

**POSTANOWIENIA DODATKOWE I ODMIENNE
OD OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA EDU PLUS
zatwierdzonych uchwałą nr 01/18/04/2023 Zarządu Ubezpieczyciela z dnia 18.04.2023 roku**

Działając na podstawie art. 812 § 8 k.c. InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group wskazuje różnice pomiędzy proponowaną treścią OWU EDU PLUS zatwierdzonych uchwałą 01/18/04/2023 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 18.04.2023 roku.

Dla potrzeb niniejszej oferty/umowy ubezpieczenia wprowadza się następujące postanowienia dodatkowe lub odmienne od OWU EDU PLUS:

1. § 2 pkt 38) otrzymuje brzmienie:

„38) **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 z wyłączeniem wizyt stomatologicznych,
- b) zabiegów ambulatoryjnych,
- c) badań zleconych przez lekarza prowadzącego leczenie,
- d) pobytu w szpitalu,
- e) operacji przeprowadzonej podczas co najmniej dwudniowego 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;

2. w §2 pkt 44) otrzymuje brzmienie:

„44) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie mające miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej wywołane przyczyną zewnętrzną, na skutek której Ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł. W rozumieniu OWU za nieszczęśliwy wypadek uważa się również:

- a) zawał serca lub udar mózgu – wyłącznie w przypadku Ubezpieczonego będącego dzieckiem, o którym mowa w pkt 25); lub rodzicem lub prawnym opiekunem dziecka, jeśli rodzic lub opiekun prawny w dniu przystąpienia Ubezpieczonego do ubezpieczenia nie miał ukończonego 40 roku życia ;
- b) omdlenie, wywołane przyczyną zewnętrzną,
- c) padaczkę;”

3. w §2 pkt 69) lit. a) otrzymuje brzmienie:

„a) w przypadku Opcji Dodatkowej D5 (Poważne Choroby) i Opcji Dodatkowej D20 (opieka nad dzieckiem przebywającym w szpitalu) – 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, łagodny nowotwór mózgu, śpiączka, zawał serca, udar mózgu, jak również za Poważną Chorobę uważa się transplantację głównych organów;”

4. w §2 pkt 52) otrzymuje brzmienie:

„52) **operacja** – inwazyjny zabieg chirurgiczny, wykonany w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, przez uprawnionego lekarza o specjalności zabiegowej, przeprowadzony podczas co najmniej dwudniowego pobytu w szpitalu w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego narządu lub organu. Operacją, w rozumieniu OWU, nie jest: zabieg przeprowadzony w celach diagnostycznych, inwazyjny zabieg chirurgiczny niewymagający co najmniej dwudniowego pobytu w szpitalu oraz zabieg niewynikający ze wskazań medycznych;”

5. w §2 dodaje się pkt 128)-132) 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.

129) **toksokaroza** – choroba rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: B83.0;

130) **łagodny nowotwór mózgu** – choroba rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: D43;

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

132) **meningokokowe zapalenie opon mózgowych** – choroba zdiagnozowana 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;”

6. § 4 ust. 1 pkt 1) lit. l) otrzymuje brzmienie:

„l) rozpoznanie u Ubezpieczonego chorób odzwierzęcych (bąblowicy, toksoplazmozy, wścieklizny, toksokarozy) oraz zapalenia opon mózgowych;”

7. w § 4 ust. 1 pkt 1) dodaje się lit. m)-n) w brzmieniu:

„m) zwichnięcia lub skręcenia stawów,

n) zwrot kosztów porady psychologa w związku z nieszczęśliwym wypadkiem lub śmiercią rodzica lub opiekuna prawnego Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, lub zdiagnozowaniem poważnej choroby ubezpieczonego”

8. § 5 ust. 1 pkt. 3) otrzymuje brzmienie:

„3) uszkodzeniami ciała powstałymi przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego za wyjątkiem Opcji Dodatkowej D3 – pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, gdzie InterRisk odpowiada za pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej lub w trakcie poprzedniego

okresu ubezpieczenia, o ile Ubezpieczony bezpośrednio przed zawarciem przez Ubezpieczającego umowy ubezpieczenia z InterRisk był objęty przez InterRisk ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku a pomiędzy obecną i poprzednią umową ubezpieczenia nie wystąpiła przerwa w okresie ubezpieczenia;"

9. § 5 ust. 1 pkt. 6) otrzymuje brzmienie:

„6) prowadzeniem pojazdu przez Ubezpieczonego będącego kierowcą pojazdu, nieposiadającego wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub jeżeli pojazd był niezarejestrowany lub nie posiadał ważnego badania technicznego, jeżeli w odniesieniu do danego pojazdu istnieje wymóg rejestracji lub dokonania okresowych badań technicznych, chyba że brak wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, brak zarejestrowania pojazdu lub stan techniczny pojazdu nie miał wpływu na zajście nieszczęśliwego wypadku; niniejsze wyłączenie odpowiedzialności nie dotyczy zdarzeń powstałych w następstwie lub w związku z:

- a) jazdą rowerem bez wymaganych uprawnień, jeśli Ubezpieczony kierujący rowerem był w momencie zajścia zdarzenia w wieku od 10 do 18 lat,
- b) jazdą rowerem bez opieki osoby dorosłej, jeśli Ubezpieczony kierujący rowerem był w momencie zajścia zdarzenia w wieku poniżej 10 lat;"

10. § 5 ust. 1 pkt. 7) skreśla się.

11. § 5 ust. 1 pkt 18) otrzymuje brzmienie:

„18) operacją wtórną, za wyjątkiem Opcji DODATKOWEJ D3 (pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku), Opcji DODATKOWEJ D4 (pobyt w szpitalu w wyniku choroby) oraz Opcji DODATKOWEJ D20 (opieka nad dzieckiem w szpitalu)"

12. § 5 ust. 1 pkt 19) skreśla się.

13. § 6 pkt 3) otrzymuje brzmienie:

„3) w przypadku śmierci ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – świadczenie w wysokości 150% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:

- a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
- b) śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku;"

„4) w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku na terenie placówki oświatowej - dodatkowe świadczenie w wysokości 200% 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) zajście nieszczęśliwego wypadku zostało udokumentowane zaświadczeniem dyrektora placówki oświatowej;"

14. § 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;"

15. §5 pkt 1) ust. 10. otrzymuje brzmienie:

10) zawałem serca lub udarem mózgu, rozpoznaniem sepsy w przypadku Ubezpieczonego niespełniającego definicji dziecka, o której mowa w §2 pkt 25); za wyjątkiem świadczenia śmierci rodzica lub opiekuna prawnego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeśli rodzic lub opiekun prawny w dniu przystąpienia Ubezpieczonego do ubezpieczenia nie miał ukończonego 40 roku życia.

16. § 6 pkt 10) otrzymuje brzmienie:

„10) W przypadku rozpoznania u Ubezpieczonego chorób odzwierzęcych (bąblowicy, toksoplazmozy, wścieklizny, toksokarozy), zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, padaczki lub boreliozy – jednorazowe świadczenie w wysokości 5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, w przypadku boreliozy maksymalnie 500 zł ,pod warunkiem, iż bąblowica, toksoplazmoza, wścieklizna, toksokaroza, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, padaczka lub borelioza zostały rozpoznane w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej."

17. w §6 dodaje się pkt 11)-12), w brzmieniu:

„11) w przypadku zwichnięcia lub skręceń stawów w wyniku nieszczęśliwego wypadku, niepowodujących trwałego uszczerbku na zdrowiu: a) w przypadku zwichnięcia stawu lub skręcenia stawu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej – w zależności od rodzaju zwichnięcia lub skręcenia stawu, przysługuje – zgodnie z TABELĄ nr 5 – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej umowie ubezpieczenia. Nie przysługuje świadczenie z tytułu złamań kości wymienionych w TABELI nr 5. W przypadku złamania jednej lub więcej kości przysługuje świadczenie z tytułu uszczerbku na zdrowiu, o którym mowa w pkt 1);

12) zwrot kosztów porady psychologa w związku z nieszczęśliwym wypadkiem lub śmiercią rodzica lub opiekuna prawnego Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub zdiagnozowaniem poważnej choroby – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 500 zł, pod warunkiem, iż:

- a) koszty porady psychologa powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub poważnej choroby który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
- b) koszty porady psychologa zostały poniesione w okresie ubezpieczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- c) Ubezpieczony wymagał porady psychologa i na podstawie pisemnej opinii pedagoga szkolnego uzyskał pisemne skierowanie do poradni psychologicznej;"

18. § 6 pkt 7) otrzymuje brzmienie:

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

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

- b) 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia w przypadku pokąsania, ukąszenia, pod warunkiem, że pokąsanie, ukąszenie, użądlenie wymagało interwencji lekarskiej w placówce medycznej i co najmniej jednej wizyty kontrolnej.

