

**POSTANOWIENIA DODATKOWE I ODMIENNE OD OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA EDU PLUS  
ZATWIERDZONYCH UCHWAŁĄ NR 01/27/03/2018 Zarządu INTERRISK TU S.A. VIENNA INSURANCE  
GROUP z dnia 27 marca 2018r.**

Działając na podstawie art. 812 § 8 k.c. InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group wskazuje różnice pomiędzy proponowaną treścią umowy a OWU EDU PLUS.

**§ 1**

Dla potrzeb niniejszej oferty ubezpieczenia/ umowy ubezpieczenia wprowadza się następujące postanowienia dodatkowe lub odmiennie od w/w ogólnych warunków ubezpieczenia:

**1.** §6 ust. 1) pkt. b) otrzymuje brzmienie:

„b) w przypadku uszczerbku na zdrowiu powyżej 1% do 70% – świadczenie w wysokości takiego procentu sumy ubezpieczenia, w jakim nastąpił uszczerbek na zdrowiu określony przez lekarza zaufania, zaś w przypadku uszczerbku na zdrowiu powyżej 70% - świadczenie w wysokości 1,5% sumy ubezpieczenia za każdy procent uszczerbku na zdrowiu;”

**2.** §6 ust. 5) otrzymuje brzmienie

„5) 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

oraz

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

Odpowiedzialność InterRisk ograniczona jest do dwóch zdarzeń w okresie ubezpieczenia;

**3.** §6 ust. 6) otrzymuje brzmienie

„6) w przypadku pogryzienia przez psa, pokąsania, ukąszenia/użądlenia – jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem:

- udokumentowania zdarzenia kartą informacyjną ze szpitala lub innego zaświadczenia lekarskiego o udzieleniu pierwszej pomocy (w przypadku pogryzienia przez psa),

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

**4.** do §6 dodaje się ust. 9):

„9) w przypadku zatrucia pokarmowego – jeżeli w związku z zatruciem pokarmowym Ubezpieczony przebywał w szpitalu minimum 24 godziny i jest ono udokumentowane wpisem do karty informacyjnej ze szpitala przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia.”

**5.** §11 ust. 1 pkt. 13) otrzymuje brzmienie

„Opcja Dodatkowa D13 – koszty leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 15% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D13, 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

oraz

c) zostały poniesione w okresie ubezpieczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w okresie maksymalnie 6 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;”

**6.** §11 ust. 1 pkt. 14) otrzymuje brzmienie:

„Opcja Dodatkowa D14 – uciążliwe leczenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku – wypłata świadczenia w wysokości 2% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D14, pod warunkiem, iż:

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

oraz

b) przebieg leczenia spowodował czasową niezdolność do nauki lub pracy przez okres nie krótszy niż 5 dni.”

**7.** §2 pkt. 77) otrzymuje brzmienie:

„uciążliwe leczenie – leczenie Ubezpieczonego będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, w wyniku którego nie nastąpił uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego (0% uszczerbku na zdrowiu), bądź trwałego inwalidztwa częściowego, złamania kości, ran ciętych lub szarpanych, urazów narządów ruchu, wstrząśnienia mózgu, ale przebieg leczenia spowodował czasową niezdolność do nauki lub pracy przez okres nie krótszy niż 5 dni;”

**8.** Do § 2 dodaje się pkt. 94) w brzmieniu

„94) Zatrucie pokarmowe – ostre zaburzenie żołądkowo-jelitowe, wynikające ze spożycia pokarmu lub przyjęcia płynów, charakteryzujące się biegunką lub wymiotami, spowodowane działaniem na przewód pokarmowy czynników szkodliwych, wymagające leczenia w warunkach szpitalnych przez minimum 24 godziny. Za zatrucie pokarmowe nie uważa się zatrucia spowodowanego zażyciem środków odurzających, środków zastępczych, substancji psychotropowych oraz alkoholu.”

**9.** Do §6 dodaje się ust. 10):

„10) zwrot kosztów nabycia lub naprawy okularów korekcyjnych, aparatu słuchowego i aparatu ortodontycznego uszkodzonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku doszło do uszkodzenia okularów korekcyjnych, aparatu słuchowego lub aparatu ortodontycznego stale używanego przez Ubezpieczonego i niezbędnego z medycznego punktu widzenia przysługuje świadczenie w wysokości nieprzekraczającej 500 zł.

Zwrot kosztów następuje w związku z nieszczęśliwym wypadkiem w okresie do 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku poniesionych na terenie RP na podstawie oryginałów imiennych faktur lub rachunków oraz dokumentacji medycznej potwierdzającej konieczność korzystania z okularów korekcyjnych, aparatu słuchowego lub aparatu ortodontycznego przez Ubezpieczonego.”

