

**POSTANOWIENIA DODATKOWE I ODMIENNE OD OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA EDU
PLUS zatwierdzonych uchwałą nr 05/07/05/2019 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń
Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 7 maja 2019 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.

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

1. w § 2 zmienia się pkt. 20):

„20) **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;”

2. § 2 pkt. 49) otrzymuje brzmienie:

„49) Poważna Choroba – wyłącznie poniżej wymienione choroby, które zostały zdiagnozowane po raz pierwszy w trakcie okresu ubezpieczenia: borelioza, nowotwór złośliwy, paraliż, niewydolność nerek, poliomyelitis, utrata wzroku, utrata mowy, utrata słuchu, anemia aplastyczna, stwardnienie rozsiane, cukrzyca typu I, niewydolność serca, choroby autoimmunologiczne, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, borelioza, bąblowica, toksoplazmoza, wścieklizna. Za Poważną Chorobę uważa się również transplantację głównych organów;”

3. w § 2 dodaje się pkt. 96) – 99) w brzmieniu:

„96) 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;

97) 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;

98) 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;

99) 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;”

4. § 4 ust. 1 pkt 1 lit b); § 4 ust. 1 pkt 3 lit b) otrzymuje brzmienie:

„b) koszty nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, w tym również zwrot kosztu zakupu lub naprawy okularów korekcyjnych lub aparatu słuchowego uszkodzonych podczas wypadku w czasie zajęć lekcyjnych”

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

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

6. w § 4 ust. 1) dodaje się: w pkt. 1 lit. k), w brzmieniu:

„uszkodzenie ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku bez uszczerbku na zdrowiu,”

7. § 6 pkt. 1) lit. c); § 7 pkt. 1) lit. c); § 9 pkt. 2); otrzymują brzmienie:

„koszty nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, w tym również zwrot kosztu zakupu lub naprawy okularów korekcyjnych lub aparatu słuchowego uszkodzonych podczas wypadku w czasie zajęć lekcyjnych - zwrot udokumentowanych kosztów 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 będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze,
 - zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku,
 - zwrot kosztów zakupu lub naprawy okularów korekcyjnych lub aparatu słuchowego uszkodzonych podczas nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce podczas zajęć lekcyjnych.
- Zwrot kosztów zakupu lub naprawy okularów korekcyjnych lub aparatu słuchowego uszkodzonych przysługuje do wysokości 200 zł.”

8. § 6 pkt. 6); § 7 pkt. 6); § 9 pkt. 7); otrzymują brzmienie:

„w przypadku pogryzienia przez psa, pokąsania, ukąszenia/użądlenia - jednorazowe świadczenie w wysokości 2% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem co najmniej dwudniowego pobytu w szpitalu w wyniku pogryzienia przez psa, pokąsania, ukąszenia/użądlenia.”

§ 6 pkt. 7); § 7 pkt. 7); § 9 pkt. 12); otrzymują brzmienie:

„w przypadku wstrząśnienia mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku - jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony doznał wstrząśnienia mózgu, w wyniku którego konieczny był co najmniej dwudniowy pobyt Ubezpieczonego w szpitalu przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości stanowiącej 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia”

9. w §6 dodaje się pkt. 8), w §7 dodaje się pkt. 8), w §9 dodaje się pkt. 13), który otrzymuje brzmienie:

„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, w 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.”

10. w §6 dodaje się pkt. 9), w §7 dodaje się pkt. 9), który otrzymuje brzmienie:

„w przypadku **uszkodzeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, które wymagały interwencji lekarskiej w placówce medycznej oraz leczenia i co najmniej dwóch wizyt kontrolnych** - świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, a z tytułu których nie przysługuje inne świadczenie,”

11. § 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, 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 ubezpieczonego kontynuującego umowę ubezpieczenia na kolejny okres w InterRisk będącego również następstwem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w trakcie trwania umowy ubezpieczenia zawartej z InterRisk bezpośrednio przed niniejszą umową ubezpieczenia, pod warunkiem, że w poprzedniej umowie zakres ubezpieczenia obejmował Opcję dodatkową D4, (InterRisk odpowiada w takiej sytuacji wyłącznie do takiej wysokości świadczenia, jaka obowiązywała w poprzedniej umowie).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;”

12. § 11 ust. 1 pkt 5) otrzymuje brzmienie:

„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.

W przypadku ubezpieczonego kontynuującego umowę ubezpieczenia na kolejny okres w InterRisk będącego również następstwem chorobą, która została zdiagnozowana w trakcie trwania umowy ubezpieczenia zawartej z InterRisk bezpośrednio przed niniejszą umową ubezpieczenia, pod warunkiem, że w poprzedniej umowie zakres ubezpieczenia obejmował Opcję dodatkową D5, (InterRisk odpowiada w takiej sytuacji wyłącznie do takiej wysokości świadczenia z Opcji D-5 jaka obowiązywała w poprzedniej umowie).

Warunkiem wypłaty świadczenia jest również pobyt ubezpieczonego w szpitalu trwający 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.”

13. § 11 pkt. 6) otrzymuje brzmienie:

„6) Opcja Dodatkowa D6 – Poważne Choroby: w przypadku zdiagnozowania **Poważnej Choroby** – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D6, pod warunkiem zdiagnozowania u Ubezpieczonego po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, następującego rodzaju Poważnej Choroby:

- 1) nowotwór złośliwy,
- 2) paraliż,
- 3) niewydolność nerek,
- 4) transplantacja głównych organów,
- 5) poliomyelitis,
- 6) utrata mowy,
- 7) utrata słuchu,
- 8) utrata wzroku,
- 9) anemia aplastyczna,
- 10) stwardnienie rozsiane,
- 11) cukrzyca typu I,
- 12) niewydolność serca,
- 13) choroba autoimmunologiczna,
- 14) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
- 15) borelioza,
- 16) bąblowica,

- 17) toksoplazmoza,
- 18) wścieklizna.”

14. § 11 ust. 1 pkt. 10) otrzymuje brzmienie:

„10) Opcja Dodatkowa D10 – koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 40% 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 500 zł oraz zwrot kosztów leków, który wynosi 100 zł. Zwrot kosztów leczenia następuje pod warunkiem, że koszty leczenia:

- 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 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku

Za koszty leczenia uważa się również koszty zakupu leków, zaleconych przez lekarza po nieszczęśliwym wypadku, 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.”

15. W § 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.”