

Działając na podstawie art. 812 § 8 k.c. InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group wskazuje różnice pomiędzy proponowaną treścią umowy a SWU EDU PLUS.

§1

Dla potrzeb niniejszej umowy ubezpieczenia wprowadza się następujące postanowienia dodatkowe lub odmiennie od SWU EDU Plus:

1. §2 pkt 19) otrzymuje brzmienie:

„19) **koszty leczenia** – poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane koszty z tytułu:
a) wizyt lekarskich,
b) zabiegów ambulatoryjnych,
c) badań zleconych przez lekarza prowadzącego leczenie,
d) pobytu w szpitalu,
e) operacji, za wyjątkiem operacji plastycznych,
f) zakupu środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza,
g) rehabilitacji zaleconej przez lekarza prowadzącego leczenie,
h) odbudowy stomatologicznej uszkodzonego lub utraconego stałego zęba;”

2. §2 pkt 24) otrzymuje brzmienie:

„24) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie mające miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej wywołane przyczyną zewnętrzną, na skutek której Ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł. W rozumieniu niniejszych OWU za nieszczęśliwy wypadek uważa się również zawał serca lub udar mózgu, za wyjątkiem ubezpieczenia na wypadek śmierci opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 4) lit. h, którzy w dniu przystąpienia Ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia ukończyli 60 rok życia;”

3. §2 pkt 77) otrzymuje brzmienie:

„77) **uciążliwe leczenie** – leczenie Ubezpieczonego będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, w wyniku którego nie nastąpił uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego (0% uszczerbku na zdrowiu), bądź trwałe inwalidztwo częściowe, złamania kości, rany cięte lub szarpane, urazy narządów ruchu, wstrząśnienia mózgu, ale przebieg leczenia wymagał interwencji lekarskiej w placówce medycznej oraz leczenia i co najmniej 2 wizyt kontrolnych;”

4. §2 pkt 87) otrzymuje brzmienie:

„87) **wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej podejmowana w celu uzyskania, w drodze indywidualnej lub zbiorowej rywalizacji, maksymalnych wyników sportowych, polegająca na uprawianiu przez Ubezpieczonego sportu:
a) poprzez uczestniczenie w treningach, zawodach, zgrupowaniach i obozach kondycyjnych lub szkoleniowych w ramach pozaszkolnych klubów, związków i organizacji sportowych,
b) za wynagrodzeniem, tj. w przypadku otrzymywania wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej z tytułu uprawiania sportu, zarówno w formie indywidualnej jak i zespołowej.
W rozumieniu niniejszych OWU za wyczynowe uprawianie sportu nie uważa się aktywności fizycznej Ubezpieczonego polegającej na:
a) uczestniczeniu w treningach, zawodach, zgrupowaniach i obozach kondycyjnych lub szkoleniowych w ramach szkolnych (uczniowskich) klubów sportowych,
b) uprawianiu sportu podczas zajęć wychowania fizycznego odbywających się w ramach obowiązującego planu lekcji w szkołach sportowych,
c) uprawianiu sportu podczas zajęć wychowania fizycznego (również w klasach sportowych) odbywających się w ramach obowiązującego planu lekcji,
d) udziale Ubezpieczonego w zawodach wewnątrzszkolnych lub międzyszkolnych,
e) rekreacyjnym uprawianiu sportu;”

5. W §2 dodaje się pkt 94), który otrzymuje brzmienie:

„94) **borelioza** – choroba zdiagnozowana przez lekarza w okresie ubezpieczenia, zgodnie z rozpoznaniem zakwalifikowanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: A69.2;”

6. W §2 dodaje się pkt 95), który otrzymuje brzmienie:

„95) **pneumokokowe zapalenie płuc** – stan zapalny płuc wywołany przez *Streptococcus pneumoniae*, pneumococcus, zdiagnozowany przez lekarza w okresie ubezpieczenia, zgodnie z rozpoznaniem zakwalifikowanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: J.13,”

7. W §2 dodaje się pkt 96), który otrzymuje brzmienie:

„96) **meningokokowe zapalenie opon mózgowych** – choroba zdiagnozowana 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 §2 dodaje się pkt 97), który otrzymuje brzmienie:

„97) **zatrucie pokarmowe** – choroba zdiagnozowana przez lekarza w okresie ubezpieczenia, zgodnie z rozpoznaniem zakwalifikowanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: A05.0 – A05.4 oraz A05.8 i A05.9, skutkująca co najmniej 3 dniowym pobytem w szpitalu;”

9. W §2 dodaje się pkt 98), który otrzymuje brzmienie:

„98) **zadławienie** – stan nagłego zagrożenia życia, polegający na dostaniu się ciała obcego do dróg oddechowych osoby poszkodowanej i spowodowanie całkowitego lub częściowego ich zatkania, wymagający co najmniej 3 dniowego pobytu w szpitalu;”

10. W §2 dodaje się pkt 99), który otrzymuje brzmienie:

„99) teren placówki oświatowej – budynki oraz ogrodzony teren należący do placówki oświatowej, do której uczęszczał Ubezpieczony.”

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

„1) **Opcji Podstawowej Plus** lub **Opcji Progresja** obejmującej:

- a) uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- b) koszty nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie,
- c) koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych,
- d) uszczerbek na zdrowiu w wyniku padaczki,
- e) śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- f) zdiagnozowanie u Ubezpieczonego sepsy,
- g) śmierć opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku
- h) pogryzienie przez psa, pokąsania, ukąszenie/użądlenie,
- i) wstrząśnienie mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku;”

12. W §4 ust 1. dodaje się pkt 4), który otrzymuje brzmienie:

„4) **Opcji Podstawowej** obejmującej:

- a) uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- b) koszty nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie,
- c) koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych,
- d) uszczerbek na zdrowiu w wyniku padaczki,
- e) śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- f) śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku na terenie placówki oświatowej,
- g) zdiagnozowanie u Ubezpieczonego sepsy, boreliozy, pneumokokowego zapalenia płuc, meningokokowego zapalenia opon mózgowych,
- h) śmierć opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku
- i) pogryzienie przez psa, pokąsania, ukąszenie/użądlenie,
- j) wstrząśnienie mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- k) nagłe zatrucie gazami, porażenie prądem lub piorunem, zatrucie pokarmowe,
- l) zadławienie,
- m) usunięcie ciała obcego z nosa lub ucha wymagające interwencji laryngologa
- n) zwrot kosztów porady psychologa w związku z nieszczęśliwym wypadkiem lub śmiercią rodzica lub opiekuna prawnego Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;”

13. §5 ust 1. pkt 10) otrzymuje brzmienie:

„10) zawałem serca lub udarem mózgu, w przypadku ubezpieczenia śmierci opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w §6 pkt 5, §7 pkt 5, §8 pkt 10, §9 pkt 6, §10 pkt 5 w stosunku do opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego, który w dniu przystąpienia Ubezpieczonego do ubezpieczenia ukończył 60 lat;”

14. §6 otrzymuje brzmienie:

„§6

„Opcja podstawowa obejmuje następujące świadczenia;

