

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW DZIECI, MŁODZIEŻY, OSÓB UCZĄCYCH SIĘ ORAZ PERSONELU W PLACÓWKACH OŚWIATOWYCH – UBEZPIECZENIE SZKOLNE III 184

SPIS TREŚCI

Postanowienia ogólne	4
Definicje	4
Przedmiot i zakres ubezpieczenia	5
Wyłączenia odpowiedzialności	6
Suma ubezpieczenia / suma gwarancyjna oraz limity odpowiedzialności	6
Składka ubezpieczeniowa	7
Zawarcie umowy	7
Początek i koniec odpowiedzialności	7
Odstąpienie od umowy i rozwiązanie umowy	7
Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpiezonego	8
Ustalenie wysokości świadczenia	8
Wypłata świadczenia	9
Roszczenia regresowe w związku z ubezpieczeniami majątkowymi	10
Postępowanie dotyczące składania reklamacji	10
Postanowienie dotyczące składania skarg	11
Ważne informacje dla Ubezpieczających, Ubezpieczonych i Uprawnionych z umowy	11
Postanowienia końcowe	11
KLAUZULA NR 1 – ZWROT KOSZTÓW LECZENIA 7200	12
KLAUZULA NR 2 – DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE 250 w dzień max 2250	12
KLAUZULA NR 3 – JEDNORAZOWE ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU LECZENIA SZPITALNEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	12
KLAUZULA NR 4 – JEDNORAZOWE ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO	12
KLAUZULA NR 5 – ZASIŁEK DZIENNY Z TYTUŁU KRÓTKOTRWAŁEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY LUB NAUKI	14
KLAUZULA NR 6 – ZWROT KOSZTÓW REHABILITACJI 7200	14
KLAUZULA NR 7 – ZWROT KOSZTÓW WYPOŻYCZENIA LUB NABYCIA ŚRODKÓW SPECJALNYCH LUB USZKODZENIA SPRZĘTU MEDYCZNEGO 7200	15
KLAUZULA NR 8 – ZWROT KOSZTÓW PRZESZKOLENIA ZAWODOWEGO OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ 9000	15
KLAUZULA NR 9 – ZWROT KOSZTÓW POGRZEBU W PRZYPADKU ŚMIERCI PRAWNEGO OPIEKUNA UBEZPIECZONEGO 1000	15



KLAUZULA NR 10 – JEDNORAZOWE ŚWIADCZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI PRAWNEGO OPIEKUNA UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	16
KLAUZULA NR 11 – DODATKOWY MIESIĄC UBEZPIECZENIA	16
KLAUZULA NR 12 – DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE Z POWODU CHOROBY 25 zł za dob. max 1500	16
KLAUZULA NR 13 – JEDNORAZOWE ŚWIADCZENIE W PRZYPADKU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ NOWOTWOREM ZŁOŚLIWYM 1000	16
KLAUZULA NR 14 – JEDNORAZOWE ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ZDIAGNOZOWANIA U UBEZPIECZONEGO WRODZONEJ WADY SERCA 1000	17
KLAUZULA NR 15 – COMPENSA IME – UBEZPIECZENIE IME KIDS SECURE	17
KLAUZULA NR 16 – ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA DYREKTORA PLACÓWKI OŚWIATOWEJ	17
KLAUZULA NR 17 – ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA PERSONELU PLACÓWKI OŚWIATOWEJ	18
KLAUZULA NR 18 – ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA MIENIE POWIERZONE NA PRZECHOWANIE DO SZATNI	19
KLAUZULA NR 19 – ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA Z TYTUŁU PROWADZENIA ŻYWIENIA ZBIOROWEGO W PLACÓWCE OŚWIATOWEJ	20
ANEKS NR I 20 Jednorazowe świadc. z tytułu zachorow. rodzica 1000	22
OBOWIĄZEK INFORMACYJNY ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH	23

