ D15 - **Assistance EDU PLUS**, Ubezpieczający lub Ubezpieczony obowiązany jest telefonicznie skontaktować się z Centrum Assistance (adres, numer telefonu podany jest w umowie ubezpieczenia) i przekazać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko lub nazwę i adres Ubezpieczającego;
 - 2) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 3) adres zamieszkania Ubezpieczonego;
 - 4) okres ubezpieczenia;
 - 5) krótki opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy;
 - 6) numer telefonu kontaktowego Ubezpieczonego.
10. W razie powstania zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach Opcji DODATKOWEJ D15 - **Assistance EDU PLUS**, Ubezpieczony, na wniosek Centrum Assistance, zobowiązany jest przedstawić lekarzom Centrum Assistance posiadane: zaświadczenia medyczne, skierowania, zwolnienia lekarskie, dokumenty medyczne, recepty, a także okazać Ubezpieczycielowi oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty.

§18

1. Stopień uszczerbku na zdrowiu lub rodzaj inwalidztwa powinien być ustalony niezwłocznie po zakończeniu leczenia z uwzględnieniem, zaleconego przez lekarza leczenia powypadkowego, najpóźniej w 24 miesiącu od dnia wypadku.
2. Przy ustaleniu stopnia (procentu) uszczerbku na zdrowiu lub trwałego inwalidztwa częściowego nie bierze się pod uwagę charakteru czynności zawodowych wykonywanych przez Ubezpieczonego.
3. Stopień uszczerbku na zdrowiu w ramach Opcji Podstawowej Plus ustalany jest na podstawie Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu Edu Plus i wyłącznie za uszkodzenia ciała wyszczególnione w Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu Edu Plus, która stanowi załącznik nr 1 do niniejszych SWU.
4. 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.

§19

1. InterRisk wypłaca Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu świadczenie na podstawie uznania roszczenia, po uprzednim przeprowadzeniu własnego postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zasadności zgłoszonego roszczenia i wysokości świadczenia, zawartej z Ubezpieczonym lub Uprawnionym umowy lub prawomocnego orzeczenia sądowego.
2. Świadczenia wypłacane są w złotych polskich.
3. InterRisk spełnia świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
4. Jeżeli w terminie określonym w ust. 3 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności InterRisk 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 InterRisk wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
5. Jeżeli w terminie określonym w ust. 3 InterRisk nie wypłaci świadczenia, zawiadamia na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub części powyższym terminie.
6. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, InterRisk informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz

Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, w terminach określonych w ust. 3 lub 4, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz poucza o możliwości złożenia skargi lub reklamacji do InterRisk lub dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

§20

1. Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia nie będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo do wniesienia skargi.
2. Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo do wniesienia reklamacji w rozumieniu ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.
3. Skargę lub reklamację składa się: na piśmie do oddziału lub filii InterRisk za pośrednictwem operatora pocztowego, posłańca, kuriera lub osobiście albo ustnie, tj. telefonicznie poprzez InterRisk Kontakt (nr tel.: 22 212 20 12) lub osobiście do protokołu w oddziale lub filii InterRisk. Skargi lub reklamacje dotyczące likwidacji szkód należy składać w formie pisemnej za pośrednictwem operatora pocztowego, posłańca lub kuriera na adres do korespondencji wskazany w decyzji o wypłacie lub odmowie wypłaty odszkodowania lub świadczenia lub innym dokumencie, którego dotyczy skarga lub reklamacja.
4. Na żądanie osoby składającej reklamację w sposób inny niż za pośrednictwem operatora pocztowego lub kuriera, InterRisk potwierdza fakt złożenia reklamacji w trybie uzgodnionym z tą osobą.
5. Jednostka organizacyjna InterRisk, której dotyczy skarga lub reklamacja udziela odpowiedzi na skargę lub reklamację w terminie 30 dni od dnia otrzymania skargi lub reklamacji. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie skargi lub reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, termin rozpatrzenia skargi lub reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do maksymalnie 60 dni od dnia otrzymania skargi lub reklamacji.
6. InterRisk udziela odpowiedzi na skargę lub reklamację pisemnie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Odpowiedź na skargę może być udzielana także w innej formie uzgodnionej z osobą wnoszącą skargę. Odpowiedź na reklamację na wniosek osoby wnoszącej reklamację może zostać udzielona drogą elektroniczną.
7. Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo wniesienia skargi do Rzecznika Finansowego. Konsumentom przysługuje także prawo zwrócenia się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.
8. InterRisk podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§21

