Ubezpieczyciel: InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group
Nazwa pośrednika ubezpieczeniowego: INS Group sp. z o.o. sp. k. Przedstawicielstwo Generalne InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group

Indywidualni Opiekunowie: Katarzyna Bazuń – tel. 536 306 442
Agnieszka Kosińska – tel. 536 306 443

Suma ubezpieczenia/ nr polisy	**wariant I – polisa nr EDU-A/P 069148**	**wariant II polisa nr EDU-A/P 069158**
	15 000 zł	**20 000 zł**
100% uszczerbku na zdrowiu	26 250 zł	35 000 zł
- za 1% uszczerbku (1-25% uszczerbku)	150 zł	200 zł
- za 1% uszczerbku (powyżej 25% uszczerbku) **NOWOŚĆ**	300 zł	400 zł
Śmierć w wyniku nieszczęśliwego wypadku	15 000 zł	20 000 zł
Śmierć w wyniku NW na terenie **placówki oświatowej** (150% sumy ubezpieczenia)	22 500 zł	30 000 zł
Naprawa i zwrot kosztów nabycia **okularów**, **aparatów słuchowych i ortodontycznych** uszkodzonych w wyniku NW	do 500 zł	do 500 zł
Koszty nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (**np. ortezy, protezy, kule, wózki i in.**)	do 4 500 zł	do 6 000 zł
Uszczerbek na zdrowiu w wyniku ataku **padaczki** (za 1%)	150 zł	200 zł
Zdiagnozowanie **sepsy** u Ubezpieczonego	3 000 zł	4 000 zł
Śmierć rodzica w wyniku NW	3 000 zł	4 000 zł
Wstrząśnienie mózgu w wyniku NW (24h pobyt w szpitalu)	150 zł	200 zł
Pogryzienie przez **psa** (bez pobytu w szpitalu)	150 zł	200 zł
Pokąsanie, ukąszenie/użądlenie (24h pobyt w szpitalu)	150 zł	200 zł
Zdiagnozowanie bąblowicy, **boreliozy**, toksoplazmozy, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, **wścieklizny** (3%)	450 zł	600 zł
Zatrucie pokarmowe (24h pobyt w szpitalu)	150 zł	200 zł
Zwrot kosztów **pogrzebu** Ubezpieczonego (śmierć w wyniku NW)	do 1500 zł	do 2 000 zł
Opcje dodatkowe – kumulacja świadczeń		
Śmierć w wyniku wypadku **komunikacyjnego**	10 000 zł	10 000 zł
Oparzenia w wyniku NW	do 2 500 zł	do 2 500 zł
Odmrożenia	do 2 500 zł	do 2 500 zł
Pobyt w **szpitalu** w wyniku NW (od 1. Dnia, również w przypadku, gdy wypadek miał miejsce w poprzednim okresie ubezpieczenia i pobyt w szpitalu stanowi kontynuację leczenia)	75 zł / dzień	75 zł / dzień
Pobyt na OIOM w wyniku NW (jednorazowo)	500 zł	500 zł
Pobyt w **szpitalu** w wyniku choroby (od 2. Dnia, również w przypadku, gdy wypadek miał miejsce w poprzednim okresie ubezpieczenia i pobyt w szpitalu stanowi kontynuację leczenia)	75 zł / dzień	75 zł / dzień
Pobyt w szpitalu rehabilitacyjnym w wyniku choroby	37,50 zł / dzień	37,50 zł / dzień
Poważne Choroby (nowotwór złośliwy, paraliż, niewydolność nerek, transplantacja głównych organów, poliomyelitis, utrata mowy, utrata słuchu, utrata wzroku, anemia aplastyczna, stward-nienie rozsiane, cukrzyca typu I, niewydolność serca, choroba autoimmunologiczna, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych)	1 000 zł	1 000 zł
Koszty leczenia (do 40% na jedno zdarzenie), w tym:	do 5 000 zł	do 5 000 zł
rehabilitacja	do 1 000 zł	do 1 000 zł
leki	100 zł	100 zł
Zdiagnozowanie wrodzonej **wady serca (jednorazowo)**	1 000 zł	1 000 zł
Koszty leczenia stomatologicznego (do 20%)	do 5 000 zł	do 5 000 zł
"**Bólowe**" (0% uszczerbku w wyniku NW, jednorazowo)	200 zł	200 zł
Assistance – **korepetycje**, pomoc medyczna	5 000 zł	5 000 zł
SKŁADKA ROCZNA	**33 zł**	**40 zł**

NOWOŚĆ! Wyczynowe uprawianie sportu w zakresie ubezpieczenia, bez dodatkowych opłat.

Oferta przygotowana na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia EDU PLUS zatwierdzonych uchwałą nr 05/07/05/2019 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 7 maja 2019r.

POSTANOWIENIA DODATKOWE I ODMIENNE OD OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA EDU PLUS ZATWIERDZONYCH UCHWAŁĄ NR 05/07/05/2019 Zarządu INTERRISK TU S.A. VIENNA INSURANCE GROUP z dnia 7 maja 2019r.

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. W § 4 ust. 1 pkt 1) dodaje się literę k): „k) śmierć ubezpieczonego w wyniku NW na terenie placówki oświatowej.”.

3. W §6 dodaje się pkt 8) w brzmieniu: „8) 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, 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.”.

4. W §6 dodaje się pkt 10) w brzmieniu: „10) zwrot kosztów nabycia lub naprawy okularów korekcyjnych, aparatu słuchowego i aparatu ortodontycznego uszkodzonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku doszło do uszkodzenia okularów korekcyjnych, aparatu słuchowego lub aparatu ortodontycznego stale używanego przez Ubezpieczonego i niezbędnego z medycznego punktu widzenia przysługuje świadczenie w wysokości nieprzekraczającej **500 zł**. Zwrot kosztów następuje w związku z nieszczęśliwym wypadkiem w okresie do 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku poniesionych na terenie RP na podstawie oryginałów imiennych faktur lub rachunków oraz dokumentacji medycznej potwierdzającej konieczność korzystania z okularów korekcyjnych, aparatu słuchowego lub aparatu ortodontycznego przez Ubezpieczonego.”

