

**POSTANOWIENIA DODATKOWE I ODMIENNE OD OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA EDU PLUS
zatwierdzonych uchwałą nr 01/24/03/2026 Zarządu Ubezpieczyciela z dnia 24.03.2026 roku**

Działając na podstawie art. 812 § 8 k.c. InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group wskazuje różnice pomiędzy proponowaną treścią OWU EDU PLUS zatwierdzonych uchwałą 01/24/03/2026 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 24.03.2026 roku.

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

1. w §2 pkt 55) otrzymuje brzmienie:

„55) operacja – inwazyjny zabieg chirurgiczny, wykonany w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, przez uprawnionego lekarza o specjalności zabiegowej, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego narządu lub organu, przeprowadzony podczas co najmniej dwudniowego pobytu w szpitalu w okresie ochrony ubezpieczeniowej. InterRisk odpowiada za operacje, które zostały przeprowadzone po zakończeniu okresu ubezpieczenia, o ile co najmniej dwudniowy pobyt w szpitalu w trakcie którego przeprowadzono operację rozpoczął się w okresie ochrony ubezpieczeniowej. Operacją, w rozumieniu OWU, nie jest: zabieg przeprowadzony w celach diagnostycznych, inwazyjny zabieg chirurgiczny niewymagający co najmniej dwudniowego pobytu w szpitalu oraz zabieg niewynikający ze wskazań medycznych;”

2. w §2 pkt 110) otrzymuje brzmienie:

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

- a) Ubezpieczonemu nie przysługują świadczenia z żadnej z Opcji, o których mowa §4 ust. 1, oraz
- b) Ubezpieczony wymagał leczenia, w trakcie którego odbył co najmniej jedną lub dwie wizyty lekarskie oraz jedną wizytę kontrolną, z czego wszystkie z nich miały miejsce w placówce medycznej w trybie stacjonarnym (łącznie dwie lub trzy wizyty), lub Ubezpieczony doznał czasowej niezdolności do nauki lub do pracy przez okres nie krótszy niż 12 dni;”

3. w §2 dodaje się pkt. 135)-137), w brzmieniu:

„135) 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

136) toksokaroza – choroba rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: B83.0;”

137) kleszczowe zapalenie mózgu – choroba rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod : A.84., A.84.1, A.84.8, A.84.9

4. w § 4 ust. 1 pkt 1) lit. l) otrzymuje brzmienie:

„l) rozpoznanie u Ubezpieczonego chorób odzwierzęcych (bąblowicy, toksoplazmozy, wścieklizny, toksokarozy, boreliozy) oraz kleszczowego zapalenia mózgu;”

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

„n) zwrot kosztów porady psychologa w związku z nieszczęśliwym wypadkiem lub śmiercią rodzica lub opiekuna prawnego Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, lub zdiagnozowaniem poważnej choroby ubezpieczonego – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 500 zł, pod warunkiem, iż:

- a) koszty porady psychologa powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub poważnej choroby 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 wskazanie do poradni psychologicznej;”

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

„o) śpiączka w wyniku nieszczęśliwego wypadku.”

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

„3) uszkodzeniami ciała powstałymi przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową 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 miał miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej lub w trakcie poprzedniego okresu ubezpieczenia, o ile Ubezpieczony bezpośrednio przed zawarciem przez Ubezpieczającego umowy ubezpieczenia z InterRisk był objęty przez InterRisk ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, a pomiędzy obecną i poprzednią umową ubezpieczenia nie wystąpiła przerwa w okresie ubezpieczenia;”

10. w § 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;”

11. w § 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, jednak nie więcej niż 1200 zł
- b) 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia w przypadku pokąsania, ukąszenia, pod warunkiem, że pokąsanie, ukąszenie, użądlenie wymagało interwencji lekarskiej w placówce medycznej i co najmniej jednej wizyty kontrolnej.”

12. w § 6 pkt 10), otrzymuje brzmienie:

„10) W przypadku rozpoznania u Ubezpieczonego chorób odzwierzęcych (bąblowicy, toksoplazmozy, wścieklizny, toksokarozy), kleszczowego zapalenia mózgu, lub boreliozy – jednorazowe świadczenie w wysokości 5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, w przypadku boreliozy maksymalnie 500 zł, pod warunkiem, iż bąblowica, toksoplazmoza, wścieklizna, toksokaroza, kleszczowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, borelioza zostały rozpoznane w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.”

