

Opcja Podstawowa obejmuje następujące świadczenia:

1) w przypadku uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku:

- a) w przypadku 100% uszczerbku na zdrowiu – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia,
- b) w przypadku uszczerbku na zdrowiu od 1% do 25% – świadczenie w wysokości takiego procentu sumy ubezpieczenia, w jakim nastąpił uszczerbek na zdrowiu, zaś w przypadku uszczerbku na zdrowiu powyżej 25% – świadczenie w wysokości 2% sumy ubezpieczenia za każdy kolejny procent uszczerbku na zdrowiu,
- c) koszty nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie oraz **koszty zakupu lub naprawy okularów korekcyjnych, aparatu słuchowego lub aparatu ortodontycznego** uszkodzonych w wyniku nieszczęśliwego wypadku **na terenie placówki oświatowej** – zwrot udokumentowanych kosztów nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie – do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem iż: – są niezbędne z medycznego punktu widzenia i **udokumentowane kopią zlecenia lekarskiego na zaopatrzenie w wyroby medyczne wydawane na zlecenie oraz – zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku;** zwrot udokumentowanych kosztów zakupu lub naprawy okularów korekcyjnych, aparatu słuchowego lub aparatu ortodontycznego uszkodzonych w wyniku nieszczęśliwego wypadku na terenie placówki oświatowej – **do wysokości 300zł**, pod warunkiem że nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego doszło do uszkodzenia okularów korekcyjnych, aparatu słuchowego lub aparatu ortodontycznego miał miejsce **na terenie placówki oświatowej;**
- d) koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem iż:

– Ubezpieczonemu na podstawie decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych przyznano rentę szkoleniową jako osobie trwale niezdolnej do pracy w dotychczasowym zawodzie lub orzeczenie powiatowego (lub wojewódzkiego) zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności, w którym orzeczono o celowości przekwalifikowania zawodowego osoby niepełnosprawnej oraz

– zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku;

2) w przypadku uszczerbku na zdrowiu w wyniku **ataku padaczki** – jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż padaczka została rozpoznana po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;

3) w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:

a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz

b) śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku;

4) w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku na terenie placówki oświatowej – dodatkowe świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:

a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się na terenie placówki oświatowej, której Ubezpieczony jest podopiecznym lub pracownikiem, podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,

b) śmierć nastąpiła w ciągu sześciu miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku oraz

c) zajście nieszczęśliwego wypadku zostało udokumentowane zaświadczeniem dyrektora placówki oświatowej;

5) w przypadku rozpoznania u Ubezpieczonego **sepsy** – jednorazowe świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż sepsa została rozpoznana po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;

6) w przypadku **śmierci opiekuna prawnego lub rodzica** Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – świadczenie w **wysokości 15%** sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:

a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,

b) śmierć nastąpiła w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;

Odpowiedzialność InterRisk ograniczona jest do dwóch zdarzeń w okresie ubezpieczenia.

7) w przypadku **pogryzienia przez psa lub kota, pokąsania, ukąszenia/użądlenia** – jednorazowe świadczenie w wysokości:

a) 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia w przypadku pogryzienia, przez psa lub kota (wystarczy pierwsza pomoc medyczna)

b) 2% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia w przypadku pokąsania, ukąszenia, pod warunkiem co najmniej dwudniowego pobytu

w szpitalu w wyniku pokąsania, ukąszenia.

