

Polisa numer: PL25-P010-00000113-9

Miejsce i data zawarcia umowy: Warszawa, 07.07.2025

UBEZPIECZAJĄCY SZKOŁA PODSTAWOWA NR 30 W BIELSKU-BIAŁEJ
Mazańcowicka 34, 43-300 Bielsko-Biała
REGON: 383942722

UBEZPIECZENI Osoby zgłoszone do ubezpieczenia zgodnie z przesłaną listą.

OKRES UBEZPIECZENIA 01.09.2025– 31.08.2026

Składka zostanie rozliczona aneksem do 31.10.2025 na podstawie ostatecznej listy osób, przesłanej do 30.09.2025.

Nr konta Balcia Insurance SE w banku PEKAO S.A. do płatności składki 07 1240 6960 9540 0000 0118 2630

tytuł przelewu: polisa PL25-P010-00000113-9

Zakres ubezpieczenia	Sumy ubezpieczenia/wysokości świadczeń
Inwalidztwo wskutek Wypadku	60 000 zł
Śmierć Ubezpieczonego na terenie placówki oświatowej, do której uszczęszcza Ubezpieczony, w następstwie Wypadku (wysokość świadczenia)	45 000 zł
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego (wysokość świadczenia)	45 000 zł
Śmierć wskutek Wypadku (również wskutek zawału serca, udaru mózgu, samobójstwa)	30 000 zł
Uszczerbek na zdrowiu wskutek Wypadku, (również wskutek zawału serca, udaru mózgu, ataków epilepsji) W przypadku doznania Uszczerbku wskutek Bójki zaistniałej na terenie placówki oświatowej, do której uczęszcza Ubezpieczony świadczenie z tytułu Uszczerbku wypłacane jest w podwójnej wysokości.	30 000 zł
- za 1 % trwałego uszczerbku – 1 % sumy ubezpieczenia	300 zł
- wstrząśnienie mózgu w następstwie Wypadku w przypadku pobytu w szpitalu min. jedną dobę wypłacane jest świadczenie w wysokości:	600 zł
- zatrucie pokarmowe, zatrucie gazami, porażenie prądem lub piorunem, infekcja meningokokowa, tężec, wścieklizna - pod warunkiem pobytu w szpitalu przynajmniej dwie doby wypłacane jest świadczenie w wysokości:	600 zł
Zadośćuczynienie za ból	300 zł
Koszty leczenia i rehabilitacji	1 500 zł

Koszty leczenia stomatologicznego zębów stałych niezbędne wskutek Wypadku (nie dotyczy kosztów implantów i kosztów związanych z ich wstawieniem)	1 500 zł
Dzienne świadczenie szpitalne w związku z Wypadkiem (do 180 dni)	100 zł
Dzienne świadczenie szpitalne z tytułu pobytu w szpitalu wskutek choroby (do 100 dni)	100 zł
Koszty związane z ugryzieniem Ubezpieczonego przez kleszcza	1 500 zł
Śmierć jednego lub obojga rodziców/opiekunów prawnych Ubezpieczonego wskutek Wypadku	1 000 zł
Zwrot kosztów zakupu, wypożyczenia, naprawy przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych (w tym wózka inwalidzkiego) uszkodzonych w następstwie Wypadku,. Wykaz przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych zawiera rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.	3 000 zł
Zwrot kosztów zakupu, wypożyczenia, naprawy okularów, aparatu słuchowego, pompy insulinowej uszkodzonych w następstwie Wypadku, pod warunkiem wypłaty z tytułu Uszczerbku (świadczenie przysługuje raz w okresie ubezpieczenia)	300 zł
Zwrot kosztów wycieczki, kolonii, obozu, jeżeli Ubezpieczony nie może z nich skorzystać w związku z Uszczerbkiem	900 zł
Składka roczna za osobę	45 zł
Składka minimalna	900 zł

Postanowienia dodatkowe:

Ubezpieczeniem bezskładkowo zostają objęci uczniowie w trudnej sytuacji materialnej. Liczba osób ubezpieczonych bezskładkowo nie może być większa niż 10% z łącznej liczby osób, za które jest opłacona składka.

Jeżeli Ubezpieczony nie ukończył 18 roku życia - wszystkie sporty są objęte zakresem ubezpieczenia, zarówno Sporty ekstremalne oraz Profesjonalne, zawodowe uprawianie sportów!

W stosunku do osób pełnoletnich - uczniów techników i liceum zakres obejmuje rekreacyjne uprawianie sportów bez uczestnictwa w zawodach (w tym sporty walki i sporty obronne np. karate, judo, ju-jitsu, itp.) z wyjątkiem pozostałych sportów wymienionych jako Sporty ekstremalne.

Inwalidztwo – jeżeli wskutek Wypadku doznasz 100% Uszczerbku określonego według Załącznika do Rozporządzenia, wypłacimy świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia. Jeżeli wypłaciliśmy świadczenie z tytułu Uszczerbku powstałego wskutek tego samego Wypadku, świadczenie z tytułu Inwalidztwa zostanie pomniejszone o wypłaconą uprzednio kwotę z tytułu Uszczerbku.

