

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Następstw Nieszczęśliwych Wypadków SIMPLY SCHOOL

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (dalej: OWU) regulują zasady, na jakich Ubezpieczyciel obejmuje ochroną ubezpieczeniową następstwa nieszczęśliwych wypadków dzieci i młodzieży objętych nauką (ubezpieczenie indywidualne, nabywane przez rodzica lub opiekuna prawnego dziecka). Prosimy o uważne zapoznanie się z ich treścią przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

Informacje, które określają:



- ✓ przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń - § 5–§ 12, § 16, § 20–§ 21 oraz Załączniki nr 1–2;
- ✓ ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia - § 6 ust. 4 i 6, § 13–§ 14, § 16 oraz Załączniki nr 1–2.

Postanowienia umowy ubezpieczenia określają:



- ✓ rodzaj ubezpieczenia i jego przedmiot - Rozdział I;
- ✓ prawa i obowiązki stron umowy ubezpieczenia - Rozdziały I, V i VI (pozostałe kwestie reguluje art. 805 § 1, 808, 809, 812 § 4 i 5, 815–818 oraz 826 Kodeksu cywilnego);
- ✓ zakres odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń - Rozdziały II i III;
- ✓ sposób ustalania rozmiaru świadczenia - Rozdział II;
- ✓ sposób ustalania i opłacania składki - § 17;
- ✓ termin i sposób odstąpienia od umowy - § 18 oraz art. 812 § 4 Kodeksu cywilnego.

Powyższa treść realizuje obowiązek informacyjny wynikający z art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

ROZDZIAŁ I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

PODSTAWOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 1

1. Ubezpieczycielem udzielającym ochrony ubezpieczeniowej jest Zavarovalnica Triglav d.d. z siedzibą w Miklošičeva cesta 19, 1000 Ljubljana, Słowenia (dalej: Ubezpieczyciel), wpisana do Słoweńskiego Rejestru Sądowego pod numerem 5063345000, numer identyfikacji podatkowej SI80040306, wykonująca na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej działalność ubezpieczeniową w ramach swobody świadczenia usług w Unii Europejskiej. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Słoweńskiego Organu Nadzoru (Agencja za zavarovalni nadzor). Komisja Nadzoru Finansowego (KNF) może badać zgodność dokumentacji stosowanej przez Ubezpieczyciela z przepisami prawa polskiego.
2. Trasti jest marką należącą do spółki HPI GMA S.A. z siedzibą w Warszawie, będącej agentem zarządzającym oraz przedstawicielem do spraw roszczeń reprezentującym Ubezpieczyciela w Polsce. Dane kontaktowe agenta zarządzającego wskazane są w polisie.
3. W przypadku zastrzeżeń co do wykonywania działalności przez Ubezpieczyciela, Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy przysługuje prawo wystąpienia do KNF.
4. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej (sąd właściwy ze względu na siedzibę Ubezpieczyciela) albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy, a także - w przypadku roszczeń spadkobierców - dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy.
5. Osoba będąca konsumentem może ponadto zwrócić się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
6. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz innych aktów prawnych obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej.

DEFINICJE

§ 2

Pojęcia użyte w niniejszych OWU oraz w umowie ubezpieczenia oznaczają:

- 1) **Ubezpieczyciel** - Zavarovalnica Triglav d.d., podmiot udzielający ochrony ubezpieczeniowej na zasadach określonych w § 1.
- 2) **Ubezpieczający** - osoba fizyczna - rodzic albo opiekun prawny dziecka - która zawiera umowę ubezpieczenia na rachunek Ubezpieczonego i zobowiązuje się do opłacenia składki. Ubezpieczającym może być również pełnoletni Ubezpieczony zawierający umowę na własny rachunek.
- 3) **Ubezpieczony (Dziecko)** - osoba fizyczna objęta ochroną ubezpieczeniową, na rachunek której zawarto umowę ubezpieczenia - dziecko lub osoba ucząca się, pozostająca w okresie ubezpieczenia uczniem lub wychowankiem placówki oświatowej albo dziecko objęte edukacją przedszkolną.
- 4) **Placówka oświatowa** - żłobek, klub dziecięcy, przedszkole, szkoła podstawowa oraz szkoła ponadpodstawowa (liceum ogólnokształcące, technikum, branżowa szkoła I i II stopnia).
- 5) **Zajęcia dodatkowe** - regularne (odbywające się co najmniej dwa razy w miesiącu), odpłatne zajęcia sportowe, językowe, artystyczne lub edukacyjne, prowadzone poza obowiązkowym programem nauczania przez organizatora prowadzącego działalność w tym zakresie (np. klub sportowy, szkoła językowa, basen, szkoła tańca lub szkoła muzyczna).
- 6) **Nieszczęśliwy wypadek (NNW)** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej i w którego następstwie Ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu, urazu wskazanego w Tabeli albo zmarł. Za nieszczęśliwy wypadek uważa się także utonięcie oraz porażenie prądem elektrycznym lub piorunem. Za

nieszczęśliwy wypadek nie uważa się samej utraty przytomności, zaślabnięcia, zaśnięcia ani następstw chorób, także występujących nagle.

- 7) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** - trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, którego rodzaj i wysokość świadczenia określa Tabela (Załączniki nr 1 i 2).
- 8) **Rana** - uszkodzenie pełnej grubości skóry powstałe wskutek nieszczęśliwego wypadku, zaopatrzone chirurgicznie przez założenie szwów, zszywek (klamer), kleju tkankowego lub plastrów zamykających typu steri-strip; za ranę nie uważa się otarć i zadrapań naskórka ani ran powstałych w związku z leczeniem operacyjnym.
- 9) **Złamanie** - powstałe wskutek nieszczęśliwego wypadku przerwanie ciągłości tkanki kostnej, potwierdzone badaniem obrazowym; za złamanie uważa się także urazowe złuszczenie chrząstki nasadowej. Za złamanie nie uważa się złamań patologicznych, powstałych wskutek istniejących wcześniej stanów chorobowych kości ani złamań przeciążeniowych (zmęczeniuowych, marszowych).
- 10) **Zwichnięcie** - powstałe wskutek nieszczęśliwego wypadku przemieszczenie powierzchni stawowych, wymagające nastawienia, potwierdzone badaniem obrazowym; za zwichnięcie nie uważa się zwichnięcia nawykowego, przez które rozumie się co najmniej trzecie zwichnięcie tego samego stawu.
- 11) **Skręcenie (naderwanie)** - pourazowe uszkodzenie tkanek okołostawowych powstałe wskutek przekroczenia fizjologicznego zakresu ruchu w stawie, jeżeli zgodnie z zaleceniem lekarza staw został unieruchomiony (gips, szyna, orteza, stabilizator, kołnierz lub równoważne unieruchomienie).
- 12) **Oparzenie** - uszkodzenie skóry lub głębiej położonych tkanek wskutek działania wysokiej temperatury, substancji chemicznych, prądu elektrycznego lub promieniowania; ochroną objęte są oparzenia co najmniej II stopnia, których stopień i powierzchnia wynikają z dokumentacji medycznej.
- 13) **Wstrząśnienie mózgu** - pourazowe, przemijające zaburzenie czynności mózgu, którego następstwem jest utrata przytomności z niepamięcią wsteczną lub następczą, rozpoznane przez lekarza i potwierdzone w dokumentacji medycznej (ICD-10: S06.0).
- 14) **Leczenie operacyjne** - zabieg chirurgiczny przeprowadzony metodą otwartą, laparoskopową lub endoskopową, naruszający ciągłość tkanek, wykonany w znieczuleniu w placówce medycznej; za leczenie operacyjne nie uważa się zabiegów diagnostycznych, profilaktycznych, punkcji, iniekcji ani zamkniętego nastawienia bez przecięcia powłok.
- 15) **Uraz przeciążeniowy** - uszkodzenie o charakterze przewlekłym lub nawracającym, powstałe wskutek powtarzających się obciążeń lub mikrourazów, bez zadziałania nagłej przyczyny zewnętrznej.
- 16) **Tabela** - stanowiące integralną część OWU Załącznik nr 1 (Tabela I - ciężkie trwałe uszkodzenia ciała) oraz Załącznik nr 2 (Tabela II - złamania, zwichnięcia, oparzenia i inne urazy), w oparciu o które ustala się wysokość świadczenia jako wskazany procent sumy ubezpieczenia. Tabele opracowano na podstawie przeliczników uszczerbku stosowanych przez Ubezpieczyciela.
- 17) **Suma ubezpieczenia (SU)** - kwota wskazana w polisie dla danego rodzaju świadczenia i wybranego wariantu, stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu tego świadczenia.
- 18) **Wada wrodzona** - nieprawidłowość anatomiczna lub czynnościowa istniejąca w chwili urodzenia, niezależnie od momentu jej rozpoznania.
- 19) **Akt terroru** - nielegalne działanie indywidualne lub grupowe z użyciem przemocy lub groźby jej użycia, skierowane przeciwko ludności lub mieniu, podejmowane z pobudek politycznych, religijnych, ideologicznych, etnicznych lub społecznych, w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności lub wywarcia wpływu na organy władzy publicznej.
- 20) **Działania wojenne** - działania sił zbrojnych w czasie wojny lub konfliktu zbrojnego, w tym wojny domowej, a także działania o charakterze zbrojnym podejmowane w warunkach stanu wojennego lub wyjątkowego.
- 21) **Szpital** - działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, leczenie i wykonywanie zabiegów; za szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, sanatorium, ośrodka rehabilitacyjnego ani placówki, której zadaniem jest leczenie uzdrowiskowe.