8) w przypadku **wstrząśnienia mózgu** w następstwie nieszczęśliwego wypadku – jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony doznał wstrząśnienia mózgu, w wyniku którego konieczny był co najmniej dwudniowy pobyt w szpitalu, przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości stanowiącej 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia;

9) w przypadku **zatrucia pokarmowego, nagłego zatrucia gazami**, bądź w przypadku **porażenia prądem lub piorunem** – świadczenie w wysokości 2% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem co najmniej trzydniowego pobytu w szpitalu w wyniku zatrucia pokarmowego, nagłego zatrucia gazami, bądź w przypadku porażenia prądem lub piorunem;

10) w przypadku rozpoznania u Ubezpieczonego chorób odzwierzęcych (bąblowicy, toksoplazmozy, wścieklizny) oraz zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych – jednorazowe świadczenie w wysokości 5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż ww choroby, zostały rozpoznane w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

11) w przypadku zwichnięć lub skręceń stawów w wyniku nieszczęśliwego wypadku: a) w przypadku zwichnięcia stawu lub skręcenia stawu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej – w zależności od rodzaju zwichnięcia lub skręcenia stawu, przysługuje – zgodnie z TABELĄ nr 5 – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia. Nie przysługuje świadczenie z tytułu złamań kości wymienionych w TABELI nr 5.

12) zwrot kosztów **pogrzebu** Ubezpieczonego poniesionych w związku jego śmiercią w wyniku nieszczęśliwego wypadku – świadczenie w wysokości do 15% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia – na poczet organizacji pogrzebu (w tym organizacja i koszty pochówku, konsolacji, nagrobka, transportu zwłok, i inne koszty niezbędne do celu organizacji pogrzebu). Zwrot kosztów pogrzebu Ubezpieczonego następuje w związku z jego śmiercią w wyniku nieszczęśliwego wypadku w okresie do 24 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku poniesionych na terenie RP na podstawie aktu zgonu, dokumentacji lekarskiej potwierdzającej nieszczęśliwy wypadek, oryginałów imiennych faktur lub rachunków;

13) zwrot kosztów **pomocy psychologicznej** po nieszczęśliwym wypadku – zwrot udokumentowanych kosztów wizyt u psychologa do wysokości 300 zł, zaleconych przez lekarza prowadzącego leczenie po nieszczęśliwym wypadku, który wydarzył się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem, że koszty zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku. Zwrot następuje na podstawie dokumentacji medycznej potwierdzających związek między nieszczęśliwym wypadkiem i koniecznością skorzystania z pomocy psychologa oraz rachunków i faktur imiennych.

Opcje dodatkowe:

Śmierć w wyniku wypadku komunikacyjnego (D1) – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D1, pod warunkiem, iż:

- wypadek komunikacyjny wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz
- śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku.

Oparzenia i odmrożenia (D2) – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D2, uzależnione od stopnia oparzenia lub odmrożenia powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku określonego wyłącznie w poniższych TABELACH:

Stopień oparzenia	Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D2
II stopień	10
III stopień	30
IV stopień	50

Stopień odmrożenia	Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D2
II stopień	10
III stopień	30
IV stopień	50

W przypadku występowania w ramach jednego nieszczęśliwego wypadku kilku oparzeń o różnym stopniu, InterRisk wypłaca jednorazowe świadczenie odpowiadające najwyższemu stopniowi oparzenia lub odmrożenia Ubezpieczonego

Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (D3) w tym pobyt na OIOM/OIT – świadczenie w wysokości **1,0%** sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D3, za każdy dzień pobytu w szpitalu **od 1. do 10. dnia pobytu w szpitalu**, a następnie świadczenie w wysokości **1,5%** sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D3, za każdy dzień pobytu w szpitalu **od 11. do 95. dnia pobytu w szpitalu**, będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem pobytu w szpitalu trwającego **minimum 2 dni**. W przypadku kolejnych, następujących po sobie pobytów w szpitalu w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem świadczenie szpitalne przysługuje od pierwszego dnia pobytu w szpitalu, pod warunkiem, że pierwszy pobyt w szpitalu trwał minimum 2 dni. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku przysługuje maksymalnie do wyczerpania sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia. Gdy wypis ze szpitala nastąpi po zakończeniu okresu ubezpieczenia pobyt w szpitalu jest objęty odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, pod warunkiem, że przyjęcie do szpitala nastąpiło w okresie ubezpieczenia.

