



WYCZYNOWE UPRAWIANIE SPORTU W
KAŻDYM WARIANCIE !

UBEZPIECZENIE W PRZYPADKU
SEPSY I BORELIOZY !

UBEZPIECZENIE OKULARÓW
KOREKCYJNYCH !

NAWET 80 000 ZŁ SUMY
UBEZPIECZENIA !

więcej w tabeli świadczeń

UBEZPIECZENIE NNW 2021/2022

Ochrona dla dzieci ze żłobków i przedszkoli oraz młodzieży ze szkół podstawowych i średnich.

Ubezpieczenie działa na całym świecie, przez 24h/dobę, w placówce i poza nią, również w wakacje.

**SKORZYSTAJ Z PROMOCYJNYCH CEN
ZA PRZYSTĄPIENIE ONLINE W 4 KROKACH**

KROK 1



[Wejdź na](#)

klient.interrisk.pl/EduPlusOnline

lub zeskanuj:



KROK 2



Wpisz KOD RABATOWY

cdez6

KROK 4



KROK 3



Wybierz wariant i uzupełnij
potrzebne dane

Opłać składkę drogą elektroniczną, a na Twoim
mailu będzie czekać **CERTYFIKAT uczestnictwa!**

Kontakt:

Piotr Chmielniak, tel. 530 200 201, mail. piotr.chmielniak@dsa.pl

DSA SA
investment 

RODZAJ ŚWIADCZENIA	WARTOŚCI W PLN			
	WARIANT I	WARIANT II	WARIANT III	WARIANT VIP
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zawału serca, udaru mózgu w placówce oświatowej	30 000	60 000	100 000	160 000
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego	30 000	60 000	100 000	130 000
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW, zawału serca, udaru mózgu	15 000	30 000	50 000	80 000
Świadczenie z tytułu uszczerbku na zdrowiu w wyniku NW 100% SU	15 000	30 000	50 000	80 000
1% uszczerbku na zdrowiu	150	300	500	800
Koszty nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie oraz koszty zakupu lub naprawy okularów korekcyjnych lub aparatu słuchowego (do 200 zł) uszkodzonych w wyniku NW na terenie placówki oświatowej.	4 500	9 000	15 000	24 000
Koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych w wyniku NW	4 500	9 000	15 000	24 000
Świadczenie z tytułu uszczerbku na zdrowiu w wyniku ataku padaczki	150	300	500	800
Zwrot kosztów pogrzebu Ubezpieczonego	2 000	2 000	2 000	2 000
Śmierć rodzica lub opiekuna prawnego Ubezpieczonego w NNW	1 500	3 000	5 000	8 000
Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego sepsy	3 000	6 000	10 000	16 000
Pakiet KLESZCZ i rozpoznanie Boreliozy, w tym: zdiagnozowanie boreliozy - 1000 zł (jednorazowo), wizyta lekarska do 150 zł, badania diagnostyczne do 150 zł, antybiotykoterapia do 200 zł	1 500	1 500	1 500	1 500
Zatrucia pokarmowe lub nagłe zatrucie gazami, bądź porażenie prądem lub piorunem (min 3 dni w szpitalu)	750	1 500	2 500	4 000
Pogryzienie przez psa	150	300	500	800
Pokąsanie, ukąszenie (2 dni w szpitalu)	300	600	1 000	1 600
Rozpoznanie u Ubezpieczonego chorób odzwierzęcych (bąblowica, toksoplazmoza, wścieklizna)	750	1 500	2 500	4 000
Wstrząśnienie mózgu w wyniku NW (jednorazowo)	150	300	500	800
Oparzenia w wyniku NW SU 2 000,00 zł	II Stopień	200	200	200
	III Stopień	600	600	600
	IV Stopień	1 000	1 000	1 000
Pobyt w szpitalu w wyniku NW (płatny od 1.go dnia - min 3 dni pobytu) max 100 dni	100	100	100	100
Pobyt w szpitalu w wyniku choroby - kwota za dzień (płatny od 2.go - min 3 dni pobytu) max 100 dni, brak wyłączenia Sars-Cov-2	80	80	80	80
Koszty operacji plastycznych w wyniku NNW	4 000	4 000	4 000	4 000
Poważne choroby (nowotwór złośliwy, paraliż, niewydolność nerek, poliomyelitis, utrata wzroku, utrata mowy, utrata słuchu, anemia aplastyczna, stwardnienie rozsiane, cukrzyca typu I, niewydolność serca, choroby autoimmunologiczne np. Toczeń, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, transplantacja głównych organów)	2 000	2 000	2 000	2 000
Koszty leczenia w wyniku NW - koszty rehabilitacji do 1000 zł	4 000	4 000	4 000	4 000
Koszt zakupu leków	200	200	200	200
Koszty leczenia stomatologicznego w wyniku NW pod limit 300 zł/zęb	1 000	1 000	1 000	1 000
Jednorazowe świadczenie - uraz niepowodujący trwałego uszczerbku (2 kontrolne wizyty lekarskie)	150	150	150	150
Uciążliwe leczenie w wyniku NNW (10 dni zwolnienia)	200	200	200	200
WYCZYNOWE UPRAWIANIE SPORTU (m.in.: sporty walki, piłka nożna, siatkówka, koszykówka, lekkoatletyka, jazda konna, pływanie)	✓	✓	✓	✓
SKŁADKA	45,00 zł	68,00 zł	100,00 zł	146,50 zł
	37,00 zł	57,00 zł	85,00 zł	124,00 zł

Oferta przygotowana na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Edu Plus zatwierdzonych uchwałą nr 01/03/03/2020 Zarządu Interrisk S.A. Vienna Insurance Group z dnia 03.03.2020r.