19. w § 6 pkt 8) otrzymuje brzmienie:

„8) w przypadku wstrząśnienia mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku – jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony doznał wstrząśnienia mózgu, potwierdzonego stosowną dokumentacją medyczną, przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości stanowiącej 5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia;”

20. § 12 ust. 1 pkt 3) otrzymuje brzmienie:

„3) **Opcja Dodatkowa D3 – pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D3, nie więcej jednak niż 100 zł, za każdy dzień pobytu w szpitalu, począwszy od 1-go do 10-go dnia pobytu w szpitalu, zaś świadczenie w wysokości 1,5% sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż 150 zł, przysługuje od 11-go dnia pobytu w szpitalu, będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej lub w trakcie poprzedniego okresu ubezpieczenia, o ile Ubezpieczony bezpośrednio przed zawarciem przez Ubezpieczającego umowy ubezpieczenia z InterRisk był objęty przez InterRisk ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku a pomiędzy obecną i poprzednią umową ubezpieczenia nie wystąpiła przerwa w okresie ubezpieczenia oraz pod warunkiem pobytu w szpitalu trwającego minimum 2 dni.

W przypadku pobytu w szpitalu będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w trakcie trwania poprzedniej umowy ubezpieczenia InterRisk odpowiada wyłącznie w takiej wysokości świadczenia dla Opcji Dodatkowej D3, która obowiązywała w poprzedniej umowie ubezpieczenia.

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 w wyniku nieszczęśliwego wypadku trwał minimum 2 dni. 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.”

W przypadku pobytu Ubezpieczonego na **OIOM/OIT** nieprzerwanie przez **co najmniej 48 godzin**, przysługuje dodatkowe jednorazowe świadczenie w wysokości 200,00 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.”

21. § 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 D5, nie więcej jednak niż 100 zł, za każdy 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 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, pod warunkiem, że pierwszy 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 okresie ubezpieczenia.”

22. §12 ust. 1 pkt 6) lit. b) otrzymuje brzmienie:

„b) została przeprowadzona w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej w trakcie co najmniej dwudniowego pobytu w szpitalu,”

23. §12 ust. 1 pkt 7) lit. b) otrzymuje brzmienie:

„b) została przeprowadzona w trakcie trwania okresu ubezpieczenia w trakcie co najmniej dwudniowego pobytu w szpitalu,”

oraz

w TABELI nr 9 ulega zmianie wysokość świadczenia z tytułu wycięcia migdałków z 1% do 5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D7.

oraz dodaje się kolejne rodzaje operacji w brzmieniu:

Operacje w okolicach narządów płciowych:

- Wycięcia torbieli i cyst - 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D7
- Skręt jąder - 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D7
- Jajnika i jajowodu - 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D7
- W obrębie sromu, pochwy i szyjki macicy - 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D7
- Macicy - 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D7
- Operacje męskich narządów płciowych - 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D7

24. § 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
- b) 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;
- c) do wysokości podlimitów w ramach sumy ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D8, mających zastosowanie w przypadku:
 - i. **zwrotu kosztów rehabilitacji** – podlimit w wysokości **2.000 PLN**, ale nie więcej niż 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie dla Opcji Dodatkowej D8;

- ii. **zwrotu kosztów operacji plastycznej** – podlimit w wysokości do 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie dla Opcji Dodatkowej D8, ale nie więcej niż 5.000 PLN;
- iii. **zwrotu kosztów leków** – podlimit w wysokości **150 PLN**;

25. § 12 ust. 1 pkt. 11) otrzymuje brzmienie:

„11) Opcja Dodatkowa D11 – koszty leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości **100%** sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D11, ale nie więcej niż **500 zł 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 oraz
- c) zostały poniesione w okresie ubezpieczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w okresie 7 maksymalnie 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.”