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

„12) w przypadku śpiączki w wyniku nieszczęśliwego wypadku – jednorazowe świadczenie w wysokości 1 000 zł, pod warunkiem pobytu w szpitalu przez okres co najmniej 30 dni w stanie śpiączki w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej.”

14. w § 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, nie więcej jednak niż 100 zł, za każdy dzień pobytu w szpitalu, począwszy od 1-go do 10-go dnia pobytu w szpitalu, zaś świadczenie w wysokości 1,5% sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż 150 zł, przysługuje od 11-go dnia pobytu w szpitalu, będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej lub w trakcie poprzedniego okresu ubezpieczenia, o ile Ubezpieczony bezpośrednio przed zawarciem przez Ubezpieczającego umowy ubezpieczenia z InterRisk był objęty przez InterRisk ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku a pomiędzy obecną i poprzednią umową ubezpieczenia nie wystąpiła przerwa w okresie ubezpieczenia oraz pod warunkiem pobytu w szpitalu trwającego minimum 2 dni. W przypadku pobytu w szpitalu będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w trakcie trwania poprzedniej umowy ubezpieczenia InterRisk odpowiada wyłącznie w takiej wysokości świadczenia dla Opcji Dodatkowej D3, która obowiązywała w poprzedniej umowie ubezpieczenia.

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 w wyniku nieszczęśliwego wypadku 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 200,00 PLN za cały okres pobytu na OIOM/OIT i jest wypłacane niezależnie od świadczenia za pobyt w szpitalu. Świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego na OIOM/OIT spowodowanego tym samym **nieszczęśliwym wypadkiem** wypłacane jest wyłącznie jeden raz w okresie ochrony ubezpieczeniowej.”

15. w § 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, nie więcej jednak niż 100 zł, za każdy dzień pobytu w szpitalu, począwszy od drugiego dnia pobytu w szpitalu, w związku z chorobą, która została rozpoznana w okresie ochrony ubezpieczeniowej oraz 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.”

16. w §11 ust. 1 pkt 7)

w TABELI nr 8 ulega zmianie wysokość świadczenia z tytułu wycięcia migdałków z 1% do 5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D7

oraz dodaje się kolejne rodzaje operacji w brzmieniu:

Operacje w okolicach narządów płciowych:

- Wycięcia torbieli i cyst - 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D7
- Skręt jąder - 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D7
- Jajnika i jajowodu - 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D7
- W obrębie sromu, pochwy i szyjki macicy oraz pozostałe operacje ginekologiczne - 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D7
- Macicy - 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D7
- Operacje męskich narządów płciowych - 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D7
- Operacje okolic tarczycy – 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D7”

17. w §11 ust. 1 pkt 11), otrzymuje brzmienie

Opcja Dodatkowa D11 – uciążliwe leczenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku –

- a) świadczenie wypłacane w wysokości 0,5% sumy ubezpieczenia opcji głównej, jednak nie więcej niż 100 zł w przypadku, gdy Ubezpieczony wymagał leczenia, w trakcie którego odbył co najmniej jedną wizytę lekarską oraz jedną wizytę kontrolną, lub
- b) świadczenie wypłacane w wysokości 1% sumy ubezpieczenia opcji głównej, jednak nie więcej niż 500 zł w przypadku, gdy Ubezpieczony wymagał leczenia, w trakcie którego odbył co najmniej dwie wizyty lekarskie oraz jedną wizytę kontrolną, lub
- c) świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D11, w przypadku, gdy Ubezpieczony doznał czasowej niezdolności do nauki lub do pracy przez okres nie krótszy niż 12 dni.”

18. w §13 ust. 9 pkt 4), otrzymuje brzmienie:

„4) w przypadku Opcji Dodatkowych D1-D2, D4-D8 oraz D10-D20 – kwota stanowiąca 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla danej Opcji Dodatkowej D1-D2, D4-D8 oraz D10-D20, za wyjątkiem zwrotu kosztów operacji plastycznej w ramach Opcji Dodatkowej D8, a w przypadku Opcji Dodatkowej D3 – kwota stanowiąca 145% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D3.”

19. w §16 dodaje się ust. 5 OWU, w brzmieniu:

„5) w stosunku do absolwentów szkół odpowiedzialność ubezpieczyciela trwa do dnia podjęcia przez nich pracy zawodowej lub rozpoczęcia nauki w innej szkole, nie dłużej jednak niż 3 miesiące, licząc od końca roku szkolnego, w którym Ubezpieczony ukończył szkołę. Jako ostateczny termin ukończenia szkoły przyjmuje się ostatni dzień ważności legitymacji szkolnej”