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 07.05.2019 r mające zastosowanie do oferty ubezpieczenia .

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 nr 05/07/05/2019 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 07.05.2019 r.

§ 1

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

1. § 2 dodaje się pkt 96),97),98),99) który otrzymuje brzmienie:
„96) Borelioza – choroba rozpoznana przez lekarza specjalistę i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod A69.2 Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przypadki I stadium boreliozy (tzw. Infekcja wczesna, rozwijająca się do 90 dni po ukąszeniu przez kleszcza w postaci zmian skórnych typu rumienia przewlekłego wędrującego) oraz przypadki boreliozy, w których w jednoznaczny sposób na podstawie badań klinicznych oraz zaawansowania objawów chorobowych można stwierdzić, iż zakażenie nastąpiło przed rozpoczęciem odpowiedzialności przez Ubezpieczyciela;”
„97) 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;”
„98) 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;”
„99) 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;”

2. § 6 dodaje się pkt 8), w § 7 dodaje się pkt 8) w § 9 dodaje się pkt 12) w § 10 dodaje się pkt 8) o brzmieniu: „ 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.”
§ 4 ust. 1 pkt 1) f) – zdiagnozowanie u Ubezpieczonego sepsy lub Poważnej Choroby;

3. § 4 ust. 1 pkt 1) otrzymuje brzmienie:
„Opcji Podstawowej lub Opcji Podstawowej Plus lub Opcji Progresja obejmującej:
a) uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
b) koszty nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie;
c) koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych;
d) uszczerbek na zdrowiu w wyniku padaczki;
e) śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
f) zdiagnozowanie u Ubezpieczonego sepsy;
g) śmierć opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
h) pogryzienie przez psa, pokąsanie, ukąszenie/użądlenie;
i) wstrząśnienie mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
j) zdiagnozowanie boreliozy, bąblowicy, toksoplazmozy, zapalenia opon mózgowych, wścieklizny;
k) świadczenie za Uszkodzenie ciała w wyniku NW, wymagającego interwencji lekarskiej w placówce medycznej i minimum dwóch wizyt kontrolnych.

4. § 6 pkt otrzymuje brzmienie:

„§ 6 Opcja Podstawowa obejmuje następujące świadczenia:

1) w przypadku uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku:

a) w przypadku 100% uszczerbku na zdrowiu – świadczenie w wysokości 120% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia";

b) w przypadku uszczerbku na zdrowiu poniżej 100% - świadczenie w ramach systemu świadczeń progresywnych, tj. w wysokości uzależnionej od wysokości uszczerbku na zdrowiu i wynoszące:

- 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia za każdy procent uszczerbku na zdrowiu w przedziale od 1% do 14,99%
- 1,3% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia za każdy procent uszczerbku na zdrowiu w przedziale od 15% do 100%;

c) koszty nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie - zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem iż:

- są niezbędne z medycznego punku widzenia i udokumentowane kopią zlecenia lekarskiego na zaopatrzenie w wyroby medyczne wydawane na zlecenie

oraz

- zostały poniesione na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku.

d) koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych - zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:

- Ubezpieczonemu na podstawie decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych przyznano rentę szkoleniową jako osobie trwale niezdolnej do pracy w dotychczasowym zawodzie lub orzeczenie powiatowego (lub wojewódzkiego) zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności, w którym orzeczono o celowości przekwalifikowania zawodowego osoby niepełnosprawnej

oraz

- zostały poniesione na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego upadku.

2) w przypadku uszczerbku na zdrowiu w wyniku ataku padaczki – jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż padaczka została zdiagnozowana w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

3) 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;

4) W przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego sepsy – jednorazowe świadczenie w wysokości 12,5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż sepsa została zdiagnozowania w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej

5) W przypadku śmierci opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – świadczenie w wysokości 10% 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.

6) w przypadku pogryzienia przez psa, pokąsania, ukąszenia/użądlenia – Jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem skorzystania z pomocy medycznej, leczenia ambulatoryjnego w placówce medycznej i co najmniej jednej wizyty kontrolnej."

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 trzydniowy pobyt Ubezpieczonego w szpitalu przysługuje jednorazowe śeaidczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.

5. § 6 pkt dodaje się pkt 9) który otrzymuje brzmienie:

W przypadku uszkodzeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, które wymagały interwencji lekarskiej w placówce medycznej oraz leczenia i co najmniej dwóch wizyt kontrolnych – świadczenie w wysokości w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia, które wskazuje Tabela nr 1 w Opcji Podstawowej pod warunkiem, że

a) Nieszczęśliwy wypadek nie pozostawił uszkodzeń ciała (uszczerbku na zdrowiu) wymienionego w obowiązującej w umowie ubezpieczenia tabeli świadczeń z tytułu uszczerbków lub uszkodzeń ciała oraz nie przysługuje świadczenie o którym mowa w § 6 pkt 2,6),7) i 8) niniejszych OWU,
b) Uszkodzenie (uraz) ciała wymagało interwencji lekarskiej w placówce medycznej oraz leczenia i co najmniej dwóch wizyt kontrolnych w placówce medycznej”

TABELA NR 1.

Rodzaj Świadczenia	WARIANT I	WARIANT II	WARIANT III	WARIANT IV
SUMA UBEZPIECZENIA	18 000	20 000	25 000	30 000
	Wartość świadczeń wyrażona w polskich złotych			
Świadczenie za doznane uszkodzenia ciała	200	250	300	350

6. § 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 dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, począwszy od 1 dnia pobytu w szpitalu, będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miała miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem dwu dniowego pobytu w szpitalu.
Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku przysługuje maksymalnie za 180 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;”

7. § 11 ust. 1 pkt. 5) otrzymuje brzmienie:

„§ 11 ust. 1 pkt. 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, pod warunkiem 3 dniowego 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;”

8. § 2 pkt 20) otrzymuje brzmienie:

„20) koszty leczenia – poniesione na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane koszty z tytułu:

a) odbudowy stomatologicznej uszkodzonego lub utraconego zęba stałego;
b) wizyt lekarskich;
c) zabiegów ambulatoryjnych ;
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) zakupu lub naprawy okularów korekcyjnych lub aparatu słuchowego uszkodzonych w wyniku nieszczęśliwego wypadku podczas zajęć lekcyjnych”

9. § 11 ust. 1 pkt. 10) otrzymuje brzmienie:
„10) Opcja Dodatkowa D10- koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku - zwrot udokumentowanych kosztów do łącznej wysokości 30 % sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla 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 Rzeczpospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;

W ramach limitu na zwrot kosztów leczenia zastosowane ma również:
- zwrot kosztów rehabilitacji,
- zwrot udokumentowanych kosztów leczenia stomatologicznego poniesionych na odbudowę stomatologiczną uszkodzonego lub utraconego zęba stałego, z zastrzeżeniem, że w związku z utratą lub uszkodzeniem zęba stałego w wyniku nieszczęśliwego wypadku u Ubezpieczonego został orzeczony uszczerbek na zdrowiu oraz koszty zostały poniesione w okresie ubezpieczenia na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, w okresie minimum 6 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;
- zwrot kosztów zakupu lub naprawy okularów korekcyjnych lub aparatu słuchowego uszkodzonych podczas wypadku w czasie zajęć lekcyjnych do limitu, który wynosi 150 zł z zastrzeżeniem, że koszty powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz zostały poniesione na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

10. „§ 21 ust. 3 pkt. 8) otrzymuje brzmienie:
„8) w przypadku pogryzienia przez psa, pokąsania, ukąszenia/użądlenia – dokumentację medyczną z leczenia;”