

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 **300 zł**, 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** – dotatkowe 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) zajęcie nieszczęśliwego wypadku zostało udokumentowane zaświadczeniem dyrektora placówki oświatowej;

5) w przypadku rozpoznania u Ubezpieczonego **sepsy** – jednorazowe świadczenie w wysokości **30%** 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 20% 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, pokąsania, ukąszenia/użądlenia** – jednorazowe świadczenie w wysokości:

a) **1%** sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia w przypadku **pogryzienia**,

b) **2%** sumy ubezpieczenia w przypadku **pokąsania, ukąszenia**, pod warunkiem:

- udokumentowania zdarzenia kartą informacyjną ze szpitala lub innym zaświadczeniem lekarskim o udzieleniu pierwszej pomocy w przypadku pogryzienia przez psa,

- udokumentowania co najmniej **24-godzinnego** pobytu w szpitalu w przypadku **pokąsania, ukąszenia/użądlenia**.

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 **24-godzinny** 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 **5%** 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 odzwierzcących (**bąblowicy, toksoplazmozy, wścieklizny**) – jednorazowe świadczenie w wysokości **5%** sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż bąblowica, toksoplazmoza lub wścieklizna zostały rozpoznane w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

11) 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 w 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;

12) 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 w wyniku nieszczęśliwego wypadku (D2) – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D2, uzależnione od stopnia oparzenia określonego wyłącznie w TABELI:

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

Odmrożenia (D3) – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D3, uzależnione od stopnia odmrożenia określonego wyłącznie w TABELI:

Stopień odmrożenia	Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D3
II stopień	10
III stopień	30
IV stopień	50

Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (D4) – świadczenie w wysokości **1% sumy ubezpieczenia** określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D4, za każdy dzień pobytu w szpitalu, począwszy **od pierwszego dnia** pobytu w szpitalu, będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem pobytu w szpitalu trwającego **minimum 3 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. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku 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.

Pobyt na OIOM/OIT w wyniku nieszczęśliwego wypadku – w przypadku pobytu Ubezpieczonego na OIOM/OIT nieprzerwanie przez **co najmniej 12 godzin**, przysługuje dodatkowe jednorazowe świadczenie w wysokości **200 PLN** za cały okres pobytu na OIOM/OIT i jest wypłacane niezależnie od świadczenia za pobyt w szpitalu. Świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego na OIOM/OIT spowodowanego tym samym nieszczęśliwym wypadkiem wypłacane jest wyłącznie jeden raz w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Pobyt w szpitalu w wyniku choroby (D5) – świadczenie w wysokości **1% sumy** ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D5, za każdy następny 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 (D6) – w przypadku rozpoznania Poważnej Choroby – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D6, pod warunkiem rozpoznania u Ubezpieczonego po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, następującego rodzaju Poważnej Choroby: nowotwór złośliwy, paraliż, niewydolność nerek, niewydolność wątroby, transplantacja głównych organów, poliomyelitis, utrata mowy, utrata słuchu, utrata wzroku, anemia aplastyczna, stwardnienie rozsiane, cukrzyca typu I, niewydolność serca, choroba autoimmunologiczna, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, dystrofia mięśniowa.

Koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku (D10) – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D10. W ramach limitu na zwrot kosztów leczenia zastosowanie ma podlimit na zwrot kosztów **rehabilitacji**, który wynosi **do 1500 zł**. Zwrot kosztów leczenia następuje pod warunkiem, że koszty leczenia:

a) powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz

b) zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

Za koszty leczenia uważa się również koszty **zakupu leków**, zaleconych przez lekarza po nieszczęśliwym wypadku, w wysokości **do 200**, pod warunkiem, iż:

a) w wyniku nieszczęśliwego wypadku **stwierdzono uszczerbek** na zdrowiu,

b) leki zostały przepisane przez lekarza i potwierdza to dokumentacja medyczna,

c) koszty zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

Warunkiem wypłaty świadczenia jest również przedstawienie imiennych rachunków i/ lub faktur za zakup leków oraz dokumentacji medycznej.

Rozpoznanie u Ubezpieczonego wady wrodzonej serca (D12) – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D12, pod warunkiem że wada wrodzona serca została rozpoznana po raz pierwszy w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Koszty leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (D13) – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości **100%** sumy ubezpieczenia określonej w ofercie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D13, ale **nie więcej niż 300 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 Ubezpieczonego 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.

„Bólów” – uciążliwe leczenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku (D14) – wypłata jednorazowego świadczenia w wysokości **do 200zł** (zgodnie z wariantem oferty), pod warunkiem, iż:

a) nieszczęśliwy wypadek nie pozostawił uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego (0% uszczerbku na zdrowiu), bądź trwałego inwalidztwa częściowego, amania końci, ran ciętych lub szarpanych, urazów narządów ruchu, wstrząśnienia mózgu oraz

b) ubezpieczony wymagał interwencji lekarskiej.

Warunkiem wypłaty świadczenia jest przedstawienie dokumentacji medycznej potwierdzającej nieszczęśliwy wypadek i związany z nim uraz. Ubezpieczyciel ogranicza swoją odpowiedzialność **do jednego zdarzenia** w trakcie trwania okresu ubezpieczenia.

Assistance EDU PLUS (D15) 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 Ubezpieczonego,

– 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 Ubezpieczonego. 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 Ubezpieczonego pokrywa Ubezpieczony, ii. przygotowywanie posiłków – przy użyciu produktów, środków i sprzętów udostępnionych przez Ubezpieczonego, 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 Ubezpieczonego,

– 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 Ubezpieczonego 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 Ubezpieczonego 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 Ubezpieczonego **maksymalnie do 8 godzin rehabilitacji** w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku,

d) pomoc informatyczną – świadczoną za pośrednictwem InterRisk Kontakt, obejmującą zorganizowanie i pokrycie kosztów udzielenia Ubezpieczonemu pomocy informatycznej, opartej o sieć serwisu informatycznego wskazanego przez InterRisk, polegającej na: zdalnej konfiguracji dowolnego programu pocztowego, wsparciu merytorycznym i technicznym w obsłudze pakietu MS Office (wszystkie wydane przez producenta wersje), wsparciu merytorycznym w obsłudze kanałów Social Media, wsparciu merytorycznym i technicznym w obsłudze systemów operacyjnych Windows oraz Mac (dowolne wersje), pomocy w instalacji oraz deinstalacji oprogramowania, diagnostyce i naprawie niewłaściwie działającego oprogramowania w przypadku awarii urządzenia, pomocy przy obsłudze, instalacji i konfiguracji urządzeń oraz oprogramowania, sprawdzeniu poziomu bezpieczeństwa komputera – przeskanowaniu w poszukiwaniu wirusów, instalacji odpłatnych lub darmowych programów antywirusowych (na życzenie Ubezpieczonego), zdalnej pomocy przy usuwaniu wirusów komputerowych lub innego rodzaju potencjalnie niebezpiecznego oprogramowania z urządzeń, przyspieszeniu działania komputera – optymalizacji szybkości pracy systemu operacyjnego, doradztwie w zakresie doboru nowego urządzenia, pomocy w ustawieniu kontroli rodzicielskiej (czyli: i. weryfikacji odwiedzianych przez dziecko stron internetowych, ii. ustawieniu kontroli rodzicielskiej na popularnych przeglądarkach internetowych, iii. blokadzie wybranych przez rodzica lub opiekuna prawnego Ubezpieczonego, będącego dzieckiem w wieku do lat 18, stron internetowych (np. Facebook) – dostęp tylko po elektronicznym wyrażeniu zgody przez rodzica lub opiekuna prawnego Ubezpieczonego, iv. stworzeniu osobnego konta z ograniczonymi uprawnieniami systemowymi), udzielaniu instrukcji i wsparcia w konfigurowaniu chmury – wsparcie telefoniczne, pomocy w aktualizacji systemów operacyjnych – wsparcie telefoniczne, wsparcie telefoniczne podczas pobierania, instalowania aplikacji, wsparcie telefoniczne podczas konfigurowania płatności przez telefon.

Pomoc informatyczna dostępna jest 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu. W każdym rocznym okresie ubezpieczenia Ubezpieczonemu przysługuje możliwość skorzystania z **nie więcej niż 4 usług pomocy informatycznej**. Warunkiem zdalnego wykonania pomocy informatycznej jest zgoda Ubezpieczonego na zainstalowanie w urządzeniu aplikacji oraz na zdalne wykonanie pomocy informatycznej poprzez akceptację komunikatu wyświetlonego na monitorze urządzenia. W przypadku braku zgody Ubezpieczonego lub braku technicznych możliwości zdalnego wykonania pomocy, usługa będzie polegała na telefonicznym wsparciu informatycznym. W przypadku, gdy do instalacji lub reinstalacji oprogramowania konieczne jest podanie kodu/klucza, Ubezpieczony zobowiązany jest samodzielnie podać kod/klucz wymagany do instalacji lub reinstalacji oprogramowania.

Pakiet KLESZCZ i rozpoznanie boreliozy (D20) – jednorazowe świadczenie w wysokości **1.000zł** w przypadku ukąszenia Ubezpieczonego przez kleszcza i rozpoznanie u Ubezpieczonego boreliozy. Ukąszenie Ubezpieczonego przez kleszcza oraz rozpoznanie u Ubezpieczonego boreliozy muszą nastąpić w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Ponadto InterRisk pokryje udokumentowane koszty:

a) wizyty u lekarza w celu usunęcia wklutego kleszcza do wysokości **150zł**,

b) badań diagnostycznych, których celem jest potwierdzenie lub wykluczenie zakażenia boreliozą, zaleconych przez lekarza po ukąszeniu przez kleszcza do wysokości **150zł**,

c) antybiotykoterapii zaleconej przez lekarza (tj. antybiotyku zakupionego z recepty otrzymanej od lekarza), której celem jest leczenie boreliozy spowodowanej ukąszeniem przez kleszcza do wysokości **200zł**, 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.