

Zmiany w zakresie podstawowym:

- 2% SU za 1% uszczerbku jeśli uszczerbek większy niż 25%;
- zwrot kosztów nabycia lub naprawy okularów, aparatu ortodontycznego lub słuchowego do kwoty 300 zł;
- zdiagnozowanie sepsy - 30% SU;
- śmierć rodzica lub opiekuna prawnego - 20% SU;
- wstrząśnienie mózgu – 24-godzinny pobyt w szpitalu;
- pogryzienie przez psa – wystarczy pierwsza pomoc;
- pokąsanie/użądlenie – 24h pobytu w szpitalu;
- zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych 5% SU;
- zwrot kosztów pogrzebu Ubezpieczonego - 15% SU;
- zwrot kosztów psychologa po NW i śmierci rodzica w wyniku NW – 300 zł.

Zmiany w opcjach dodatkowych:

- D4: 200 zł za pobyt na OIT/OIOM, pobyt w szpitalu rehabilitacyjnym 0,2% SU określonej dla tej opcji;
- D5: wypłata od 2. dnia, pobyt w szpitalu rehabilitacyjnym 0,5% SU określonej dla tej opcji;
- D10: rehabilitacja do 1500 zł; leki do 200 zł;
- D13: zwrot kosztów leczenia stomatologicznego do 200% SU określonej dla tej opcji;
- D14: jednorazowe świadczenie w wysokości 200 zł, pod warunkiem, że nieszczęśliwy wypadek nie pozostawił trwałego uszczerbku na zdrowiu, ale ubezpieczony wymagał interwencji lekarskiej.

POSTANOWIENIA DODATKOWE I ODMIENNE OD OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA EDU PLUS ZATWIERDZONYCH UCHWAŁĄ NR 01/03/03/2020 Zarządu INTERRISK TU S.A. VIENNA INSURANCE GROUP z dnia 3 marca 2020 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 oferty ubezpieczenia/ umowy ubezpieczenia wprowadza się następujące postanowienia dodatkowe lub odmienne od w/w ogólnych warunków ubezpieczenia:

1. §6 pkt 1) ppkt b) otrzymuje brzmienie: „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;”.
2. §6 pkt 1) ppkt c) otrzymuje brzmienie: „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;”
3. §6 pkt 5) otrzymuje brzmienie: „5) w przypadku rozpoznania u Ubezpieczonego sepsy – jednorazowe świadczenie w wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż sepsa została zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;”;
  4. §6 pkt 6) otrzymuje brzmienie: „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 oraz
    - b) śmierć nastąpiła w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.Odpowiedzialność InterRisk ograniczona jest do dwóch zdarzeń w okresie ubezpieczenia;”
  5. §6 pkt 8) otrzymuje brzmienie: „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 Ubezpieczonego w szpitalu przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości stanowiącej 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.”
  6. §6 pkt 7) otrzymuje brzmienie: „6) 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.”
  7. W §4 ust. 1 pkt. 1) dodaje się lit. m) w brzmieniu: „m) zwrot kosztów pogrzebu Ubezpieczonego poniesionych w związku z jego śmiercią w wyniku nieszczęśliwego wypadku”;
  8. W §6 dodaje się pkt 11) w brzmieniu: „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.”;
  9. W §6 dodaje się pkt 12) w brzmieniu: „12) Zwrot kosztów pomocy psychologicznej po nieszczęśliwym wypadku lub śmierci rodzica w wyniku nieszczęśliwego 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, lub po śmierci rodzica lub opiekuna prawnego w wyniku

nieszczęśliwego 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 potwierdzającej związek między nieszczęśliwym wypadkiem i koniecznością skorzystania z pomocy psychologa lub dokumentacją potwierdzającą zgon rodzica lub opiekuna prawnego w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz rachunków i faktur imiennych;”

10. W § 4 ust. 1) dodaje się: w pkt. 1 lit. n) w brzmieniu:  
„n) rozpoznanie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.”
11. W §6 dodaje się pkt. 13) w brzmieniu:  
„13) w przypadku rozpoznania u Ubezpieczonego zapalenia opon mózgowych jednorazowe świadczenie w wysokości 5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia (polisie), pod warunkiem, iż zapalenie opon mózgowych zostały rozpoznane w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.”
12. § 13 ust. 9. otrzymuje brzmienie: „Górną granicą odpowiedzialności InterRisk jest:
  - 1) w przypadku Opcji Podstawowej, Opcji Podstawowej Plus, Opcji Ochrona Plus – kwota stanowiąca 200% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Podstawowej, Opcji Podstawowej Plus, Opcji Ochrona Plus;
  - 2) w przypadku Opcji Ochrona – kwota stanowiąca 100% sumy ubezpieczenia ustalonej odrębnie dla każdego zdarzenia;
  - 3) w przypadku Opcji Progresja – kwota stanowiąca 350% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Progresja;
  - 4) w przypadku Opcji Dodatkowych (D1-D27) oprócz D13 – kwota stanowiąca 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla danej Opcji Dodatkowej D1-D27; w przypadku Opcji dodatkowej D13 – kwota stanowiąca 200% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji D13.”

———— OPCJA DODATKOWA D4 ————

13. §11 ust. 1 pkt. 4) Otrzymuje brzmienie: „4) Opcja Dodatkowa D4 – pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku – 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. 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.”;
14. W § 2 dodaje się pkt 111) 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;”

15. W §11 ust. 1 pkt. 4) dodaje się zapis w brzmieniu: „Ubezpieczonemu przysługuje również świadczenie w wysokości 0,2% sumy 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 związku z zaleconą rehabilitacją 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;”;

———— OPCJA DODATKOWA D5 ———

16. §11 ust. 1 pkt. 5) otrzymuje brzmienie: „5) Opcja Dodatkowa D5 – pobyt w szpitalu w wyniku choroby – 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;”
17. W §11 ust. 1 pkt. 5) dodaje się zapis: „Ubezpieczonemu przysługuje również świadczenie w wysokości 0,5% 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 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 związku z zaleconą rehabilitacją 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.”

———— OPCJA DODATKOWA D10 ———

18. §2 pkt 28) otrzymuje brzmienie:  
„28) koszty leczenia – poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, 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, za wyjątkiem operacji plastycznych,
  - f) zakupu środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza,
  - g) rehabilitacji zleconej przez lekarza prowadzącego leczenie,
  - h) zakupu leków.”;
19. § 11 ust. 1 pkt. 10) Otrzymuje brzmienie: „10) Opcja Dodatkowa D10 – koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku – 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 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 zł, 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.”
20. §5 ust. 6 otrzymuje brzmienie: „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.”

———— OPCJA DODATKOWA D13 ————

21. §11 ust. 1 pkt. 13) Otrzymuje brzmienie: „Opcja Dodatkowa D13 – koszty leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 200% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D13, ale nie więcej niż 300 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, z zastrzeżeniem, że w związku z utratą lub uszkodzeniem zęba w następstwie nieszczęśliwego wypadku u Ubezpieczonego został orzeczony uszczerbek na zdrowiu lub trwałe inwalidztwo częściowe

oraz

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

—— OPCJA DODATKOWA D14 ——

22. §11 ust. 1 pkt. 14) otrzymuje brzmienie: „Opcja Dodatkowa D14 – uciążliwe leczenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku – wypłata jednorazowego świadczenia w wysokości 200 zł, 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) 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.”
23. §2 pkt 89) 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 Ubezpieczony wymagał interwencji lekarskiej w związku z nieszczęśliwym wypadkiem.”.