

DZIAŁAJĄC NA PODSTAWIE ART. 812 § 8 K.C. INTERRISK TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ SPÓŁKA AKCYJNA VIENNA INSURANCE GROUP WSKAZUJE RÓŻNICE POMIĘDZY TREŚCIĄ UMOWY UBEZPIECZENIA A OWU EDU PLUS ZATWIERDZONYCH UCHWAŁĄ NR 01/18/04/2023 ZARZĄDU INTERRISK TOWARZYSTWA UBEZPIECZEŃ S.A. VIENNA INSURANCE GROUP Z DNIA 18/04/2023 R.

§1

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

1. w § 2 zmienia się pkt 26):

„26) **dzień pobytu w szpitalu** – pobyt na oddziale szpitalnym trwający co najmniej 24 godziny (za wyjątkiem dnia przyjęcia i wypisu ze szpitala), służący przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia Ubezpieczonego, spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą. Dzień przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala i dzień wypisu ze szpitala w przypadku wypłaty świadczenia liczone są oddzielnie jako pełne dni pobytu w szpitalu chyba, że przyjęcie i wypis ze szpitala nastąpiły w tym samym dniu;”

2. w § 2 zmienia się pkt 38):

„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 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 pobytem w szpitalu;

3. w § 2 zmienia się pkt 69):

„69) **Poważna Choroba** – wyłącznie następujące choroby, które zostały rozpoznane po raz pierwszy u Ubezpieczonego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej:

- 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, jak również za Poważną Chorobę uważa się transplantację głównych organów, pneumokokowe zapalenie płuc, meningokokowe zapalenie opon mózgowych,
- b) w przypadku Opcji Dodatkowej D15 (Druga Opinia Medyczna) – bakteryjne zapalenie wsierdzia, choroba Leśniowskiego-Crohna, choroba zakrzepowo-zatorowa, choroby mielodysplastyczne, cukrzyca typu I, niewydolność głównych narządów, nowotwór złośliwy, oparzenia III i IV stopnia, padaczka, protezoplastyka stawów, przewlekła obturacyjna choroba płuc, sepsa, stwardnienie rozsiane, śpiączka, tętniak aorty piersiowej lub brzusznej, transplantacja głównych narządów, udar mózgu, utrata mowy, utrata słuchu, utrata wzroku,”

4. 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;”

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

„m) zwłknięcia lub skręcenia stawów”

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

„n) operacje będące następstwem nieszczęśliwego wypadku;”

7. w § 4 ust. 3 skreśla się pkt 1)

8. § 5 ust. 1 pkt 18) otrzymuje brzmienie:

„18) operacją wtórną, za wyjątkiem Opcji DODATKOWEJ D3 (pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku) oraz Opcji DODATKOWEJ D4 (pobyt w szpitalu w wyniku choroby).”

9. w § 5 skreśla się ust. 6

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

„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;”

11. w § 6 pkt 3) otrzymuje brzmienie:

„3) W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – świadczenie w wysokości 100% 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.

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego – świadczenie dodatkowe w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż wypadek komunikacyjny w związku z ruchem pojazdu, o którym mowa w §2 pkt 66) OWU wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, a śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku;”

12. w § 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 okresie ubezpieczenia;”

13. w § 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;”

14. w § 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 trzydniowy pobyt w szpitalu przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości stanowiącej 5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia;”

15. w §6 dodaje się pkt 11), w brzmieniu:

„11) w przypadku zwichnięć lub skręceń stawów w wyniku nieszczęśliwego wypadku: 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).”

16. w §6 dodaje się pkt 12), w brzmieniu:

„12) w przypadku operacji będących następstwem nieszczęśliwego wypadku – świadczenie w wysokości 1.000,00 zł, uzależnione od rodzaju operacji określonej wyłącznie w TABELI nr 8, pod warunkiem iż operacja:

- a) została zalecona przez lekarza jako niezbędna część procesu leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz
- b) została przeprowadzona w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej w trakcie co najmniej trzydniowego pobytu w szpitalu,

Jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku została wykonana więcej niż jedna operacja określona w TABELI nr 8, przysługuje wyłącznie jedno świadczenie w wysokości 1.000,00 zł.”