CO ZYSKUJESZ?

- ✓ Pobyt w szpitalu z powodu COVID w każdym wariancie.
- ✓ Ochrona 24h/7 dni na całym świecie
- ✓ Każdy wariant zawiera rozszerzenie wyczynowe uprawiania sportu.
- ✓ Ubezpieczenie trwa przez cały rok szkolny i wakacje (01.09.2021-31.08.2022).
- ✓ Najszersze tabele uszczerbków.
- ✓ Kupując on-line możesz ubezpieczyć kilkoro dzieci, nawet jeśli uczęszczają do różnych placówek
- ✓ Oszczędność czasu - 3 minuty to średni czas zawierania polisy on-line

Kontakt
Piotr Chmielniak tel.
530 200 201

Instrukcja zakupu ubezpieczenia

1. Kliknij w „Ogólne Warunki Ubezpieczenia” i zapisz na komputerze/telefonie (jest to niezbędne do zawarcia ubezpieczenia)

Poprzedni Następny

[Ogólne Warunki Ubezpieczenia](#)

☐ Wyrażam zgodę na doręczenie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia EDU PLUS zatwierdzonych uchwałą nr 01/03/03/2020 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 3 marca 2020 r., Postanowień Dodatkowych i Odmiennej od Ogólnych Warunków Ubezpieczenia oraz informacji, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej na innym trwałym nośniku niż na piśmie. [*]

☐ Oświadczam, że otrzymałem(am) i zapoznałem(am) się z warunkami umowy ubezpieczenia, w tym z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia EDU PLUS zatwierdzonymi uchwałą nr 01/03/03/2020 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 3 marca 2020 r. ("OWU"), Postanowieniami Dodatkowymi i Odmiennej od Ogólnych Warunków Ubezpieczenia oraz informacją o której mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, informacją dotyczącą możliwości i procedury złożenia i rozpatrzenia skarg i reklamacji, organu właściwego do ich rozpatrzenia oraz pozasądowego rozpatrywania sporów. [*]

2. Zaznacz Oświadczenia (jest to niezbędne do zawarcia ubezpieczenia)

[Ogólne Warunki Ubezpieczenia](#)

☒ Wyrażam zgodę na doręczenie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia EDU PLUS zatwierdzonych uchwałą nr 01/03/03/2020 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 3 marca 2020 r., Postanowień Dodatkowych i Odmiennej od Ogólnych Warunków Ubezpieczenia oraz informacji, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej na innym trwałym nośniku niż na piśmie. [*]

☒ Oświadczam, że otrzymałem(am) i zapoznałem(am) się z warunkami umowy ubezpieczenia, w tym z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia EDU PLUS zatwierdzonymi uchwałą nr 01/03/03/2020 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 3 marca 2020 r. ("OWU"), Postanowieniami Dodatkowymi i Odmiennej od Ogólnych Warunków Ubezpieczenia oraz informacją o której mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, informacją dotyczącą możliwości i procedury złożenia i rozpatrzenia skarg i reklamacji, organu właściwego do ich rozpatrzenia oraz pozasądowego rozpatrywania sporów. [*]

3. Wpisz SWOJE dane i kliknij „ZAPISZ”

Wybierz wariant Uzupełnij dane Podsumowanie Opłać i odbierz polisę

Wybrałeś ubezpieczenie szkolne – Wariant I

Uzupełnij dane osoby zgłaszającej osobę Ubezpieczoną

Jesteś rodzicem lub opiekunem prawnym albo studentem samodzielnie opłacającym składkę – wpisz swoje dane.

Imię: JAN Nazwisko: KOVALEWSKI PESEL: 750 E-mail: [redacted] Potwierdź e-mail: [redacted]

[Powrót do wariantów](#) [Przejdź do podsumowania](#) [Zapisz](#)

4. Zaznacz pierwsze 4 oświadczenia (są niezbędne do zawarcia ubezpieczenia) i kliknij ZAPISZ”

Wybrałeś ubezpieczenie szkolne – Wariant I

Uzupełnij dane osoby zgłaszającej osobę Ubezpieczoną

Jesteś rodzicem lub opiekunem prawnym albo studentem samodzielnie opłacającym składkę – wpisz swoje dane.