- 22) **Hospitalizacja (pobyt w szpitalu)** - trwający nieprzerwanie dłużej niż 48 godzin pobyt Ubezpieczonego na oddziale szpitalnym w celu leczenia; za pobyt w szpitalu nie uważa się pobytu na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) lub w izbie przyjęć, jeżeli nie zakończył się on przyjęciem na oddział, ani pobytu wyłącznie w celach diagnostycznych lub obserwacyjnych. Pobyt liczy się w dobach (dzień przyjęcia i dzień wypisu liczone łącznie jako jedna doba).
- 23) **Wypadek komunikacyjny** - nieszczęśliwy wypadek związany z ruchem pojazdów na drodze, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako uczestnik ruchu w rozumieniu ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. - Prawo o ruchu drogowym (kierujący, pasażer lub pieszy, w tym osoba poruszająca się na rowerze albo urządzeniu transportu osobistego), w tym wypadek z udziałem pojazdu szynowego.
- 24) **Usługi assistance** - usługi pomocy organizowane lub finansowane przez Ubezpieczyciela w razie zajścia zdarzenia objętego ochroną, w zakresie i do wysokości limitów określonych w § 10.
- 25) **Odpowiedzialność cywilna ucznia (OC ucznia)** - odpowiedzialność cywilna Ubezpieczonego, który ukończył 13. rok życia, oraz odpowiedzialność cywilna Ubezpieczającego będącego rodzicem albo opiekunem prawnym Ubezpieczonego za szkody wyrządzone przez Ubezpieczonego, który nie ukończył 13. roku życia - w każdym przypadku wyłącznie w zakresie odpowiedzialności wynikającej z obowiązujących przepisów prawa, objęta ochroną po opłaceniu dodatkowej składki (§ 12).
- 26) **Franszyza redukcyjna** - kwota, o którą pomniejsza się łączne odszkodowanie za wszystkie Szkody rzeczowe wynikłe z jednego Zdarzenia OC; franszyzy nie stosuje się do Szkód osobowych.
- 27) **Osoba trzecia** - osoba inna niż osoba, której odpowiedzialność cywilna jest objęta ochroną na podstawie § 12.
- 28) **Poszkodowany** - Osoba trzecia, względem której Ubezpieczony albo Ubezpieczający objęty ochroną na podstawie § 12 ponosi odpowiedzialność cywilną za Szkodę.
- 29) **Suma gwarancyjna** - wskazana w polisie górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela za jedno i wszystkie Zdarzenia OC w okresie ubezpieczenia; ulega zmniejszeniu o wypłacone odszkodowania oraz koszty pokryte w jej granicach.
- 30) **Szkoda osobowa** - uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia albo śmierć Osoby trzeciej.
- 31) **Szkoda rzeczowa** - uszkodzenie, zniszczenie albo utrata rzeczy należącej do Osoby trzeciej.
- 32) **Zdarzenie OC** - zdarzenie, które miało miejsce w okresie ubezpieczenia na terytorium objętym ochroną, spowodowało Szkodę i za które odpowiedzialność cywilną ponosi osoba objęta ochroną na podstawie § 12.
- 33) **Wyczynowe uprawianie sportu** - uprawianie dyscyplin sportowych w ramach klubów lub związków sportowych, połączone z regularnym udziałem w treningach oraz współzawodnictwem w zawodach lub rozgrywkach organizowanych przez polskie związki sportowe albo ligi sportowe, w tym uprawianie sportu w celu uzyskania wynagrodzenia. Wyczynowym uprawianiem sportu nie jest rekreacyjne i amatorskie uprawianie sportu ani zajęcia i zawody sportowe organizowane w ramach placówki oświatowej (w tym wychowanie fizyczne, szkolne kluby sportowe oraz zawody międzyszkolne).
- 34) **Sporty wysokiego ryzyka** - uprawianie dyscyplin sportowych lub aktywności o podwyższonym ryzyku urazu, w szczególności: sportów motorowych i motorowodnych, wspinaczki wysokogórskiej, skałkowej i lodowej, alpinizmu, speleologii, nurkowania z użyciem aparatu oddechowego, sportów powietrznych (spadochroniarstwo, paralotniarstwo, lotniarstwo, baloniarstwo, szybownictwo), skoków na linie (bungee), skoków narciarskich, narciarstwa i snowboardu poza wyznaczonymi trasami, kolarstwa górskiego typu downhill, parkouru, raftingu i innych sportów uprawianych na rwącej wodzie oraz sportów i sztuk walki. Za sporty wysokiego ryzyka nie uważa się: rekreacyjnej jazdy na rowerze, rolkach, hulajnodze, łyżwach oraz nartach i snowboardzie po wyznaczonych trasach, rekreacyjnej jazdy konnej dzieci, które nie ukończyły 14. roku życia, ani zajęć i zawodów sportowych organizowanych w ramach placówki oświatowej.
- 35) **Okres ubezpieczenia** - wskazany w polisie okres, w którym Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej.
- 36) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** - objęte zakresem ochrony zdarzenie losowe powodujące powstanie po stronie Ubezpieczyciela obowiązku spełnienia świadczenia.
- 37) **Przedstawiciel ustawowy** - rodzic wykonujący władzę rodzicielską albo opiekun prawny lub kurator ustanowiony przez sąd, uprawniony do działania w imieniu małoletniego Ubezpieczonego w zakresie wynikającym z Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego.

- 38) **Polisa** - dokument wystawiony przez Ubezpieczyciela potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia, wybrany wariant, sumy ubezpieczenia, opcje dodatkowe, wysokość składki oraz okres ubezpieczenia.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego (Dziecka).
2. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje następstwa nieszczęśliwych wypadków, którym Ubezpieczony uległ w okresie ubezpieczenia, a także - w zakresie wskazanym w OWU - inne zdarzenia (ukąszenie/pogryzienie, usługi assistance) oraz, po opłaceniu dodatkowej składki, świadczenia wskazane w Rozdziale III (opcje dodatkowe).
3. Umowa ubezpieczenia może być zawarta w jednym z trzech wariantów: PODSTAWOWY, ŚREDNI albo WYŻSZY. Wybrany wariant, sumy ubezpieczenia i limity wskazuje polisa oraz Tabela świadczeń i sum ubezpieczenia; zasady wypłaty poszczególnych świadczeń określają § 5–§ 12.
4. Zakres świadczeń i sumy ubezpieczenia są takie same dla wszystkich Ubezpieczonych objętych danym wariantem, niezależnie od wieku, klasy lub typu placówki oświatowej.

WARIANTY UBEZPIECZENIA, ZAKRES TERYTORIALNY I CZASOWY OCHRONY

§ 4

1. Ochrona ubezpieczeniowa ma charakter całodobowy (24 godziny na dobę) i obejmuje zdarzenia zaistniałe na całym świecie z zastrzeżeniem ust. 3 - zarówno na terenie placówki oświatowej i w drodze do/z placówki, jak i poza nią, w tym w czasie wolnym, ferii, wakacji oraz podróży. Zakres terytorialny OC ucznia określa § 12 ust. 7.
2. Ochrona trwa przez cały okres ubezpieczenia wskazany w polisie, niezależnie od kalendarza roku szkolnego.
3. Świadczenia z tytułu kosztów leczenia, rehabilitacji oraz zakupu sprzętu (§7) oraz zwrotu kosztów niewykorzystanych zajęć dodatkowych (§11), a także świadczenia assistance (§10) realizowane są na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; koszty poniesione poza granicami RP zwracane są do wysokości kosztów, jakie zostałyby poniesione na terytorium RP. Pozostałe świadczenia pieniężne (§ 5, § 6, § 8, § 9) wypłacane są niezależnie od miejsca zajścia zdarzenia.

