

**„POSTANOWIENIA DODATKOWE I ODMIENNE OD OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA
GRUPOWEGO EDU PLUS EDU PLUS zatwierdzonych uchwałą nr 01/25/03/2025 Zarządu
InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia
25 marca 2025 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 odmienne od w/w ogólnych warunków ubezpieczenia:

1) w §2 pkt 37) dodaje się lit. j) w brzmieniu:

„j) kosztów operacyjnego leczenia wzroku i słuchu bez wymogu trzydniowego pobytu w szpitalu „

2) §2 pkt 71) otrzymuje brzmienie:

„ 71) w rozumieniu OWU, wyłącznie na potrzeby ubezpieczenia śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego (Opcja Dodatkowa D1), o którym mowa w §4 ust. 3 pkt 1) OWU za pojazd uznaje się wyłącznie: rower, samochód osobowy, samochód ciężarowy, autobus, pociąg, tramwaj, trolejbus, metro;”

3) §2 pkt 75) lit. a) otrzymuje brzmienie:

„a) w przypadku Opcji Dodatkowej D5 (Poważne Choroby) – nowotwór złośliwy, paraliż, niewydolność nerek, poliomyelitis, utrata wzroku, utrata mowy, utrata słuchu, anemia aplastyczna, stwardnienie rozsiane, cukrzyca typu I, niewydolność serca, wada wrodzona serca, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, jak również za Poważną Chorobę uważa się transplantację głównych organów, **pneumokokowe zapalenie płuc, meningokokowe zapalenie opon mózgowych;**” (nie dotyczy dzieci w wieku żłobkowym i przedszkolnym)

4) §2 pkt 112) otrzymuje brzmienie:

„112) **uciążliwe leczenie** – leczenie Ubezpieczonego będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz spowodował uszkodzenia ciała Ubezpieczonego, z tytułu którego:

- a) Ubezpieczonemu nie przysługują świadczenia z żadnej z Opcji, o których w §4 ust.1 oraz
- b) Ubezpieczony wymagał leczenia, w trakcie którego odbył co najmniej dwie wizyty lekarskie oraz jedną wizytę kontrolną, z czego wszystkie z nich miały miejsce w placówce medycznej w trybie stacjonarnym (łącznie trzy wizyty),
lub Ubezpieczony doznał czasowej niezdolności do nauki lub do pracy przez okres nie krótszy niż 8 dni;”

5) w § 2 dodaje się pkt 137) w brzmieniu:

„137) 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, trwającej nieprzerwanie co najmniej 48 godzin;”

6) W §2 dodaje się pkt 138), który otrzymuje brzmienie:

„138) **pneumokokowe zapalenie płuc** – stan zapalny płuc wywołany przez Streptococcus pneumoniae, pneumococcus, rozpoznany przez lekarza w okresie ubezpieczenia, zgodnie z rozpoznaniem zakwalifikowanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i

problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: J.13,” (nie dotyczy dzieci w wieku żłobkowym i przedszkolnym)

7) W §2 dodaje się pkt 139), który otrzymuje brzmienie:

„139) **meningokokowe zapalenie opon mózgowych** – choroba rozpoznana przez lekarza w okresie ubezpieczenia, wywołana przez *Neisseria meningitidis* i zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: G.05;”

8) w §4 ust. 1 pkt 1) dodaje się lit. n) – r), w brzmieniu:

„n) koszty porady psychologa w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, Poważną Chorobą wskazaną w §2 pkt 75) lit. a) lub śmiercią rodzica lub opiekuna prawnego Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
o) dodatkowe świadczenie w razie chemio – lub radioterapii nowotworu złośliwego u dziecka.”
p) koszty dostosowania mieszkania lub pojazdu po nieszczęśliwym wypadku
r) nieszczęśliwy wypadek w trakcie wycieczki szkolnej.”

9) §6 pkt 1) lit a) otrzymuje brzmienie:

„a) w przypadku 100% uszczerbku na zdrowiu – świadczenie w wysokości 200% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia;”

10) §6 pkt 1) lit b) otrzymuje brzmienie:

„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:

- i. 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia za każdy procent uszczerbku na zdrowiu w przedziale od 1% do 25%
- ii. 1,5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia za każdy procent uszczerbku na zdrowiu w przedziale od 26% do 99%;”

11) §6 pkt. 1 lit. d) otrzymuje brzmienie

„d) koszty podróży marzeń – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem iż:
i. Ubezpieczony został uznany za niepełnosprawnego w ciągu 18 miesięcy od dnia NW i spełnia definicję niepełnosprawnego dziecka, o których mowa w §2 pkt 24) i 44),
ii. koszty zostały poniesione w okresie do 18 miesięcy od dnia NW;”

12) §6 pkt 6) otrzymuje brzmienie:

„6) 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:

- a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
- b) śmierć nastąpiła w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;

Odpowiedzialność InterRisk ograniczona jest do dwóch zdarzeń w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej;”

13) § 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, pod warunkiem zaopatrzenia w placówce medycznej
- b) 2% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia w przypadku pokąsania, ukąszenia, pod warunkiem co najmniej dwudniowego pobytu w szpitalu w wyniku pokąsania, ukąszenia;”

14) §6 pkt 9) otrzymuje brzmienie

„9) w przypadku zatrucia, bądź w przypadku porażenia prądem lub piorunem – jednorazowe świadczenie w wysokości:

- a) 2% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia w przypadku zatrucia pokarmowego, pod warunkiem co najmniej trzydniowego pobytu w szpitalu w wyniku zatrucia pokarmowego,
- b) 4% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia w przypadku porażenia prądem lub piorunem oraz przy zatruciach innych niż pokarmowe, pod warunkiem co najmniej trzydniowego pobytu w szpitalu.”

15) w §6 dodaje się pkt 12), w brzmieniu:

„12) koszty porady psychologa w związku z Poważną Chorobą wskazaną w §2 pkt 75) lit. a) lub śmiercią rodzica lub opiekuna prawnego Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 500 zł w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem, iż koszty porady psychologa:

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

lub

- a) powstały w następstwie śmierci rodzica lub opiekuna prawnego Ubezpieczonego, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
- lub
- b) powstały w wyniku rozpoznanej Poważnej Choroby, zgodnie z §2 pkt 75) lit. a) OWU, która została rozpoznana w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej,
- c) zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku,
- d) Ubezpieczony wymagał porady psychologa i uzyskał pisemne skierowanie do poradni psychologicznej.”

16) W §6 dodaje się pkt 13), który otrzymuje brzmienie:

„13) w przypadku chemio – lub radioterapii nowotworu złośliwego rozpoznanego po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej u dziecka, zrealizowanej w okresie 6 m od daty rozpoznania nowotworu złośliwego – jednorazowe świadczenie w wysokości 500 PLN;

17) w §6 dodaje się pkt 14) w brzmieniu

„14) koszty dostosowania mieszkania lub pojazdu po nieszczęśliwym wypadku – zwrot kosztów dostosowania mieszkania lub pojazdu po nieszczęśliwym wypadku do wysokości 20% sumy ubezpieczenia na:

- a) dostosowanie wnętrza mieszkania do potrzeb Ubezpieczonego jako osoby niepełnosprawnej w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, polegającą na:
 - i. przebudowie łazienki,
 - ii. przebudowie kuchni,

- iii. usunięciu progów w drzwiach,
- iv. poszerzeniu drzwi do mieszkania lub domu mieszkalnego i znajdujących się w nim pomieszczeń,

b) dostosowanie pojazdu do potrzeb Ubezpieczonego jako osoby niepełnosprawnej w wyniku nieszczęśliwego wypadku – w zależności od dysfunkcji narządów ruchu u Ubezpieczonego, polegające na adaptacji układu pedałów oraz montażu w pojeździe następujących udogodnień:

- i. ręcznego sterowania gazem i hamulcem,
 - ii. fotela obrotowego,
 - iii. uchwytów na kierownicę,
 - iv. paneli sterujących,
 - v. sprzęgła elektronicznego,
 - vi. elektrycznych przenośników osoby z wózka inwalidzkiego do pojazdu,
- pod warunkiem, że zostały poniesione w okresie nie dłuższym niż 18 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;”

18) w §6 dodaje się pkt 15) w brzmieniu

„15) w przypadku uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku podczas wycieczki szkolnej – jednorazowe dodatkowe świadczenie w wysokości 2% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem iż:

- a) nieszczęśliwy wypadek podczas wycieczki szkolnej spowodował przynajmniej 1% uszczerbku na zdrowiu.
- b) zajście nieszczęśliwego wypadku na wycieczce szkolnej zostało udokumentowane i potwierdzone przez pracownika placówki oświatowej, który uczestniczył w wycieczce;”

19) § 11 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 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;”

W przypadku pobytu Ubezpieczonego na OIOM/OIT nieprzerwanie przez co najmniej **48 godzin**, przysługuje dodatkowe jednorazowe świadczenie w wysokości 250,00 PLN za cały okres pobytu na OIOM/OIT i jest wypłacane niezależnie od świadczenia za pobyt w szpitalu.”

20) § 11 ust. 1 pkt 4) otrzymuje brzmienie:

„4) Opcja Dodatkowa D4 – pobyt w szpitalu w wyniku choroby ⁷ – 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;

⁷ UWAGA – zwróć uwagę, że choroba musi być rozpoznana w okresie ochrony ubezpieczeniowej w ramach danej umowy ubezpieczenia, a pobyt w szpitalu musi się rozpocząć w okresie ochrony ubezpieczeniowej w ramach danej umowy ubezpieczenia.”

21) §11 Tabela nr 5 OWU otrzymuje brzmienie:

„TABELA nr 5

lp.	Stopień oparzenia	Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D2
1	II stopień	10%
2	III stopień	30%
3	IV stopień	50%
4	co najmniej 30% powierzchni ciała IV stopnia	dodatkowe świadczenie 50% do poz. 3

22) w §11 ust. 1 pkt 8) dodaje się lit. d) w brzmieniu

„d) do wysokości 100 % sumy ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D8 w przypadku zwrotu kosztów operacyjnego leczenia wzroku i słuchu, jednak nie więcej niż 3 000 zł „

23) w §13 ust. 9 pkt 1), otrzymuje brzmienie:

„1) w przypadku Opcji Podstawowej, Opcji Podstawowej Plus, kwota stanowiąca 200% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Podstawowej, Opcji Podstawowej Plus, a w przypadku Opcji Ochrona Plus, Opcji Ochrona – kwota stanowiąca 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Ochrona Plus, Opcji Ochrona, z zastrzeżeniem pkt.2); „

24) w §21 ust. 3 pkt 10), otrzymuje brzmienie:

„10) celem refundacji poniesionych: kosztów leczenia, kosztów leczenia po ekspozycji, kosztów leczenia stomatologicznego, kosztów porady psychologa w związku z nieszczęśliwym wypadkiem lub Poważną Chorobą lub śmiercią rodzica lub opiekuna prawnego Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – 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.”

25) w §21 ust. 3 dodaje się pkt 23), który otrzymuje brzmienie:

„23) „celem refundacji kosztów dostosowania mieszkania lub pojazdu po nieszczęśliwym wypadku:

a) orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności Ubezpieczonego wydane przez powiatowy/miejski (lub wojewódzki) zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności,

b) okazać Ubezpieczycielowi oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty;”