

**„POSTANOWIENIA DODATKOWE I ODMIENNE OD OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA
EDU PLUS ZATWIERDZONYCH UCHWAŁĄ NR 01/18/04/2023 Zarządu UBEZPIECZYCIELA
z dnia 18 kwietnia 2023 roku**

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 umowy ubezpieczenia wprowadza się następujące postanowienia dodatkowe lub odmiennie od w/w ogólnych warunków ubezpieczenia:

1) §2 pkt 38) otrzymuje brzmienie:

„ **38) Koszty Leczenia** - koszty leczenia – poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz 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 przeprowadzonej podczas co najmniej trzydniowego pobytu w szpitalu,
- f) operacji plastycznej zaleconej 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
- j) odbudowa stomatologiczna uszkodzonego lub utraconego zęba stałego

2) §2 pkt 66) otrzymuje brzmienie:

„ **66)** w rozumieniu OWU, wyłącznie na potrzeby ubezpieczenia śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego (Opcja Dodatkowa D1), o którym mowa w §4 ust. 3 pkt 1) OWU za pojazd uznaje się wyłącznie: rower, samochód osobowy, samochód ciężarowy, autobus, pociąg, tramwaj, trolejbus, metro;”

3) §2 pkt 69) otrzymuje brzmienie:

„a) w przypadku Opcji Dodatkowej D5 (Poważne Choroby) - nowotwór złośliwy, paraliż, niewydolność nerek, poliomyelitis, utrata wzroku, utrata mowy, utrata słuchu, anemia aplastyczna, stwardnienie rozsiane, cukrzyca typu I, niewydolność serca, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, jak również za Poważną Chorobę uważa się transplantację głównych organów; **pneumokokowe zapalenie płuc, meningokokowe zapalenie opon mózgowych**”

4) §2 pkt 104) otrzymuje brzmienie:

„**104) uciążliwe leczenie** – leczenie Ubezpieczonego będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz spowodował uszkodzenia ciała Ubezpieczonego, z tytułu którego:

- a) Ubezpieczonemu nie przysługują świadczenia z żadnej z Opcji, o których w §4 ust.1 oraz
- b) Ubezpieczony wymagał leczenia i odbył co najmniej dwie stacjonarne, kontrolne wizyty lekarskie w placówce medycznej, lub doznał czasowej niezdolności Ubezpieczonego do nauki lub do pracy przez okres nie krótszy niż 6 dni;”

5) § 2 pkt 2) otrzymuje brzmienie:

„**2)** Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest przez 24 godziny na dobę na obszarze całego świata, za wyjątkiem: Opcji Dodatkowej D8 (koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego

wypadku), Opcji Dodatkowej D9 (czasowa niezdolność Ubezpieczonego do nauki lub do pracy), Opcji Dodatkowej D11 (koszty leczenia stomatologicznego w wyniku NNW), Opcji Dodatkowej D12 (uciążliwe leczenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku), Opcji Dodatkowej D13 (Assistance Edu Plus), Opcji Dodatkowej D20 (opieka nad dzieckiem przebywającym w szpitalu), w ramach których ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest przez 24 godziny na dobę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a w przypadku Opcji Dodatkowej D23 (Asysta Prawna) ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana od poniedziałku do piątku w godzinach 9:00 – 17:00 i obejmuje wypadki ubezpieczeniowe zaistniałe w okresie ubezpieczenia i rozpoznawane na terenie Rzeczypospolitej Polskiej według prawa polskiego, a w przypadku Opcji Hejt Stop pomoc informatyczna udzielana jest przez 24 godziny na dobę w dni robocze, a pomoc prawna i pomoc psychologiczna udzielane są w dni robocze w godz. 8:00 – 20:00, z wyłączeniem dni wolnych od pracy oraz 24 i 31 grudnia.

6) w § 2 dodaje się pkt 128) w brzmieniu:

„128) 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, trwającej nieprzerwanie co najmniej 48 godzin;”

7) W §2 dodaje się pkt 129), który otrzymuje brzmienie:

„129) **pneumokokowe zapalenie płuc** – stan zapalny płuc wywołany przez *Streptococcus pneumoniae*, *pneumococcus*, rozpoznany przez lekarza w okresie ubezpieczenia, zgodnie z rozpoznaniem zakwalifikowanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: J.13,”

8) W §2 dodaje się pkt 130), który otrzymuje brzmienie:

„130) **meningokokowe zapalenie opon mózgowych** – choroba rozpoznana przez lekarza w okresie ubezpieczenia, wywołana przez *Neisseria meningitidis* i zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: G.05;”

9) w § 4 ust 1 pkt 1) dodaje się lit. m) i n) w brzmieniu:

„m) rany będące następstwem nieszczęśliwego wypadku

n) zwrot kosztów porady psychologa dla rodzica lub opiekuna prawnego Ubezpieczonego w związku z nieszczęśliwym wypadkiem powodującym śmierć Ubezpieczonego.”

10) §6 pkt 1) lit. c) otrzymuje brzmienie:

„c) koszty nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie oraz koszty zakupu lub naprawy okularów korekcyjnych lub aparatu słuchowego uszkodzonych w wyniku nieszczęśliwego wypadku na terenie placówki oświatowej – zwrot udokumentowanych kosztów:

- i. nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie – do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem że 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;

- ii. zakupu lub naprawy okularów korekcyjnych lub aparatu słuchowego uszkodzonych w wyniku nieszczęśliwego wypadku na terenie placówki oświatowej – do wysokości 300 PLN, pod warunkiem że nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego doszło do uszkodzenia okularów korekcyjnych lub aparatu słuchowego miał miejsce na terenie placówki oświatowej oraz spowodował uszkodzenie ciała wymagające interwencji lekarskiej w placówce medycznej lub w przypadku ubezpieczonych, którzy nie ukończyli 18 roku życia, również w poza placówką (kolonie, obozy, wycieczki)- do wysokości 200 PLN, o ile Ubezpieczony przebywał pod opieką pracownika placówki oświatowej. Świadczenie wypłacane jest o ile nieszczęśliwy wypadek spowodował uszkodzenie ciała wymagające interwencji lekarskiej w placówce medycznej;”

11) §6 pkt 6) otrzymuje brzmienie:

„6) w przypadku śmierci opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – jednorazowe 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 trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej;”

12) § 6 pkt. 7) otrzymuje brzmienie:

„7) w przypadku **pogryzienia, pokąsania, ukąszenia** – jednorazowe świadczenie w wysokości:

- a) 2% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia w przypadku pogryzienia,
- b) 2% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia w przypadku pokąsania, ukąszenia, pod warunkiem co najmniej dwudniowego pobytu w szpitalu w wyniku pokąsania, ukąszenia;”

13) §6 pkt 9) otrzymuje brzmienie:

„ 9) w przypadku zatrucia pokarmowego, nagłego zatrucia gazami, bądź w przypadku porażenia prądem lub piorunem:

- a) jednorazowe świadczenie w wysokości 2% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia w przypadku zatrucia pokarmowego , pod warunkiem co najmniej trzydniowego pobytu w szpitalu w wyniku zatrucia pokarmowego,
- b) jednorazowe świadczenie w wysokości 5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia w przypadku nagłego zatrucia gazami, bądź w przypadku porażenia prądem lub piorunem, pod warunkiem co najmniej trzydniowego pobytu w szpitalu w wyniku nagłego zatrucia gazami, bądź w przypadku porażenia prądem lub piorunem;”

14) w § 6 dodaje się punkt 11) w brzmieniu:

11) w przypadku ran będących następstwem nieszczęśliwego wypadku

- a) jeżeli w ciągu okresu ubezpieczenia Ubezpieczony dozna rany w następstwie nieszczęśliwego wypadku i zostanie poddany na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR) lub innej placówce medycznej zabiegowi założenia co najmniej co najmniej dwóch szwów, klamer, plastrów chirurgicznych do zamykania ran ciętych (szycie rany) przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt b),
- b) jeżeli w ciągu okresu ubezpieczenia Ubezpieczony dozna rany palca kończyny górnej w następstwie nieszczęśliwego wypadku i zostanie poddany na SOR lub w innej placówce medycznej zabiegowi założenia co najmniej dwóch szwów, klamer, plastrów

chirurgicznych do zamykania ran ciętych (szycie rany) – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 0,5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia;”

15) w § 6 dodaje się punkt 12) w brzmieniu:

„12) **koszty porady psychologa** dla rodzica lub opiekuna prawnego Ubezpieczonego w związku z nieszczęśliwym wypadkiem powodującym śmierć Ubezpieczonego – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 500 zł w ciągu okresu ubezpieczenia, pod warunkiem, iż koszty porady psychologa:

- a) powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
- b) zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;”

16) § 12 ust. 1 pkt 3) otrzymuje brzmienie:

„3) **Opcja Dodatkowa D3- pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku – świadczenie w wysokości:**

- a) 1 % sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D3, za każdy dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, począwszy od pierwszego do dziesiątego dnia pobytu w szpitalu, będący następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem pobytu w szpitalu trwającego minimum 2 dni,
- b) 1,5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D3, za każdy następny dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, począwszy od jedenastego dnia pobytu w szpitalu, będący 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 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;”

- W przypadku pobytu Ubezpieczonego na OIOM/OIT nieprzerwanie przez co najmniej **48 godzin**, przysługuje dodatkowe jednorazowe świadczenie w wysokości 250,00 PLN za cały okres pobytu na OIOM/OIT i jest wypłacane niezależnie od świadczenia za pobyt w szpitalu.”

17) § 12 ust. 1 pkt 4) otrzymuje brzmienie:

„4) **Opcja Dodatkowa D4 – pobyt w szpitalu w wyniku choroby** – świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D4, 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, pod warunkiem pobytu w szpitalu 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, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu trwał minimum 3 dni. 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 trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej;”

18) § 12 ust. 1 pkt 8) otrzymuje brzmienie:

„8) Opcja Dodatkowa D8 - koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D8. Zwrot kosztów leczenia przysługuje:

- a) pod warunkiem, że koszty te powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku,
- b) do wysokości podlimitów w ramach sumy ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D8, mających zastosowanie w przypadku:
 - i. zwrotu kosztów rehabilitacji - podlimit w wysokości 50% sumy ubezpieczenia,
 - ii. zwrotu kosztów operacji plastycznej - podlimit w wysokości 5.000 PLN jednak nie więcej niż 100% sumy ubezpieczenia,
 - iii. zwrotu kosztów leków – podlimit w wysokości 500 PLN, jednak nie więcej niż 100% sumy ubezpieczenia.”
 - iv. Zwrotu odbudowy zęba stałego – podlimit 1000 PLN i 500 PLN na ząb jednak nie więcej niż 100% sumy ubezpieczenia;

19) § 12 ust. 1 pkt 12) otrzymuje brzmienie:

„12) Opcja Dodatkowa D12 – uciążliwe leczenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku – świadczenie wynoszące nie więcej 1% sumy ubezpieczenia opcji podstawowej i nie więcej niż 300 PLN;

20) §22 w ust. 3 pkt 9), otrzymuje brzmienie:

„9) celem refundacji poniesionych: kosztów leczenia, kosztów leczenia po ekspozycji, kosztów leczenia stomatologicznego, kosztów porady psychologa – okazać Ubezpieczycielowi oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty a także dokumentację medyczną z odbytych wizyt, zabiegów, pobytu w szpitalu, operacji. Dodatkowo celem refundacji poniesionych kosztów rehabilitacji – okazać dokumentację lekarską zawierającą skierowanie na zabiegi rehabilitacyjne;”

21) §12 Tabela nr 6 OWU otrzymuje brzmienie:

„TABELA nr 6

lp.	Stopień oparzenia	Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D2
1	II stopień	10%
2	III stopień	30%
3	IV stopień	50%
4	co najmniej 30% powierzchni ciała IV stopnia	dodatkowe świadczenie 50% do poz. 3