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia złożone przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub InterRisk w związku z umową ubezpieczenia (dotyczące zarówno wykonania jak i rozwiązania lub wystąpienia z umowy ubezpieczenia) powinny być złożone na piśmie pod rygorem nieważności, za wyjątkiem przypadku, gdy podmioty te wyrażą zgodę na przekazywanie zawiadomień i oświadczeń w formie elektronicznej.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości

- ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
3. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu ubezpieczeń regulują ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych
 4. Wszelkie spory wynikające z umowy ubezpieczenia lub powstające w związku z nią mogą być przedmiotem rozstrzygnięcia przez Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego. Powyższe postanowienie nie stanowi zapisu na sąd polubowny.
 5. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU jest prawo polskie.
 6. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia EDU Plus dla szkolnego programu ubezpieczeniowego Nauczycielskiej Agencji Ubezpieczeniowej S.A. zostały zatwierdzone uchwałą nr 01/09/05/2016 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 09.05.2016 roku mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 09.05.2016r.

Członek Zarządu



Katarzyna Grześkowiak

Wiceprezes Zarządu



Józef Winiarski

Załącznik nr 1 do Szczególnych Warunków Ubezpieczenia EDU PLUS dla szkolnego programu ubezpieczeniowego nauczycielskiej Agencji Ubezpieczeniowej S.A.

TABELA NORM USZCZERBKU NA ZDROWIU EDU PLUS

I. USZKODZENIA GŁOWY		Procent uszczerbku na zdrowiu
1.	ZŁAMANIE KOŚCI POKRYWY CZASZKI	5
2.	ZŁAMANIE KOŚCI PODSTAWY CZASZKI	10
II. USZKODZENIA TWARZY		Procent uszczerbku na zdrowiu
1.	USZKODZENIA POWŁOK TWARZY (BLIZNY I UBYTKI)	2
2.	ZŁAMANIA KOŚCI TWARZOCZASZKI	3
3.	ZŁAMANIE KOŚCI NOSA	2
4.	CAŁKOWITA UTRATA NOSA	20
5.	UTRATA SKRZYDEŁKA NOSA	8
6.	CZĘŚCIOWA UTRATA ZĘBA STAŁEGO - ZA KAŻDY	1
7.	CAŁKOWITA UTRATA ZĘBA STAŁEGO - ZA KAŻDY	2
8.	ZŁAMANIE KOŚCI SZCZĘKI LUB ŻUCHWY	2
9.	CZĘŚCIOWA UTRATA SZCZĘKI LUB ŻUCHWY	10
10.	CAŁKOWITA UTRATA SZCZĘKI LUB ŻUCHWY	40
11.	CAŁKOWITA UTRATA JĘZYKA	30
III. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU		Procent uszczerbku na zdrowiu
1.	CAŁKOWITA UTRATA WZROKU W JEDNYM OKU	50
2.	CAŁKOWITA UTRATA WZROKU W OBU OCZACH	100
3.	USZKODZENIE GAŁKI OCZNEJ - CIAŁA OBCE	5
4.	USZKODZENIE GAŁKI OCZNEJ - ODWARSTWIENIE SIATKÓWKI JEDNEGO OKA	15
IV. USZKODZENIA MOWY		Procent uszczerbku na zdrowiu
1.	CAŁKOWITA UTRATA MOWY	100
V. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU		Procent uszczerbku na zdrowiu
1.	UTRATA SŁUCHU W JEDNYM UCHU	30
2.	CAŁKOWITA UTRATA SŁUCHU W OBU USZACH	70