**10.** § 11 ust. 1 pkt 4) otrzymuje brzmienie:

„4) Opcja Dodatkowa D4 - pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku – świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D4, za każdy następny dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, począwszy od pierwszego dnia pobytu w szpitalu, będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem pobytu ubezpieczonego 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 90 dni pobytu Ubezpieczonego 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;”

**11.** § 11 ust. 1 pkt 5) otrzymuje brzmienie:

„5) Opcja Dodatkowa D5 – pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia w wyniku choroby – świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D5, za każdy następny dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, począwszy od drugiego dnia pobytu w szpitalu, w związku z chorobą, która została zdiagnozowana 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 60 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;"

**12.** § 6 pkt 4); § 7 pkt 4); §9 pkt 5); § 10 pkt 4) otrzymuje brzmienie:

„w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego sepsy – jednorazowe świadczenie w wysokości 20% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż sepsa została zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;"

**13.** Do § 2 dodaje się pkt. 95) – 98) w brzmieniu:

„95) bąblowica – choroba zdiagnozowana przez lekarza specjalistę w okresie ubezpieczenia, zgodnie z rozpoznaniem zakwalifikowanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: B67;

96) borelioza – choroba zdiagnozowana przez lekarza specjalistę w okresie ubezpieczenia, zgodnie z rozpoznaniem zakwalifikowanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: A69.2;

97) toksoplazmoza – choroba zdiagnozowana przez lekarza specjalistę w okresie ubezpieczenia, zgodnie z rozpoznaniem zakwalifikowanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: B58;

98) wścieklizna – choroba zdiagnozowana przez lekarza specjalistę w okresie ubezpieczenia, zgodnie z rozpoznaniem zakwalifikowanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: A82;"

**14.** W § 4 ust. 1) dodaje się: w pkt. 1 lit. j), w pkt. 3 lit. m) w brzmieniu:

„zdiagnozowanie bąblowicy, boreliozy, toksoplazmozy, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, wścieklizny."

**15.** W §6 dodaje się pkt. 8), w §7 dodaje się pkt. 8), w §9 dodaje się pkt. 12), w §10 dodaje się pkt. 8) brzmieniu:

„ w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego bąblowicy, boreliozy, toksoplazmozy, zapalenia opon mózgowych, wścieklizny, jednorazowe świadczenie w wysokości 5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia (polisie), pod warunkiem, iż bąblowica, borelioza, toksoplazmoza, zapalenie opon mózgowych lub wścieklizna zostały zdiagnozowane w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej."

**16.** § 2 pkt. 19) otrzymuje brzmienie:

„19) koszty leczenia – poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane koszty z tytułu:

- a) wizyt lekarskich,
- b) zabiegów ambulatoryjnych,
- c) badań zleconych przez lekarza prowadzącego leczenie,
- d) pobytu w szpitalu,
- e) operacji, za wyjątkiem operacji plastycznych,
- f) zakupu środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza,
- g) rehabilitacji zleconej przez lekarza prowadzącego leczenie,
- h) zakupu leków;"

**17.** § 11 ust. 1 pkt. 10) otrzymuje brzmienie:

„10) Opcja Dodatkowa D10 – koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D10 a w przypadku kosztów rehabilitacji do wysokości 10% sumy ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D10, nie więcej jednak niż 1 000 zł, pod warunkiem, iż koszty:

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

b) zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej;  
Za koszty leczenia uważa się również koszty zakupu leków, zaleconych przez lekarza po nieszczęśliwym wypadku, w wysokości do 100,00 zł, pod warunkiem, iż:

a) Ubezpieczony przebywał w wyniku nieszczęśliwego wypadku nieprzerwalnie przez co najmniej trzy dni w szpitalu,

b) leki zostały przepisane przez lekarza w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego.”

**18.** § 5 ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. InterRisk nie pokrywa kosztów dojazdów do placówek medycznych przez Ubezpieczonego oraz kosztów poniesionych w związku z uzyskaniem dokumentacji medycznej.”

**19.** W § 4 ust. 1) dodaje się: w pkt. 1 lit. k), w pkt. 3 lit. n), w brzmieniu:

„śmierć ubezpieczonego w wyniku NW na terenie placówki oświatowej.”

**20.** W §6 dodaje się pkt. 9), w §7 dodaje się pkt. 9), w §9 dodaje się pkt. 13), w §10 dodaje się pkt. 9) w brzmieniu:

„w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się na terenie placówki oświatowej i w następstwie którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego – świadczenie dodatkowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:

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

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

c) zajście nieszczęśliwego wypadku zostało udokumentowane zaświadczeniem dyrektora placówki oświatowej.”

**21.** W § 14 ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„Górną granicą odpowiedzialności InterRisk jest kwota stanowiąca:

1) w przypadku Opcji Podstawowej, Opcja Podstawowej Plus, Opcji Ochrona Plus, Opcji Dodatkowych (D1-D16) - 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla w/w Opcji z zastrzeżeniem pkt 2,

2) w przypadku wypłaty świadczenia za śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW na terenie placówki oświatowej, górną granicą odpowiedzialności jest - 150% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Podstawowej, Opcja Podstawowej Plus, Opcji Ochrona Plus,

3) w przypadku Opcji Progresja - 250% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla w/w Opcji,

4) w przypadku Opcji Ochrona - 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia ustalonej odrębnie dla każdego zdarzenia w w/w Opcji.”