Ponadto, odpowiadamy za uszkodzenia ciała, które miały miejsce przed okresem ubezpieczenia, ale pod warunkiem, że w poprzednim roku placówka również była ubezpieczona w InterRisk.

Pobyt w szpitalu w wyniku choroby (D4) w tym pobyt na OIOM/OIT – świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D4, za każdy następnny dzień pobytu w szpitalu, począwszy od drugiego dnia pobytu w szpitalu, w związku z chorobą, która została rozpoznana w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz pod warunkiem pobytu ubezpieczonego w szpitalu trwającego **minimum 3 dni**. W przypadku kolejnych, następujących po sobie pobytów w szpitalu w związku z tą samą chorobą świadczenie szpitalne przysługuje od pierwszego dnia pobytu w szpitalu. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku choroby przysługuje maksymalnie za 100 dni pobytu w szpitalu. Gdy wypis ze szpitala nastąpi po zakończeniu okresu ubezpieczenia pobyt w szpitalu jest objęty odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, pod warunkiem, że przyjęcie do szpitala nastąpiło w okresie ubezpieczenia.

Poważne Choroby (D5) – w przypadku rozpoznania Poważnej Choroby – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D5, pod warunkiem rozpoznania u Ubezpieczonego po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, następującego rodzaju Poważnej Choroby: nowotwór złośliwy, paraliż, niewydolność nerek, transplantacja głównych organów, poliomyelitis, utrata mowy, utrata słuchu, utrata wzroku, anemia aplastyczna, stwardnienie rozsiane, cukrzyca typu I, niewydolność serca, choroba autoimmunologiczna.

Operacje w wyniku NW (D6) – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D6, uzależnione od rodzaju operacji określonej wyłącznie w TABELI nr 8, pod warunkiem iż operacja:

- została zalecona przez lekarza jako niezbędna część procesu leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz
- została przeprowadzona w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej w trakcie co najmniej **dwudniowego pobytu w szpitalu**,
- jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku została wykonana więcej niż jedna operacja, przysługuje - zgodnie z TABELĄ nr 8 - świadczenie będące sumą kwot za każdy rodzaj operacji, ale wysokość świadczenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D6;

Operacje w wyniku choroby (D7) - świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D7, uzależnione od rodzaju operacji, określonej wyłącznie w TABELI nr 9, pod warunkiem iż operacja:

- została zalecona przez lekarza jako niezbędna część procesu leczenia choroby, która została rozpoznana po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia oraz
- została przeprowadzona w trakcie trwania okresu ubezpieczenia w trakcie co najmniej **dwudniowego pobytu w szpitalu**;
- jeżeli w wyniku tej samej choroby zostanie wykonana więcej niż jedna operacja, przysługuje - zgodnie z TABELĄ nr 9 - świadczenie będące sumą kwot za każdy rodzaj operacji, ale wysokość świadczenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D7;

Koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku (D8) –

zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D8. poniesionych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku z tytułu:

- wizyt lekarskich z wyłączeniem wizyt stomatologicznych,
- zabiegów ambulatoryjnych,
- badń zleconych przez lekarza prowadzącego leczenie,

- d) pobytu w szpitalu,
- e) operacji przeprowadzonej podczas co najmniej trzydniowego pobytu w szpitalu,
- f) operacji plastycznej zalecanej przez lekarza jako niezbędna część procesu leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku,
- g) zakupu środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza,
- h) rehabilitacji zleconej przez lekarza prowadzącego leczenie,
- i) kosztów leków przepisanych przez lekarza prowadzącego leczenie szpitalne, które skutkowało co najmniej czterodniowym pobytom w szpitalu

W ramach limitu na zwrot kosztów leczenia zastosowanie mają poniższe podlimity :

- zwrot kosztów **rehabilitacji**, który wynosi **maksymalnie 1500 zł** (w zależności od wybranego wariantu),
- zwrotu kosztów operacji plastycznej - podlimit w wysokości do 5.000 PLN;
- zwrotu kosztów leków - podlimit w wysokości 500 PLN;