3.	CZĘŚCIOWA UTRATA MAŁŻOWINY USZNEJ LUB ZNIEKSZTAŁCENIE (BLIZNY, OPARZENIA, ODMROŻENIA)	2
4.	CAŁKOWITA UTRATA MAŁŻOWINY USZNEJ	8
5.	UTRATA OBU MAŁŻOWIN USZNYCH	10
VI. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZEŁYKU		Procent uszczerbku na zdrowiu
1.	USZKODZENIE LUB ZWĘŻENIE KRTANI POZWALAJĄCE NA OBCHODZENIE SIĘ BEZ RURKI TCHAWICZEJ	5
2.	USZKODZENIE KRTANI, POWODUJĄCE KONIECZNOŚĆ STAŁEGO STOSOWANIA RURKI TCHAWICZEJ	25
3.	USZKODZENIE TCHAWICY - ZWĘŻENIE	2
4.	USZKODZENIE PRZEŁYKU POWODUJĄCE CAŁKOWITĄ NIEDROŻNOŚĆ PRZEŁYKU ZE STAŁĄ PRZETOKĄ ŻOŁĄDKOWĄ	40
5.	USZKODZENIE TKANEK MIĘKKICH (SKÓRY I MIĘŚNI) SZYI:	1
VII. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I JEJ NASTĘPSTWA		Procent uszczerbku na zdrowiu
1.	CZĘŚCIOWA UTRATA BRODAWKI SUTKOWEJ U KOBIET	1
2.	CAŁKOWITA UTRATA BRODAWKI SUTKOWEJ U KOBIET	8
3.	CZĘŚCIOWA UTRATA GRUCZOŁU PIERSIOWEGO	5
4.	CAŁKOWITA UTRATA GRUCZOŁU PIERSIOWEGO	8
5.	ZŁAMANIE ŻEBER - za każde, maksymalnie 10%	1
6.	ZŁAMANIE MOSTKA	3
7.	USZKODZENIE SERCA LUB OSIERDZIA (POURAZOWE, POZAWAŁOWE):	10
VIII. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA		Procent uszczerbku na zdrowiu
1.	USZKODZENIA POWŁOK JAMY BRZUSZNEJ – blizny nie będące następstwem zabiegów operacyjnych	1
2.	USZKODZENIE ŻOŁĄDKA, JELIT - bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego	2
3.	USZKODZENIE ŻOŁĄDKA, JELIT - odżywianie wyłącznie parenteralne	20
4.	USZKODZENIA ZWIERACZA ODBYTU	5
5.	USZKODZENIE ŚLEDZIONY	3
6.	CAŁKOWITA UTRATA ŚLEDZIONY	10
7.	USZKODZENIA WĄTROBY - resekcja fragmentu wątroby	10
8.	USZKODZENIA TRZUSTKI	10

IX. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOPŁCIOWYCH		Procent uszczerbku na zdrowiu	
1.	CAŁKOWITA UTRATA JEDNEJ NERKI PRZY DRUGIEJ ZDROWEJ I PRAWIDŁOWO DZIAŁAJĄCEJ	20	
2.	CAŁKOWITA UTRATA JEDNEJ NERKI PRZY UPOŚLEDZENIU FUNKCJONOWANIA DRUGIEJ NERKI LUB USZKODZENIE OBU NEREK PROWADZĄCE DO ICH SCHYŁKOWEJ NIEWYDOLNOŚCI - schyłkowa niewydolność nerek	50	
3.	USZKODZENIE MOCZOWODU	10	
4.	USZKODZENIE CEWKI MOCZOWEJ	5	
5.	CAŁKOWITA UTRATA PRĄCIA	30	
6.	CZĘŚCIOWA UTRATA PRĄCIA	10	
7.	CAŁKOWITA UTRATA JEDNEGO JĄDRA LUB JAJNIKA	10	
8.	CAŁKOWITA UTRATA OBU JĄDER LUB JAJNIKÓW	30	
9.	POURAZOWY WODNIAK JĄDRA	5	
10.	CAŁKOWITA UTRATA MACICY	40	
11.	USZKODZENIE POCHWY	5	
12.	USZKODZENIE MACICY	10	
X. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA I RDZENIA KRĘGOWEGO		Procent uszczerbku na zdrowiu	
1.	USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA - następstwa urazów skrętnych	2	
2.	ZŁAMANIA TRZONÓW KRĘGÓW - za każdy	5	
3.	ZŁAMANIA KRĘGOSŁUPA – ŁUKÓW, WYROSTKÓW POPRZECZNYCH, KOLCZYSTYCH – ZA KAŻDY	2	
XI. USZKODZENIA MIEDNICY		Procent uszczerbku na zdrowiu	
1.	ZŁAMANIE MIEDNICY	20	
XII. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ		Procent uszczerbku na zdrowiu	
		prawa	lewa
1.	ZŁAMANIE ŁOPATKI	3	2
2.	ZŁAMANIE OBOJCZYKA	3	2
3.	ZWICHNIĘCIE STAWU OBOJCZYKOWO-BARKOWEGO LUB OBOJCZYKOWO-MOSTKOWEGO	1	1
4.	USZKODZENIE STAWU ŁOPATKOWO - RAMIENNEGO	1	1
5.	CAŁKOWITA UTRATA KOŃCZYNY W STAWIE BARKOWYM	70	60
6.	UTRATA KOŃCZYNY NA POZIOMIE RAMIENIA	65	60

