

UBEZPIECZAJĄCY

Wojciech Ozgowicz
Adama Mickiewicza 13, 28-100 Busko-Zdrój
E-mail: lo1busko@lo1busko.civ.pl
Telefon: 413783653

UBEZPIECZONY

I Liceum Ogólnokształcące im. Tadeusza Kościuszki
NIP: 6551295448
REGON: 292858050
Adama Mickiewicza 13, 28-100 Busko-Zdrój
Reprezentowany przez: Ewelina Szymczyk-Krzemińska

OKRES UBEZPIECZENIA

Od 1 września 2023
Do 31 sierpnia 2024

I. UBEZPIECZENIE NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

OSOBY UBEZPIECZONE

Uczniowie oraz Pracownicy Placówki Oświatowej

OKRES OCHRONY

24 godziny na dobę (całodobowy), na całym świecie.

Umowa ubezpieczenia obejmuje zakres ubezpieczenia określony w poniższej tabeli, z wyłączeniem pozycji przy których wskazano „brak”:

Zakres ubezpieczenia		Suma ubezpieczenia (dla jednej osoby, na zdarzenie)	
Artykuł 6.1	ŚMIERĆ NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (w tym w wyniku zawału serca lub udaru mózgu)	zł	22 000
	ŚMIERĆ NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO POWSTAŁEGO NA TERENIE PLACÓWKI OŚWIATOWEJ	zł	44 000
	ŚMIERĆ NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO	zł	33 000
	ŚMIERĆ RODZICA OSOBY UBEZPIECZONEJ NA SKUTEK NW	zł	5 000
	KOSZTY POGRZEBU	zł	do 5 000
	ASSISTANCE MEDYCZNY	zł	Tak
Artykuł 7.1	USZCZERBEK NA ZDROWIU (1% SU za 1% uszczerbku)	zł	22 000
Artykuł 7.2	KOSZTY LECZENIA SKUTKÓW NW	zł	do 600
Artykuł 7.3	KOSZTY REHABILITACJI SKUTKÓW NW	zł	do 600
Artykuł 7.5	KOSZTY LECZENIA ZĘBÓW USZKODZONYCH NA SKUTEK NW	zł	do 700
Artykuł 7.6	ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU POPARZEŃ	zł	do 4 500
Artykuł 7.7A	ŚWIADCZENIE SZPITALNE Z TYTUŁU NW (dziennie, za każdy dzień pobytu w szpitalu, jeżeli pobyt trwał co najmniej 2 dni, maksymalnie za 90 dni). *Podwojenie świadczenia za każdą pełną dobę przebywania na OIOM, maksymalnie 5 dób	zł	40/*80
Artykuł 7.7B	ŚWIADCZENIE SZPITALNE Z TYTUŁU CHOROBY (dziennie, za każdy dzień pobytu w szpitalu, jeżeli pobyt trwał co najmniej 3 dni, maksymalnie za 60 dni). *Podwojenie świadczenia za każdą pełną dobę przebywania na OIOM, maksymalnie 5 dób Ochrona obejmuje także pobyt w szpitalu w związku z COVID – 19	zł	25/*50
Artykuł 7.8	OKALECZENIE I OSZPECENIE TWARZY	zł	do 6 000
Artykuł 7.9	ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU PORAZENIA / PARALIŻU	zł	22 000
Artykuł 7.10	KOSZTY PRZEBUDOWY DOMU ORAZ MODYFIKACJI POJAZDU	zł	do 10 000
Artykuł 7.11	KOSZTY WYPOŻYCZENIA, ZAKUPU LUB NAPRAWY ŚRODKÓW ORTOPEDYCZNYCH I POMOCNICZYCH (w tym okularów korekcyjnych, aparatu słuchowego, pompy insulinowej)	zł	do 1 000
Artykuł 7.14	KOSZTY ZAKWATEROWANIA RODZICA W ZWIĄZKU Z HOSPITALIZACJĄ DZIECKA (świadczenie płatne w przypadku gdy Osoba ubezpieczona będąca	zł	100

	dzieckiem na skutek Uszkodzenia ciała lub Choroby zostanie przyjęta do szpitala zlokalizowanego co najmniej 50 km od jej miejsca zamieszkania – maksymalnie 10 dób		
Artykuł 7.16	ŚWIADCZENIE BÓLOWE	zł	120
Artykuł 7.17	ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU POGRYZIENIA PRZEZ ZWIERZĘTA W TYM OWADY (świadczenie, płatne pod warunkiem, że Osoba Ubezpieczona przebywała co najmniej 24 godzin w Szpitalu)	zł	300
Artykuł 7.18	ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU UGRYZIENIA PRZEZ KLESZCZA (świadczenie, płatne pod warunkiem, że u Osoby Ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia zdiagnozowano boreliozę lub odkleszczowe zapalenie opon mózgowych)	zł	300
Artykuł 7.19	ZAWAŁ SERCA I UDAR MÓZGU	zł	Tak
Artykuł 7.20	POWAŻNE ZACHOROWANIE (19 jednostek chorobowych)	zł	3 500
Artykuł 7.22	OCHRONA W SIECI	zł	Tak
Składka roczna za Ubezpieczonego		zł	53