

POSTANOWIENIA DODATKOWE I ODMIENNE OD OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA EDU
PLUS ZATWIERDZONYCH UCHWAŁĄ NR 01/18/04/2023 Zarządu InterRisk Towarzystwo
Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 18/04/2023 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 OWU EDU Plus:

1. w §2 pkt 104) lit b), otrzymuje brzmienie:

„b) Ubezpieczony wymagał leczenia i odbył co najmniej dwie stacjonarne, kontrolne wizyty lekarskie w placówce medycznej, lub doznał czasowej niezdolności Ubezpieczonego do nauki lub do pracy przez okres nie krótszy niż 5 dni;

2. w § 2 dodaje się pkt 128), który otrzymuje brzmienie:

„128) **zakażenie rotawirusem** – choroba rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako kod: A08.0 - Nieżyt jelitowy wywołany przez rotawirusy;”

3. w § 2 dodaje się pkt 129), który otrzymuje brzmienie:

„129) **zapalenie opon mózgowych** – choroba rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako kod: G00-G03;”

4. w §2 dodaje się pkt 130), w brzmieniu:

„130) **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;”

5. w § 4 ust.1 pkt 1) dodaje się lit l), m), n), które otrzymują brzmienie:

„l) rozpoznanie u Ubezpieczonego chorób odzwierzęcych (bąblowicy, toksoplazmozy, wścieklizny) lub zapalenia opon mózgowych,

m) zakażenie rotawirusem,

n) rozpoznanie boreliozy;”

6. § 6 pkt 1 lit. b) otrzymuje brzmienie:

„b) w przypadku uszczerbku na zdrowiu poniżej 100% – świadczenie w wysokości:

- od 1 % do 70 % uszczerbku na zdrowiu 1% SU za 1 % uszczerbku

- pow. 70 % uszczerbku na zdrowiu 1,5 % SU za 1 % uszczerbku,”

7. § 6 pkt 1) lit. c) ppkt ii) otrzymuje brzmienie:

„ii. zakupu lub naprawy okularów korekcyjnych, aparatu słuchowego lub ortodontycznego uszkodzonych w wyniku nieszczęśliwego wypadku na terenie placówki oświatowej – do wysokości 500 PLN, pod warunkiem że nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego doszło do uszkodzenia okularów korekcyjnych lub aparatu słuchowego miał miejsce na terenie placówki oświatowej oraz spowodował uszkodzenie ciała wymagające interwencji lekarskiej w placówce medycznej;”

8. §6 pkt 7) otrzymuje brzmienie:

„7) w przypadku pogryzienia, pokąsania, ukąszenia - jednorazowe świadczenie w wysokości:

a) 2% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia w przypadku pogryzienia,

b) 2% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia w przypadku pokąsania, ukąszenia, pod warunkiem co najmniej dwudniowego pobytu w szpitalu w wyniku pokąsania, ukąszenia”

9. §6 pkt 10) otrzymuje brzmienie

„10) w przypadku rozpoznania u Ubezpieczonego chorób odzwierzęcych (bąblowicy, toksoplazmozy, wścieklizny) lub zapalenia opon mózgowych - jednorazowe świadczenie w wysokości 5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż bąblowica, toksoplazmoza, wścieklizna lub zapalenie opon mózgowych zostały rozpoznane w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.”

10. w §6 dodaje się pkt 11), który otrzymuje brzmienie:

„11) w przypadku rozpoznania u Ubezpieczonego zakażenia rotawirusem – jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, zakażenie rotawirusem zostało rozpoznane w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz spowodowało co najmniej trzydniowy pobyt w szpitalu.”

11. w §6 dodaje się pkt 12), który otrzymuje brzmienie:

„12) w przypadku rozpoznania u Ubezpieczonego boreliozy – jednorazowe świadczenie w wysokości 5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia (polisie), pod warunkiem, iż borelioza została rozpoznana po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz Ubezpieczony nie otrzymał wypłaty świadczenia z tytułu Opcji Dodatkowej D20 – Pakiet KLESZCZ i rozpoznanie boreliozy.”

12. §12 ust. 1 pkt 3) otrzymuje brzmienie:

„4) **Opcja Dodatkowa D3 – 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 w szpitalu trwającego minimum 2 dni. 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 trwał 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.

Ubezpieczonemu przysługuje również świadczenie w wysokości **0,2% sumy** ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D4, za każdy następny dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w związku z rehabilitacją zaleconą w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, 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 3 dni.

W przypadku pobytu Ubezpieczonego na OIOM/OIT nieprzerwanie przez co najmniej 12 godzin, przysługuje dodatkowe jednorazowe świadczenie w wysokości 200,00 PLN za cały okres pobytu na OIOM/OIT i jest wypłacane niezależnie od świadczenia za pobyt w szpitalu. Świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego na OIOM/OIT spowodowanego tym samym nieszczęśliwym wypadkiem wypłacane jest wyłącznie jeden raz w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.”

13. §12 ust. 1 pkt 4) otrzymuje brzmienie:

„5) **Opcja Dodatkowa D4 - 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 Ubezpieczonego w szpitalu, **począwszy od drugiego dnia pobytu w szpitalu**, w związku z chorobą, która została zdiagnozowana w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem pobytu w szpitalu 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.

Ubezpieczonemu przysługuje również świadczenie w wysokości **0,2% 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** w związku z rehabilitacją zaleconą w związku z chorobą, która

została zdiagnozowana w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz pod warunkiem pobytu ubezpieczonego w szpitalu trwającego minimum 3 dni. W przypadku kolejnych, następujących po sobie pobytów w szpitalu w związku z rehabilitacją zaleconą w związku z tą samą chorobą świadczenie szpitalne przysługuje od pierwszego dnia pobytu w szpitalu. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w związku z zaleconą rehabilitacją 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;”

14. §12 ust. 1 pkt 8) lit b) otrzymuje brzmienie:

„b) do wysokości podlimitów w ramach sumy ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D8, mających zastosowanie w przypadku:

- i. zwrotu kosztów rehabilitacji – podlimit w wysokości 3.000 PLN;
- ii. zwrotu kosztów operacji plastycznej – podlimit w wysokości 5.000 PLN;
- iii. zwrotu kosztów leków – podlimit w wysokości 500 PLN;

jednak nie więcej niż 100% sumy ubezpieczenia;”