

POSTANOWIENIA DODATKOWE I ODMIENNE
OD OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA EDU PLUS
zatwierdzonych uchwałą nr 01/25/03/2022 Zarządu Ubezpieczyciela z dnia 25.03.2022 r.

Działając na podstawie art. 812 § 8 k.c. InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group wskazuje różnice pomiędzy treścią oferty/umowy ubezpieczenia a OWU EDU PLUS zatwierdzonych uchwałą nr 01/25/03/2022 Zarządu InterRisk TU S.A. z dnia 25.03.2022 r.

§ 1

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

1. w § 2 pkt. 28) otrzymuje brzmienie:

„**28) koszty leczenia** – poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane koszty z tytułu:

- a) odbudowy stomatologicznej uszkodzonego lub utraconego zęba stałego w wyniku NNW,
- b) wizyt lekarskich
- c) zabiegów ambulatoryjnych,
- d) badań zleconych przez lekarza prowadzącego leczenie,
- e) pobytu w szpitalu,
- f) operacji, za wyjątkiem operacji plastycznych,
- g) zakupu środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza,
- h) rehabilitacji zleconej przez lekarza prowadzącego leczenie,

2. w § 2 pkt. 56) otrzymuje brzmienie:

„**56) pojazd** – w rozumieniu OWU za pojazd uznaje się wyłącznie: rower, samochód osobowy, samochód ciężarowy, autobus, pociąg, tramwaj, trolejbus, metro.”

3. w § 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., 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, parolotniarstwo, 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);

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

„m) uszkodzenie ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku, wymagającego interwencji lekarskiej w placówce medycznej oraz leczenia i co najmniej dwóch wizyt kontrolnych.”

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

„n) zwrot kosztów porady psychologa w związku z nieszczęśliwym wypadkiem.”

6. w § 6 dodaje się pkt 11) w brzmieniu:

„ 11) 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 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Podstawowej, nie więcej jednak niż 500 zł, pod warunkiem, że:

- a) nieszczęśliwy wypadek nie pozostawił uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego (0% uszczerbku na zdrowiu), nie przysługuje świadczenie, o którym mowa w § 6 pkt. 1a), 1b), 2), 7), 8), 9) niniejszych OWU, oraz
- b) uszkodzenie (uraz) ciała wymagało interwencji lekarskiej w placówce medycznej oraz leczenia i co najmniej dwóch wizyt kontrolnych w placówce medycznej.”

7. w § 6 dodaje się pkt 12) w brzmieniu:

„12) zwrot kosztów porady psychologa w związku z nieszczęśliwym wypadkiem – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 500 zł, pod warunkiem, iż:

- a) koszty porady psychologa powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku, 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 § 5 ust. 1 pkt 3) otrzymuje brzmienie:

„3) uszkodzeniami ciała powstałymi przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego za wyjątkiem Opcji Dodatkowej D4 – pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, gdzie InterRisk odpowiada za pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie trwania 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;”

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

„4) chorobami, które zostały rozpoznane przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową za wyjątkiem Opcji Dodatkowej D5 – pobyt w szpitalu w wyniku choroby, gdzie InterRisk odpowiada za pobyt w szpitalu w wyniku choroby, która została rozpoznana po raz pierwszy w trakcie trwania umowy ubezpieczenia EDU Plus, 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 choroby a pomiędzy obecną i poprzednią umową ubezpieczenia nie wystąpiła przerwa w okresie ubezpieczenia;”

10. w § 5 ust. 1 pkt. 6) otrzymuje brzmienie:

„6) prowadzeniem pojazdu przez Ubezpieczonego będącego kierowcą pojazdu, nieposiadającego wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub jeżeli pojazd był niezarejestrowany lub nie posiadał ważnego badania technicznego, jeżeli w odniesieniu do danego pojazdu istnieje wymóg rejestracji lub dokonania okresowych badań technicznych, chyba że brak wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, brak zarejestrowania pojazdu lub stan techniczny pojazdu nie miał wpływu na zajście nieszczęśliwego wypadku; niniejsze wyłączenie odpowiedzialności nie dotyczy zdarzeń powstałych w następstwie lub w związku z:

- a) jazdą rowerem bez wymaganych uprawnień, jeśli Ubezpieczony kierujący rowerem był w momencie zajścia zdarzenia w wieku od 10 do 18 lat,
- b) jazdą rowerem bez opieki osoby dorosłej, jeśli Ubezpieczony kierujący rowerem był w momencie zajścia zdarzenia w wieku poniżej 10 lat.”

11. w § 5 ust. 1 pkt. 7) - skreśla się

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

„4) **Opcja Dodatkowa D4 – pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości 1,5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D4, nie więcej jednak niż 150 zł, za każdy dzień pobytu w szpitalu, począwszy od 1-go do 10-go dnia pobytu w szpitalu, zaś świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia przysługuje od 11-go dnia do 95-go dnia pobytu w szpitalu, będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie trwania 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 D4, która obowiązywała w poprzedniej umowie ubezpieczenia. 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 w wyniku nieszczęśliwego wypadku trwał minimum 3 dni. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku przysługuje maksymalnie za 95 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.”

13. 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 dzień pobytu w szpitalu, począwszy od drugiego dnia pobytu w szpitalu, w związku z chorobą, która została rozpoznana w trakcie trwania 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 choroby a pomiędzy obecną i poprzednią umową ubezpieczenia nie wystąpiła przerwa w okresie ubezpieczenia oraz pod warunkiem pobytu w szpitalu trwającego minimum 3 dni. W przypadku pobytu w szpitalu będącego następstwem choroby, która została rozpoznana w trakcie trwania poprzedniej umowy ubezpieczenia InterRisk odpowiada wyłącznie w takiej wysokości świadczenia dla Opcji Dodatkowej D5, która obowiązywała w poprzedniej umowie ubezpieczenia. 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 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.”

14. w §12 ust. 1 pkt.10) otrzymuje brzmienie

„10) **Opcja Dodatkowa D10 – koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – zwrot udokumentowanych kosztów do łącznej wysokości 100% 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 Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;

W ramach limitu na zwrot kosztów leczenia zastosowanie 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 te zostały poniesione w okresie ubezpieczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w okresie maksymalnie 6 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;

15. § 22 ust. 3 pkt 9) otrzymuje brzmienie:

„9) celem refundacji poniesionych: kosztów leczenia, kosztów leczenia po ekspozycji, 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;”

16. w § 4 ust. 1 pkt 3) dodaje się ppkt o) w brzmieniu:

„o) rany będące następstwem nieszczęśliwego wypadku.”

17. w § 9 ust. dodaje się pkt 15), w brzmieniu:

„15) 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 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 zabiegowi założenia co najmniej dwóch szwów (szycie rany) – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 0,5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, ale nie więcej niż 150 zł.”

1. Brak wymogu listy osób przystępujących do ubezpieczenia,

Zachowany jest jednak obowiązek sporządzenia list i przechowywania ich w placówce oświatowej. Na Placówce Oświatowej/ Ubezpieczającym ciąży obowiązek doręczenia OWU osobom ubezpieczonym.