5. §6 pkt 4) otrzymuje brzmienie: „4) w przypadku zdiagnozowania 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;”;

6. §6 pkt 5) otrzymuje brzmienie: „5) 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;”

7. §6 pkt 7) otrzymuje brzmienie: „7) w przypadku wstrząśnienia mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku – jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony doznał wstrząśnienia mózgu, w wyniku którego konieczny był co najmniej 2-dniowy pobyt Ubezpieczonego w szpitalu przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości stanowiącej 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.”

8. §6 pkt 6) otrzymuje brzmienie: „6) w przypadku pogryzienia przez psa, pokąsania, ukąszenia/użądlenia – jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, 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).”

9. W §2 dodaje się pkt. 98)-101) w brzmieniu: „98) 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; 99) 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; 100) 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; 101) 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;”;

10. W § 4 ust. 1 pkt. 1) dodaje się lit. j) w brzmieniu: „j) zdiagnozowanie bąblowicy, boreliozy, toksoplazmozy, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, wścieklizny.”

11. W §6 dodaje się pkt 11) w brzmieniu: „11) w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego bąblowicy, boreliozy, toksoplazmozy, zapalenia opon mózgowych, wścieklizny, jednorazowe **świadczenie w wysokości 5%** sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia (polisie), pod warunkiem, iż bąblowica, borelioza, toksoplazmoza, zapalenie opon mózgowych lub wścieklizna zostały zdiagnozowane w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.”

12. W §6 dodaje się pkt 9) w brzmieniu: „9) w przypadku zatrucia pokarmowego – jeżeli w związku z zatruciem pokarmowym Ubezpieczony przebywał w szpitalu minimum **24 godziny** i jest to udokumentowane wpisem do karty informacyjnej ze szpitala przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości **1% sumy ubezpieczenia**.”;

13. W § 2 dodaje się pkt 96) w brzmieniu: „96) Zatrucie pokarmowe – ostre zaburzenie żołądkowo-jelitowe, wynikające ze spożycia pokarmu lub przyjęcia płynów, charakteryzujące się biegunką lub wymiotami, spowodowane działaniem na przewód pokarmowy czynników szkodliwych, wymagające leczenia w warunkach szpitalnych przez minimum **24 godziny**. Za zatrucie pokarmowe nie uważa się zatrucia spowodowanego zażyciem środków odurzających, środków zastępczych, substancji psychotropowych oraz alkoholu.”;

14. W §4 ust. 1 pkt. 1) dodaje się lit. l) w brzmieniu: „l) zwrot kosztów pogrzebu Ubezpieczonego poniesione w związku z jego śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku”;

15. W §6 Dodaje się pkt 12) w brzmieniu: „12) zwrot kosztów pogrzebu Ubezpieczonego poniesione 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.”;

16. § 13 ust. 8 Otrzymuje brzmienie: „Górną granicą odpowiedzialności InterRisk jest kwota stanowiąca:
1) w przypadku Opcji Podstawowej, Opcja 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, Opcja 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."

––––– OPCJA DODATKOWA D4 –––––

17. §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, za każdy następny dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, **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 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; **w przypadku pobytu Ubezpieczonego na OIOM/OIT nieprzerwanie przez co najmniej 12 godzin, przysługuje dodatkowe jednorazowe świadczenie w wysokości 500,00 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 trwania ochrony ubezpieczeniowej.

W przypadku, gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku w ramach ubezpieczenia EDU PLUS w poprzednim okresie ubezpieczenia, odpowiedzialność InterRisk istnieje również w przypadku, gdy pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku ma miejsce w związku z wypadkiem, który wydarzył się w poprzednim okresie ubezpieczenia. W w/w przypadku odpowiedzialność InterRisk istnieje pod warunkiem, że nie ma przerwy pomiędzy poprzednim, a obecnym okresem ubezpieczenia.";

18. W § 2 dodaje się pkt 97) 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;"

19. 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 –––––

20. §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, 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 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 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; **W przypadku, gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku choroby w ramach ubezpieczenia EDU PLUS w poprzednim okresie ubezpieczenia, odpowiedzialność InterRisk istnieje również w przypadku, gdy pobyt w szpitalu w wyniku choroby ma miejsce w związku z chorobą zdiagnozowaną w poprzednim okresie ubezpieczenia. W w/w przypadku odpowiedzialność InterRisk istnieje pod warunkiem, że nie ma przerwy pomiędzy poprzednim, a obecnym okresem ubezpieczenia.**"

21. 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 –––––

22. §2 pkt 20) otrzymuje brzmienie: „20) koszty leczenia – poniesione na terytorium Rzeczpospolitej 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) zakup leków.";

23. § 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 1.000,00 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 Rzeczpospolitej 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 100,00 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 Rzeczpospolitej 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."
24. §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 –––––
25. §11 ust. 1 pkt. 13) Otrzymuje brzmienie: „Opcja Dodatkowa D13 – koszty leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości **20% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D13,** 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 oraz
c) zostały poniesione w okresie ubezpieczenia na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, w okresie maksymalnie 6 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;";

––––– OPCJA DODATKOWA D14 –––––
26. §11 ust. 1 pkt. 14) otrzymuje brzmienie: „Opcja Dodatkowa D14 – uciążliwe leczenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku – **wypłata jednorazowego świadczenia w wysokości 200,00 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."
27. §2 pkt 78) 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.".