

JAK ZGŁOSIĆ SZKODĘ



Dobre ubezpieczenie to nie tylko dobra cena i zakres ubezpieczenia, to też gwarancja sprawnej i rzetelnej likwidacji szkód.

W CELU ZGŁOSZENIA SZKODY

wejdź na stronę:

zgloszenie.interrisk.pl

lub

napisz e-mail:

szkody@interrisk.pl

lub

zadzwoń:
(pn-pt, 8:00-18:00)

(22) 575 25 25

INFORMACJE O UBEZPIECZENIU NNW

wejdź na stronę:

nnw24.pl

lub

napisz e-mail:

szkolne@suprabrokers.pl

lub

zadzwoń:
(pn-pt, 8:00-16:00)

(71) 777 04 11

(71) 777 04 26

W RAMACH KONKURSU DLA WSZYSTKICH SZKÓŁ TWOJEGO SAMORZĄDU ZOSTAŁO WYBRANE NAJKORZYSTNIEJSZE UBEZPIECZENIE DLA TWOJEGO DZIECKA



SKORZYSTAJ Z NAJLEPSZEGO UBEZPIECZENIA DLA SWOJEGO DZIECKA

ABY KUPIĆ UBEZPIECZENIE:

wejdź na stronę:



lub

zescanuj kod QR:



lub

wypełnij deklarację na następnym stronie



24 GODZINY
7 DNI
W TYGODNIU



OCHRONA
NA CAŁYM
ŚWIECIE



5 WARIANTÓW
UBEZPIECZENIA



POBYT W SZPITALU
W WYNIKU
CHOROBY



WYCZYNOWE
UPRAWIANIE
SPORTU

GWARANCJA SPRAWNEJ LIKWIDACJI SZKÓD

JEŻELI NIE PRZYSTĄPIŁEŚ DO UBEZPIECZENIA ON-LINE NA STRONIE NNW24.PL TO WYPEŁNIJ PONIŻSZĄ DEKLARACJĘ

Ubezpieczony: **Twoje Dziecko**

Ubezpieczający: **Fundacja Zdrowi i Bezpieczni**

Broker: **Supra Brokers S.A.**

Ubezpieczyciel:



Imię i nazwisko
dziecka

PESEL
dziecka

ZDECYDUJ O WARIANCIE zaznaczając X

<input type="checkbox"/>	WARIANT 1	39 zł	<input type="checkbox"/>	WARIANT 2	53 zł
<input type="checkbox"/>	WARIANT 3	67 zł	<input type="checkbox"/>	WARIANT 4	87 zł
<input type="checkbox"/>	WARIANT 5	159 zł			

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest InterRisk TU SA Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (00-668), ul. Noakowskiego 22. Z InterRisk można się skontaktować poprzez adres email: korespondencja@interrisk.pl, telefonicznie pod numerem (22) 575 25 25 lub pisemnie na adres siedziby wskazany wyżej.

2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacjami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych przez Fundację Zdrowi i Bezpieczni z siedzibą we Wrocławiu oraz Supra Brokers S.A. z siedzibą we Wrocławiu.

3. Oświadczam, że zostały mi dostarczone informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych, dostępne w dokumencie „Obowiązek informacyjny Administratora Danych Osobowych InterRisk S.A.” będącym integralną częścią OWU. Informacje te są także publicznie dostępne na stronie internetowej Towarzystwa pod adresem <https://interrisk.pl/administrator-danych-osobowych/>.

4. Oświadczam, że przystępuję do umowy grupowej ubezpieczenia zawartej pomiędzy InterRisk TU S.A, a Ubezpieczającym i wyrażam zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach tej umowy.

5. Oświadczam, że przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia i/lub wyrażeniem zgody na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej zapoznałam/am się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci, młodzieży i personelu w placówkach oświatowych (EDU PLUS) zatwierdzonych uchwałą nr 01/18/04/2023 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 18/04/2023 roku., wraz z wykazem informacji wymaganym przepisem art. 17 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, dokumentem zawierającym informacje o produkcie oraz informacją dotyczącą procedury składania i rozpatrywania reklamacji. Dokumenty wymienione powyżej otrzymałam/am za moją zgodą na innym trwałym nośniku (w formie elektronicznej).

6. Wyrażam zgodę, aby InterRisk TU S.A. uzyskała od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych oraz wszelkich podmiotów dysponujących informacjami o moim stanie zdrowia na podstawie odrębnych przepisów prawa, o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, w tym o przyczynie zgonu Ubezpieczonego, na zasadzie przepisu art. 38 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz aby InterRisk TU S.A uzyskała od Narodowego Funduszu Zdrowia dane o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzieliли mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem ubezpieczeniowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela oraz wysokości świadczenia na zasadzie przepisu art. 38 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