Rozpoznanie u Ubezpiezonego wady wrodzonej serca (D10)– świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D10, pod warunkiem że wada wrodzona serca została rozpoznana po raz pierwszy w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej;

Koszty leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (D11) – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości **100%** sumy ubezpieczenia określonej **w ofercie** ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D11, ale nie więcej **niż 300 zł** za jeden ząb, pod warunkiem, iż koszty leczenia stomatologicznego:

- a) powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz
- b) zostały poniesione na odbudowę stomatologiczną uszkodzonego lub utraconego zęba stałego, z zastrzeżeniem, że w związku z utratą lub uszkodzeniem zęba w następstwie nieszczęśliwego wypadku u Ubezpiezonego został orzeczony uszczerbek na zdrowiu lub trwale inwalidztwo częściowe oraz
- c) zostały poniesione w okresie ubezpieczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w okresie maksymalnie 6 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

„Bólowe” – uciążliwe leczenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku (D12) – wypłata jednorazowego świadczenia w wysokości maksymalnie **do 250 zł (w zależności od wybranego wariantu)**, pod warunkiem, iż:

nieszczęśliwy wypadek nie pozostawił uszczerbku na zdrowiu Ubezpiezonego (0% uszczerbku na zdrowiu), bądź trwałego inwalidztwa oraz

- a) Ubezpieczony wymagał leczenia i odbył co najmniej **dwie stacjonarne**, kontrolne wizyty lekarskie w placówce medycznej
- b) przebieg leczenia spowodował **czasową niezdolność** Ubezpiezonego do nauki lub do pracy przez **okres nie krótszy niż 7 dni**.

Assistance EDU PLUS (D13) obejmująca:

a) **pomoc medyczną:**

– wizyta lekarza Centrum Assistance – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszty dojazdu lekarza Centrum Assistance oraz jego honorarium za pierwszą wizytę w miejscu pobytu Ubezpiezonego, – wizyta pielęgniarki – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, na zlecenie lekarza Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt dojazdu pielęgniarki oraz jej honorarium za wizytę w miejscu pobytu Ubezpiezonego. InterRisk pokrywa koszty wizyt pielęgniarki do wysokości sumy ubezpieczenia, – dostawa leków – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową i w następstwie którego wymaga leżenia zgodnie z zaleceniem lekarza Centrum Assistance, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt transportu leków przepisanych przez lekarza Centrum Assistance. Koszt leków ponosi Ubezpieczony, – opieka domowa po hospitalizacji – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego przebywał w szpitalu przez okres co najmniej 7 dni, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, po uzyskaniu zalecenia lekarza prowadzącego leczenie zorganizuje i pokryje koszt opieki domowej po zakończeniu hospitalizacji, do wysokości sumy ubezpieczenia. Łącznie czas opieki domowej nie może przekroczyć 96 godzin. Usługa opieki domowej obejmuje: i. robienie zakupów spożywczo-przemysłowych pierwszej potrzeby – koszty zakupów realizowanych na zlecenie Ubezpiezonego pokrywa Ubezpieczony, ii. przygotowywanie posiłków – przy użyciu produktów, środków i sprzętów udostępnionych przez Ubezpiezonego, iii. pomoc w utrzymaniu czystości w domu: sprzątanie podłóg, dywanów i wykładzin dywanowych, ścieranie kurzy, wyrzucanie śmieci, zmywanie naczyń, czyszczenie powierzchni roboczych w kuchni (blatów, płyty kuchennej oraz zlewu), sprzątanie łazienki; podlewanie roślin w domu i ogrodzie – przy użyciu środków i sprzętów udostępnionych przez Ubezpiezonego, – transport medyczny – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt transportu z miejsca pobytu Ubezpiezonego do placówki medycznej, – infolinia medyczna – InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance zapewni Ubezpieczonemu możliwość rozmowy z lekarzem Centrum Assistance, który udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji co do dalszego postępowania. Informacje udzielone przez lekarza Centrum Assistance nie mają charakteru diagnostycznego. Ponadto za pośrednictwem Centrum Assistance Ubezpieczony uzyska: i. informacje medyczne o danym schorzeniu, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia w ramach obowiązujących w Polsce przepisów, ii. informacje o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań, iii. informacje o działaniu leków (stosowanie, odpowiedniki, skutki uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży i laktacji) w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,