ROZDZIAŁ II. ZAKRES ŚWIADCZEŃ

ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 5

1. Ubezpieczyciel wypłaca jednorazowe świadczenie, jeżeli Ubezpieczony zmarł wskutek nieszczęśliwego wypadku, który zaszedł w okresie ubezpieczenia, a śmierć nastąpiła w okresie do 24 miesięcy od daty tego wypadku.
2. Wysokość świadczenia odpowiada sumie ubezpieczenia właściwej dla okoliczności zajścia wypadku, wskazanej w polisie dla wybranego wariantu:
 - a) śmierć w wyniku NNW na terenie placówki oświatowej - w wysokości świadczenia łącznego (najwyższa suma ubezpieczenia z tytułu śmierci);
 - b) śmierć w wyniku wypadku komunikacyjnego - w wysokości świadczenia łącznego wskazanego dla tej okoliczności;
 - c) śmierć w pozostałych przypadkach - w wysokości podstawowej sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci.

3. Świadczenia, o których mowa w ust. 2, nie sumują się - jeżeli zdarzenie spełnia jednocześnie więcej niż jedną z okoliczności wskazanych w lit. a–c, Ubezpieczyciel wypłaca jedno świadczenie w najwyższej z mających zastosowanie kwot.
4. Jeżeli przed śmiercią Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłacił świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu z tytułu tego samego wypadku, świadczenie z tytułu śmierci pomniejsza się o kwotę wypłaconego uprzednio świadczenia z tytułu uszczerbku.
5. W przypadku śmierci Ubezpieczonego świadczenie zostanie wypłacone najbliższej rodzinie Ubezpieczonego: zstępnym, a w razie braku zstępnym kolejno: współmałżonkowi, rodzicom, rodzeństwu.

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 6

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ubezpieczenia.
2. Wysokość świadczenia ustala się jako wskazany w Tabeli procent sumy ubezpieczenia trwałego uszczerbku, wskazanej w polisie dla wybranego wariantu. Tabela obejmuje:
 - a) Tabelę I (Załącznik nr 1) - ciężkie trwałe uszkodzenia ciała (m.in. utrata kończyn, narządów, zmysłów, porażenia), dla których świadczenie wypłacane jest jako procent SU wskazany w tabeli;
 - b) Tabelę II (Załącznik nr 2) - złamania, zwichnięcia, oparzenia, urazy mięśni, ścięgien i więzadeł oraz inne urazy, dla których świadczenie wypłacane jest jako procent SU wskazany w tabeli, niezależnie od orzeczenia trwałego charakteru uszczerbku.
3. Świadczenie z Tabeli II wypłacane jest od razu po rozpoznaniu (diagnozie) urazu, bez konieczności oczekiwania na zakończenie leczenia ani orzekania o trwałości uszczerbku, nie później niż w terminie roku od daty wypadku.
4. Jeżeli w następstwie jednego nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony doznał kilku uszkodzeń ciała lub urazów wymienionych w Tabeli, świadczenia z poszczególnych pozycji sumuje się, jednak łączna wysokość świadczenia z tytułu jednego wypadku nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia trwałego uszczerbku.
5. Przy ustalaniu wysokości świadczenia stosuje się zasady szczególne (przeliczniki) określone w warunkach szczególnych zamieszczonych pod Tabelami I i II, w szczególności:
 - a) przy mnogości urazów w jednym wypadku świadczenie wypłaca się za maksymalnie 3 kręgi, 3 żebra oraz 2 palce; mnogie złamanie tej samej kości traktuje się jako jedno świadczenie;
 - b) częściowa utrata lub uszkodzenie narządu albo kończyny rozliczane są zgodnie z warunkami szczególnymi wskazanymi pod Tabelami I i II.
6. Ubezpieczyciel, niezależnie od wyłączeń ogólnych (§ 13) oraz wyłączeń dotyczących NNW (§ 14 ust. 1), nie wypłaca świadczenia z tytułu uszczerbku, który nie jest następstwem nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną, ani z tytułu uszkodzeń i urazów niewymienionych w Tabeli.
7. Rodzaj urazu (uszkodzenia ciała) oraz wysokość świadczenia ustala Ubezpieczyciel na podstawie dokumentacji medycznej, przyporządkowując rozpoznany uraz do pozycji Tabeli i przypisanego jej procentu sumy ubezpieczenia (świadczenie ryczałtowe - bez orzekania trwałego uszczerbku); w razie potrzeby Ubezpieczyciel może skierować Ubezpieczonego na badanie lekarskie (§ 21).
8. Jeżeli Ubezpieczony zmarł przed ustaleniem lub wypłatą świadczenia z tytułu urazów wskazanych w Tabeli, a jego śmierć nie była następstwem tego wypadku, świadczenie ustala się na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej, przyporządkowując rozpoznane urazy do pozycji Tabeli, i wypłaca spadkobiercom Ubezpieczonego; zwrot udokumentowanych kosztów poniesionych przez zmarłego wypłaca się osobie, która je poniosła.

REHABILITACJI ORAZ ZAKUPU SPRZĘTU MEDYCZNEGO

§ 7

1. Ubezpieczyciel zwraca udokumentowane, niezbędne z medycznego punktu widzenia koszty poniesione w następstwie nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną, do wysokości sum ubezpieczenia wskazanych w polisie, obejmujące:
 - a) koszty leczenia - wizyt i konsultacji lekarskich, badań diagnostycznych, zabiegów ambulatoryjnych, hospitalizacji, zakupu leków i środków opatrunkowych zaleconych przez lekarza;
 - b) koszty rehabilitacji zaleconej przez lekarza w związku z wypadkiem;
 - c) koszty zakupu lub wynajmu sprzętu medycznego i ortopedycznego zaleconego przez lekarza.
2. Każde ze świadczeń, o których mowa w ust. 1 lit. a–c, zwracane jest do wysokości odrębnego limitu (sumy ubezpieczenia) wskazanego w polisie dla danego świadczenia i wybranego wariantu.
3. Zwrotowi podlegają koszty poniesione w okresie do 24 miesięcy od daty wypadku.
4. Koszty, o których mowa w ust. 1, zwraca się na podstawie rachunków lub faktur. Koszty poniesione poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej zwraca się w złotych polskich, według średniego kursu Narodowego Banku Polskiego z dnia wystawienia dokumentu, do wysokości kosztów, jakie zostałyby poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

POZOSTAŁE ŚWIADCZENIA: POGRYZIENIE I UKĄSZENIE

§ 8

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie z tytułu pogryzienia przez zwierzęta lub ukąszenia przez owady, jeżeli ich następstwem był pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwający nieprzerwanie co najmniej 48 godzin, w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie dla wybranego wariantu.

POBYT W SZPITALU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 9

1. Ubezpieczyciel wypłaca dzienne świadczenie szpitalne za każdą dobę pobytu Ubezpieczonego w szpitalu będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, w wysokości wskazanej w polisie dla wybranego wariantu, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej 48 godzin.
2. Świadczenie dzienne przysługuje od 1. do 30. dnia pobytu w szpitalu z tytułu jednego wypadku.
3. Niezależnie od świadczenia, o którym mowa w ust. 1, Ubezpieczyciel wypłaca dodatkowe jednorazowe świadczenie szpitalne w wysokości wskazanej w polisie dla wybranego wariantu, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w związku z jednym nieszczęśliwym wypadkiem trwał nieprzerwanie powyżej 15 dni.

USŁUGI ASSISTANCE

§ 10

1. W ramach wszystkich wariantów Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu następujące usługi assistance, realizowane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
 - a) Ochrona w sieci (cyber / hejt) - pomoc w reagowaniu na zjawiska cyberprzemocy, hejtu i naruszeń wizerunku Ubezpieczonego w internecie, obejmująca wsparcie informacyjne, interwencyjne (zgłaszanie i wnioskowanie o usunięcie treści) oraz konsultację prawną w tym zakresie. W okresie ubezpieczenia przysługują 2 konsultacje lub interwencje;
 - b) Wsparcie psychologiczne - organizacja i pokrycie kosztów konsultacji psychologicznych dla Ubezpieczonego, w szczególności po nieszczęśliwym wypadku, hospitalizacji lub zdarzeniu o

charakterze cyberprzemocy. W okresie ubezpieczenia przysługują 4 konsultacje wsparcia psychologicznego po 30 minut.