7. ZŁAMANIE KOŚCI RAMIENNEJ, WYROSTKA ŁOKCIOWEGO, GŁOWY KOŚCI PROMIENIOWEJ	4	3
8. ZŁAMANIA KOŚCI PRZEDRAMIENIA	3	2
9. USZKODZENIA TKANEK MIĘKKICH, SKÓRY, MIĘŚNI, ŚCIĘGIEN I ICH PRZYCZEPÓW, NACZYŃ	1	1
10. ZWICHNIĘCIA W STAWIE ŁOKCIOWYM	3	2
11. UTRATA KOŃCZYNY W OBRĘBIE PRZEDRAMIENIA	55	50
12. ZŁAMANIA NADGARSTKA	2	1
13. UTRATA RĘKI NA POZIOMIE NADGARSTKA	50	40
14. ZŁAMANIA JEDNEJ KOŚCI ŚRÓDRĘCZA	1	1
15. ZŁAMANIE PALCA	1	1
16. CZĘŚCIOWA UTRATA OPUSZKI KCIUKA	1	1
17. UTRATA PALICZKA PAZNOKCIOWEGO KCIUKA	3	2
18. UTRATA KCIUKA	10	8
19. CZĘŚCIOWA UTRATA OPUSZKI PALCA WSKAZUJĄCEGO, PALCA TRZECIEGO, CZWARTEGO LUB PIĄTEGO - za każdy	1	1
20. UTRATA PALICZKA PAZNOKCIOWEGO PALCA WSKAZUJĄCEGO, PALCA TRZECIEGO, CZWARTEGO LUB PIĄTEGO - za każdy	2	1,5
21. UTRATA PALCA WSKAZUJĄCEGO	7	5
22. UTRATA PALCA TRZECIEGO, CZWARTEGO LUB PIĄTEGO – za każdy	6	4
XIII. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ		Procent uszczerbku na zdrowiu
A. STAW BIODROWY, UDO		
1. UTRATA KOŃCZYNY DOLNEJ W STAWIE BIODROWYM	70	
2. UTRATA KOŃCZYNY DOLNEJ NA POZIOMIE UDA	50	
3. USZKODZENIE TKANEK MIĘKKICH, APARATU WIĘZADŁOWEGO, MIĘŚNI, ŚCIĘGIEN, NACZYŃ, NERWÓW - następstwa uszkodzeń urazów skrętnych	1	
4. USZKODZENIA STAWU BIODROWEGO (ZWICHNIĘĆ, ZŁAMAŃ BLIŻSZEJ NASADY KOŚCI UDOWEJ, ZŁAMAŃ SZYJKI, ZŁAMAŃ PRZEKREĘTARZOWYCH I PODKREĘTARZOWYCH, ZŁAMAŃ KRĘTARZY, URAZOWYCH ZŁUSZCZEŃ GŁOWY KOŚCI UDOWEJ	5	
5. ENDOPROTEZA STAWU BIODROWEGO	15	
6. ZŁAMANIE KOŚCI UDOWEJ	8	
7. USZKODZENIA SKÓRY, MIĘŚNI, ŚCIĘGIEN - następstwa oparzeń, ran ciętych	1	
C. STAW KOLANOWY		
1. ZŁAMANIE STRUKTUR KOSTNYCH TWORZĄCYCH STAW KOLANOWY I RZEPKI	1	