b) **indywidualne korepetycje** – jeżeli Ubezpieczony uczeń lub student uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, w wyniku którego nie mógł uczęszczać na zajęcia lekcyjne nieprzerwanie przez okres co najmniej 7 dni, udokumentowane zaświadczeniem lekarskim/wydrukiem zaświadczenia lekarskiego, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance zorganizuje i pokryje koszt indywidualnych korepetycji z wybranych przez Ubezpiezonego ucznia lub studenta przedmiotów wchodzących w zakres programowy realizowany w szkole lub uczelni maksymalnie do 10 godzin lekcyjnych w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku,

c) **pomoc rehabilitacyjną** – jeżeli Ubezpieczony, będący pracownikiem placówki oświatowej, za wyjątkiem uczniów i studentów, uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, w wyniku którego czasowo utracił zdolność do wykonywania pracy trwającą nieprzerwanie co najmniej 7 dni, udokumentowaną zaświadczeniem lekarskim, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie zorganizuje i pokryje koszt pracy rehabilitanta w miejscu pobytu Ubezpiezonego maksymalnie do 8 godzin rehabilitacji w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku.

Pakiet KLESZCZ i rozpoznanie boreliozy (D17) – jednorazowe świadczenie w wysokości 1000 zł w przypadku ukąszenia Ubezpiezonego przez kleszcza i rozpoznanie u Ubezpiezonego boreliozy. Ukąszenie Ubezpiezonego przez kleszcza oraz rozpoznanie u Ubezpiezonego boreliozy muszą nastąpić w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Ponadto InterRisk pokryje udokumentowane koszty:

- a) wizyty u lekarza w celu usunięcia wkłutego kleszcza do wysokości 150 zł,
- b) badań diagnostycznych, których celem jest potwierdzenie lub wykluczenie zakażenia boreliozą, zaleconych przez lekarza po ukąszeniu przez kleszcza do wysokości 150 zł,
- c) antybiotykoterapii zalecanej przez lekarza (tj. antybiotyku zakupionego z recepty otrzymanej od lekarza), której celem jest leczenie boreliozy spowodowanej ukąszeniem przez kleszcza do wysokości 200 zł, o ile koszty te zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie 6 miesięcy od dnia ukąszenia przez kleszcza oraz nie zostały sfinansowane ze środków publicznych.

Opieka nad dzieckiem przebywającym w szpitalu (D20) – w przypadku **pobytu w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego lub Poważnej Choroby** Ubezpiezonego, który **nie ukończył 14 roku życia** – świadczenie **dzienne** w wysokości **1% sumy** ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D20, płatne za każdy dzień opieki rodzica Ubezpiezonego lub opiekuna prawnego nad Ubezpieczonym, o ile pobyt w szpitalu trwa **co najmniej 5 dni**. Świadczenie przysługuje **maksymalnie za 15 dni** opieki nad Ubezpieczonym w trakcie pobytu w szpitalu. Świadczenie wypłacane jest pod warunkiem, że pobyt

w szpitalu był następstwem wypadku komunikacyjnego, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej lub Poważnej Choroby, która została rozpoznana po raz pierwszy w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

HEJT Stop – organizacja i pokrycie kosztów zdalnego świadczenia Ubezpieczonemu usług pomocy informatycznej, pomocy psychologicznej, pomocy prawnej. Centrum Assistance zorganizuje i pokryje koszty zdalnego świadczenia Ubezpieczonemu usług informatycznych lub udzielenia Ubezpieczonemu konsultacji psychologicznych oraz porad prawnych, w ramach limitów świadczeń oraz w związku ze zdarzeniami, o których mowa w OWU.