2. Usługi assistance organizuje Ubezpieczyciel lub wskazane przez Ubezpieczyciela centrum pomocy. Warunkiem skorzystania ze świadczeń jest uprzedni kontakt z centrum pomocy, którego dane wskazane są w polisie.

ZWROT KOSZTÓW NIEWYKORZYSTANYCH ZAJĘĆ DODATKOWYCH

§ 11

1. Ubezpieczyciel zwraca koszty zajęć dodatkowych opłaconych przez Ubezpieczającego lub przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego, w których Ubezpieczony nie mógł uczestniczyć w następstwie nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną, do wysokości limitu określonego w umowie ubezpieczenia (polisie) dla wybranego wariantu.
2. Świadczenie przysługuje, jeżeli łącznie spełnione są następujące warunki:
 - a) nieszczęśliwy wypadek skutkował urazem wskazanym w Tabeli albo urazem wymagającym unieruchomienia (gips, szyna, orteza, stabilizator lub równoważne unieruchomienie zgodnie z definicjami w § 2);
 - b) zgodnie z zaleceniem lekarza Ubezpieczony nie mógł uczestniczyć w zajęciach dodatkowych przez co najmniej 14 kolejnych dni;
 - c) zajęcia dodatkowe zostały opłacone przed dniem nieszczęśliwego wypadku;
 - d) przedłożono dowód opłacenia zajęć (fakturę, rachunek lub potwierdzenie przelewu), zaświadczenie organizatora o nieobecności oraz o braku możliwości odrobienia zajęć lub odzyskania ich kosztu, a także dokumentację medyczną zawierającą zalecenie lekarza.
3. Zwrotowi podlega proporcjonalna część kosztu opłaconych i niewykorzystanych zajęć dodatkowych, przypadająca na okres niezdolności do uczestnictwa, o którym mowa w ust. 2 lit. b, w części niepodlegającej zwrotowi od organizatora zajęć.
4. Świadczenie przysługuje jednokrotnie w rocznym okresie ubezpieczenia.
5. Ubezpieczyciel nie zwraca kosztów: czesnego oraz opłat za naukę w placówce oświatowej, przedszkolu lub żłobku; wycieczek, kolonii, obozów oraz innych wyjazdów; zajęć nieopłaconych przed dniem wypadku; kosztów podlegających zwrotowi od organizatora zajęć; a także zajęć stanowiących sport wysokiego ryzyka lub wyczynowe uprawianie sportu w rozumieniu § 2 (wyłączenie § 13).

ROZDZIAŁ III. OPCJE DODATKOWE (ZA DODATKOWĄ SKŁADKĄ)

Świadczenia opisane w niniejszym rozdziale obowiązują wyłącznie wówczas, gdy zostały wybrane przy zawarciu umowy i wskazane w polisie oraz po opłaceniu odpowiedniej składki dodatkowej.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA UCZNIA / PRAKTYKANTA (OC UCZNIA)

§ 12

1. Po opłaceniu dodatkowej składki ochroną objęta jest odpowiedzialność cywilna:
 - a) Ubezpieczonego, który ukończył 13. rok życia, za wyrządzone nieumyślnie Osobie trzeciej Szkody osobowe lub Szkody rzeczowe w związku z nauką, odbywaniem praktyk uczniowskich albo czynnościami życia codziennego;
 - b) Ubezpieczającego będącego rodzicem albo opiekunem prawnym Ubezpieczonego za Szkody wyrządzone przez Ubezpieczonego, który w dniu Zdarzenia OC nie ukończył 13. roku życia - wyłącznie w takim zakresie, w jakim Ubezpieczający ponosi odpowiedzialność cywilną na podstawie

obowiązujących przepisów prawa. Postanowienie to nie ustanawia odpowiedzialności rodzica albo opiekuna prawnego niezależnej od przesłanek przewidzianych prawem.

2. Ochrona w związku z odbywaniem praktyk obejmuje praktyki uczniowskie odbywane w zakładach pracy lub szkołach, z którymi placówka oświatowa zawarła umowę o prowadzenie praktyk zawodowych, oraz czynności wykonywane zgodnie z programem tych praktyk.
3. Przez czynności życia codziennego rozumie się działania i zaniechania w sferze życia prywatnego, niezwiązane z zatrudnieniem, wykonywaniem zawodu ani prowadzeniem działalności gospodarczej, w tym w szczególności uczestnictwo w zajęciach szkolnych, amatorskie uprawianie sportu, posiadanie lub używanie ruchomości domowych, rowerów, hulajnóg, deskorolek, rolek i podobnych urządzeń transportu osobistego oraz sprzętu pływającego bez napędu mechanicznego, o ile ich używanie nie podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu OC.
4. Ochrona obejmuje także Szkody wyrządzone w związku z użytkowaniem nieruchomości, pomieszczeń i znajdujących się w nich ruchomości podczas wyjazdów turystycznych lub rekreacyjnych, z zastrzeżeniem wyłączeń określonych w § 14 ust. 3.
5. Ubezpieczyciel pokrywa prawnie uzasadnione roszczenia Poszkodowanego do wysokości Sumy gwarancyjnej wskazanej w polisie. Poszkodowany może dochodzić roszczenia bezpośrednio od Ubezpieczyciela na zasadach określonych w przepisach prawa.
6. Suma gwarancyjna stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela za jedno i wszystkie Zdarzenia OC w okresie ubezpieczenia i ulega zmniejszeniu o wypłacone odszkodowania oraz koszty, o których mowa w ust. 9.
7. Ochroną objęte są Zdarzenia OC mające miejsce na terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej.
8. Odszkodowanie za Szkody rzeczowe wynikłe z jednego Zdarzenia OC pomniejsza się o Franszyzę redukcyjną:
 - a) 500 zł - w przypadku uszkodzenia albo zniszczenia sprzętu elektronicznego, audiowizualnego, komputerowego, fotograficznego lub instrumentów muzycznych;
 - b) 100 zł - w przypadku pozostałych Szkód rzeczowych. Jeżeli jedno Zdarzenie OC spowodowało Szkody należące do obu kategorii, każdą franszyzę stosuje się jeden raz do odpowiedniej części odszkodowania. Franszyż nie stosuje się do Szkód osobowych.
9. W granicach Sumy gwarancyjnej Ubezpieczyciel pokrywa również niezbędne koszty obrony sądowej przed roszczeniem Poszkodowanego, koszty mediacji lub postępowania pojednawczego - jeżeli uprzednio wyraził zgodę na ich poniesienie - oraz niezbędne koszty działań podjętych w celu zapobieżenia zwiększeniu Szkody, w tym koszty akcji ratowniczej.
10. Osoba objęta ochroną na podstawie niniejszego paragrafu powinna bez zbędnej zwłoki przekazać Ubezpieczycielowi informację o Zdarzeniu OC i zgłoszonym roszczeniu oraz nie powinna bez uprzedniej zgody Ubezpieczyciela uznawać roszczenia, zawierać ugody ani zaspokajać roszczenia. Naruszenie tych obowiązków nie powoduje automatycznej utraty ochrony i nie może być podnoszone przeciwko Poszkodowanemu, jeżeli nastąpiło po Zdarzeniu OC. Wobec osoby objętej ochroną wywołuje ono skutki wyłącznie w zakresie dopuszczonym przez przepisy prawa.
11. Do OC ucznia stosuje się wyłączenia wskazane w § 13 oraz § 14 ust. 3.