7. Niniejsze oświadczenia składam dobrowolnie.

Czytelny podpis rodzica
lub prawnego opiekuna

Data

**WYPEŁNIONĄ DEKLARACJĘ WRAZ ZE SKŁADKĄ
zostaw w sekretariacie nie później niż do 30.09.2023 r.**

Nazwa Świadczenia*	% sumy ubezpieczenia (SU) / limit	1 WARIANT	2 WARIANT	3 WARIANT	4 WARIANT	5 WARIANT
Suma Ubezpieczenia		22 000 zł	30 800 zł	38 500 zł	49 500 zł	88 000 zł
Roczna składka ubezpieczeniowa		39 zł	53 zł	67 zł	87 zł	159 zł
Rozszerzenie o wycieczkowe uprawianie sportu		TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
Zgon ubezpieczonego w wyniku NW, w tym zawał serca, udar mózgu, epilepsja	100 % SU	22 000 zł	30 800 zł	38 500 zł	49 500 zł	88 000 zł
Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku na terenie placówki oświatowej lub podczas wycieczek szkolnych	200 % SU	44 000 zł	61 600 zł	77 000 zł	99 000 zł	176 000 zł
Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego	250 % SU max. do 176 000 zł	55 000 zł	77 000 zł	96 250 zł	123 750 zł	176 000 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku NW w tym uszczerbek spowodowany zawałem serca, udarem mózgu, epilepsją, ostrym zatruciem gazami lub chemikaliami	za 1% trwałego uszczerbku	220 zł	308 zł	385 zł	495 zł	880 zł
Świadczenie w związku z NW nieskutkującym trwałym uszczerbkiem na zdrowiu tzw. bólowe udokumentowane w dokumentacji medycznej	Jednorazowe świadczenie w ciągu roku polisowego. Do wypłaty świadc. konieczne jest dołączenie dokument. med., zgłoszenie się do lekarza oraz 2 wizyty kontrolne.	220 zł	220 zł	220 zł	220 zł	220 zł
Koszty leczenia stomatologicznego w wyniku uszkodzenia zębów w następstwie NW, w tym złamanie lub utrata zęba - dotyczy zębów stałych	podlimit SU (max. świadczenie za 1 ząb)	1 000 zł (do 100% max. 500 zł za ząb)	1 000 zł (do 100% max. 500 zł za ząb)	1 000 zł (do 100% max. 500 zł za ząb)	1 000 zł (do 100% max. 500 zł za ząb)	1 300 zł (do 100% max. 700 zł za ząb)
Pogryzienie przez zwierzęta oraz pokąsanie ukąszenie przez insekty i owady (w tym kleszcze)	3% SU jednorazowa kwota pod warunkiem pozostawania w szpitalu min. 24h	660 zł	924 zł	1 155 zł	1 485 zł	2 640 zł
Pobyt ubezpieczonego w szpitalu związany z NW**	0,3% SU za każdy dzień pobytu, maks. do 260 zł, świadc. płatne od 1 dnia pod warunkiem pobytu min. 2 dni, maks. za 100 dni	66 zł	92 zł	116 zł	149 zł	260 zł
Pobyt ubezpieczonego w szpitalu z innej przyczyny niż w wyniku NW**	0,15% SU za każdy dzień pobytu, maks. do 100 zł za każdy dzień, świadc. dzienne płatne od 2 dnia pobytu, pod warunkiem min. 3 dni pobytu, maks. za 100 dni	33 zł	46 zł	58 zł	75 zł	100 zł
Śmierć rodzica/opiekuna prawnego w wyniku NW	15 % SU	3 300 zł	4 620 zł	5 775 zł	7 425 zł	13 200 zł
Poważne zachorowanie ubezpieczonego***	10 % SU	2 200 zł	3 080 zł	3 850 zł	4 950 zł	8 800 zł
Zwrot kosztów leczenia oraz rehabilitacji w związku z NW	limit na z. k. rehabilitacji - 1 000 zł limit na z. k. operacji plast. - 5 000 zł limit z. k. leków - 500 zł	2 400 zł	3 400 zł	4 200 zł	5 400 zł	9 600 zł
Zwrot kosztów nabycia przedmiotów ortopedycznych i rehabilitacyjnych w związku z NW	do 30 % SU	6 600 zł	9 240 zł	11 550 zł	14 850 zł	26 400 zł
Rozszerzenie odpowiedzialności o zwrot kosztów zakupu lub naprawy okularów lub aparatu słuchowego uszkodzonych w wyniku NW na terenie placówki oświatowej	Pod warunkiem uszkodzenia ciała wymagającego interwencji lekarskiej w placówce medycznej	200 zł	200 zł	200 zł	200 zł	300 zł
Zatrucie pokarmowe	2% SU (min. 3 dni w szpitalu)	440 zł	616 zł	770 zł	990 zł	1 760 zł
Nagłe zatrucie gazami lub porażenie prądem	5% SU (min. 3 dni w szpitalu)	1 100 zł	1 540 zł	1 925 zł	2 475 zł	4 400 zł
Rozszerzenie odpowiedzialności o NW doznane w wyniku bójki w obronie koniecznej		TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
Oparzenia i odmrożenia	1,5 - 25% SU	330 - 5500 zł	462 - 7700 zł	577,50 - 9625 zł	742,50 - 12375 zł	1320 - 22000 zł
Koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych w wyniku NW	do 30 % SU	6 600 zł	9 240 zł	11 550 zł	14 850 zł	26 400 zł
Wstrząśnienie mózgu	1% SU - jednorazowe świadczenie	220 zł	308 zł	385 zł	495 zł	880 zł
Rozpoznanie sepsy	10% SU - jednorazowe świadczenie	2 200 zł	3 080 zł	3 850 zł	4 950 zł	8 800 zł
Wystąpienie choroby odzwierzęcej (bąblowica, toksoplazmoza, wścieklizna)	5% SU - jednorazowe świadczenie	1 100 zł	1 540 zł	1 925 zł	2 475 zł	4 400 zł
Hejt Stop	pomoc informatyczna i psychologiczna	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK

* Szczegółowy zakres ubezpieczenia zgodnie z polisą ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci i młodzieży na rok szkolny 2023/2024

** Pobyt ubezpieczonego w szpitalu - za 1 dzień pobytu w szpitalu uważa się dzień kalendarzowy wraz z noclegiem.

*** Katalog poważnych zachorowań - nowotwór złośliwy, paraliż, niewydolność nerek, poliomyelitis, utrata wzroku, utrata słuchu, anemia aplastyczna, stwardnienie rozsiane, cukrzyca typu I, niewydolność serca, zapalenie opon mózgoworodzeniowych, transplantacja głównych organów.