Imię: JAN Nazwisko: KOVALEWSKI PESEL: 750 E-mail: [redacted] Potwierdź e-mail: [redacted]

[Zapisz](#)

☒ Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych [*];

☒ Wyrażam zgodę na udzielenie – na zgłoszenie InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group – moich/mojej dziecka danych osobowych przetwarzanych przez inne załogi ubezpieczyciela w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przez mnie danych, ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych informacji o przyczynie mojego/dziecka śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości. [*]

☒ Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group od Narodowego Funduszu Zdrowia informacji o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielają mi/mojemu dziecku świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia. [*]

☒ Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu powołanych przepisów, które udzielają lub będą udzielać mi/mojemu dziecku świadczeń zdrowotnych, informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez mnie danych o stanie mojego/dziecka zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, w zakresie określonym w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnienie InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group przez wyżej wymienione podmioty dokumentacji medycznej. [*]

[*] Zgody i oświadczenia są niezbędne do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia

☐ Wyrażam zgodę na otrzymywanie od InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie informacji handlowo-marketingowych z użyciem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych tzw. automatycznych systemów wywołujących; wskazując jako formę kontaktu: wiadomości elektroniczne (podany przeze mnie adres e-mail)

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, ul. Noakowskiego 22, w celu marketingu własnych produktów lub usług oraz dla potrzeb przygotowania dla mnie odpowiedniej oferty, co obejmuje także profilowanie w celu poznania moich potrzeb i preferencji, moich danych osobowych po zakończeniu umowy w zakresie obejmującym moje dane identyfikacyjne, kontaktowe oraz dane dotyczące zawartych przeze mnie umów i ich realizacji, a także inne dane zebrane związane ze świadczeniem mi usług ubezpieczeniowych lub zbierane w związku z zapytaniami lub kontaktami dotyczącymi takich usług.

[Powrót](#) [Zapisz](#)

5. Wpisz dane ubezpieczonego dziecka i kliknij „ZAPISZ”

Uzupełnij dane wszystkich osób, które będą objęte ubezpieczeniem

Wpisz dane dziecka.
Jeżeli jesteś studentem wpisz swoje dane.
Kliknij ZAPISZ, aby zatwierdzić dodanie osoby.

Imię: MATEUSZ Nazwisko: KOWALSKI PESEL: 132
Kod pocztowy / poczta: 01-307 WARSZAWA Miasto: WARSZAWA Ulica:
Numer budynku / mieszkania:
Powrót Zapisz
Powrót do wariantów Przejdź do podsumowania

6. Jeśli ubezpieczasz więcej jak jedno dziecko wpisz dane drugiego dziecka i kliknij „ZAPISZ”. Jeśli dodałeś już wszystkie dzieci kliknij „PRZEJDŹ DO PODSUMOWANIA”

Uzupełnij dane wszystkich osób, które będą objęte ubezpieczeniem

Wpisz dane dziecka.
Jeżeli jesteś studentem wpisz swoje dane.
Kliknij ZAPISZ, aby zatwierdzić dodanie osoby.

Imię: Nazwisko: PESEL:
Kod pocztowy / poczta: Miasto: Ulica:
Numer budynku / mieszkania:
Powrót Zapisz
Powrót do wariantów Przejdź do podsumowania

L.p.	Imię i Nazwisko	PESEL / data urodzenia	Adres zamieszkania	Edytuj	Usuń
1	MATEUSZ KOWALSKI		UL. A		

7. Kliknij „PRZEJDŹ DO PŁATNOŚCI”

Koszty leczenia w wyniku nieszczytelnego wypadku Wysokość świadczenia: do 4 000 zł
SU: 1 000 zł
Koszty leczenia stomatologicznego w wyniku NW Wysokość świadczenia: do 1 000 zł
SU: 200 zł
Uciążliwe leczenie w wyniku nieszczytelnego wypadku Wysokość świadczenia: 200 zł
SU: 200 zł
Koszty leków Wysokość świadczenia: do 300 zł
SU: 2 000 zł
Zwrot kosztów pogrzebu Ubezpieczonego Wysokość świadczenia: do 2 000 zł
SU: 1 500 zł
Pakiet KLESZCZ i rozpoznanie boreliozy Wysokość świadczenia: do 1 500 zł

L.p.	Imię i Nazwisko	PESEL / data urodzenia	Adres zamieszkania	Składka za osobę
1	MATEUSZ KOWALSKI		UL.	124,00 zł

Wnieść Przejdź do płatności

8. Wybierz formę płatności. Po opłaceniu składki na podany adres email otrzymasz dokumenty polisowe.

Odbiorca: klient.interrisk.pl
Twój adres e-mail:
Do zapłaty: 124,00 zł

Wybierz płatność

Przelew
Wybierz swój bank

BLIK
płatność kodem z aplikacji Twojego banku

Płatność kartą
oraz portfele elektroniczne

Zapłać później
Płać po swojemu z Twisto! Masz na to aż 30 dni, bez prowizji.
Twisto Płać później kup teraz, zapłać za 30 dni

Placując akceptujesz Zasady płatności PayU. PCI DSS