ROZDZIAŁ IV. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

WYŁĄCZENIA OGÓLNE

§ 13

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia oraz ich następstwa powstałe wskutek lub w związku z:
 - a) umyślnym działaniem Ubezpieczonego lub osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
 - b) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa albo umyślnego wykroczenia;
 - c) usiłowaniem popełnienia samobójstwa, samookaleczeniem lub świadomym spowodowaniem rozstroju zdrowia przez Ubezpieczonego;
 - d) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków, substancji psychoaktywnych lub psychotropowych albo leków zażywanych niezgodnie z zaleceniem lekarza, w tym zatruciem lub przedawkowaniem wymienionych substancji - jeżeli miało to wpływ na zajście zdarzenia (z wyłączeniem przypadków podania ich Ubezpieczonemu w związku z leczeniem następstw wypadku);
 - e) prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień;
 - f) działaniami wojennymi, stanem wojennym lub wyjątkowym, czynnym i dobrowolnym udziałem w aktach terroru, rozruchach, zamieszkach lub strajkach;
 - g) udziałem w bójce, z wyłączeniem obrony koniecznej;
 - h) działaniem energii jądrowej, promieniowania jonizującego, skażeniem radioaktywnym, biologicznym lub chemicznym;
 - i) wyczynowym uprawianiem sportu oraz uprawianiem sportów wysokiego ryzyka w rozumieniu § 2;
 - j) udziałem Ubezpieczonego w zawodach, wyścigach lub rajdach w charakterze kierowcy, pilota lub pasażera pojazdów silnikowych, w tym podczas jazd próbnych i treningowych;
 - k) zaburzeniami psychicznymi, chorobami psychicznymi lub niedorozwojem umysłowym Ubezpieczonego, także występującymi nagle;
 - l) zakażeniem wirusem HIV (AIDS), wirusowym zapaleniem wątroby, chorobami przenoszonymi drogą płciową oraz chorobami tropikalnymi i innymi chorobami zakaźnymi - z zastrzeżeniem świadczenia należnego z tytułu pogryzienia przez zwierzęta lub ukąszenia przez owady (§ 8);
 - m) ciążą, porodem, porożeniem oraz ich powikłaniami.
2. Zastrzegamy prawo do odmowy wypłaty odszkodowania z tytułu szkody, jeżeli w celu uzyskania odszkodowania podane zostaną informacje niezgodne z prawdą, zatajone zostaną istotne okoliczności lub wskazane zostanie zdarzenie, które nie było przyczyną szkody. Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia w całości albo w części. W takim przypadku Ubezpieczyciel może także rozwiązać umowę.

WYŁĄCZENIA SZCZEGÓLNE

§ 14

1. Niezależnie od wyłączeń ogólnych (§ 13), w ramach ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (§ 5, § 6, § 9) Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za następstwa:
 - a) zawału serca, udaru mózgu, ataku padaczki oraz innych chorób i stanów chorobowych, z zastrzeżeniem definicji nieszczęśliwego wypadku (§ 2);
 - b) procedur i zabiegów medycznych, chyba że były następstwem leczenia urazów powstałych wskutek wypadku objętego ochroną;
 - c) uszkodzeń dysków międzykręgowych oraz ich następstw, o ile nie powstały w bezpośrednim następstwie nieszczęśliwego wypadku;

- d) wad wrodzonych, chorób zawodowych oraz innych chorób, nawet występujących nagle lub ujawniających się po nieszczęśliwym wypadku;
 - e) urazu przeciążeniowego (§ 2);
 - f) leczenia metodami niekonwencjonalnymi.
2. Niezależnie od wyłączeń ogólnych (§ 13), w ramach zwrotu kosztów leczenia (§ 7) Ubezpieczyciel nie pokrywa kosztów:
- a) leczenia w zakresie przekraczającym niezbędny do przywrócenia stanu zdrowia sprzed wypadku;
 - b) leczenia planowego, kontrolnego lub rehabilitacyjnego niebędącego bezpośrednim następstwem zdarzenia objętego ochroną;
 - c) leczenia stomatologicznego, ortodontycznego oraz operacji plastycznych, poza odtworzeniem stanu sprzed wypadku objętego ochroną;
 - d) zakupu leków i środków medycznych nieprzepisanych przez lekarza oraz procedur niewskazanych w § 7.
3. Niezależnie od wyłączeń ogólnych (§ 13), w ramach OC ucznia (§ 12) Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za szkody:
- a) wyrządzone umyślnie przez osobę, której odpowiedzialność cywilna jest objęta ochroną;
 - b) pozostające w związku przyczynowym z pozostawianiem tej osoby pod wpływem alkoholu, narkotyków, substancji psychoaktywnych albo leków nieprzepisanych przez lekarza lub zażywanych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
 - c) wyrządzone osobom wspólnie zamieszkującym lub prowadzącym wspólne gospodarstwo domowe z osobą objętą ochroną; wyłączenie nie dotyczy szkód powstałych w związku z używaniem środków komunikacji wymienionych w § 12 ust. 3;
 - d) wyrządzone Ubezpieczającemu przez Ubezpieczonego;
 - e) wyrządzone rodzicom, rodzeństwu lub dziadkom Ubezpieczonego;
 - f) wyrządzone podmiotowi prowadzącemu działalność gospodarczą, jeżeli osoba objęta ochroną jest jego właścicielem, współwłaścicielem, współnikiem, udziałowcem albo akcjonariuszem;
 - g) spowodowane przez wirusy komputerowe, złośliwe oprogramowanie lub programy zakłócające pracę programu, komputera, sieci albo telefonu, w tym związane z dostępem do internetu lub korzystaniem z niego;
 - h) wyrządzone w środowisku naturalnym, w tym polegające na jego zanieczyszczeniu;
 - i) powstałe wskutek wandalizmu lub sabotażu dokonanego przez osobę objętą ochroną;
 - j) wynikające wyłącznie z umownego przejęcia odpowiedzialności cywilnej Osoby trzeciej albo umownego rozszerzenia własnej odpowiedzialności ponad zakres wynikający z przepisów prawa;
 - k) polegające na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie telefonu komórkowego albo smartfona;
 - l) powstałe w związku z posiadaniem lub używaniem statków powietrznych, w tym dronów, albo zdalnie sterowanych modeli pojazdów;
 - m) wynikające z przeniesienia choroby zakaźnej;
 - n) pozostające w związku przyczynowym z zaburzeniami lub chorobami psychicznymi, nerwicą, depresją, chorobą alkoholową albo następstwami tych stanów;
 - o) związane z posiadaniem lub używaniem broni palnej albo udziałem w polowaniu;
 - p) wynikające z naruszenia praw autorskich, patentów, znaków towarowych lub innych praw własności intelektualnej;

- q) polegające na utracie, uszkodzeniu lub zniszczeniu pieniędzy, innych środków płatniczych, kart płatniczych, papierów wartościowych, dokumentów, zbiorów filatelistycznych, numizmatycznych lub archiwalnych, biżuterii, zegarków albo dzieł sztuki;
- r) polegające na obowiązku zapłaty kar sądowych lub administracyjnych, grzywien, mandatów, kar pieniężnych albo kar umownych;
- s) stanowiące czystą stratę finansową, to jest stratę niebędącą następstwem Szkody osobowej ani Szkody rzeczowej;
- t) w mieniu posiadanym przez osobę objętą ochroną na podstawie umowy najmu, dzierżawy, użyczenia, przechowania, leasingu albo umowy o podobnym charakterze, z wyjątkiem mienia objętego ochroną na podstawie § 12 ust. 4;
- u) objęte ubezpieczeniem obowiązkowym, które osoba objęta ochroną miała obowiązek zawrzeć;
- v) związane z hodowlą zwierząt prowadzoną w celach zarobkowych.

ROZDZIAŁ V. UMOWA UBEZPIECZENIA

ZAWARCIE UMOWY, OKRES UBEZPIECZENIA I CZAS TRWANIA OCHRONY

§ 15

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na wniosek Ubezpieczającego, na okres 12 miesięcy, chyba że polisa stanowi inaczej. Zawarcie umowy potwierdza polisa.
2. Umowa może zostać zawarta za pośrednictwem strony internetowej, środków porozumiewania się na odległość lub za pośrednictwem agenta ubezpieczeniowego.
3. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następującego po opłaceniu składki (lub jej pierwszej raty), chyba że umówiono się inaczej, i kończy się z upływem okresu ubezpieczenia.
4. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa również: z dniem jego śmierci; z dniem wyczerpania sum ubezpieczenia w zakresie świadczeń, których suma uległa wyczerpaniu; z upływem okresu, na jaki zawarto umowę; a także w innych przypadkach przewidzianych przepisami prawa.