- 1) w przypadku uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku:
 - a) w przypadku 100% uszczerbku na zdrowiu – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia,
 - b) w przypadku uszczerbku na zdrowiu poniżej 100% - świadczenie w wysokości takiego procentu sumy ubezpieczenia, w jakim nastąpił uszczerbek na zdrowiu,
 - c) koszty nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem iż:
 - są niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane kopią zlecenia lekarskiego na zaopatrzenie w wyroby medyczne wydawane na zlecenie oraz
 - zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku,
 - d) koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem iż:
 - Ubezpieczonemu na podstawie decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych przyznano rentę szkoleniową jako osobie trwale niezdolnej do pracy w dotychczasowym zawodzie lub orzeczenie powiatowego (wojewódzkiego) zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności, w którym orzeczono o celowości przekwalifikowania zawodowego osoby niepełnosprawnej oraz
 - zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku.
- 2) w przypadku uszczerbku na zdrowiu w wyniku ataku padaczki – jednorazowe świadczenie w wysokości 2% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż padaczka została zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
- 3) w przypadku śmierci ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:
 - a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku;
 - c)
- 4) w przypadku śmierci ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się na terenie placówki oświatowej – świadczenie dodatkowe w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:
 - a) nieszczęśliwy wypadek miał miejsce na terenie placówki oświatowej i wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz
 - b) śmierć nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku oraz
 - c) zajście nieszczęśliwego wypadku zostało udokumentowane zaświadczeniem dyrektora placówki oświatowej.”
- 5) w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego sepsy, boreliozy, pneumokokowego zapalenia płuc, meningokokowego zapalenia opon mózgowych – jednorazowe świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż sepsa lub borelioza lub pneumokokowe zapalenie płuc lub meningokokowe zapalenie opon mózgowych zostały zdiagnozowane po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
- 6) w przypadku śmierci opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – jednorazowe świadczenie w wysokości:
 - a) 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia w przypadku śmierci jednego z opiekunów prawnych lub rodziców,
 - b) 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia w przypadku śmierci obojga opiekunów prawnych lub rodziców w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku,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 w przypadku, o którym mowa w lit. a) powyżej do dwóch zdarzeń w okresie ubezpieczenia, a w przypadku, o którym mowa w lit. b) powyżej do jednego zdarzenia w okresie ubezpieczenia;”
- 7) w przypadku pogryzienia przez psa, pokąsania, ukąszenia/użądlenia – jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem co najmniej dwudniowego pobytu w szpitalu w wyniku pogryzienia przez psa, pokąsania, ukąszenia/użądlenia;
- 8) w przypadku wstrząśnienia mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku – jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony doznał wstrząśnienia mózgu, w wyniku którego konieczny był co najmniej trzydniowy pobyt w szpitalu przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości stanowiącej 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia;
- 9) w przypadku nagłego zatrucia gazami, bądź w przypadku porażenia prądem lub piorunem, bądź w przypadku zatrucia pokarmowego – jeżeli w wyniku nagłego zatrucia gazami, bądź w przypadku porażenia prądem lub piorunem, bądź w przypadku zatrucia pokarmowego, w następstwie którego nastąpił co najmniej trzydniowy

pobyt Ubezpieczonego w szpitalu – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia;

- 10) w przypadku zadławienia skutkującego pobylem w szpitalu – jeżeli w wyniku zadławienia nastąpił co najmniej 3 dniowy pobyt Ubezpieczonego w szpitalu przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 2% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia;
- 11) w przypadku konieczności usunięcia ciała obcego z nosa lub ucha osoby Ubezpieczonej wymagającej interwencji laryngologa – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia;
- 12) zwrot kosztów porady psychologa w związku z nieszczęśliwym wypadkiem lub śmiercią rodzica lub opiekuna prawnego Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 500 zł, pod warunkiem, iż:
 - a) koszty porady psychologa powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) koszty porady psychologa zostały poniesione w okresie ubezpieczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - c) Ubezpieczony wymagał porady psychologa i na podstawie pisemnej opinii pedagoga szkolnego uzyskał pisemne skierowanie do poradni psychologicznej;”

15. §11 ust 1. pkt 4) otrzymuje brzmienie:

„4) **Opcja Dodatkowa D4 – pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – w przypadku:

- a) Ubezpieczonego - świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D4, za każdy dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, trwającego co najmniej 3 dni, będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. 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. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku przysługuje maksymalnie za 100 dni pobytu Ubezpieczonego 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.
- b) rodzica lub opiekuna prawnego – w przypadku pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, który nie ukończył 7 roku życia, w trakcie którego konieczna jest opieka rodzica lub opiekuna prawnego nad Ubezpieczonym, przysługuje dodatkowe świadczenie w wysokości 30 zł płatne za każdy dzień pobytu rodzica lub opiekuna prawnego Ubezpieczonego w szpitalu trwającego co najmniej 3 dni. Świadczenie dodatkowe przysługuje maksymalnie za 30 dni pobytu w szpitalu, przy czym nie więcej niż za 10 dni w odniesieniu do jednego zdarzenia;”

16. §11 ust 1. pkt 5) otrzymuje brzmienie:

„5) **Opcja Dodatkowa D5 – pobyt w szpitalu w wyniku choroby** – w przypadku:

- a) Ubezpieczonego - świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D5, za każdy dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, trwającego co najmniej 3 dni w związku z chorobą, która została zdiagnozowana w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku kolejnych, następujących po sobie pobytów w szpitalu w związku z tą samą chorobą świadczenie szpitalne przysługuje od pierwszego dnia pobytu w szpitalu. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku choroby przysługuje maksymalnie za 100 dni pobytu Ubezpieczonego 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.
- b) rodzica lub opiekuna prawnego – w przypadku pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, który nie ukończył 7 roku życia, w trakcie którego konieczna jest opieka rodzica lub opiekuna prawnego nad Ubezpieczonym, przysługuje dodatkowe świadczenie w wysokości 30 zł płatne za każdy dzień pobytu rodzica lub opiekuna prawnego Ubezpieczonego w szpitalu trwającego co najmniej 3 dni. Świadczenie dodatkowe przysługuje maksymalnie za 30 dni pobytu w szpitalu, przy czym nie więcej niż za 10 dni w odniesieniu do jednego zdarzenia;”

17. §11 ust 1. pkt 14) otrzymuje brzmienie:

„14) **Opcja Dodatkowa D14 – uciążliwe leczenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – wypłata świadczenia w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D14 nie więcej jednak niż 100 zł, pod warunkiem, iż:

- a) nieszczęśliwy wypadek nie pozostawił uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego (0% uszczerbku na zdrowiu), bądź trwałego inwalidztwa częściowego, złamania kości, ran ciętych lub szarpanych, urazów narządów ruchu, wstrząśnienia mózgu oraz
- b) uszkodzenia ciała wymagały i wymagały interwencji lekarskiej w placówce medycznej oraz leczenia i co najmniej 2 wizyt lekarskich kontrolnych;”

18. §14 ust 1. otrzymuje brzmienie:

„1. Wysokość sumy ubezpieczenia ustalana jest na wniosek Ubezpieczającego osobno dla Opcji Podstawowej lub Opcji Podstawowej Plus lub Opcji Ochrona Plus lub Opcji Progresja oraz dla poszczególnych Opcji Dodatkowych (D1-D14), o których mowa §4 ust 1. pkt 1), 3), 4) i ust 2 pkt 1) -14).

19. §14 ust 6. otrzymuje brzmienie:

- „6. Górną granicą odpowiedzialności InterRisk jest kwota stanowiąca 100% sumy ubezpieczenia w przypadku Opcji Podstawowej, Opcji Podstawowej Plus, Opcji Ochrona Plus, Opcji Dodatkowych (D1-D16), za wyjątkiem:
- 1) Opcji Progresja, gdzie górną granicą odpowiedzialności InterRisk jest kwota stanowiąca 250% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Progresja;
 - 2) Opcji Podstawowej, gdzie górną granicą odpowiedzialności InterRisk w przypadku świadczenia za śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku na terenie placówki oświatowej jest kwota stanowiąca 200% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla w/w Opcji
 - 3) Opcji Ochrona, gdzie górną granicą odpowiedzialności jest 100% sumy ubezpieczenia ustalonej odrębnie dla każdego zdarzenia.”

20. §22 ust 3. pkt 6) otrzymuje brzmienie:

„6) celem refundacji poniesionych: kosztów leczenia, kosztów rehabilitacji, 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;”

21. §22 ust 3. pkt 10) otrzymuje brzmienie:

„10) w przypadku pobytu w szpitalu, uciążliwego leczenia, zatrucia gazami, porażenia prądem lub piorunem, zatrucia pokarmowego, zadławienia, usunięcia ciała obcego z nosa lub ucha – dokumentację medyczną z przebiegu leczenia;”

22. W §22 ust 3. dodaje się pkt 11), który otrzymuje brzmienie:

„11) w przypadku pobytu w szpitalu rodzica lub opiekuna prawnego w związku z opieką nad hospitalizowanym dzieckiem – zaświadczenie lekarskie informujące o okresie zwolnienia z pracy w związku z opieką nad hospitalizowanym dzieckiem, dokumentację medyczną dotyczącą pobytu dziecka w szpitalu oraz oświadczenie rodzica lub opiekuna prawnego, iż podczas pobytu dziecka w szpitalu konieczne było sprawowanie nad dzieckiem opieki 24 godziny na dobę.”