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 pkt 49) otrzymuje brzmienie:

„ 49) Poważna Choroba - wyłącznie poniżej wymienione choroby, które zostały zdiagnozowane po raz pierwszy w trakcie okresu ubezpieczenia: nowotwór złośliwy, niewydolność nerek, stwardnienie rozsiane, cukrzyca typu I, zapalenie opon rdzeniowo-mózgowych, borelioza.”

1. § 2 pkt 78) otrzymuje brzmienie:

„78) uciążliwe leczenie – leczenie Ubezpieczonego będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, w wyniku którego nie nastąpił uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczanego (0% uszczerbku na zdrowiu), bądź trwałego inwalidztwa częściowego, złamania kości, ran ciętych lub szarpanych, urazów narządów ruchu, wstrząśnienia mózgu, ale przebieg leczenia spowodował czasową niezdolność do nauki lub pracy przez okres nie krótszy niż 5 dni. Czasowa niezdolność musi być potwierdzona zaświadczeniem wydanym przez lekarza prowadzącego leczenie.”

1. § 2 dodaje się pkt 96), 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;”

1. § 4 ust. 1 pkt 1 lit. f) otrzymuje brzmienie:

§ 4 ust. 1 pkt 1) f) – zdiagnozowanie u Ubezpieczonego sepsy lub Poważnej Choroby;

1. § 6 pkt 1) otrzymuje brzmienie:

„§ 6

Opcja Podstawowa obejmuje następujące świadczenia:

1. w przypadku uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku:
2. w przypadku 100% uszczerbku na zdrowiu – świadczenie w wysokości 140% 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 w zależności od wybranego wariantu oferty zgodnie z Tabelą A, 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.

Tabela A

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj Świadczenia | WARIANT I | WARIANT  II | WARIANT  III | WARIANT  IV |
| SUMA UBEZPIECZENIA  Opcji Podstawowej: | 15 000 | 20 000 | 25 000 | 30 000 |
|  | Wartość świadczeń wyrażona w polskich złotych | | | |
| Zwrot kosztów nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (do kwoty): | 4 000 | 5 000 | 6 000 | 7 000 |

d) koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych - zwrot udokumentowanych kosztów w zależności od wybranego wariantu zgodnie z Tabelą B, 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

Tabela B

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj Świadczenia | WARIANT I | WARIANT  II | WARIANT  III | WARIANT  IV |
| SUMA UBEZPIECZENIA  Opcji Podstawowej: | 15 000 | 20 000 | 25 000 | 30 000 |
|  | Wartość świadczeń wyrażona w polskich złotych | | | |
| Zwrot kosztów przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych (do kwoty): | 4 000 | 5 000 | 6 000 | 7 000 |

X”

1. § 6 pkt 4) otrzymuje brzmienie:

„4) w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego sepsy lub Poważnej Choroby  
tj.: nowotworu złośliwego, niewydolności nerek, stwardnienia rozsianego, cukrzycy typu I, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych lub boreliozy – jednorazowe świadczenie w wysokości określonej zgodnie z Tabelą C, pod warunkiem iż sepsa lub Poważna Choroba została zdiagnozowana u Ubezpieczonego po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej

Tabela C

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj Świadczenia | WARIANT  I | WARIANT  II | WARIANT  III | WARIANT  IV |
| SUMA UBEZPIECZENIA  Opcji Podstawowej: | 15 000 | 20 000 | 25 000 | 30 000 |
|  | Wartość świadczeń wyrażona w polskich złotych | | | |
| Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego sepsy lub Poważnej Choroby: nowotwór złośliwy, niewydolność nerek; stwardnienie rozsiane; cukrzyca typu I; zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych: | 1200 | 1600 | 2000 | 3000 |

X”

1. § 6 pkt 6) otrzymuje brzmienie:

„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.”

1. § 11 ust. 1 pkt. 2) otrzymuje brzmienie:

„2) Opcja Dodatkowa D2- oparzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku – wysokość świadczenia uzależnionych od stopnia oparzenia zgodnie z Tabelą nr 6.

Tabela nr 6

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj Świadczenia | WARIANT I | WARIANT  II | WARIANT  III | WARIANT  IV |
| SUMA UBEZPIECZENIA | 15 000 | 20 000 | 25 000 | 30 000 |
|  | Wartość świadczeń wyrażona w polskich złotych | | | |
| Oparzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku (II ,III lub IV stopień oparzenia). | II - 300 III - 900 IV - 1500 | II - 500 III - 1500 IV - 2500 | II - 600 III - 1800 IV - 3000 | II - 700 III – 2100 IV – 3500 |

X”

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

„4) Opcja Dodatkowa D4 – pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku – świadczenie w wysokości określonej w Tabeli D wg wybranego wariantu ubezpieczenia,  
Tabela D