SUMA UBEZPIECZENIA I LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 16

1. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela i jest ustalana odrębnie dla każdego rodzaju świadczenia oraz wskazana w polisie zgodnie z wybranym wariantem.
2. Sumy ubezpieczenia odnoszą się do jednego Ubezpieczonego i okresu ubezpieczenia. W odniesieniu do świadczeń o charakterze odszkodowawczym (§ 7, § 11) wypłata świadczenia powoduje zmniejszenie sumy ubezpieczenia o wypłaconą kwotę. Zasady zmniejszania Sumy gwarancyjnej w OC ucznia określa § 12.
3. Świadczenia o charakterze ryczałtowym (§ 5, § 6, § 8, § 9) wypłaca się w pełnej należnej wysokości, z zachowaniem limitów i zasad kumulacji określonych w OWU, bez pomniejszania o wcześniejsze wypłaty, z zastrzeżeniem § 5 ust. 4 i § 6 ust. 4.
4. Świadczenia o charakterze ryczałtowym (§ 5, § 6, § 8, § 9) wypłaca się niezależnie od świadczeń przysługujących Ubezpieczonemu z innych umów ubezpieczenia, w tym zawartych z innymi zakładami ubezpieczeń. Świadczenia o charakterze odszkodowawczym, stanowiące zwrot kosztów (§ 7, § 11), przysługują do wysokości kosztów rzeczywiście poniesionych, w części niepokrytej z innych umów ubezpieczenia. Odszkodowanie z OC ucznia ustala się zgodnie z § 12.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 17

1. Wysokość składki ustala Ubezpieczyciel na podstawie taryfy obowiązującej w dniu zawarcia umowy, w zależności od wybranego wariantu, sum ubezpieczenia oraz wybranych opcji dodatkowych.
2. Składkę oblicza się za okres ubezpieczenia i wskazuje w polisie. Składka płatna jest jednorazowo, w terminie i wysokości wskazanej w polisie.
3. Do składki dolicza się składki za opcje dodatkowe (§ 12), jeżeli zostały wybrane.
4. W razie ujawnienia okoliczności pociągającej za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.

ODSTĄPIENIE I WYPOWIEDZENIE UMOWY

§ 18

1. Jeżeli umowa została zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia. Jeżeli umowa została zawarta na odległość, konsumentowi przysługuje prawo odstąpienia w terminie 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ust. 3 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy.
2. Odstąpienie od umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony. Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony.
3. Ponieważ niniejsze ubezpieczenie jest ubezpieczeniem osobowym, Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia (art. 830 § 1 Kodeksu cywilnego). Wypowiedzenie wymaga formy pisemnej lub elektronicznej i wywołuje skutek z upływem okresu wypowiedzenia.
4. Umowa może zostać rozwiązana także w innych przypadkach przewidzianych przepisami Kodeksu cywilnego. W razie rozwiązania umowy przed upływem okresu ubezpieczenia Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony.

ROZDZIAŁ VI. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

§ 19

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w pełnej wysokości i w terminie wskazanym w polisie oraz do podania prawdziwych i pełnych informacji mających wpływ na ocenę ryzyka.
2. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony (lub jego przedstawiciel ustawowy) zobowiązany jest:
 - a) niezwłocznie uzyskać pomoc lekarską i stosować się do zaleceń lekarza, dążąc do ograniczenia skutków zdarzenia;

- b) zgłosić zdarzenie do Ubezpieczyciela lub wskazanego centrum pomocy bez zbędnej zwłoki, o ile stan zdrowia Ubezpieczonego na to pozwala, w sposób wskazany w § 20;
 - c) współdziałać z Ubezpieczycielem w postępowaniu dotyczącym ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela i wysokości świadczenia, w szczególności przedłożyć wymagane dokumenty, udzielić niezbędnych informacji oraz poddać się badaniu przez lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela, jeżeli jest ono konieczne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia.
 - d) dostarczyć dokumentację medyczną potwierdzającą rodzaj urazu lub choroby oraz przebieg leczenia, dokumentację potwierdzającą okoliczności zdarzenia (np. notatki służb, zaświadczenia placówki oświatowej) a także rachunki lub faktury dokumentujące poniesione koszty - w przypadku zwrotu kosztów (§ 7) a w przypadku śmierci Ubezpieczonego - odpisu aktu zgonu oraz dokumentu potwierdzającego uprawnienie do świadczenia;
 - e) umożliwić Ubezpieczycielowi uzyskanie dokumentacji medycznej oraz informacji niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności i wysokości świadczenia;
 - f) w razie skorzystania z usług assistance - uprzednio skontaktować się z centrum pomocy wskazanym w polisie.
3. Naruszenie obowiązków, o których mowa w ust. 2, może stanowić podstawę odpowiedniego zmniejszenia świadczenia wyłącznie wówczas, gdy nastąpiło z winy umyślnej lub wskutek rażącego niedbalstwa oraz miało wpływ na ustalenie okoliczności zdarzenia, odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia - w takim zakresie, w jakim przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło ustalenie tych okoliczności.
4. Skutki, o których mowa w ust. 3, nie następują, jeżeli Ubezpieczyciel w terminie przewidzianym dla zgłoszenia zdarzenia otrzymał wiadomość o okolicznościach objętych obowiązkiem powiadomienia z innego źródła.

ZGŁOSZENIE ZDARZENIA I WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 20

1. Zgłoszenia zdarzenia można dokonać pisemnie, elektronicznie na adres e-mail wskazany w polisie lub telefonicznie pod numerem infolinii.
2. Do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia Ubezpieczyciel może wymagać w szczególności:
 - a) wypełnionego formularza zgłoszenia szkody;
 - b) dokumentacji medycznej potwierdzającej rodzaj urazu lub choroby oraz przebieg leczenia;
 - c) dokumentów potwierdzających okoliczności zdarzenia (np. notatki służb, zaświadczenia placówki oświatowej);
 - d) rachunków lub faktur dokumentujących poniesione koszty - w przypadku zwrotu kosztów (§ 7);
 - e) w przypadku śmierci Ubezpieczonego - odpisu aktu zgonu oraz dokumentu potwierdzającego uprawnienie do świadczenia.
3. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni od dnia otrzymania zgłoszenia zdarzenia. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia okazało się w tym terminie niemożliwe, świadczenie wypłaca się w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe; bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni.
4. Świadczenie wypłaca się w formie pieniężnej, na rachunek bankowy wskazany przez uprawnionego. Koszty świadczeń organizowanych przez Ubezpieczyciela (np. usługi assistance) pokrywane są bezpośrednio na rzecz usługodawców.

5. O wysokości przyznanego świadczenia albo o odmowie jego wypłaty (w całości lub w części) Ubezpieczyciel zawiadamia na piśmie, wskazując okoliczności i podstawę prawną. W razie odmowy uprawnionemu przysługuje prawo dochodzenia roszczeń na drodze sądowej oraz złożenia reklamacji (§ 24).
6. W przypadku śmierci Ubezpieczonego świadczenie zostanie wypłacone najbliższej rodzinie Ubezpieczonego: zstępnym, a w razie braku zstępnych kolejno: współmałżonkowi, rodzicom, rodzeństwu.
7. Dokumentację sporządzoną w języku obcym Ubezpieczony może złożyć w języku angielskim albo w języku urzędowym kraju, w którym doszło do zdarzenia, bez konieczności przedkładania tłumaczenia przysięgłego.
8. Ubezpieczony przedkłada dokumenty, o których mowa w ust. 2, o ile znajdują się w jego posiadaniu. Jeżeli zgłoszenie jest niekompletne, Ubezpieczyciel wskazuje brakujące dokumenty w terminie 7 dni od dnia otrzymania zgłoszenia.
9. Ubezpieczony, jego przedstawiciel ustawowy oraz uprawniony z umowy mają prawo wglądu do akt szkody oraz sporządzania na swój koszt odpisów lub kopii dokumentów z akt, w tym w postaci elektronicznej.

USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA Z TABELI

§ 21

1. Wysokość świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz urazów ustala Ubezpieczyciel na podstawie dokumentacji medycznej, w oparciu o Tabelę (Załączniki nr 1–2) oraz przeliczniki (§ 6 ust. 5).
2. Świadczenie ustala się na podstawie dokumentacji medycznej. Jeżeli do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela bądź wysokości świadczenia niezbędne jest przeprowadzenie dodatkowych badań lekarskich, Ubezpieczyciel wskazuje ich zakres i pokrywa ich koszt (z wyłączeniem badań genetycznych); w uzasadnionych przypadkach Ubezpieczyciel może zlecić wydanie opinii lekarzowi wskazanemu przez Ubezpieczyciela oraz skierować Ubezpieczonego na badanie lekarskie.
3. Jeżeli uraz lub uszkodzenie ciała nie jest wprost wymienione w Tabeli, świadczenie nie przysługuje, chyba że stanowi element uszkodzenia objętego pozycją tabeli zgodnie z jej warunkami szczególnymi.

