

POSTANOWIENIA DODATKOWE I ODMIENNE OD OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA EDU PLUS ZATWIERDZONYCH UCHWAŁĄ NR 05/07/05/2019  
Zarządu INTERRISK TU S.A. VIENNA INSURANCE GROUP z dnia 7 maja 2019r.

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:

Opcja Podstawowa			
Lp.	Dotyczy świadczeń:	Lokalizacja	Treść:
1.	<b>Uszczerbek na zdrowiu</b> (1-25% = 1%, pow. 25% = 2%)	§6 ust. 1) pkt. b)	Otrzymuje brzmienie: „b) w przypadku uszczerbku na zdrowiu od <b>1% do 25%</b> – świadczenie w wysokości takiego procentu sumy ubezpieczenia, w jakim nastąpił uszczerbek na zdrowiu, zaś w przypadku uszczerbku na zdrowiu <b>powyżej 25%</b> - świadczenie w wysokości 2% sumy ubezpieczenia za każdy <b>kolejny</b> procent uszczerbku na zdrowiu;”
2.	<b>Śmierć w wyniku nw na terenie placówki</b>	§ 4 ust. 1 pkt. 1	Dodaje się literę k): „śmierć ubezpieczonego w wyniku NW na terenie placówki oświatowej.”
3.		§6 ust. 8)	Dodaje się ust. 8) 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 <b>w wysokości 50%</b> 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.”
4.	<b>Naprawa i/lub zwrot</b>	§6 ust. 10)	Dodaje się ust. 10) w brzmieniu:

	<b>kosztów nabycia okularów, aparatów słuchowych i ortodontycznych uszkodzonych w wyniku nw</b>		„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 <b>w wysokości nieprzekraczającej 500 zł.</b> 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.”
5.	<b>Uszczerbek na zdrowiu w wyniku ataku padaczki</b>	§6 ust. 2)	Otrzymuje brzmienie: „2) w przypadku uszczerbku na zdrowiu w wyniku ataku padaczki – <b>świadczenie w wysokości takiego procentu sumy ubezpieczenia, w jakim nastąpił uszczerbek na zdrowiu w wyniku ataku padaczki,</b> pod warunkiem, iż padaczka została zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;”
6.	<b>Zdiagnozowanie sepsy u Ubezpieczonego</b>	§6 ust. 4)	Otrzymuje brzmienie: „w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego sepsy – jednorazowe <b>świadczenie w wysokości 30%</b> sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż sepsa została zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;”
7.	<b>Śmierć rodzica w wyniku nw</b>	§6 ust. 5)	Otrzymuje brzmienie: „5) w przypadku śmierci opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – <b>świadczenie w wysokości 20% sumy</b> 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;”
8.	<b>Wstrząśnienie mózgu w wyniku nw</b>	§6 ust. 7)	Otrzymuje brzmienie: „7) w przypadku <b>wstrząśnienia mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku</b> – jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony doznał wstrząśnienia mózgu, w wyniku którego konieczny był co najmniej <b>2-dniowy pobyt</b> Ubezpieczonego w szpitalu przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości stanowiącej 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.”
9.	<b>Pogryzienie przez psa, pokąsania, ukąszenia/</b>	§6 ust. 6)	Otrzymuje brzmienie: „6) w przypadku pogryzienia przez psa, pokąsania, ukąszenia/użądlenia – jednorazowe świadczenie w

