

POSTANOWIENIA DODATKOWE I ODMIENNE OD OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA EDU PLUS ZATWIERDZONYCH UCHWAŁĄ NR 01/14/05/2020 z dnia 14 maja 2020 r

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 odmienne od OWU EDU Plus:

1. §2 pkt 20) otrzymuje brzmienie:

„20) **koszty leczenia** – poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, 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, za wyjątkiem operacji plastycznych,
- f) zakupu środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza,
- g) rehabilitacji zleconej przez lekarza prowadzącego leczenie
- h) odbudowy stomatologicznej uszkodzonego lub utraconego zęba stałego.”

2. W §2 dodaje się pkt 96), który otrzymuje brzmienie:

„96) zatrucie pokarmowe spowodowane rota wirusem – choroba zdiagnozowana przez lekarza w okresie ubezpieczenia, zgodnie z rozpoznaniem zakwalifikowanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: A08.0 skutkująca co najmniej 3 dniowym pobytem w szpitalu;”

3. W §2 dodaje się pkt 97), który otrzymuje brzmienie:

„97) teren placówki oświatowej – budynki oraz ogrodzony teren należący do placówki oświatowej, do której uczęszczał Ubezpieczony.”

4. W §2 dodaje się pkt 98), który otrzymuje brzmienie:

„98) borelioza – choroba zdiagnozowana przez lekarza w okresie ubezpieczenia, zgodnie z rozpoznaniem zakwalifikowanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: A69.2;”

5. w §4 w ust. 1 zmienia się pkt 2), który otrzymuje brzmienie:

„2) **Opcji Ochrona**, w jednym z wariantów (01-11), obejmującym:

- a) śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- b) zdiagnozowanie u Ubezpieczonego sepsy,
- c) zdiagnozowanie u Ubezpieczonego boreliozy,
- d) trwałe inwalidztwo częściowe,
- e) zwrot kosztów zakupu wózka inwalidzkiego w przypadku inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem,
- f) złamanie jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- g) rany będące następstwem nieszczęśliwego wypadku,
- h) urazy narządu ruchu będące następstwem nieszczęśliwego wypadku,
- i) pogryzienie przez psa, pokąsania, ukąszenie/użądlenie,
- j) wstrząśnienie mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- k) śmierć opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku
- l) zwrot kosztów korepetycji, w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- m) zwrot kosztów porady psychologa w związku z nieszczęśliwym wypadkiem lub śmiercią rodzica lub opiekuna prawnego Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku
- n) zatrucie pokarmowe spowodowane rota wirusem,
- o) nagłe zatrucie gazami, porażenie prądem lub piorunem,”

6. §5 ust. 1, pkt. 3) otrzymuje brzmienie:

„3) uszkodzeniami ciała zdiagnozowanymi przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego. Powyższego wyłączenia nie stosuje się dla opcji dodatkowej D4 – pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz opcji dodatkowej D5 – pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia w wyniku choroby, pod warunkiem kontynuacji ubezpieczenia przez Ubezpieczonego w InterRisk.”

7. §5 ust. 1, pkt. 4) otrzymuje brzmienie:

„4) chorobami, które zostały zdiagnozowane przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową. Powyższego wyłączenia nie stosuje się dla opcji dodatkowej D4 – pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz opcji dodatkowej D5 – pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia w wyniku choroby, pod warunkiem kontynuacji ubezpieczenia przez Ubezpieczonego w InterRisk.”

8. §8 pkt 1) otrzymuje brzmienie:

„1) 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 nieszczęśliwego wypadku na terenie placówki oświatowej oraz w każdym miejscu poza placówką, o ile Ubezpieczony przebywał pod opieką pracownika placówki oświatowej** – przysługuje świadczenie w wysokości 250% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:

- a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
- b) śmierć nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku oraz
- c) zajście nieszczęśliwego wypadku zostało udokumentowane zaświadczeniem dyrektora placówki oświatowej.”

9. w §8 w pkt 3) do Tabeli nr 1 dodaje się pkt 20, 21 oraz 22 w brzmieniu (w nawiasach podano wysokość świadczenia wyrażoną jako wartość procentową (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla trwałego inwalidztwa częściowego):

- „20. całkowita utrata śledziony (20),
- 21. całkowita utrata jednej nerki (35),
- 22. całkowita utrata obu nerek (75)”

10. §8 pkt 6), otrzymuje brzmienie:

„6) w przypadku **ran będących następstwem nieszczęśliwego wypadku:**

- a) jeżeli w ciągu okresu ubezpieczenia Ubezpieczony dozna rany w następstwie nieszczęśliwego wypadku i zostanie poddany zabiegowi założenia co najmniej dwóch szwów (szycie rany) – przysługuje świadczenie (maksymalnie 2 razy w ciągu okresu ubezpieczenia) w wysokości 100% 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 zabiegowi założenia co najmniej dwóch szwów (szycie rany) – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 20% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia;”

11. §8 pkt 7), otrzymuje brzmienie:

„7) w przypadku **urazów narządu ruchu będących następstwem nieszczęśliwego wypadku:**

- a) jeżeli w okresie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony dozna urazu ciała, w wyniku którego nie nastąpi złamanie kości narządu ruchu, ale zgodnie z zaleceniem lekarza **narząd ruchu zostanie unieruchomiony na dłużej niż 7 dni** wyłącznie z zastosowaniem następującego środka medycznego: gipsu, gipsu syntetycznego (lekkiego), szyny, gorsetu, powodującego wyłączenie czynności narządu ruchu – przysługuje świadczenie (maksymalnie 2 razy w ciągu okresu ubezpieczenia) w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia,
- b) jeżeli w okresie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony dozna urazu ciała, w wyniku którego nie nastąpi złamanie kości narządu ruchu, ale zgodnie z zaleceniem lekarza **narząd ruchu zostanie unieruchomiony na dłużej niż 7 dni** wyłącznie z zastosowaniem następującego środka medycznego: kołnierza ortopedycznego, stabilizatora, ortozy, tura gipsowego, longety, kamizelki ortopedycznej, powodującego wyłączenie czynności narządu ruchu – przysługuje świadczenie (maksymalnie 2 razy w ciągu okresu ubezpieczenia) w wysokości 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia,
- c) jeżeli w okresie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony dozna urazu palca lub palców u nóg lub palca lub palców dłoni, w wyniku którego nie nastąpi złamanie kości ale zgodnie z zaleceniem lekarza palec lub palce zostaną unieruchomione na dłużej niż 7 dni wyłącznie z zastosowaniem następującego środka medycznego: gipsu, gipsu syntetycznego (lekkiego) szyby, powodującego wyłączenie funkcji palca lub – przysługuje świadczenie (maksymalnie 2 razy w ciągu okresu ubezpieczenia) w wysokości 25% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia,
- d) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, dojdzie do urazu narządu ruchu, za które InterRisk wypłacił Ubezpieczonemu świadczenie, a następnie w związku z tym urazem narządu ruchu wystąpi trwałe inwalidztwo częściowe określone w TABELI nr 1, powstałe w skutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, wówczas świadczenie wypłacone w przypadku urazu narządu ruchu zostanie zaliczone na poczet świadczenia przysługującego w przypadku trwałego inwalidztwa częściowego, a Ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczenia w wysokości różnicy pomiędzy wysokością świadczenia przysługującego w przypadku trwałego inwalidztwa częściowego, a wypłaconym świadczeniem w przypadku urazu narządów ruchu;”

12. §8 pkt 8), otrzymuje brzmienie:

„8) w przypadku **pogryzienia przez psa, pokąsania, ukąszenia/użądlenia** – jednorazowe świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem co najmniej dwudniowego pobytu w szpitalu w wyniku pokąsania, ukąszenia/użądlenia; w przypadku pogryzienia przez psa, zniesienie warunku pobytu w szpitalu;”

13. §8 pkt 10) otrzymuje brzmienie:

„10) w przypadku **śmierci opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – jednorazowe świadczenie w wysokości:

- a) 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia w przypadku śmierci jednego z opiekunów prawnych lub rodziców,
- b) 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia w przypadku śmierci obojga opiekunów prawnych lub rodziców w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem, iż nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej i śmierć nastąpiła w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku. Odpowiedzialność InterRisk ograniczona jest w przypadku, o którym mowa w lit. a) powyżej do dwóch zdarzeń w okresie ubezpieczenia, a w przypadku, o którym mowa w lit. b) powyżej do jednego zdarzenia w okresie ubezpieczenia;”

14. w §8 dodaje się pkt 11), który otrzymuje brzmienie:

„11) **koszty porady psychologa w związku z nieszczęśliwym wypadkiem lub śmiercią rodzica lub opiekuna prawnego Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – 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 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;”

15. w §8 dodaje się pkt 12), który otrzymuje brzmienie:

„12) **koszty korepetycji w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 500 zł w ciągu okresu ubezpieczenia, ale za maksymalnie 10 godzin lekcyjnych korepetycji, pod warunkiem, iż koszty korepetycji:

- a) powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
- b) zostały poniesione w okresie ubezpieczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- c) Ubezpieczony nie mógł uczęszczać na zajęcia lekcyjne nieprzerwanie przez okres co najmniej 14 dni, udokumentowane zaświadczeniem lekarskim, przy czym do ustalenia powyższego okresu uwzględnia się wyłącznie dni zajęć lekcyjnych wynikające z obowiązującego w danej placówce oświatowej planu lekcji.”

16. w §8 dodaje się pkt 13), który otrzymuje brzmienie:

„13) w przypadku, gdy Ubezpieczony będący uczniem lub studentem, za wyjątkiem pracowników placówki oświatowej, doznał **zatrucia pokarmowego spowodowanego rota wirusem**, – jednorazowe świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem 3 dniowego pobytu w szpitalu lub czasowej niezdolności do pracy lub nauki trwającej nieprzerwanie co najmniej 5 dni.”

17. w §8 dodaje się pkt 14), który otrzymuje brzmienie:

„14) w przypadku **nagłego zatrucia gazami, bądź w przypadku porażenia prądem lub piorunem** – jeżeli w wyniku nagłego zatrucia gazami, bądź w przypadku porażenia prądem lub piorunem, w następstwie którego nastąpił co najmniej trzydniowy pobyt Ubezpieczonego w szpitalu – przysługuje świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.”

18. w §8 dodaje się pkt 15), który otrzymuje brzmienie:

„15) w przypadku **zdiagnozowania u Ubezpieczonego boreliozy** – jednorazowe świadczenie w wysokości 500 zł, pod warunkiem, iż borelioza została zdiagnozowana po raz pierwszy u Ubezpieczonego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.”

19. § 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, świadczenie płatne od drugiego dnia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. 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.”

16. § 11 ust. 1, pkt. 5) otrzymuje brzmienie:

„5) **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, świadczenie płatne od drugiego dnia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, w związku z chorobą, która została zdiagnozowana w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej. 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;

17. w §11 ust. 1 pkt 10) otrzymuje brzmienie:

„10) **Opcja Dodatkowa D10 – koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D10, a w przypadku kosztów rehabilitacji oraz kosztów odbudowy stomatologicznej uszkodzonego lub utraconego zęba stałego nie więcej niż 500 zł, pod warunkiem, iż koszty leczenia:

- 1) powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
- 2) zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;”

W przypadku wykupienia opcji dodatkowej D13 – koszty leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, rozszerzenie o koszty odbudowy stomatologicznej uszkodzonego lub utraconego zęba stałego nie ma zastosowania.

