

ZAŁĄCZNIK DO POLISY SZK Nr 0048315 - ZAKRES UBEZPIECZENIA

Zakres ubezpieczenia	Wysokość sumy ubezpieczenia, wysokość świadczeń	
	Składka roczna za jedną osobę 55 zł	
Śmierć Ubezpieczonego na terenie placówki oświatowej w wyniku NW	90 000 zł	
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego (łącznie ze świadczeniem z pkt. 3)	90 000 zł	
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (w tym zawał serca, udar mózgu)	45 000 zł	
Uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (ustalany na podstawie tabeli norm uszczerbku na zdrowiu)	400 zł za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu	
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne od pierwszego dnia pobytu, maksymalnie do 120 dni)	150 zł za dzień: od 1 do 10 dnia 100 zł za dzień: od 11 do 120 dnia	
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby, w tym COVID- 19 (świadczenie płatne od pierwszego dnia pobytu, maksymalnie do 100 dni)	150 zł za dzień: od 1 do 10 dnia 100 zł za dzień: od 11 do 100 dnia	
Operacje w wyniku nieszczęśliwego wypadku (m.in. dot. skręceń, zwichnięć, złamań) - jednorazowe świadczenie	1000 zł	
Uciążliwe leczenie w wyniku NW, powodujące czasową niezdolność do nauki lub pracy (warunek: 5 dni czasowej niezdolności do nauki lub pracy) - jednorazowe świadczenie (tzw. „świadczenie bólowe”)	200 zł	
Rany będące następstwem nieszczęśliwego wypadku wymagające założenia min. dwóch szwów (dodatkowe jednorazowe świadczenie)	400 zł	
Pogryzienie przez psa, pokąsania, użądlenia - jednorazowe świadczenie (bez wymogu pobytu w szpitalu)	400 zł	
Wstrząśnienie mózgu w wyniku nieszczęśliwego wypadku - jednorazowe świadczenie	400 zł	
Koszty nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie: m.in. protezy, kule, wózki inwalidzkie	do 12 000 zł	
Koszty zakupu lub naprawy okularów lub aparatu słuchowego uszkodzonych w wyniku NW na terenie placówki oświatowej	200 zł	
Zwrot kosztów leczenia w wyniku NW w tym rehabilitacja	do 1 200 zł	
Koszty leczenia stomatologicznego w wyniku NW	do 1 000 zł	
Rozpoznanie u Ubezpieczonego poważnej choroby: sepsa, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,	4 000 zł	

nowotwór złośliwy, niewydolność nerek, stwardnienie rozsiane, cukrzyca typu I, choroba autoimmunologiczna, poliomyelitis - jednorazowe świadczenie		
Śmierć opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w wyniku NW		4 000 zł
Świadczenie z tytułu zdiagnozowania u Ubezpieczonego bąblownicy, toksoplazmozy, wścieklizny - jednorazowe świadczenie		2 000 zł
W przypadku zatrucia pokarmowego, zatrucia gazami (nagłe zdarzenie), bądź w przypadku porażenia piorunem lub prądem - jednorazowe świadc.		2 000 zł
Koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych		12 000 zł
Koszty leków w wyniku NW		do 500 zł
Pakiet KLESZCZ i zdiagnozowanie boreliozy		1 500 zł
Zwrot kosztów wycieczki szkolnej w wyniku NW		1 000 zł
Oparzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku		II stopnia 400 III stopnia 1 200 IV stopnia 2 000
Wyczynowe uprawianie sportu		TAK

Wszelkie informacje dotyczące obsługi umowy ubezpieczenia, zgłaszania szkód są dostępne na stronie www.tuz.pl lub u Twojego Agenta oraz pod numerem Infolinii 22 327 60 60.

OŚWIADCZENIA UBEZPIECZAJĄCEGO

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1) Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez TUZ Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych (dalej „TUZ”) moich danych osobowych dla celów marketingu produktów i usług TUZ, w tym w celach analitycznych i profilowania, również po zakończeniu umowy. | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 2) Wyrażam zgodę na udostępnianie przez TUZ Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych (dalej „TUZ”) moich danych osobowych w zakresie danych identyfikacyjnych i teled adresowych, podmiotom współpracującym z TUZ, do przetwarzania w celach marketingowych, w tym w celach analitycznych i profilowania. | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 3) Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych przez TUZ Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych, za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, na wskazane adresy elektroniczne, np. numer telefonu, adres e-mail. | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 4) Wyrażam zgodę na wykonywanie połączeń głosowych przez TUZ Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych, za pośrednictwem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących, dla celów marketingu bezpośredniego. | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |

Data, podpis, pieczęć Agenta Ubezpieczeniowego

Data i podpis Ubezpieczającego