	użądlenia		wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem: - udokumentowania zdarzenia kartą informacyjną ze szpitala lub innym zaświadczeniem lekarskim o udzieleniu pierwszej pomocy (w przypadku pogryzienia przez psa), - udokumentowania co najmniej <b>24-godzinne go pobytu w szpitalu</b> (w przypadku pokąsania, ukąszenia/użądlenia).”
10.	Zdiagnozowanie bąblowicy, boreliozy, toksoplazmozy, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, wścieklizny	§2 ust. 98-101	Dodaje się ust. 98) – 101) w brzmieniu: „98) 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; 99) 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; 100) 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; 101) 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;”
11.		§ 4 ust. 1 pkt. 1 lit. j)	Dodaje się lit. j) w brzmieniu „j) zdiagnozowanie bąblowicy, boreliozy, toksoplazmozy, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, wścieklizny.”
12.		§6 ust. 11	Dodaje się ust. 11 w brzmieniu: „11) w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego bąblowicy, boreliozy, toksoplazmozy, zapalenia opon mózgowych, wścieklizny, jednorazowe <b>świadczenie w wysokości 5%</b> 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.”
13.	Zatrucie pokarmowe	§6 ust. 9)	Dodaje się ust. 9) w brzmieniu: „9) w przypadku zatrucia pokarmowego – jeżeli w związku z zatruciem pokarmowym Ubezpieczony przebywał w szpitalu <b>minimum 24 godziny</b> i jest to udokumentowane wpisem do karty informacyjnej ze szpitala przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia.”
14.		§ 2 pkt. 96)	Dodaje się pkt. 96) w brzmieniu: „96) 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 <b>24 godziny</b> . Za zatrucie pokarmowe nie uważa się zatrucia spowodowanego zażyciem środków odurzających, środków zastępczych, substancji psychotropowych oraz alkoholu.”
15.	<b>Zwrot kosztów pogrzebu Ubezpieczonego</b>	§4 ust. 1 pkt. 1) lit. l)	Dodaje się lit. l) w brzmieniu: „l) zwrot kosztów pogrzebu Ubezpieczonego poniesione w związku z jego śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku”
16.		§6 ust. 12)	Dodaje się ust. 12) w brzmieniu: „zwrot kosztów pogrzebu Ubezpieczonego poniesione w związku jego śmiercią w wyniku nieszczęśliwego wypadku – świadczenie w wysokości <b>15% sumy ubezpieczenia</b> określonej w umowie ubezpieczenia stanowiące różnicę pomiędzy kwotą otrzymaną z powszechnego ubezpieczenia społecznego na poczet organizacji pogrzebu (w tym organizacja i koszty pochówku, konsolacji, nagrobka, transportu zwłok, i inne koszty niezbędne w celu organizacji pogrzebu) do wysokości świadczenia wskazanego w polisie.  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 oraz zaświadczenia i/lub decyzji organu świadczącego powszechne ubezpieczenia społeczne.,,
17.	<b>D4 - Pobyt w szpitalu w wyniku nw i jednorazowe świadczenie za pobyt na OIT/ OIOM</b>	§11 ust. 1 pkt. 4)	Otrzyma je 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, <b>począwszy od pierwszego dnia pobytu w szpitalu</b> , 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; <b>W przypadku pobytu Ubezpieczonego na OIOM/OIT nieprzerwanie przez co najmniej 12 godzin,</b>

			<b>przysługuje dodatkowe jednorazowe świadczenie w wysokości 500,00 PLN za cały okres pobytu na OIOM/OIT</b> 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.”
18.	<b>Jednorazowe świadczenie za pobyt na OIOM/ OIT</b>	§ 2 ust. 97)	Dodaje się ust. 97) w brzmieniu: „OIOM/OIT – (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej/ Oddział Intensywnej Terapii) wydzielony w szpitalu oddział wyposażony w specjalistyczny sprzęt do stałego monitorowania i podtrzymywania funkcji życiowych osób w stanie bezpośredniego zagrożenia ich życia i wymagających intensywnej opieki medycznej;”
19.	<b>Pobyt w szpitalu rehabilitacyjnym w wyniku nw</b>	§§11 ust. 1 pkt. 4)	Dodaje się zapis w brzmieniu: „Ubezpieczonemu przysługuje również świadczenie w wysokości <b>0,2% sumy</b> ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D4, za każdy następny dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w związku z rehabilitacją zaleconą w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, 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 w związku z zaleconą rehabilitacją 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;”
20.	<b>D5 - Pobyt w szpitalu w wyniku choroby</b>	§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, <b>począwszy od drugiego dnia pobytu w szpitalu</b> , 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;”
21.	<b>Pobyt w szpitalu rehabilitacyjnym w wyniku choroby</b>	§§11 ust. 1 pkt. 5)	<p>Dodaje się zapis:</p> <p>„Ubezpieczonemu przysługuje również świadczenie w wysokości <b>0,5% sumy ubezpieczenia</b> określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D5, za każdy następny dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, <b>począwszy od drugiego dnia pobytu w szpitalu</b> w związku z rehabilitacją zaleconą 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 rehabilitacją zaleconą 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</p>
22.	<b>D10 -Koszty leczenia</b>	§2 ust. 20)	<p>Otrzymuje brzmienie:</p> <p>„20) koszty leczenia – poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane koszty z tytułu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) wizyt lekarskich z wyłączeniem wizyt stomatologicznych,</li> <li>b) zabiegów ambulatoryjnych,</li> <li>c) badań zleconych przez lekarza prowadzącego leczenie,</li> <li>d) pobytu w szpitalu,</li> <li>e) operacji, za wyjątkiem operacji plastycznych,</li> <li>f) zakupu środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza,</li> <li>g) rehabilitacji zleconej przez lekarza prowadzącego leczenie,</li> <li>h) <b>zakup leków.</b>” </li></ul>
23.		§ 11 ust. 1 pkt. 10)	<p>Otrzymuje brzmienie:</p> <p>„10) Opcja Dodatkowa D10 – koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości <b>40% sumy ubezpieczenia określonej</b> w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D10. W ramach limitu na zwrot kosztów leczenia zastosowanie ma podlimit na zwrot <b>kosztów rehabilitacji, który wynosi 1.000,00 zł</b>. Zwrot kosztów leczenia następuje pod warunkiem, że koszty leczenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej</li> </ul> <p>oraz</p>

			<p>b) zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.</p> <p>Za koszty leczenia uważa się również koszty zakupu leków, zaleconych przez lekarza po nieszczęśliwym wypadku, w wysokości do 100,00 zł, pod warunkiem, iż:</p> <p>a) w wyniku nieszczęśliwego wypadku stwierdzono uszczerbek na zdrowiu,</p> <p>b) leki zostały przepisane przez lekarza i potwierdza to dokumentacja medyczna,</p> <p>c) koszty zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.</p> <p>Warunkiem wypłaty świadczenia jest również przedstawienie imiennych rachunków i/ lub faktur za zakup leków oraz dokumentacji medycznej.”</p>
24.		§5 ust. 6	<p>Otrzymuje brzmienie:</p> <p>„6. InterRisk nie pokrywa kosztów dojazdów do placówek medycznych przez Ubezpieczonego za wyjątkiem transportu medycznego w ramach Opcji DODATKOWEJ D15 (Assistance EDU PLUS), kosztów poniesionych w związku z uzyskaniem dokumentacji medycznej oraz kosztów zakupu leków za wyjątkiem rozszerzenia zakresu o Opcję DODATKOWĄ D18 (Zwrot kosztów leków) zgodnie z zapisami §11 ust. 1 pkt 18 niniejszych OWU oraz w związku z rozszerzeniem Opcji DODATKOWEJ D10 o zakup leków po nieszczęśliwym wypadku .</p>
25.	D14- Uciążliwe leczenie „bólów”	§11 ust. 1 pkt. 14)	<p>Otrzymuje brzmienie:</p> <p>„Opcja Dodatkowa D14 – uciążliwe leczenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku – wypłata <b>jednorazowego świadczenia w wysokości 200,00 zł</b>, pod warunkiem, iż:</p> <p>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,</p> <p>oraz</p> <p>b) ubezpieczony wymagał interwencji lekarskiej.</p> <p>Warunkiem wypłaty świadczenia jest przedstawienie dokumentacji medycznej potwierdzającej nieszczęśliwy wypadek i związany z nim uraz.</p> <p>Ubezpieczyciel ogranicza swoją odpowiedzialność do jednego zdarzenia w trakcie trwania okresu ubezpieczenia.”</p>
26.		§2 ust. 78)	<p>Otrzymuje brzmienie:</p> <p>„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,</p>

			złamania kości, ran ciętych lub szarpanych, urazów narządów ruchu, wstrząśnienia mózgu, ale Ubezpieczony wymagał interwencji lekarskiej w związku z nieszczęśliwym wypadkiem.”
27.	<b>Koszty leczenia stomatologicznego</b>	§11 ust. 1 pkt. 13)	Otrzymuje brzmienie: „Opcja Dodatkowa D13 – koszty leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości <b>20% sumy</b> 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, z zastrzeżeniem, że w związku z utratą lub uszkodzeniem zęba w następstwie nieszczęśliwego wypadku u Ubezpieczonego został orzeczony uszczerbek na zdrowiu oraz c) zostały poniesione w okresie ubezpieczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w okresie maksymalnie 6 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;”
28.	<b>Górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela</b>	§ 13 ust. 8	Otrzymuje brzmienie: „Górną granicą odpowiedzialności InterRisk jest kwota stanowiąca: 1) w przypadku Opcji Podstawowej, Opcji Podstawowej Plus, Opcji Ochrona Plus, Opcji Dodatkowych (D1-D19) - 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, Opcji 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.”