KLAUZULA NR 20

Jednorazowe świadczenie z tytułu zachorowania Rodzica Ubezpieczonego

Stanowi załącznik do polisy typ 184 nr 1002427

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej zostaje rozszerzony o jednorazowe świadczenie z tytułu zachorowania Rodzica Ubezpieczonego
2. Odpowiedzialność w zakresie z tytułu niniejszej klauzuli powstaje pod warunkiem zachorowania i zdiagnozowania u Ubezpieczonego po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, następującego rodzaju zachorowania: nowotwór złośliwy, paraliż, mocznica, transplantacja głównych organów, poliomyelitis, utrata mowy, utrata słuchu, utrata wzroku, anemia aplastyczna, stwardnienie rozsiane;

§ 2. DEFINICJE

1. **NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY** – obecność jednego lub więcej guzów złośliwych, charakteryzujących się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz inwazją i niszczeniem zdrowej tkanki, co obejmuje także białaczkę, nowotwory układu limfatycznego i chorobę Hodgkina.
2. **PARALIŻ** – całkowita i nieodwracalna utrata władzy w dwóch lub więcej kończynach poprzez porażenie spowodowane uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego wskutek choroby lub wypadku. W ocenie nie bierze się pod uwagę niedowładów. O trwałości porażenia można orzekać po upływie sześciu miesięcy od dnia jego zajścia;
3. **MOCZNICA** – końcowa postać niewydolności nerek charakteryzująca się trwałym i nieodwracalnym upośledzeniem funkcji obydwu nerek, w wyniku którego konieczne jest stosowanie dializ przez okres co najmniej 3 miesięcy lub wystąpienie pełnych wskazań medycznych do przeszczepienia nerki;
4. **TRANSPLANTACJA GŁÓWNYCH ORGANÓW** – przebycie jako biorca operacji przeszczepu serca, serca i płuc, wątroby lub jej części, nerki lub przeszczepu szpiku kostnego;
5. **POLIOMIELITIS** – jednoznacznie rozpoznanie neuroinfekcji wirusem polio powodującej porażenia mięśni lub niewydolność oddechową, trwającą przez okres co najmniej trzech miesięcy;
6. **UTRATA MOWY** – rozpoznana przez lekarza specjalistę całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy, oznaczająca niemożność artykułowania zrozumiałych słów lub zrozumiałe mówionego języka, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy;
7. **UTRATA SŁUCHU** – rozpoznana przez lekarza laryngologa całkowita i nieodwracalna utrata słuchu dla wszystkich dźwięków jako następstwo choroby lub nieszczęśliwego wypadku. Dokumentacja medyczna musi być potwierdzona właściwą konsultacją lekarza specjalisty laryngologa;
8. **UTRATA WZROKU** – rozpoznana przez lekarza okulistę całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach (VO=0, z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji) powstała w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem, że o trwałości schorzenia orzeka się po upływie co najmniej 6 miesięcy od daty jego wystąpienia;
9. **ANEMIA APLASTYCZNA** – niedokrwistość uwarunkowana znacznym upośledzeniem czynności krwiotwórczej szpiku, której rezultatem jest: anemia, neutropenia lub trombocytopenia wymagające leczenia jedną z następujących metod: transfuzja krwi, przeszczep szpiku kostnego, leczenie stymulujące odnowę szpiku kostnego;
10. **STWARDNIENIE ROZSIANE** – choroba ośrodkowego układu nerwowego z występującymi objawami ogniskowej demielinizacji z utrzymującymi się zaburzeniami motorycznymi lub zaburzeniami czucia;

§ 3. ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie dokumentacji medycznej stwierdzającej wystąpienie u Ubezpieczonego w okresie objętym ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Klauzuli (z uwzględnieniem upływu okresu karencji – o ile zgodnie z postawieniami § 1 miał zastosowanie) poważnego zachorowania, w szczególności dokumentacji medycznej potwierdzającej:

Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa

- 1) pancytopenię w badaniach laboratoryjnych oraz trepanobiopsji wykazującej aplazję szpiku – w przypadku anemii aplastycznej;
- 2) obecność nowotworu złośliwego stwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie onkologii oraz gdy zajdzie konieczność zastosowania leczenia interwencyjnego, operacji lub objęcia Ubezpieczonego opieką
- 3) jednoznacznie stwierdzone i zdiagnozowane choroby przez lekarza specjalistę neurologa – w przypadku poliomielitis;
- 4) wystąpienie więcej niż jednego epizodu zaburzeń neurologicznych z charakterystycznym obrazem w badaniu rezonansu magnetycznego (MRI) lub wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego w przypadku stwardnienia rozsianego;
2. COMPENSA wypłaci jednorazowe świadczenie w wysokości 1 000 zł z tytułu zrealizowania ryzyka o którym mowa w §1.
3. Określony w ust.2 limit odpowiedzialności stanowi górną granicę odpowiedzialności COMPENSY za świadczenie określone w niniejszej klauzuli.
4. Świadczenie, o którym mowa w niniejszej klauzuli COMPENSA wypłaca ponad sumę ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków określonej dla częściowego trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego.

§ 3. SZCZEGÓLNE WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Poza wyłączeniami odpowiedzialności określonymi w § 4 OWU, COMPENSA w ramach niniejszej Klauzuli nie obejmuje ochroną poważnych zachorowań będących następstwem:
 - 1) nadużywania alkoholu, leków lub innych środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
 - 2) wad i chorób wrodzonych Rodzica Ubezpieczonego;
 - 3) zakażenia Rodzica Ubezpieczonego HIV;
 - 4) uprawiania przez Rodzica Ubezpieczonego sportów ekstremalnych;
 - 5) zawodowego uprawiania sportu.
2. Ubezpieczenie nie obejmuje również:
 - 1) nowotworu złośliwego w rozumieniu:
 - a) guzy opisywane jako nowotwory in situ (w tym dysplazja szyjki macicy CIN-1, CIN-2, CIN-3) lub histologicznie opisywane jako zmiany przedinwazyjne;
 - b) wszystkie nowotwory skóry, o ile nie stwierdzono istnienia przerzutów do innych organów oraz o ile nie stwierdzono, że guz jest czerniakiem złośliwym o grubości powyżej 1,5 mm, określonej w wyniku badania histologicznego lub klasyfikowane powyżej 3 poziomu inwazji w skali Clark'a;
 - c) mięsaki Kaposiego i inne guzy związane z zakażeniem wirusem HIV lub AIDS;
 - d) nowotwory prostaty histologicznie opisywane jako T1 w Klasyfikacji TNM (łącznie z T1 (a) lub T1 (b) lub równoważne według innej klasyfikacji);
 - e) rak brodawkowaty tarczycy spełniający kryteria „microcarcinoma” w ocenie histopatologa;
 - f) przewlekła białaczka limfatyczna;
 - 2) paraliżu będącego skutkiem polineuropatii w zespole Guillan-Barre;
 - 3) poliomielitis u Ubezpieczonego nieuodpornionego (tj. niezaszczepionego) zgodnie z obowiązującym na terenie Rzeczypospolitej Polskiej kalendarzem szczepień;

Radom, dnia: 31.08.2018

UBEZPIECZENIA
Jarosław Polak
AGENTA UBEZPIECZENIOWY
ul. Czarna 26, 26-634 Gózd
KRS 0000262626
tel. 48 340 26 00
e-mail: spiders@wp.pl

pieczęć i podpis przedstawiciela Compensa TUSA VIS

DYREKTOR
Publicznej Szkoły Podstawowej
im. Jana Kochanowskiego
w Małeczynie
pieczęć i podpis Ubezpieczającego

Jolanta Zieba

Oryginał/Kopia

Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa