

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 odmienne od OWU EDU Plus:

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

„1) **Opcji Podstawowej lub Opcji Podstawowej Plus** obejmującej następujące ryzyka:

- a) śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- b) śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku na terenie placówki oświatowej,
- c) uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- d) koszty nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie oraz koszty zakupu lub naprawy okularów korekcyjnych, aparatu słuchowego, aparatu ortodontycznego lub pompy insulinowej uszkodzonych w wyniku nieszczęśliwego wypadku na terenie placówki oświatowej,
- e) koszty podróży marzeń,
- f) pogryzienie, pokąsanie, ukąszenie,
- g) rozpoznanie sepsy u Ubezpieczonego będącego dzieckiem,
- h) śmierć opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- i) uszczerbek na zdrowiu w wyniku padaczki,
- j) pobicie, napaść,
- k) zatrucie pokarmowe lub nagłe zatrucie gazami, bądź porażenie prądem lub piorunem,
- l) rozpoznanie u Ubezpieczonego chorób odzwierzęcych (bąblowicy, toksoplazmozy, wścieklizny),
- m) koszty akcji poszukiwawczej dziecka,
- n) koszty porady psychologa w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, poważną chorobą lub śmiercią rodzica lub opiekuna prawnego Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku”

2. **§5 ust. 1 pkt. 3) otrzymuje brzmienie:**

„3) uszkodzeniami ciała zdiagnozowanymi przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wobec Ubezpieczonego, za wyjątkiem Opcji Dodatkowej D3 – pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, gdzie InterRisk odpowiada za pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w trakcie trwania umowy ubezpieczenia EDU Plus zawartej z InterRisk bezpośrednio przed niniejszą umową ubezpieczenia, a ubezpieczony kontynuuje umowę ubezpieczenia na kolejny okres w InterRisk bez przerwy w okresie ochrony,”

3. **§5 ust. 1 pkt. 20) otrzymuje brzmienie:**

„20) operacją wtórną, z wyjątkiem postanowień §11 ust.1 pkt 3)”

4. **§6 pkt 1) pkt-y a-b) otrzymuje brzmienie:**

- „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 wysokości uzależnionej od wysokości uszczerbku na zdrowiu i wynoszące:
- i. 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PODSTAWOWEJ za każdy procent uszczerbku na zdrowiu w przypadku uszczerbku na zdrowiu wynoszącego w przedziale 1% - 25%
 - ii. 1,5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PODSTAWOWEJ za każdy procent uszczerbku na zdrowiu – w przypadku uszczerbku na zdrowiu wynoszącego w przedziale 26% - 99%.”

5. **§6 pkt 6) otrzymuje brzmienie:**

„6) w przypadku **śmierci opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – w przypadku śmierci opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – jednorazowe świadczenie w wysokości 15% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia pod warunkiem, iż nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej i śmierć nastąpiła w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku. Odpowiedzialność InterRisk ograniczona jest do dwóch zdarzeń w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej;”

6. **§6 pkt 9) otrzymuje brzmienie:**

„9) w przypadku:

- a) **nagłego zatrucia gazami** bądź w przypadku **porażenia prądem lub piorunem** – świadczenie w wysokości 5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem co najmniej trzydniowego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nagłego zatrucia gazami, bądź w przypadku porażenia prądem lub piorunem;
- b) **zatrucia pokarmowego** – jednorazowe świadczenie w wysokości 2% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem co najmniej trzydniowego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku zatrucia pokarmowego;”

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

„12) **koszty porady psychologa w związku z nieszczęśliwym wypadkiem lub śmiercią rodzica lub opiekuna prawnego Ubezpieczonego, rodzeństwa Ubezpieczonego lub ucznia tej samej klasy, w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 500 zł w ciągu okresu ubezpieczenia, pod warunkiem, iż koszty porady psychologa:

- 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,
- c) Ubezpieczony wymagał porady psychologa i uzyskał pisemne skierowanie do poradni psychologicznej;”

8. **§11 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 Ubezpieczonego w szpitalu, począwszy od pierwszego dnia pobytu w szpitalu, będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, a w przypadku Ubezpieczonego kontynuującego umowę ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia w InterRisk będącego również następstwem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w trakcie trwania umowy ubezpieczenia zawartej z InterRisk bezpośrednio przed

niniejszą umową ubezpieczenia, pod warunkiem, że w poprzedniej umowie zakres ubezpieczenia obejmował Opcję dodatkową D3, (InterRisk odpowiada w takiej sytuacji maksymalnie do takiej wysokości świadczenia dla Opcji Dodatkowej D3, jaka obowiązywała w poprzedniej umowie). Świadczenie wypłacane jest pod warunkiem pobytu w szpitalu trwającego minimum 2 dni.

W przypadku kolejnych, następujących po sobie pobyków w szpitalu w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem świadczenie szpitalne przysługuje od pierwszego dnia pobytu w szpitalu, pod warunkiem, że 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 trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej;"

9. §11 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 Ubezpieczonego 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 pobyków 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;"

10. w §13 w ust. 9 dodaje się pkt 5), który otrzymuje brzmienie:

„5) w przypadku świadczenia z tytułu nieszczęśliwego wypadku powodującego uszczerbek na zdrowiu w wysokości 100% - kwota stanowiąca 150% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Podstawowej lub Opcji Podstawowej Plus."

11. §21 ust. 3 pkt 10) otrzymuje brzmienie:

„10) celem refundacji poniesionych: kosztów leczenia, kosztów leczenia po ekspozycji, kosztów leczenia stomatologicznego, kosztów porady psychologa – okazać Ubezpieczycielowi oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty a także dokumentację medyczną z odbytych wizyt, zabiegów, pobytu w szpitalu, operacji. Dodatkowo celem refundacji poniesionych kosztów rehabilitacji – okazać dokumentację lekarską zawierającą skierowanie na zabiegi rehabilitacyjne."