18. w §13 w ust. 2 zmienia się Tabela nr 10:

Rodzaj ubezpieczenia	SUMA UBEZPIECZENIA (PLN)										
	WARIANTY/ SUMY UBEZPIECZENIA (PLN)										
	0 – 1	0 – 2	0 – 3	0 - 4	0 – 5	0 – 6	0 – 7	0 – 8	0 – 9	0 – 10	0 - 11
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	3.000	5.000	6.000	7.000	8.000	9.000	10.000	11.000	12.000	13.000	14.000
Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego sepsy lub wirusa SARS-CoV -2	300	500	600	700	800	900	1.000	1.100	1.200	1.300	1.400
Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego boreliozy	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500
Trwałe inwalidztwo częściowe	3.000	5.000	6.000	7.000	8.000	9.000	10.000	11.000	12.000	13.000	14.000
Zwrot kosztów zakupu wózka inwalidzkiego na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000
Złamania jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku	500	1.000	1.250	1.500	1.750	2.000	2.250	2.500	2.750	3.000	3.250
Rany będące następstwem nieszczęśliwego wypadku	50	100	150	200	250	300	350	400	500	600	700
Urazy narządów ruchu będące następstwem nieszczęśliwego wypadku	50	100	150	200	250	300	350	400	500	600	700
Pogryzienie przez psa, pokąsanie, ukąszenie/ użądlenie	50	60	70	80	90	100	110	120	130	140	150
Wstrząśnienie mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	300	500	750	1.000	1.250	1.500	1.750	2.000	2.250	2.500	2.750
Śmierć rodzica/opiekuna prawnego Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	3.000	5.000	6.000	7.000	8.000	9.000	10.000	11.000	12.000	13.000	14.000
Zwrot kosztów porady psychologa wskutek NNW oraz śmierci rodzica lub opiekuna prawnego wskutek NNW	Do 500	Do 500	Do 500	Do 500	Do 500	Do 500	Do 500	Do 500	Do 500	Do 500	Do 500
Zwrot kosztów korepetycji	Do 500	Do 500	Do 500	Do 500	Do 500	Do 500	Do 500	Do 500	Do 500	Do 500	Do 500
Zatrucie pokarmowe spowodowane rota wirusem	50	60	70	80	90	100	110	120	130	140	150
Zatrucia gazami, porażenie prądem lub piorunem	150	250	300	350	400	450	500	550	600	650	700

19. §13 ust 8 otrzymuje brzmienie:

„6. Górną granicą odpowiedzialności InterRisk jest kwota stanowiąca 100% sumy ubezpieczenia w przypadku Opcji Podstawowej, Opcji Podstawowej Plus, Opcji Ochrona Plus, Opcji Dodatkowych (D1-D19), za wyjątkiem:

- 1) Opcji Progresja, gdzie górną granicą odpowiedzialności InterRisk jest kwota stanowiąca 250% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Progresja;
- 2) Opcji Ochrona, gdzie górną granicą odpowiedzialności jest 100% sumy ubezpieczenia ustalonej odrębnie dla każdego zdarzenia, za wyjątkiem śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku na terenie placówki oświatowej oraz w każdym miejscu poza placówką, o ile Ubezpieczony przebywał pod opieką pracownika placówki oświatowej, gdzie górną granicą odpowiedzialności jest 250% sumy ubezpieczenia za śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku."

20. w §21 zmienia się ust. 3 pkt 6), który otrzymuje brzmienie:

„6) celem refundacji poniesionych: kosztów leczenia, 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. W przypadku kosztów korepetycji - oryginały imiennych rachunków, faktur lub umowy cywilnoprawnej, której przedmiotem było udzielenie Ubezpieczonemu korepetycji. W przypadku zatrucia spowodowanego rota wirusem okazać dokumentację lekarską potwierdzającą, że zatrucie pokarmowe spowodowane było rota wirusem”.