17. w § 12 ust. 1 skreśla się pkt 1)

18. § 12 ust. 1 pkt 2) otrzymuje brzmienie:

„2) Opcja Dodatkowa D2 - oparzenia i odmrożenia – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D2, uzależnione od stopnia oparzenia powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku określonego wyłącznie w TABELI nr 6 lub odmrożenia powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku określonego wyłącznie w TABELI nr 7

TABELA nr 6

Stopień oparzenia	Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D2
II stopień	20
III stopień	60
IV stopień	100

W przypadku występowania w ramach jednego nieszczęśliwego wypadku kilku oparzeń o różnym stopniu, InterRisk wypłaca jednorazowe świadczenie odpowiadające najwyższemu stopniowi oparzenia Ubezpieczonego.

TABELA nr 7

Stopień odmrożenia	Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D2
II stopień	20
III stopień	60
IV stopień	100

W przypadku występowania w ramach jednego zdarzenia kilku odmrożeń o różnym stopniu, InterRisk wypłaca jednorazowe świadczenie odpowiadające najwyższemu stopniowi odmrożenia Ubezpieczonego.”

19. § 12 ust. 1 pkt 3) otrzymuje brzmienie:

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

- a) 2,0% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D3, za każdy następny dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu (w tym OIOM/OIT), począwszy od pierwszego do dziesiątego dnia pobytu w szpitalu, będący 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, pod warunkiem co najmniej dwudniowego pobytu w szpitalu.
- b) 3,0% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D3, za każdy następny dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu (w tym OIOM/OIT), począwszy od jedenastego dnia pobytu w szpitalu, będący 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.

W przypadku kolejnych, następujących po sobie pobyków 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 95 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. § 12 ust. 1 pkt 4) otrzymuje brzmienie:

„4) Opcja Dodatkowa D4 – **pobyt w szpitalu w wyniku choroby** – świadczenie w wysokości 2% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D4, za każdy następny dzień pobytu w szpitalu (w tym OIOM/OIT), począwszy od drugiego dnia pobytu w szpitalu, w związku z chorobą, która została rozpoznana w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem co najmniej trzydniowego pobytu w szpitalu. W przypadku kolejnych, następujących po sobie pobyków 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;"

21. w § 12 ust. 1 pkt 5) otrzymuje brzmienie:

„5) Opcja Dodatkowa D5 - **Poważne Choroby** – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D5, pod warunkiem rozpoznania u Ubezpieczonego po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, rodzaju Poważnej Choroby, o której mowa w §2 pkt 69) lit. a);"

a)

22. w § 12 ust. 1 pkt 8) otrzymuje brzmienie:

„10) 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 **do 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;

zwrotu kosztów leków – podlimit w wysokości 200 PLN;"

23. w § 12 ust. 1 pkt 8) otrzymuje brzmienie:

„10) 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 **do 50%** 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 200 PLN;”

24. § 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 maksymalnie 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;”

25. w § 14 ust. 10 otrzymuje brzmienie:

„10. Górną granicą odpowiedzialności InterRisk jest:

- 1) w przypadku Opcji Podstawowej, Opcji Podstawowej Plus, Opcji Ochrona Plus oraz Opcji Dodatkowych (D2-D4) – kwota stanowiąca 200% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Podstawowej, Opcji Podstawowej Plus, Opcji Ochrona Plus, Opcji Dodatkowych (D2-D4);
- 2) w przypadku Opcji Ochrona – kwota stanowiąca 100% sumy ubezpieczenia ustalonej odrębnie dla każdego zdarzenia;
- 3) w przypadku Opcji Progresja – kwota stanowiąca 500% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Progresja;
- 4) w przypadku Opcji Hejt Stop – kwota stanowiąca 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Hejt Stop;
- 5) w przypadku Opcji Dodatkowych (D1, D5-D23) – kwota stanowiąca 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla danej Opcji Dodatkowej D1, D5-D23;