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj Świadczenia | WARIANT I | WARIANT  II | WARIANT  III | WARIANT  IV |
| SUMA UBEZPIECZENIA | 15 000 | 20 000 | 25 000 | 30 000 |
|  | Wartość świadczeń wyrażona w polskich złotych | | | |
| Pobyt w szpitalu w wyniku NW  (świadczenie przysługuje od 1 dnia pobytu w szpitalu pod warunkiem pobytu trwającego minimum 2 dni. Świadczenie przysługuje za maksymalnie 180 dni): | 35 zł za dzień pobytu w szpitalu | 40 zł za dzień pobytu w szpitalu | 45 zł za dzień pobytu w szpitalu | 50 zł za dzień pobytu w szpitalu |

za każdy dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, począwszy od pierwszego dnia pobytu w szpitalu, pod warunkiem minimum 2 dniowego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu,  będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku który miał miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. 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 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;”

1. § 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 określonej w Tabeli E wg wybranego wariantu ubezpieczenia

Tabela E

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj Świadczenia | WARIANT I | WARIANT  II | WARIANT  III | WARIANT  IV |
| SUMA UBEZPIECZENIA | 15 000 | 20 000 | 25 000 | 30 000 |
|  | Wartość świadczeń wyrażona w polskich złotych | | | |
| Pobyt w szpitalu w wyniku choroby  (świadczenie przysługuje od 2 dnia pobytu w szpitalu pod warunkiem pobytu trwającego minimum 3 dni. Świadczenie przysługuje za maksymalnie 60 dni). | 35 zł za dzień pobytu w szpitalu | 40 zł za dzień pobytu w szpitalu | 45 zł za dzień pobytu w szpitalu | 50 zł za dzień pobytu w szpitalu |

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;”

1. Skreśla się § 11 ust. 1 pkt. 6)
2. § 11 ust. 1 pkt. 10) otrzymuje brzmienie:

„10) Opcja Dodatkowa D10- koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku - zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości wskazanej w Tabeli F, wg wybranego wariantu ubezpieczenia,

Tabela F

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj Świadczenia | WARIANT I | WARIANT  II | WARIANT  III | WARIANT  IV |
| SUMA UBEZPIECZENIA | 15 000 | 20 000 | 25 000 | 30 000 |
|  | Wartość świadczeń wyrażona w polskich złotych | | | |
| Zwrot kosztów leczenia w wyniku NW | 2200  podlimit na rehabilitację  500 zł | 3000  podlimit na rehabilitację  500 zł | 3500  podlimit na rehabilitację  500 zł | 4000  podlimit na rehabilitację  500 zł |

a w przypadku kosztów rehabilitacji nie więcej niż 500 zł pod warunkiem, iż koszty leczenia:

1. powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej;

oraz

1. zostały poniesione na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.”
2. § 11 ust. 1 pkt. 13) otrzymuje brzmienie:

„§ 11 ust. 1 pkt. 13) Opcja Dodatkowa D13 – koszty leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 1 000 zł, nie więcej niż 400 zł za jeden ząb, niezależnie od wybranego wariantu ubezpieczenia, pod warunkiem, iż koszty leczenia stomatologicznego:

1. powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej

oraz

1. zostały poniesione na odbudowę stomatologiczną uszkodzonego lub utraconego zęba stałego, z zastrzeżeniem, że w związku z utratą lub uszkodzeniem zęba w następstwie nieszczęśliwego wypadku u Ubezpieczonego został orzeczony uszczerbek na zdrowiu

oraz

1. zostały poniesione w okresie ubezpieczenia na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej w okresie maksymalnie 6 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;”
2. § 11 ust. 1 pkt. 14) otrzymuje brzmienie:

„§ 11 ust. 1 pkt. 14) Opcja Dodatkowa D14 – uciążliwe leczenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku - wypłata świadczenia w wysokości 1 % sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D14, pod warunkiem, iż:

1. nieszczęśliwy wypadek nie pozostawił uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego ( 0% uszczerbku na zdrowiu), bądź trwałego inwalidztwa częściowego, złamania kości, ran ciętych lub szarpanych, urazów narządu ruchu, wstrząśnienia mózgu

oraz

1. przebieg leczenia spowodował czasową niezdolność do nauki lub pracy przez okres nie krótszy niż 5 dni.
2. „§ 21 ust. 3 pkt. 8) otrzymuje brzmienie:

„8) w przypadku pogryzienia przez psa, pokąsania, ukąszenia/użądlenia – dokumentację medyczną z leczenia;”

1. W § 13 ust. 8 dodaje się pkt. 3), który otrzymuje brzmienie:

„3) Opcji Podstawowej, gdzie górną granicą odpowiedzialności InterRisk jest kwota stanowiąca 140% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Podstawowej;”