ROSZCZENIA REGRESOWE

§ 22

1. Jeżeli w związku z wypłatą odszkodowania z ubezpieczenia majątkowego Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu przysługuje przeciwko Osobie trzeciej roszczenie o naprawienie szkody, roszczenie to przechodzi na Ubezpieczyciela do wysokości wypłaconego odszkodowania, na zasadach określonych w przepisach prawa. Postanowienia o regresie nie dotyczą świadczeń o charakterze osobowym (§ 5, § 6, § 8, § 9).
2. Roszczenie nie przechodzi na Ubezpieczyciela, jeżeli sprawcą szkody jest osoba, z którą Ubezpieczający lub Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
3. Ubezpieczony zobowiązany jest zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń regresowych i przekazać Ubezpieczycielowi informacje oraz dokumenty niezbędne do ich dochodzenia.

PRAWA UBEZPIECZONEGO I UBEZPIECZAJĄCEGO

§ 23

Ubezpieczonemu oraz Ubezpieczającemu przysługują w szczególności następujące prawa:

- a) Ubezpieczony, a w przypadku Ubezpieczonego małoletniego - jego przedstawiciel ustawowy, ma prawo żądać od Ubezpieczyciela informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz OWU w zakresie,

- w jakim dotyczą jego praw i obowiązków; Ubezpieczyciel udziela informacji w terminie 14 dni od dnia otrzymania żądania;
- b) Ubezpieczony, jego przedstawiciel ustawowy oraz - w razie śmierci Ubezpieczonego - osoby wskazane w § 5 ust. 5 mogą zgłosić roszczenie bezpośrednio do Ubezpieczyciela, bez pośrednictwa placówki oświatowej ani Ubezpieczającego;
 - c) świadczenie wypłaca się bezpośrednio Ubezpieczonemu lub jego przedstawicielowi ustawowemu, a w razie śmierci Ubezpieczonego - osobom wskazanym w § 5 ust. 5; świadczenia nie wypłaca się placówce oświatowej;
 - d) Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie z zachowaniem terminu określonego w umowie lub ogólnych warunkach ubezpieczenia, a w razie jego braku - ze skutkiem natychmiastowym.
 - e) roszczenie o zapłatę składki przysługuje Ubezpieczycielowi wyłącznie wobec Ubezpieczającego; Ubezpieczyciel nie kieruje roszczenia o składkę do Ubezpieczonego ani jego przedstawiciela ustawowego;
 - f) w razie śmierci Ubezpieczającego skutki dla praw i obowiązków wynikających z umowy określają przepisy prawa; Ubezpieczony albo jego przedstawiciel ustawowy może zwrócić się do Ubezpieczyciela o kontynuowanie umowy na uzgodnionych warunkach.

ROZDZIAŁ VII. SKARGI, REKLAMACJE I POSTANOWIENIA KOŃCOWE

SKARGI I REKLAMACJE

§ 24

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do wniesienia reklamacji. Reklamacją jest każde wystąpienie zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez HPI GMA S.A. działającą w imieniu Ubezpieczyciela Zavarovalnica Triglav d.d.
2. Reklamację można złożyć:
 - 1) pisemnie:
 - a) w postaci papierowej – osobiście w siedzibie przedstawiciela Ubezpieczyciela albo przesyłką pocztową na adres przedstawiciela Ubezpieczyciela: HPI GMA S.A., Skr. Envelo 206, 00-935 Warszawa, albo nadaną w placówce podmiotu zajmującego się doręczeniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej
 - b) w postaci elektronicznej - na adres e-mail: reklamacje@trasti.pl, albo wypełniając formularz reklamacji na stronie <https://www.site.trasti.pl/reklamacja>, albo wysyłając na adres doręczeń elektronicznych AE:PL-49992-52686-ABBGC-13 wpisany do bazy adresów elektronicznych, o którym mowa w Ustawie o doręczeniach elektronicznych,
 - 2) ustnie - telefonicznie pod numerem infolinii +48 22 250 93 73, albo osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie przedstawiciela Ubezpieczyciela.
3. Odpowiedzi na reklamację udzielamy na piśmie:
 - 1) w postaci elektronicznej - w przypadku, gdy reklamacja została złożona na piśmie w postaci elektronicznej, chyba że wniesiesz o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej,
 - 2) w postaci papierowej - w przypadku, gdy reklamacja została złożona na piśmie w postaci papierowej, chyba że wniesiesz o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej,
 - 3) w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z Twoim wnioskiem - w przypadku gdy reklamacja została złożona ustnie.

4. W przypadku złożenia reklamacji w postaci elektronicznej, odpowiedzi udzielamy:
- 1) z wykorzystaniem tego samego środka komunikacji elektronicznej, za pomocą którego złożyłeś reklamację, albo innego wskazanego przez Ciebie środka komunikacji elektronicznej - w przypadku, gdy reklamacja została złożona z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej (np. e-mail),
 - 2) na Twój adres do doręczeń elektronicznych wpisany do bazy adresów elektronicznych - w przypadku, gdy reklamacja została wysłana na nasz adres do doręczeń elektronicznych.
5. Dodatkowo na wniosek osoby składającej reklamację potwierdzimy pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.
6. Odpowiedzi na reklamację udzielimy, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania.
7. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, w których nie będziemy mogli rozpatrzyć reklamacji i udzielić na nią odpowiedzi w terminie 30 dni, poinformujemy osobę, która złożyła reklamację o przyczynie opóźnienia a także okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy. W takim przypadku odpowiedzi na reklamację udzielimy nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.
8. Jeżeli osoba fizyczna składająca reklamację nie zgadza się z odpowiedzią na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego (ul. Nowogrodzka 47A, 00-695 Warszawa, www.rf.gov.pl), który jest podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowań w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich.
9. Ponadto dopuszczamy także możliwość rozwiązywania sporów konsumenckich na drodze pozasądowej. Podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich jest Rzecznik Finansowy (Nowogrodzka 47A, 00-695 Warszawa; szczegółowe informacje w tym zakresie dostępne są na stronie internetowej www.rf.gov.pl).
10. Spór wynikający z umowy ubezpieczenia może zostać poddany, za zgodą obu stron, pod rozstrzygnięcie Sądu Polubownego przy Komisji Nadzoru Finansowego.
11. Niezależnie od prawa do reklamacji oraz do dochodzenia roszczeń na drodze sądowej, uprawniony może zwrócić się do Ubezpieczyciela z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy; złożenie takiego wniosku nie ogranicza ani nie zawiesza pozostałych uprawnień.
12. Konsument może ponadto skorzystać z pomocy właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
13. Spory wynikające z niniejszej Umowy ubezpieczenia są rozpatrywane według prawa polskiego i mogą być dochodzone przed sądami według właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Podmiotem, który w razie ewentualnego sporu sądowego powinien zostać pozwany jest Zavarovalnica Triglav, d.d. Miklošičeva 19, 1000 Ljubljana Slovenia.
14. Podmioty, którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji, przysługuje prawo złożenia skargi dotyczącej usług lub działalności Ubezpieczyciela.
15. Do skarg wnoszonych przez te podmioty zastosowanie znajdują postanowienia dotyczące reklamacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 25

1. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony w związku z umową ubezpieczenia mogą być dokonywane na piśmie w postaci papierowej albo elektronicznej lub w inny uzgodniony sposób. Strony zobowiązują się informować wzajemnie o zmianie adresu miejsca zamieszkania, siedziby lub adresu elektronicznego wskazanego do kontaktu.
2. Powyższe warunki ubezpieczenia obowiązują od dnia 4 września 2026 r. oraz mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od tego dnia.

To już wszystkie informacje dotyczące ubezpieczenia SIMPLY SCHOOL i jego warunków. Dziękujemy za zapoznanie się z powyższą treścią, która jest częścią umowy ubezpieczenia. W razie pytań prosimy o kontakt z agentem, za pośrednictwem którego zawierana jest umowa, lub na adres kontakt@trasti.pl.

ZAŁĄCZNIK NR 1. TABELA I - CIĘŻKIE TRWAŁE USZKODZENIA CIAŁA

Świadczenie = wskazany % sumy ubezpieczenia trwałego uszczerbku. Kilka pozycji z jednego wypadku sumuje się, maksymalnie do 100% SU.

