

SPIS TREŚCI

1. W ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci, młodzieży oraz studentów zastosowanie mają:
Ogólne Warunki Ubezpieczenia EDU PLUS zatwierdzone uchwałą nr 01/03/03/2020 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group z dnia 3 marca 2020 roku, w Opcji Podstawowej, z uwzględnieniem Postanowień Dodatkowych i Odmiennych.....str. 2-28
2. W ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym rodziców i opiekunów prawnych w **wariancie Kolor Plus w ofercie dla dzieci uczęszczających do żłobków, przedszkoli oraz szkół podstawowych zastosowanie mają:**
Ogólne Warunki Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej osób fizycznych w życiu prywatnym zatwierdzonych uchwałą nr 02/23/01/2018 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 23 stycznia 2018 roku z uwzględnieniem Postanowień Dodatkowych i Odmiennych.....str. 29-39
3. W ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym uczniów szkół ponadpodstawowych, maturzystów i studentów, z rozszerzeniem o odpowiedzialność cywilną za szkody powstałe w związku z odbywaniem praktyk uczniowskich/studenckich **w wariancie Kolor Plus w ofercie dla uczniów szkół ponadpodstawowych, maturzystów oraz studentów zastosowanie mają:**
Ogólne Warunki Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej osób fizycznych w życiu prywatnym oraz nauczycieli i dyrektorów placówek oświatowych w ramach oferty EDU Plus zatwierdzone uchwałą nr 02/03/03/2020 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 3 marca 2020 roku.....str. 40-53

Ubezpieczenie EDU PLUS



Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group
z siedzibą w Polsce, ul. Noakowskiego 22, 00-668 Warszawa,
numer zezwolenia Ministra Finansów DU/905/A/KP/93 z 5 listopada 1993 roku

Produkt: **EDU PLUS**

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje umowne podawane są w innych dokumentach, w tym w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia EDU PLUS zatwierdzonych uchwałą nr 01/03/03/2020 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 3 marca 2020 roku.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie EDU PLUS to kompleksowa ochrona ubezpieczeniowa przed skutkami niespodziewanych zdarzeń losowych obejmująca choroby oraz nieszczęśliwe wypadki, które mają miejsce podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz świadczenie usług Asysty Prawnej w odniesieniu do problemów prawnych związanych z życiem prywatnym Ubezpieczonego.



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ następstwa nieszczęśliwego wypadku (NNW), który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej lub choroby i ich następstwa, które zostały rozpoznane w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz organizacja i pokrycie kosztów usług Asysty Prawnej związanych z życiem prywatnym Ubezpieczonego

Suma ubezpieczenia:

- ✓ Opcja Podstawowa, Podstawowa Plus – od 1.000zł do 80.000 zł
- ✓ Ochrona Plus – od 1.000zł do 50.000 zł
- ✓ Opcja Progresja – od 1.000zł do 32.000 zł
- ✓ Opcja Ochrona – od 7.000zł do 25.000 zł

Opcje dodatkowe:

- ✓ D1 – Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego – do 50.000 zł
- ✓ D2 – Oparzenia – do 10.000 zł
- ✓ D3 – Odmrożenia – do 10.000 zł
- ✓ D4 – Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku – do 10.000 zł
- ✓ D5 – Pobyt w szpitalu w wyniku choroby – do 10.000 zł
- ✓ D6 – Poważne Choroby – do 2.000 zł
- ✓ D7 – Koszty operacji plastycznych w wyniku nieszczęśliwego wypadku – do 5.000 zł
- ✓ D8 – Operacja w wyniku nieszczęśliwego wypadku – do 5.000 zł
- ✓ D9 – Operacja w wyniku choroby – do 5.000 zł
- ✓ D10 – Koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku – do 8.000 zł
- ✓ D11 – Czasowa niezdolność Ubezpieczonego do nauki i/lub pracy w wyniku NW – do 3.000 zł
- ✓ D12 – Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego wady wrodzonej serca – do 1.000 zł
- ✓ D13 – Koszty leczenia stomatologicznego w wyniku NW – do 1.000 zł
- ✓ D14 – Uciążliwe leczenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku – do 200 zł
- ✓ D15 – Assistance EDU PLUS – 5.000 zł
- ✓ D16 – TeleMedycyna – 5.000 zł
- ✓ D17 – Pakiet ONKO – 5.000 zł

- ✓ D18 – koszty leków – do 500 zł
- ✓ D19 – koszty pogrzebu Ubezpieczonego – do 5.000 zł
- ✓ D20 – Pakiet KLESZCZ i rozpoznanie boreliozy – do 1.500 zł
- ✓ D21 – koszty dostosowania mieszkania lub pojazdu po NW – do 10.000 zł
- ✓ D22 – koszty opłaconej wycieczki po NW – do 1.500 zł
- ✓ D23 – koszty opłaconego czesnego po śmierci opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie NW – do 2.500 zł
- ✓ D24 – opieka nad dzieckiem przebywającym w szpitalu – do 5.000 zł
- ✓ D25 – koszty leczenia po ekspozycji – do 5.000 zł
- ✓ D26 – e-Rehabilitacja – 5.000 zł
- ✓ D27 – Asysta Prawna – 500 zł



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- × rodzajów ryzyk określonych w Opcjach Dodatkowych rozszerzających zakres ubezpieczenia, jeżeli nie została za nie opłacona dodatkowa składka



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

InterRisk nie odpowiada w szczególności za szkody powstałe w następstwie lub w związku z:

- ! umyślnym popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego
- ! popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa lub samookaleczenia się przez Ubezpieczonego
- ! chorobami, lub uszkodzeniami ciała zdiagnozowanymi przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową
- ! chorobą zawodową, chorobą psychiczną
- ! uprawianiem sportów i aktywności wysokiego ryzyka przez Ubezpieczonego
- ! wyczynowym uprawianiem sportu, za wyjątkiem sytuacji gdzie Ubezpieczający rozszerzył zakres ubezpieczenia o wyczynowe uprawianie sportu
- ! operacją wtórną



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest przez 24 godziny na dobę na obszarze całego świata, za wyjątkiem: Opcji Dodatkowej D4 (pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku), Opcji Dodatkowej D5 (pobyt w szpitalu w wyniku choroby), Opcji Dodatkowej D7 (koszty operacji plastycznych w wyniku nieszczęśliwego wypadku), Opcji Dodatkowej D8 (operacje w wyniku nieszczęśliwego wypadku), Opcji Dodatkowej D9 (operacje w wyniku choroby), Opcji Dodatkowej D10 (koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku), Opcji Dodatkowej D11 (czasowa niezdolność Ubezpieczonego do nauki lub do pracy), Opcji Dodatkowej D13 (koszty leczenia stomatologicznego w wyniku NNW), Opcji Dodatkowej D14 (uciążliwe leczenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku) oraz Opcji Dodatkowej D15 (Assistance Edu Plus), Opcji Dodatkowej D18 (koszty leków), Opcji Dodatkowej D21 (dostosowanie mieszkania lub pojazdu po nieszczęśliwym wypadku), Opcji Dodatkowej D24 (opieka nad dzieckiem przebywającym w szpitalu), w ramach których ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest przez 24 godziny na dobę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a w przypadku Opcji Dodatkowej D27 (Asysta Prawna) ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana od poniedziałku do piątku w godzinach 9:00 – 17:00 i obejmuje wypadki ubezpieczeniowe zaistniałe w okresie ubezpieczenia i rozpoznawane na terenie Rzeczypospolitej Polskiej według prawa polskiego.



Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

- niezwłoczne zgłoszenie się do lekarza i zastosowania się do jego zaleceń, w razie powstania zdarzenia mogącego powodować odpowiedzialność InterRisk
- zawiadomienie InterRisk o zajściu zdarzenia
- poddanie się badaniu przez lekarza wskazanego przez InterRisk, jeżeli InterRisk zażądał takiego badania, celem rozpoznania zgłaszanych obrażeń ciała



Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składkę należy opłacić w wysokości, formie (gotówka lub przelew) i terminach określonych w umowie ubezpieczenia.



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Odpowiedzialność InterRisk z tytułu umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia wskazanego w umowie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, chyba że umówiono się inaczej; jednakże wobec Ubezpieczonego przystępującego do ubezpieczenia za pomocą środków komunikacji elektronicznej po upływie miesiąca od dnia wskazanego w umowie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, odpowiedzialność InterRisk rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty.

Odpowiedzialność InterRisk ustaje:

- 1) wraz z zakończeniem okresu ubezpieczenia;
- 2) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia;
- 3) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia za porozumieniem stron albo w wyniku jej wypowiedzenia;
- 4) w przypadku opłacenia składki w ratach – jeżeli po upływie terminu płatności raty InterRisk wezwie Ubezpieczającego do jej zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od daty otrzymania wezwania przez Ubezpieczającego spowoduje ustanie odpowiedzialności InterRisk, a kolejna rata składki nie zostanie opłacona w tym terminie – z dniem upływu tego terminu;
- 5) wobec Ubezpieczonego – z dniem wyczerpaniem sumy ubezpieczenia wskutek wypłacenia świadczenia lub świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia lub górnej granicy odpowiedzialności;
- 6) wobec Ubezpieczonego – z dniem jego zgonu;
- 7) wobec Ubezpieczonego w umowie ubezpieczenia grupowego – z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym InterRisk otrzymał oświadczenie o wystąpieniu Ubezpieczonego z ubezpieczenia.