2. USZKODZENIA WIĘZADEŁ	4
3. CAŁKOWITA UTRATA KOŃCZYNY DOLNEJ NA POZIOMIE STAWU KOLANOWEGO	40
D. PODUDZIE	
1. ZŁAMANIE KOŚCI PODUDZIA (PISZCZELOWEJ LUB PISZCZELOWEJ I STRZAŁKOWEJ)	8
2. ZŁAMANIE KOŚCI STRZAŁKOWEJ	2
3. USZKODZENIA TKANEK MIĘKKICH PODUDZIA, SKÓRY, MIĘŚNI, ŚCIĘGNA ACHILLESA I INNYCH ŚCIĘGIEN	1
4. UTRATA KOŃCZYNY NA POZIOMIE PODUDZIA	30
E. STAW SKOKOWO-GOLENIOWY I SKOKOWO-PIĘTOWY	
1. USZKODZENIA STAWU SKOKOWO-GOLENIOWEGO I SKOKOWO-PIĘTOWEGO - SKRĘCENIA, ZWICHNIĘCIA	1
2. ZŁAMANIA KOŚCI SKOKOWEJ LUB PIĘTOWEJ	5
3. ZŁAMANIA KOŚCI ŚRÓDSTOPIA	1
4. CAŁKOWITA UTRATA STOPY	50
5. UTRATA STOPY NA POZIOMIE STAWU CHOPARTA	40
6. UTRATA STOPY W STAWIE LISFRANCA	30
7. UTRATA STOPY W OBRĘBIE KOŚCI ŚRÓDSTOPIA	20
F. PALCE STOPY	
1. ZŁAMANIE PALCA	1
2. UTRATA PALCZKA PAZNOKCIOWEGO PALUCHA	1
3. UTRATA PALUCHA	8
4. UTRATA PALCÓW II, III, IV I V - za każdy	1
XIV. NIEDOWŁADY I PORAŻENIA	
	Procent uszczerbku na zdrowiu
1. PORAŻENIE LUB NIEDOWŁAD KOŃCZYNY GÓRNEJ PRAWEJ	40
2. PORAŻENIE LUB NIEDOWŁAD KOŃCZYNY GÓRNEJ LEWEJ	30
3. PORAŻENIE LUB NIEDOWŁAD KOŃCZYNY DOLNEJ	25
4. PORAŻENIE LUB NIEDOWŁAD POŁOWICZY PRAWOSTRONNY	70
5. PORAŻENIE LUB NIEDOWŁAD POŁOWICZY LEWOSTRONNY	60
6. PORAŻENIE CAŁKOWITE KOŃCZYN GÓRNYCH I DOLNYCH (CZTEROKOŃCZYNOWE)	100
7. PORAŻENIE NERWU TWARZOWEGO	5

XV. Wstrząśnienie mózgu		Procent uszczerbku na zdrowiu
1.	LICZBA DNI POBYTU W SZPITALU OD 3-5 DNI	2
2.	LICZBA DNI POBYTU W SZPITALU OD 6 DO 10 DNI	4
3.	LICZBA DNI POBYTU W SZPITALU POWYŻEJ 10 DNI	6
XVI. OPARZENIA		Procent uszczerbku na zdrowiu
1.	II STOPIEŃ OPARZENIA	10
2.	III STOPIEŃ OPARZENIA	30
3.	IV STOPIEŃ OPARZENIA	50
XVII. ODMROŻENIA		Procent uszczerbku na zdrowiu
1.	II STOPIEŃ ODMROŻENIA	10
2.	III STOPIEŃ ODMROŻENIA	30
3.	IV STOPIEŃ ODMROŻENIA	50
XVIII. SKRĘCENIA I ZWICHNIĘCIA STAWU KOLANOWEGO		Procent uszczerbku na zdrowiu
1.	SKRĘCENIA I ZWICHNIĘCIA STAWU KOLANOWEGO	1,5