

## **POSTANOWIENIA DODATKOWE I ODMIENNE OD OWU**

POSTANOWIENIA DODATKOWE I ODMIENNE OD OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA EDU PLUS ZATWIERDZONYCH  
UCHWAŁĄ NR r 01/25/03/2022 Zarządu UBEZPIECZYCIELA  
z dnia 25 marca 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. § 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 ubezpieczonego w szpitalu trwającego minimum 2 dni.

W przypadku ubezpieczonego kontynuującego umowę ubezpieczenia na kolejny okres w InterRisk będącego również następstwem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w trakcie trwania umowy ubezpieczenia zawartej z InterRisk bezpośrednio przed niniejszą umową ubezpieczenia, pod warunkiem, że w poprzedniej umowie zakres ubezpieczenia obejmował Opcję dodatkową D4, (InterRisk odpowiada w takiej sytuacji wyłącznie do takiej wysokości świadczenia z Opcji D4 jaka obowiązywała w poprzedniej umowie).

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 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;”

#### 2. § 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 następny dzień pobytu w szpitalu, począwszy od drugiego dnia pobytu w szpitalu, pod warunkiem pobytu ubezpieczonego w szpitalu trwającego minimum 3 dni, w związku z chorobą, która została rozpoznana w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

W przypadku ubezpieczonego kontynuującego umowę ubezpieczenia na kolejny okres w InterRisk będącego również następstwem choroby, która została zdiagnozowana w trakcie trwania umowy ubezpieczenia zawartej z InterRisk bezpośrednio przed niniejszą umową ubezpieczenia, pod warunkiem, że w poprzedniej umowie zakres ubezpieczenia obejmował Opcję dodatkową D5, (InterRisk odpowiada w takiej sytuacji wyłącznie do takiej wysokości świadczenia z Opcji D-5 jaka obowiązywała w poprzedniej umowie).

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;”

#### 3. § 6 pkt 5); § 7 pkt 5); § 8 pkt 3); § 9 pkt 6); § 10 pkt 5) otrzymuje brzmienie:

„w przypadku rozpoznania u Ubezpieczonego sepsy – jednorazowe świadczenie w wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż sepsa została rozpoznana po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;”

#### 4. § 2 pkt. 28) otrzymuje brzmienie:

28) koszty leczenia – poniesione na terytorium Rzeczypospolitej 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 przeprowadzonej w trakcie co najmniej trzydniowego pobytu w szpitalu, za wyjątkiem operacji plastycznych,

- f) zakupu środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza,
- g) rehabilitacji zleconej przez lekarza prowadzącego leczenie;
- h) leków przepisanych przez lekarza

**pkt. 35) otrzymuje brzmienie:**

„**nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie mające miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej wywołane przyczyną zewnętrzną, na skutek której Ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł.

W rozumieniu OWU za nieszczęśliwy wypadek uważa się również omdlenie, padaczkę, zawał serca lub udar mózgu, za wyjątkiem ubezpieczenia na wypadek śmierci opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 1) lit. h), pkt 2) lit. k) oraz pkt 3) lit. g);”

**pkt. 56) otrzymuje brzmienie:**

„**pojazd** – w rozumieniu OWU, wyłącznie na potrzeby ubezpieczenia śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego (Opcja Dodatkowa D1), o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 1) OWU za pojazd uznaje się wyłącznie: samochód osobowy, samochód ciężarowy, autobus, pociąg, tramwaj, trolejbus, metro

**5. § 4 ust. 1 pkt. 1 dodaje się:**

„m) uszkodzenie ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wymagające interwencji lekarskiej w placówce medycznej i co najmniej dwóch wizyt kontrolnych.”

**6. § 6; § 7; § 10 dodaje się:**

„pkt 11) w przypadku **uszkodzenia ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku**, wymagającego interwencji lekarskiej w placówce medycznej i co najmniej dwóch wizyt kontrolnych, a z tytułu których nie przysługuje świadczenie, o którym mowa w pkt. 1)-2) oraz 7)-9) – jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia nie więcej niż 100 zł.”

**7. § 6 pkt. 7); § 7 pkt. 7); § 9 pkt. 8); § 10 pkt. 7) otrzymuje brzmienie:**

„w przypadku **pogryzienia, pokąsania, ukąszenia** – jednorazowe świadczenie w wysokości:

- a) 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia w przypadku pogryzienia,
- b) 2% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia w przypadku pokąsania, ukąszenia, pod warunkiem, że pokąsanie, ukąszenie wymagało interwencji lekarskiej w placówce medycznej i co najmniej jednej wizyty kontrolnej.”

**8. § 12 pkt. 18) otrzymuje brzmienie:**

„**Opcja Dodatkowa D18 – koszty leków** – jednorazowy zwrot udokumentowanych kosztów poniesionych na leki na terenie Rzeczypospolitej Polskiej do kwoty 1 000 zł. Zwrot kosztów następuje wyłącznie jeżeli:

- a) nieszczęśliwy wypadek skutkowało co najmniej czterodniowym pobytem w szpitalu,
- b) leki zostały przepisane przez lekarza prowadzącego leczenie szpitalne,
- c) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej;”

**9. § 12 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 1.500 zł oraz podlimit na zwrot kosztów leków, który wynosi 150 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 Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;”

**10. § 8 pkt. 7) otrzymuje brzmienie:**

„7) 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 jednorazowe świadczenie 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;

c) jeżeli w ciągu okresu ubezpieczenia Ubezpieczony dozna ran twarzy w następstwie nieszczęśliwego wypadku i zostanie poddany **zabiegowi założenia co najmniej dwóch plastrów chirurgicznych** (szycie rany) – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia;”

**11. § 5 ust. 1 pkt 19) otrzymuje brzmienie:**

„19) omdleniem, które nie zostało wywołane przyczyną zewnętrzną, w przypadku ubezpieczenia śmierci opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w §6 pkt 6), §7 pkt 6), §8 pkt 11), §9 pkt 7), §10 pkt 6);”