

**POSTANOWIENIA DODATKOWE I ODMIENNE OD OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA EDU PLUS
zatwierdzonych uchwałą nr 01/25/03/2025 Zarządu Ubezpieczyciela z dnia 25.03.2025 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 **01/25/03/2025** Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 25.03.2025 roku.

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

1. w §2 pkt 55) otrzymuje brzmienie:

„55) 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;”

2. w §2 pkt 75) otrzymuje brzmienie:

„75) poważna Choroba – wyłącznie następujące choroby, które zostały rozpoznane po raz pierwszy u Ubezpieczonego w okresie ochrony ubezpieczeniowej: a) w przypadku Opcji Dodatkowej D5 (Poważne Choroby) – nowotwór złośliwy, paraliż, niewydolność nerek, poliomyelitis, utrata wzroku, utrata mowy, utrata słuchu, anemia aplastyczna, stwardnienie rozsiane, cukrzyca typu I, niewydolność serca, wada wrodzona serca, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, jak również za Poważną Chorobę uważa się transplantację głównych organów, śpiączkę trwającą minimum 30 dni jednorazowe świadczenie 1.000zł

b) w przypadku Opcji Dodatkowej D14 (Druga Opinia Medyczna): bakteryjne zapalenie wsierdza, choroba Lesniowskiego-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, zakażenie wirusem HIV, zakażenie wirusem WZW, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zawał serca, guz mózgu, kardiomiopatia, schorzenia okulistyczne, choroba zapalne jelit, guz lub inne patologie rdzenia kręgowego wymagające leczenia operacyjnego;

3. w §2 pkt 112) otrzymuje brzmienie:

„112) uciążliwe leczenie – leczenie Ubezpieczonego będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej oraz spowodował uszkodzenia ciała Ubezpieczonego, z tytułu którego:

a) Ubezpieczonemu nie przysługują świadczenia z żadnej z Opcji, o których mowa §4 ust. 1, oraz

b) Ubezpieczony wymagał leczenia, w trakcie którego odbył co najmniej jedną lub dwie wizyty lekarskie oraz jedną wizytę kontrolną, z czego wszystkie z nich miały miejsce w placówce medycznej w trybie stacjonarnym (łącznie dwie lub trzy wizyty), lub Ubezpieczony doznał czasowej niezdolności do nauki lub do pracy przez okres nie krótszy niż 12 dni

4. w §2 dodaje się pkt. 137)-139), w brzmieniu:

„137) 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

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

139) kleszczowe zapalenie mózgu – choroba rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod : A.84., A.84.1, A.84.8, A.84.9

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

„l) rozpoznanie u Ubezpieczonego chorób odzwierzęcych (bąblowicy, toksoplazmozy, wścieklizny, toksokarozy, boreliozy) oraz kleszczowego zapalenia mózgu;”

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

„n) uszczerbek na zdrowiu w przypadku usiłowania popełnienia samobójstwa.”

7. w § 4 ust. 1 pkt 1) dodaje się lit. o), w brzmieniu:

„o) 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 – 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;”

8. w § 4 ust. 1 pkt 1) dodaje się lit. p), w brzmieniu:

„p) śpiączka w wyniku nieszczęśliwego wypadku.”

9. w § 5 ust. 1 pkt 2), otrzymuje brzmienie:

„2) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa lub samookaleczenia się przez Ubezpieczonego, opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego za wyjątkiem świadczenia o którym mowa w § 6 pkt. 12);”

10. w § 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 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;”

11. 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 trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej;”

12. 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, jednak nie więcej niż 1200 zł

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.”

13. w § 6 pkt 10), otrzymuje brzmienie:

„10) W przypadku rozpoznania u Ubezpieczonego chorób odzwierzęcych (bąblowicy, toksoplazmozy, wścieklizny, toksokarozy), kleszczowego zapalenia mózgu, 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, kleszczowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, borelioza zostały rozpoznane w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.”

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

„12) w przypadku uszczerbku na zdrowiu w wyniku usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego – świadczenie jednorazowe w wysokości takiego procentu sumy ubezpieczenia, w jakim nastąpił uszczerbek na zdrowiu, pod warunkiem iż:

a) do usiłowania popełnienia samobójstwa doszło podczas okresu ubezpieczenia oraz

b) próba samobójcza nie powiodła się oraz

c) próba samobójcza została potwierdzona dokumentacją medyczną;”

15. w § 6 dodaje się pkt 13), w brzmieniu:

„13) w przypadku śpiączki w wyniku nieszczęśliwego wypadku – jednorazowe świadczenie w wysokości 1 000 zł, pod warunkiem pobytu w szpitalu przez okres co najmniej 30 dni w stanie śpiączki w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej.”

16. w § 11 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 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 pobyków 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 ochrony ubezpieczeniowej.”

17. w § 11 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 D4, 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 okresie ochrony ubezpieczeniowej oraz pod warunkiem pobytu w szpitalu trwającego minimum 3 dni.

W przypadku kolejnych, następujących po sobie pobyków 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.”

18. w §11 ust. 1 pkt 6) lit. b), otrzymuje brzmienie:

„b) została przeprowadzona podczas co najmniej dwudniowego pobytu w szpitalu w okresie ochrony ubezpieczeniowej,”

19. w §11 ust. 1 pkt 7) lit. b), otrzymuje brzmienie:

„b) została przeprowadzona podczas co najmniej dwudniowego pobytu w szpitalu w okresie ochrony ubezpieczeniowej,”

oraz

w TABELI nr 8 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 oraz pozostałe operacje ginekologiczne - 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
- Operacje okolic tarczycy – 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D7

20. w §11 ust. 1 pkt 11), otrzymuje brzmienie

Opcja Dodatkowa D11 – uciążliwe leczenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku –

- a) świadczenie wypłacane w wysokości 0,5% sumy ubezpieczenia opcji głównej, jednak nie więcej niż 100 zł w przypadku, gdy Ubezpieczony wymagał leczenia, w trakcie którego odbył co najmniej jedną wizytę lekarską oraz jedną wizytę kontrolną, lub
- b) świadczenie wypłacane w wysokości 1% sumy ubezpieczenia opcji głównej, jednak nie więcej niż 500 zł w przypadku, gdy Ubezpieczony wymagał leczenia, w trakcie którego odbył co najmniej dwie wizyty lekarskie oraz jedną wizytę kontrolną, lub
- c) świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D11, w przypadku, gdy Ubezpieczony doznał czasowej niezdolności do nauki lub do pracy przez okres nie krótszy niż 12 dni.”

21. w §13 ust. 9 pkt 4), otrzymuje brzmienie:

„4) w przypadku Opcji Dodatkowych D1-D2, D4-D8 oraz D10-D20 – kwota stanowiąca 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla danej Opcji Dodatkowej D1-D2, D4-D8 oraz D10-D20, za wyjątkiem zwrotu kosztów operacji plastycznej w ramach Opcji Dodatkowej D8, a w przypadku Opcji Dodatkowej D3 – kwota stanowiąca 145% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D3.”