

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 treścią umowy a OWU EDU PLUS

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

„m) rozpoznanie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.”

**2. 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;

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

„11) w przypadku rozpoznania u Ubezpieczonego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych - jednorazowe świadczenie w wysokości 5% sumy ubezpieczenia określonej w

umowie ubezpieczenia (polisie), pod warunkiem, iż zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych zostało rozpoznane po raz pierwszy w okresie trwania ochrony

ubezpieczeniowej.”

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

„n) rozpoznanie boreliozy”

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

„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 D17 – Pakiet KLESZCZ i rozpoznanie boreliozy.”

7. w § 4 ust. 1 pkt 1) dodaje się lit. o) w brzmieniu:

„o) koszty leków związane z nieszczęśliwym wypadkiem”

8. w § 6 dodaje się pkt 13) w brzmieniu:

„13) koszty leków – jednorazowy zwrot udokumentowanych kosztów poniesionych na leki na terenie Rzeczypospolitej Polskiej do kwoty 150 zł. Zwrot kosztów następuje

wyłącznie jeżeli nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz Ubezpieczony nie otrzymał wypłaty świadczenia z tytułu Opcji

Dodatkowej D18 – koszty leków”

9. w § 4 ust. 1 pkt 1) dodaje się lit. p) w brzmieniu:

„p) zwichnięcia lub skręcenia stawów”

10. w § 6 dodaje się pkt 14) w brzmieniu:

„14) w przypadku zwichnięć lub skręceń stawów w wyniku nieszczęśliwego wypadku: a) w przypadku zwichnięcia stawu lub skręcenia stawu w wyniku nieszczęśliwego

wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej – w zależności od rodzaju zwichnięcia lub skręcenia stawu, przysługuje – zgodnie z TABELĄ nr 5

– świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej umowie ubezpieczenia. Nie przysługuje świadczenie z tytułu złamań kości wymienionych

w TABELI nr 5. W przypadku złamania jednej lub więcej kości przysługuje świadczenie z tytułu uszczerbku na zdrowiu, o którym mowa w pkt 1).”

11. § 6 pkt 7); § 7 pkt 7); § 9 pkt 8); § 10 pkt 7) otrzymują brzmienie:

„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;”

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

„3) Opcja Dodatkowa D3 – pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku – świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla

Opcji Dodatkowej D3, 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 minimum 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;”

13. § 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 trwającego 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 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.§ 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 4.000 PLN, jednak nie więcej niż 50% sumy ubezpieczenia w Opcji Dodatkowej D8.;

ii. zwrotu kosztów operacji plastycznej – podlimit w wysokości 5.000 PLN;

iii. zwrotu kosztów leków – podlimit w wysokości 500 PLN