

| Rodzaj świadczenia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | WYSOKOŚĆ WYPŁATY                                                                              |                                  |                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Suma ubezpieczenia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 10 000,00 PLN                                                                                 | 15 000,00 PLN                    | 20 000,00 PLN                    |
| Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NNW oraz sepsy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 10 000,00 PLN                                                                                 | 15 000,00 PLN                    | 20 000,00 PLN                    |
| Śmierć Ubezpieczonego w wyniku niewydolności wielonarządowej                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 10 000,00 PLN                                                                                 | 15 000,00 PLN                    | 20 000,00 PLN                    |
| Całkowity 100% trwały uszczerbek na zdrowiu - trwałe inwalidztwo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 10 000,00 PLN                                                                                 | 15 000,00 PLN                    | 20 000,00 PLN                    |
| Częściowy trwały uszczerbek na zdrowiu, w tym też: <ul style="list-style-type: none"> <li>poparzenie, odmrożenie, złamanie, zwichnięcie, skręcenie</li> <li>zranienie, rany szarpane, rany cięte</li> <li>wstrząśnienie mózgu, obicie mózgu</li> <li>uszkodzenie narządu słuchu lub wzroku</li> <li>obrażenia ciała spowodowane atakiem epilepsji, upadkiem na skutek omdlenia, utraty przytomności o nieustalonej przyczynie</li> <li>następstwo udarów mózgu</li> <li>następstwo zawału mięśnia sercowego</li> </ul> | określony % sumy ubezpieczenia, w jakim Ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu    |                                  |                                  |
| Skutki pogryzienia przez psa, pokąsania lub pogryzienia przez inne zwierzęta oraz ukąszenia owadów                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | określony % sumy ubezpieczenia, w jakim Ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu    |                                  |                                  |
| Uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieudanej próby samobójczej                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | określony % sumy ubezpieczenia, w jakim Ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu    |                                  |                                  |
| Śmierć w wyniku popełnienia samobójstwa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 10 000,00 PLN                                                                                 | 15 000,00 PLN                    | 20 000,00 PLN                    |
| Leczenie ambulatoryjne na skutek NNW bez trwałego uszczerbku na zdrowiu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 100,00 PLN                                                                                    | 150,00 PLN                       | 200,00 PLN                       |
| Jednorazowe świadczenie na wypadek śmierci w wyniku NNW rodzica lub przedstawiciela ustawowego                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1 000,00 PLN                                                                                  | 1 000,00 PLN                     | 1 000,00 PLN                     |
| Zwrot kosztów nabycia środków pomocniczych, protez, gipsów miękkich i innych przedmiotów ortopedycznych                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2 500,00 PLN                                                                                  | 3 750,00 PLN                     | 5 000,00 PLN                     |
| Assistance powypadkowy na terenie Polski: organizacja i pokrycie kosztów wizyty lekarza, pielęgniarki, dowozu leków i inne                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2 000,00 PLN na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia na każdego Ubezpieczonego |                                  |                                  |
| Koszty odbudowy zębów stałych                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | do 500,00 PLN za każdy ząb stały                                                              | do 500,00 PLN za każdy ząb stały | do 500,00 PLN za każdy ząb stały |
| Jednorazowe świadczenie na wypadek ukąszenia przez kleszcza i stwierdzenie boreliozy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 300,00 PLN                                                                                    | 300,00 PLN                       | 300,00 PLN                       |
| Zwrot kosztów leczenia z tytułu NNW i kosztów rehabilitacji na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej: badania ambulatoryjne w tym rezonans magnetyczny, tomograf komputerowy, zabiegi ambulatoryjne, zakup niezbędnych lekarstw i środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza. W tym zwrot kosztów rehabilitacji z limitem do 800,00 PLN                                                                                                                                                                           | 2 000,00 PLN                                                                                  | 3 000,00 PLN                     | 4 000,00 PLN                     |
| Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania: padaczka, nowotwór złośliwy, przeszczep narządu, paraliż, utrata kończyn, zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji krwi, zapalenie mózgu, wrodzonej wady serca                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 1 000,00 PLN                                                                                  | 1 000,00 PLN                     | 1 000,00 PLN                     |
| Dzienne świadczenie szpitalne związane z NNW płatne od 1 dnia pobytu, max 90 dni (min. pobyt w szpitalu 24 godz.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 45,00 PLN / dzień                                                                             | 45,00 PLN / dzień                | 45,00 PLN / dzień                |
| Dzienne świadczenie szpitalne z powodu choroby płatne od 1 dnia pobytu max 30 dni (min. pobyt w szpitalu 24 godz.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 45,00 PLN / dzień                                                                             | 45,00 PLN / dzień                | 45,00 PLN / dzień                |
| <b>SKŁADKA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>34,00 PLN</b>                                                                              | <b>46,00 PLN</b>                 | <b>56,00 PLN</b>                 |

