

„POSTANOWIENIA DODATKOWE I ODMIENNE OD OGÓLNYCH WARUNKÓW  
UBEZPIECZENIA EDU PLUS ZATWIERDZONYCH UCHWAŁĄ NR 01/25/03/2022 Zarządu  
UBEZPIECZYCIELA  
z dnia 25.03.2022 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

§ 1

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

**1. w § 2 dodaje się pkt 113) w brzmieniu:**

„111) 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;”

**2. w § 4 ust 1 pkt 1) dodaje się lit. m) i n)w brzmieniu:**

„m) rany będące następstwem nieszczęśliwego wypadku

n) zwrot kosztów porady psychologa dla rodzica lub opiekuna prawnego Ubezpieczonego w związku z nieszczęśliwym wypadkiem powodującym śmierć Ubezpieczonego.”

**3. 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;”

**4. w § 6 dodaje się punkt 11) w brzmieniu:**

11) w przypadku ran będących następstwem nieszczęśliwego wypadku

- a) jeżeli w ciągu okresu ubezpieczenia Ubezpieczony dozna rany w następstwie nieszczęśliwego wypadku i zostanie poddany na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR) lub innej placówce medycznej zabiegowi założenia co najmniej dwóch szwów, klamer, plastrów chirurgicznych do zamykania ran ciętych (szycie rany) przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 1% 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 na SOR lub w innej placówce medycznej zabiegowi założenia co najmniej dwóch szwów, klamer, plastrów chirurgicznych do zamykania ran ciętych (szycie rany) – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 0,5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia;”

**5. w § 6 dodaje się punkt 12) w brzmieniu:**

„12) **koszty porady psychologa** dla rodzica lub opiekuna prawnego Ubezpieczonego w związku z nieszczęśliwym wypadkiem powodującym śmierć Ubezpieczonego – 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 na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;”

**6. w § 12 ust. 1 pkt 4) otrzymuje brzmienie:**

„4 ) opcja Dodatkowa D4 – pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku – świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D4, za każdy dzień pobytu w szpitalu, począwszy od pierwszego dnia pobytu w szpitalu, będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem pobytu 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 pod warunkiem, że pierwszy pobyt w szpitalu trwał minimum 3 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 250,00 PLN za cały okres pobytu na OIOM/OIT i jest wypłacane niezależnie od świadczenia za pobyt w szpitalu. „

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

„ 5) Opcja Dodatkowa D5 – pobyt w szpitalu w wyniku choroby – świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D5, za każdy następnny dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, **począwszy od drugiego dnia pobytu w szpitalu, pod warunkiem pobytu w szpitalu minimum 3 dni**, 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 pod warunkiem, że pierwszy pobyt w szpitalu trwał minimum 3 dni. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku choroby przysługuje maksymalnie za 60 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 § 12 ust. 1 pkt 10) otrzymuje brzmienie:**

„10) **Opcja Dodatkowa D10 – koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 100% 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 50% sumy ubezpieczenia opcji dodatkowej D10 na jedno i wszystkie zdarzenia. 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 Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;”

**8. w § 12 ust. 1 pkt 14) otrzymuje brzmienie:**

„ 14) Opcja Dodatkowa D14 – uciążliwe leczenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku – wypłata świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D14, 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) przebieg leczenia spowodował czasową niezdolność Ubezpieczonego do nauki lub do pracy przez okres nie krótszy niż 5 dni.”

**§ 2 pkt. 70) otrzymuje brzmienie:**

70) sporty i aktywności wysokiego ryzyka – highlining, slacklining bouldering, wspinaczka skalna w terenie naturalnym, wspinaczka lodowa, taternictwo, alpinizm, himalaizm, skialpinizm i każda forma chodzenia po górach poza wyznaczonymi trasami oraz powyżej wysokości 2000 metrów n.p.m. trekking, zjazdy ekstremalne na nartach, również freestyle, freeride, snowboarding wysokogórski, snowboarding prędkościowy, skoki i ewolucje narciarskie i snowboardowe, rafting, canyoning, hydrospeed, kajakarstwo górskie, szybownictwo spadochroniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, baloniarstwo, pilotowanie samolotów lub śmigłowców, zorbing, skoki z/na bungee, nurkowanie do 20 m głębokości, parkour, freerun, buggykiting, windsurfing, jazda quadem, kitesurfing, żegluga poza wodami terytorialnymi w odległości powyżej 12 mil morskich od brzegu, kolarstwo ekstremalne, kolarstwo górskie, speleologia, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe tj. sporty realizowane przy użyciu pojazdów silnikowych (spalinowych i elektrycznych) w tym rajdy pojazdów lądowych, wodnych lub powietrznych, heliskiing, heliboarding, freefall, downhill, b.a.s.e. jumping, dream jumping oraz zjazdy na nartach lub snowboardzie poza wyznaczonymi trasami, jazda na nartach wodnych oraz sporty, w których wykorzystywane są pojazdy przeznaczone do poruszania się po śniegu lub lodzie, sporty walki, w tym: mieszane sztuki walki (MMA), kick-boxing, sambo, boks, boks tajski (muay thai), z wyłączeniem karate, judo, taekwondo, kendo, szermierka, capoeira, jiu-jitsu, brazylijskie jiu-jitsu, zapasy, aikido, kung-fu, tai chi; żużel (speedway);

**9. §22 w ust. 3 pkt 9), otrzymuje brzmienie:**

„9) 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 cywilno-prawnej, której przedmiotem było udzielenie Ubezpieczonemu korepetycji.