Koszty leczenia – pokrywamy koszty leczenia związane z Wypadkiem poniesione na: leczenie ambulatoryjne lub szpitalne, pobyt w szpitalu, badania, RTG, rezonans magnetyczny, tomografię komputerową, operacje, w tym operacje usuwające blizny, oszpeczenia, leki i środki opatrunkowe (limit 30% sumy ubezpieczenia kosztów leczenia), uzasadniony stanem zdrowia transport medyczny, rehabilitację.

Wszelkie koszty, o których mowa w ofercie, w tym koszty leczenia mogą być poniesione na terenie **całego świata**, w ciągu **30** miesięcy od Wypadku.

Dzienné świadczenie szpitalne wskutek Wypadku – wypłacimy świadczenie w wysokości określonej w polisie za każdą dobę spędzoną w szpitalu w związku z Wypadkiem, z wyjątkiem pobytu w szpitalu w związku z rehabilitacją i pobytem na SOR.

Dzienné świadczenie szpitalne z tytułu pobytu w szpitalu wskutek choroby, w tym COVID- 19 - wypłata świadczenia za każdą dobę nieprzerwanego pobytu w szpitalu, począwszy od 2-go dnia pobytu w szpitalu; świadczenie wypłacane jest maksymalnie przez 100 dni w całym okresie ubezpieczenia. Choroba, wskutek której Ubezpieczony przebywa w szpitalu musi być rozpoznana lub zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia.

Dzienné świadczenie szpitalne w związku z Wypadkiem oraz dzienné świadczenie szpitalne z tytułu pobytu w szpitalu wskutek choroby nie obejmuje:

- pobytów na SOR oraz pobytów związanych z rehabilitacją,
- pobytów związanych z usuwaniem migdałków,
- pobytów związanych z wadami wrodzonymi, chorobami genetycznymi, układu nerwowego, chorobami psychicznymi, uzależnieniami od środków psychoaktywnych oraz takich, których pierwsze objawy wystąpiły przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia.

Zadośćuczynienie za ból – świadczenie wypłacane w przypadku braku Uszczerbku na zdrowiu oraz jeżeli żadne inne świadczenie nie jest należne, jeżeli nastąpiło uszkodzenie ciała wskutek Wypadku, które wymagało wizyty lekarskiej oraz leczenia i co najmniej jednej, dodatkowej wizyty - kontrolnej. Świadczenie przysługuje raz w okresie ubezpieczenia.

Zwrot kosztów wycieczki, kolonii, obozu –zwrócimy poniesione przez Ciebie (Twojego przedstawiciela prawnego) koszty obozów, kolonii, wycieczek, uczestnictwa w turniejach i zawodach, które miały się odbyć w okresie ubezpieczenia, jeśli nie możesz w nich uczestniczyć z powodu doznanego Uszczerbku.

Wprowadzona zostaje definicja Bójki:

Bójka - starcie fizyczne pomiędzy co najmniej trzema osobami, z których każda jednocześnie atakuje i broni się.

Odmienne do OWU procent Uszczerbku określany będzie wyłącznie na podstawie **Tabeli Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku Na Zdrowiu Zatwierdzona Decyzją Dyrektora Balcia Insurance SE Spółka europejska Oddział w Polsce Nr PL2_0101/02-01-04-2017-8 z dn. 11.01.2017 r.**

Załącznik nr 1 do OWU nie ma zastosowania do niniejszej oferty.

Do niniejszej oferty zastosowanie mają Ogólne Warunki Ubezpieczenia Następstw Wypadków nr PL-3NW z uwzględnieniem zmian wynikających z oferty i potwierdzonych polisą.

Właściwość sądu:

Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpiezonego, Uprawnionego, spadkobiercy Ubezpiezonego lub spadkobiercy Uprawnionego

Oświadczenia złożone przez Ubezpieczającego niezbędne do zawarcia umowy:

Oświadczam, że Balcia uzyskała ode mnie informacje określające moje wymagania i potrzeby dot. ochrony ubezpieczeniowej przy uwzględnieniu kwoty składki, jaką zamierzam uiścić.

Potwierdzam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia zostały mi doręczone Karta Produktu – IPID i Ogólne Warunki Ubezpieczenia Następstw Wypadków Nr PL-3NW oraz postanowienia dodatkowe do umowy, które rozumiem i akceptuję, a także które przekazałem/-am wszystkim osobom przeze mnie Ubezpieczonym.

Ubezpieczyciel:

Balcia Insurance SE

Nr rej. 40003159840, NIP LV40003159840
K. Valdemara 63, Ryga, LV-1010, Łotwa
Oddział zagranicznego przedsiębiorcy:
Balcia Insurance SE Spółka europejska Oddział w Polsce
KRS 0000493693, REGON 147065333, NIP 526-312-41-62
Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa

Podpis przedstawiciela Ubezpieczyciela

Ubezpieczający (podpis):