**OCHRONA UBEZPIECZENIOWA ROZPOCZYNA SIĘ OD 1.09.2019 I TRWA DO 31.08.2020**

**Ergo Hestia nie pobiera dodatkowej opłaty za objęcie ochroną ubezpieczeniową dzieci wyczynowo uprawiających sport. Opłata za drugie dziecko uczęszczające do przedszkola lub żłobka wynosi 50% składki przy każdej sumie ubezpieczenia**

# ERGO HESTIA®



**ABY DZIECKO ZOSTAŁO OBJĘTE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ, SKŁADKĘ NALEŻY WPŁACIĆ NA NASTĘPUJĄCE KONTO POLISY: 78 1090 2590 0000 0001 3709 7617**  
**W opisie wpłaty należy podać: imię i nazwisko dziecka, PESEL dziecka, numer przedszkola lub żłobka i nazwę miejscowości, w której znajduje się placówka**

Dzieci, których składka ubezpieczeniowa - po uprzedniej deklaracji rodziców - zostanie opłacona do 01.10.2019, będą objęte ochroną ubezpieczeniową od 01.09.2019 do 31.08.2020. Dzieci, których składka ubezpieczeniowa zostanie opłacona od 02.10.2019 do 20.11.2019, będą objęte ochroną ubezpieczeniową od dnia następnego po odnotowaniu wpływu składki na konto polisy do 31.08.2020

Pełną informację na temat przystąpienia do ubezpieczenia oraz likwidacji szkody można uzyskać bezpośrednio w agencji ubezpieczeniowej i na stronie internetowej agencji  
[www.ubezpieczenia-rybnik.pl](http://www.ubezpieczenia-rybnik.pl)

Dane kontaktowe ubezpieczyciela:

**Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO HESTIA S.A.**  
**Agencja nr 018019, ul. Mahoniowa 9, 44-217 Rybnik**

Sławomir Matusik, Rafał Kowalczyk

Tel./fax 32/4232055, 32/4232058

Tel. Kom. 507-076-735, 502-637-565

E-mail: [slawomir.matusik@agencjarybnik.pl](mailto:slawomir.matusik@agencjarybnik.pl)

E-mail: [rafal.kowalczyk@agencjarybnik.pl](mailto:rafal.kowalczyk@agencjarybnik.pl)

Druk do zgłoszenia szkody dostępny jest na stronie internetowej agencji, można go również odebrać i wypełnić na miejscu u ubezpieczyciela. Po wyrażeniu zgody Dyrekcji, druk będzie również dostępny w siedzibie Rady Rodziców lub w Sekretariacie Przedszkola/Żłobka

Szczegóły oferty i ogólne warunki ubezpieczenia dostępne są na stronie  
[www.ubezpieczenia-rybnik.pl](http://www.ubezpieczenia-rybnik.pl)

W NOWYM ROKU SZKOLNYM 2019/2020 ŻYCZYMY PAŃSTWU WSZELKIEJ POMYŚLNOŚCI  
W PRACY ZAWODOWEJ I W ŻYCIU OSOBISTYM  
SERDECZNIE ZAPRASZAMY DO SKORZYSTANIA Z NASZEJ OFERTY