

## POSTANOWIENIA DODATKOWE I ODMIENNE OD OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA

EDU PLUS zatwierdzonych uchwałą nr 01/18/04/2023 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 19.04.2023 r

### § 1

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

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

„m) rany cięte twarzy będące następstwem nieszczęśliwego wypadku”

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

„n) uszkodzenia ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, które wymagały interwencji lekarskiej na SOR i co najmniej jednej wizyty kontrolnej”

3. § 5 ust. 1 pkt 5) otrzymuje brzmienie:

„5) aktami terroru, pod warunkiem że Ubezpieczony uczestniczył w nich z własnej woli a także działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami;”

4. § 6 pkt 1) lit a) i b) otrzymują brzmienie:

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

a) w przypadku 100% uszczerbku na zdrowiu – świadczenie w wysokości 150% 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 30%

- 1,5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia za każdy procent uszczerbku na zdrowiu w przedziale od 31% do 100%;

5. § 6 pkt 7) otrzymuje brzmienie:

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

a) 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia w przypadku pogryzienia przez psa lub ukąszenia przez kleszcza,

b) 2% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia w przypadku pokąsania, ukąszenia (z wyłączeniem ukąszenia kleszcza), pod warunkiem pobytu w szpitalu powyżej 24 godzin w wyniku pokąsania, ukąszenia”

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

„11) w przypadku ran ciętych twarzy - jeżeli w ciągu okresu ubezpieczenia Ubezpieczony dozna rany twarzy w następstwie nieszczęśliwego wypadku i zostanie poddany na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR) zabiegowi założenia co najmniej dwóch szwów (szycie rany) lub założenia co najmniej dwóch plastrów typu Strip do zamykania ran – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 0,5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie dla Opcji Podstawowej”

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

„12) w przypadku uszkodzeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, które wymagały interwencji lekarskiej na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR) oraz leczenia i co najmniej jednej wizyty kontrolnej, a z tytułu których nie przysługuje świadczenie o którym mowa w pkt 1), 2), 7) , 8), 9),

10), 11) - jednorazowe świadczenie w 0,5% sumy ubezpieczenia dla Opcji Podstawowej jednak nie wyższe niż 150,00 zł”

8. § 12 ust. 1 pkt. 3) otrzymuje brzmienie:

„3) Opcja Dodatkowa D3 - pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku – świadczenie w wysokości:

a) 1 % sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D3, za każdy dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, począwszy od pierwszego do dziesiątego dnia pobytu w szpitalu, będący następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem pobytu w szpitalu trwającego minimum 2 dni,

b) 1,5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D3, za każdy następny dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, począwszy od jedenastego dnia pobytu w szpitalu, będący 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 minimum 2 dni. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku 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;”

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

„4) Opcja Dodatkowa D4 – pobyt w szpitalu w wyniku choroby – świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D4, za każdy następny dzień pobytu w szpitalu, począwszy od drugiego dnia pobytu w szpitalu, w związku z chorobą, która została rozpoznana w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem pobytu w szpitalu minimum 3 dni. 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 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 trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej;”

10. w § 12 ust. 1 pkt 8) otrzymuje brzmienie:

„8) „Opcja Dodatkowa D8 - koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D8. Zwrot kosztów leczenia przysługuje:

a) pod warunkiem, że koszty te powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku,

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

i. zwrotu kosztów rehabilitacji - podlimit w wysokości 50% sumy ubezpieczenia dla opcji dodatkowej D8,

ii. zwrotu kosztów operacji plastycznej - podlimit w wysokości 5.000 PLN jednak nie więcej niż 100% sumy ubezpieczenia opcji dodatkowej D8;

iii. zwrotu kosztów leków – podlimit w wysokości 500 PLN, jednak nie więcej niż 100% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 100% sumy ubezpieczenia opcji dodatkowej D8;”

11. § 12 ust 1 pkt 11) otrzymuje brzmienie:

„11) Opcja Dodatkowa D11 - koszty leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D11, ale nie więcej niż 500 PLN za jeden ząb, 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, z zastrzeżeniem, że w związku z utratą lub uszkodzeniem zęba w następstwie nieszczęśliwego wypadku u Ubezpieczonego został orzeczony uszczerbek na zdrowiu (jeśli umowa została zawarta w Opcji Podstawowej lub Opcji Podstawowej Plus lub Opcji Progresja) lub trwałe inwalidztwo częściowe albo złamanie (jeśli umowa została zawarta w Opcji Ochrona lub Opcji Ochrona Plus), oraz

c) zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w okresie maksymalnie 6 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku; „

12. § 12 ust 1 pkt 19) otrzymuje brzmienie:

„19) Opcja Dodatkowa D19 – koszty opłaconego czesnego – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D19, pod warunkiem, że ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi w następstwie którego przebieg leczenia spowodował czasową niezdolność Ubezpieczonego do nauki lub do pracy przez okres dłuższy niż 14 dni. Zwrot kosztów przysługuje za okres od miesiąca, w którym nastąpił nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego do końca roku szkolnego lub akademickiego;”

13. § 22 ust 3 pkt 12) otrzymuje brzmienie:

„12) celem refundacji poniesionych kosztów opłaconego czesnego:

a) okazać Ubezpieczycielowi oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty,

b) zaświadczenie lekarskie/wydruk zaświadczenia lekarskiego zawierające informację o okresie czasowej niezdolności Ubezpieczonego do nauki lub do pracy oraz potwierdzenie nieobecności Ubezpieczonego w pracy lub na zajęciach lekcyjnych przez zakład pracy lub szkołę;”

§ 22 ust 3 pkt 14) otrzymują brzmienie:

„14) w przypadku pokąsania, ukąszenia – kartę informacyjną ze szpitala lub dokumentację medyczną z placówki medycznej potwierdzające zaopatrzenie rany po pogryzieniu przez psa lub dokumentację medyczną z odbytej wizyty u lekarza w celu usunięcia kleszcza.”