

Załącznik nr 1 do Oferty grupowego ubezpieczenia EDU PLUS

POSTANOWIENIA DODATKOWE I ODMIENNE OD OWU

DZIAŁAJĄC NA PODSTAWIE ART. 812 § 8 K.C. INTERRISK TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ SPÓŁKA AKCYJNA VIENNA INSURANCE GROUP WSKAZUJE RÓŻNICE POMIĘDZY TREŚCIĄ UMOWY UBEZPIECZENIA A OWU EDU PLUS ZATWIERDZONYCH UCHWAŁĄ NR 01/03/03/2020 ZARZĄDU INTERRISK TOWARZYSTWA UBEZPIECZEŃ S.A. VIENNA INSURANCE GROUP Z DNIA 03.03.2020R.

§1

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

1. **w § 2 zmienia się pkt. 28):**

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

- a) wizyt lekarskich,
- 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) zakupu leków;”

2. **w § 2 zmienia się pkt. 59):**

„**59) Poważna Choroba** – wyłącznie poniżej wymienione choroby: nowotwór złośliwy, paraliż, niewydolność nerek, poliomyelitis, utrata wzroku, utrata mowy, utrata słuchu, anemia aplastyczna, stwardnienie rozsiane, cukrzyca typu I, niewydolność serca, choroby autoimmunologiczne, sepsa, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, transplantacja głównych organów, borelioza, pneumokokowe zapalenie płuc, meningokokowe zapalenie opon mózgowych, które to choroby zostały zdiagnozowane w trakcie okresu ubezpieczenia 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 poważnych zachorowań;”

3. **w § 2 dodaje się pkt. 111) w brzmieniu:**

„**111) świadczenia medyczne** - świadczenie w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonanie;”

4. **w § 2 dodaje się pkt. 112) w brzmieniu:**

„**112) 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;”

5. **W § 4 ust. 1 pkt 1 dodaje się ppkt f) i m), które otrzymują brzmienie:**

f) opieka nad dzieckiem przebywającym w szpitalu,
m) uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku podczas wycieczki, organizowanej przez placówkę oświatową.

6. **w § 4 ust. 1 pkt. 1) skreśla się ppkt. g)**

7. **w § 4 ust. 2 skreśla się pkt. 1)**

8. **§ 5 ust. 1 pkt. 18) otrzymuje brzmienie:**

„18) operacją wtórną, za wyjątkiem Opcji DODATKOWEJ D4 (pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku) oraz Opcji DODATKOWEJ D5 (pobyt w szpitalu w wyniku choroby).”

9. **W § 5 skreśla się ust. 6**

10. **W § 5 ust. 1 skreśla się pkt. 10)**

11. **w § 6 pkt. 3)** otrzymuje brzmienie:

„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.

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego – świadczenie dodatkowe w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż wypadek komunikacyjny w związku z ruchem pojazdu, o którym mowa w §2 pkt. 56 niniejszych OWU wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, a śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku;”

12. **w § 6 skreśla się pkt. 5)**

13. **W § 6 zmienia się pkt 8, który otrzymuje brzmienie:**

„8) 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 w szpitalu przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości stanowiącej 5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia;”

14. **W § 6 dodaje się pkt 11, który otrzymuje brzmienie:**

„11) opieka nad dzieckiem przebywającym w szpitalu:

- a) w przypadku pobytu w szpitalu, w wyniku wypadku komunikacyjnego Ubezpieczonego, który nie ukończył 14 roku życia – świadczenie dzienne w wysokości 50 zł, płatne za każdy dzień opieki rodzica Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego nad Ubezpieczonym o ile pobyt trwa co najmniej 3 dni. Świadczenie przysługuje maksymalnie za 15 dni opieki nad Ubezpieczonym w trakcie pobytu w szpitalu. Świadczenie wypłacane jest pod warunkiem, że pobyt w szpitalu był następstwem wypadku komunikacyjnego, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej
- b) w przypadku pobytu w szpitalu, spowodowanego nowotworem złośliwym u Ubezpieczonego, który nie ukończył 14 roku życia – świadczenie dzienne w wysokości 150 zł, płatne za każdy dzień opieki rodzica Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego nad Ubezpieczonym o ile pobyt trwa co najmniej 3 dni. Świadczenie przysługuje maksymalnie za 15 dni opieki nad Ubezpieczonym w trakcie pobytu w szpitalu. Świadczenie wypłacane jest pod warunkiem, że pobyt w szpitalu był następstwem nowotworu złośliwego, który został rozpoznany po raz pierwszy w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej;”

15. **W § 6 dodaje się pkt 12, który otrzymuje brzmienie:**

„W przypadku uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku podczas wycieczki – jednorazowe świadczenie w wysokości 2% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, że do uszczerbku doszło podczas wycieczki, organizowanej przez placówkę oświatową w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Za wycieczkę nie uznaje się wyjazdu/wyjścia na zawody sportowe.”

16. **w § 11 ust. 1 skreśla się pkt. 1)**

17. **§ 11 ust. 1 pkt. 4)** otrzymuje brzmienie:

„**Opcja Dodatkowa D4 - pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości:

- a) 1,5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D4, za każdy następny dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu (w tym OIOM/OIT), począwszy od pierwszego do dziesiątego dnia pobytu w szpitalu, będący 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.
- b) 1,0% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D4, za każdy następny dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu (w tym OIOM/OIT), począwszy od jedenastego dnia pobytu w szpitalu, będący 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.

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 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.”

18. § 11 ust. 1 pkt. 5) otrzymuje brzmienie:

„Opcja Dodatkowa D5 - pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia w wyniku choroby – świadczenie w wysokości:

- a) 1,5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D5, za każdy następny dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu (w tym OIOM/OIT), począwszy od pierwszego do dziesiątego dnia pobytu w szpitalu, w związku z chorobą, która została zdiagnozowana 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 choroby.
- b) 1,0% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D5, za każdy następny dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu (w tym OIOM/OIT), począwszy od jedenastego dnia pobytu w szpitalu, w związku z chorobą, która została zdiagnozowana 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 choroby.

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.”

19. w § 11 ust. 1 pkt. 6) otrzymuje brzmienie:

„Opcja Dodatkowa D6 - Poważne Choroby – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D6, pod warunkiem zachorowania i zdiagnozowania u Ubezpieczonego 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 poważnych zachorowań, następującego rodzaju poważnego zachorowania:

- a) nowotwór złośliwy,
- b) paraliż,
- c) niewydolność nerek,
- d) transplantacja głównych organów,
- e) poliomyelitis,
- f) utrata mowy,
- g) utrata słuchu,
- h) utrata wzroku,
- i) anemia plastyczna,
- j) stwardnienie rozsiane,
- k) cukrzyca typu I,
- l) niewydolność serca,
- ł) choroba autoimmunologiczna,
- m) sepsa,
- n) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
- o) borelioza,
- p) pneumokokowe zapalenie płuc,
- q) meningokokowe zapalenie opon mózgowych.”

20. w § 11 ust. 1 pkt. 10) otrzymuje brzmienie:

„Opcja Dodatkowa D10 – koszty leczenia lub rehabilitacji w wyniku nieszczęśliwego wypadku – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D10, pod warunkiem, iż koszty:

- 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 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) Ubezpieczony przebywał w wyniku nieszczęśliwego wypadku nieprzerwalnie przez co najmniej trzy dni w szpitalu,
- b) leki zostały przepisane przez lekarza w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego.”

21. § 11 ust. 1 pkt. 13) otrzymuje brzmienie:

„13) **Opcja Dodatkowa D13** – koszty leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 100% 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 oraz
- c) zostały poniesione w okresie ubezpieczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w okresie maksymalnie **12** miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;”