#	Uszkodzenie	% SU
1	Rozlane uszkodzenie mózgu z utrwalonym obrazem klinicznym (odmóżdżenie, porażenie połowicze, porażenie kończyn dolnych, porażenie trzykończynowe lub cztero kończynowe)	100
2	Krwiak wewnątrzczaszkowy (nadtwardówkowy, podtwardówkowy lub śródmózgowy) leczony operacyjnie	10
3	Całkowita utrata wzroku w obu oczach	100
4	Całkowita utrata wzroku w jednym oku	37,5
5	Całkowita głuchota obustronna	50
6	Całkowita głuchota jednostronna	20
7	Całkowita utrata nosa	20
8	Zwężenie tchawicy wymagające stałego utrzymania rurki tracheostomijnej	15
9	Seryjne (mnogie) złamanie żeber (powyżej 5) lub rany drążące klatki piersiowej	7
10	Rany drążące serca i dużych naczyń krwionośnych klatki piersiowej	30
11	Uszkodzenie płuca wymagające resekcji	15
12	Uszkodzenie żołądka wymagające resekcji	7,5
13	Uszkodzenie jelita wymagające resekcji	7,5
14	Uszkodzenie wątroby wymagające resekcji	7,5
15	Wyłonienie sztucznego odbytu (anus praeternaturalis)	15
16	Uszkodzenie nerki wymagające resekcji	10
17	Utrata jednej nerki	25
18	Uszkodzenie śledziony	4
19	Utrata śledziony	15
20	Uszkodzenie pęcherza moczowego	10
21	Uszkodzenie kręgosłupa z trwałym uszkodzeniem rdzenia kręgowego, bez kontroli zwieraczy	55
22	Uszkodzenie kręgosłupa z trwałym uszkodzeniem rdzenia kręgowego, z zachowaną kontrolą zwieraczy	7
23	Utrata kończyny górnej na poziomie ramienia lub stawu łokciowego	67,5
24	Utrata kończyny górnej na poziomie przedramienia	57,5
25	Utrata ręki na poziomie nadgarstka (dłoni)	50
26	Utrata kciuka	20
27	Utrata palca wskazującego	10
28	Utrata palca środkowego	6
29	Utrata palca serdecznego lub małego - za każdy	5
30	Utrata kończyny dolnej powyżej kolana lub na poziomie stawu kolanowego	65
31	Utrata kończyny dolnej poniżej kolana	50
32	Utrata stopy	42,5
33	Utrata palucha	9
34	Utrata innych palców stopy - za każdy	2
35	Porażenie nerwu twarzowego	5
36	Porażenie nerwu pachowego	20
37	Porażenie nerwu promieniowego	30
38	Porażenie nerwu łokciowego	20
39	Porażenie nerwu pośrodkowego	25
40	Porażenie nerwu udowego	30
41	Porażenie nerwu piszczelowego	25
42	Porażenie nerwu strzałkowego	17,5

Warunki szczególne: częściowa utrata wzroku - 20/40% poz. 3 (oboje oczu) lub 10/20% poz. 4 (jedno oko); częściowa utrata słuchu - 15% poz. 5; częściowa utrata nosa - 30% poz. 7; zszycie narządów bez resekcji - 20% poz. 11–14; utrata paliczka kciuka - 50% poz. 26, innego palca - 33%/66% poz. 27–29, palucha - 50% poz. 33; niedowład (pareza) = 50% świadczenia za porażenie danego nerwu.

ZAŁĄCZNIK NR 2. TABELA II - ZŁAMANIA, ZWICHNIĘCIA, OPARZENIA I INNE URAZY

Świadczenie = wskazany % sumy ubezpieczenia trwałego uszczerbku, wypłacane od razu po rozpoznaniu (diagnozie) - bez orzekania trwałego uszczerbku. Pozycje z jednego wypadku sumują się, maksymalnie do 100% SU.

I. ZŁAMANIA

#	Pozycja	% SU
1	Złamanie czaszki	2,5
2	Złamanie kości twarzy	3,5
3	Złamanie żuchwy/szczęki	4
4	Złamanie kości nosowej	3
5	Złamanie obojczyka	3
6	Złamanie łopatki	4
7	Złamanie stawowe górnej części kości ramiennej	5
8	Złamanie trzonu kości ramiennej	4
9	Złamanie stawowe dolnej części kości ramiennej	5
10	Złamanie górnej części kości łokciowej	4
11	Złamanie górnej części kości promieniowej	4
12	Złamanie trzonu kości łokciowej	3
13	Złamanie trzonu kości promieniowej	3
14	Złamanie dolnej części kości łokciowej	3
15	Złamanie dolnej części kości promieniowej	3
16	Złamanie kości nadgarstka	2
17	Złamanie kości śródręcza - za każdą	2
18	Złamanie kciuka	2
19	Złamanie innych palców ręki	2
20	Złamanie stawowe górnej części kości udowej	8
21	Złamanie trzonu kości udowej	5
22	Złamanie stawowe dolnej części kości udowej	5
23	Złamanie rzepki	4
24	Złamanie stawowe górnej części piszczeli	5
25	Złamanie trzonu piszczeli	4
26	Złamanie trzonu strzałki	1
27	Złamanie stawowe dolnej części piszczeli	4
28	Złamanie kostki bocznej	2
29	Złamanie kostki przyśrodkowej	2
30	Złamanie kości skokowej	5
31	Złamanie kości piętowej	5
32	Złamanie kości stępu	2
33	Złamanie kości śródstopia - za każdą	3
34	Złamanie palucha	2
35	Złamanie innych palców stopy	1
36	Złamanie trzonu kręgu szyjnego	5
37	Złamanie trzonu kręgu piersiowego	5
38	Złamanie trzonu kręgu lędźwiowego	5
39	Złamanie żebra	0,5
40	Złamanie mostka	2
41	Złamanie niestabilne miednicy	12
42	Złamanie stabilne miednicy	4
43	Złamanie panewki stawu biodrowego	10
44	Złamanie kości krzyżowej	4
45	Złamanie kości guzicznej	1

II. ZWICHNIĘCIA

#	Pozycja	% SU
46	Zwichnięcie kręgów bez objawów neurologicznych	5
47	Zwichnięcie stawu barkowego	3
48	Całkowite zwichnięcie stawu barkowo-/mostkowo-obojczykowego	3
49	Zwichnięcie stawu łokciowego	3

50	Zwichnięcie stawu nadgarstkowego	1
51	Zwichnięcie stawu palca ręki lub stopy	1
52	Zwichnięcie stawu biodrowego	5
53	Zwichnięcie stawu kolanowego	5
54	Zwichnięcie rzepki	1
55	Zwichnięcie stawu skokowego górnego	2
56	Zwichnięcie stawu skokowego dolnego	1

III. OPARZENIA (skala Lund–Browder)

#	Pozycja	% SU
57	Oparzenie II stopnia, 1–5% powierzchni ciała	4
58	Oparzenie II stopnia, > 5–20% powierzchni	8
59	Oparzenie II stopnia, > 20% powierzchni	18
60	Oparzenie III stopnia, 1–5% powierzchni	10
61	Oparzenie III stopnia, > 5–20% powierzchni	25
62	Oparzenie III stopnia, > 20% powierzchni	50

IV. URAZY MIĘŚNI, ŚCIĘGIEN I WIĘZADEŁ (potwierdzone USG/MRI)

#	Pozycja	% SU
63	Zerwanie więzadła kolana	6
64	Zerwanie stożka rotatorów	4
65	Zerwanie więzadła stawu skokowego	3
66	Zerwanie ścięgna Achillesa	5
67	Zerwanie łagodki	3
68	Zerwanie innych mięśni i ścięgien	4

V. INNE URAZY

#	Pozycja	% SU
69	Stłuczenie mózgu	5
70	Urazowe uszkodzenie błony bębenkowej	1
71	Wstrząśnienie mózgu	2
72	Utrata zdrowego zęba stałego - za każdy ząb	1
73	Rana zszyta lub sklejona	1
74	Skręcenie/naderwanie stawu (distorsio/distensio)	1

Warunki szczególne: zdrowy ząb stały oznacza ząb nieleczony (bez ubytków i wypełnień); za częściową utratę zdrowego zęba stałego przysługuje połowa świadczenia przewidzianego za jego utratę. Kumulacja świadczeń: przy mnogości urazów w jednym wypadku świadczenia z poszczególnych pozycji sumuje się, jednak wypłaca się nie więcej niż za 3 kręgi, 3 żebra oraz 2 palce; mnogie złamanie tej samej kości traktuje się jako jedno świadczenie.