Jak rozwiązać umowę?

Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres dłuższy niż sześć miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.

Konsument, który zawarł na odległość umowę ubezpieczenia, może od niej odstąpić bez podania przyczyn, składając oświadczenie na piśmie, w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane. W przypadku odstąpienia przez konsumenta od umowy ubezpieczenia InterRisk przysługuje wyłącznie część składki obliczonej proporcjonalnie za każdy dzień udzielania przez InterRisk ochrony ubezpieczeniowej.

Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA EDU PLUS

SPIS TREŚCI

Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej	rewers str. 1
POSTANOWIENIA POCZĄTKOWE	1
DEFINICJE	1
PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA	5
ZAKRES UBEZPIECZENIA	5
WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	6
RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ W OPCJI PODSTAWOWEJ	7
RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ W OPCJI PODSTAWOWEJ PLUS	7
RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ W OPCJI OCHRONA	8
RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ W OPCJI OCHRONA PLUS	9
RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ W OPCJI PROGRESJA	11
OPCJA DODATKOWA D27 – ASYSTA PRAWNA	15

POSTANOWIENIA POCZĄTKOWE

51

- Ogólne warunki ubezpieczenia EDU PLUS, zwane dalej „OWU” mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przez InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółkę Akcyjną Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, ul. Noakowskiego 22, wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000054136, prowadzącą działalność ubezpieczeniową i reasekuracyjną w oparciu o zezwolenie Ministra Finansów DU/905/A/KP/93 z 5 listopada 1993 r. zwaną dalej „InterRisk” z osobami fizycznymi, osobami prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi nie będącymi osobami prawnymi, którym ustawa przyznaje zdolność prawną.
- Umowę ubezpieczenia można zawrzeć także na cudzy rachunek, z tym że Ubezpieczony imiennie wskazany jest w umowie ubezpieczenia lub też w zależności od rodzaju zawartej umowy ubezpieczenia nie jest wskazany w umowie ubezpieczenia.
- Strony mogą wprowadzić do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne. Różnice między OWU, a treścią umowy ubezpieczenia InterRisk przedstawi Ubezpieczającemu na piśmie przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
- Do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa polskiego, w tym przepisy kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

CO OZNACZAJĄ OKREŚLENIA UŻYTE W OWU? DEFINICJE

52

Poniższe pojęcia użyte w OWU oraz innych dokumentach dotyczących zawarcia lub wykonywania umowy ubezpieczenia mają następujące znaczenie:

- akty terroru** – nielegalne działania i akcje organizowane z pobudek ideologicznych, religijnych, politycznych lub społecznych, indywidualne lub grupowe, prowadzone przez osoby działające samodzielnie lub na rzecz bądź z ramienia jakiegokolwiek organizacji lub rządu, skierowane przeciwko osobom, obiektom lub społeczeństwu, mające na celu wywarciu wpływu na rząd, wprowadzenie chaosu, zastraszenie ludności i dezorganizację życia publicznego przy użyciu przemocy lub groźby użycia przemocy;
- anemia aplastyczna** – niewydolność szpiku kostnego, rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako kod: D60-D61;
- aplikacja** – w ubezpieczeniu pomocy informatycznej w ramach Opcji DODATKOWEJ D15 (Assistance EDU PLUS) oprogramowanie komputerowe udostępnione Ubezpieczonemu przez serwis informatyczny wskazany przez InterRisk, które jest instalowane na urządzeniu należącym do Ubezpieczonemu, celem realizacji zdalnego i bezpiecznego wsparcia informatycznego;
- badania diagnostyczne po ekspozycji** – przeprowadzone u Ubezpieczonemu badania na obecność wirusa HIV lub WZW po ekspozycji;
- bąblowica** – choroba rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: B67;
- borelioza** – choroba rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: A69.2;
- Centrum Assistance** – jednostka organizacyjna wskazana przez InterRisk (adres, numer telefonu podawany jest w umowie ubezpieczenia), która na zlecenie InterRisk organizuje świadczenia assistance – Assistance EDU PLUS;
- Centrum ONKO** – jednostka organizacyjna wskazana przez InterRisk (szczegółowe dane podane są w OWU), która na zlecenie InterRisk organizuje usługi objęte Pakietem ONKO;
- Centrum TeleMedycyny** – jednostka organizacyjna wskazana przez InterRisk (szczegółowe dane podane są w OWU), która na zlecenie InterRisk organizuje świadczenia TeleMedycyny;
- Centrum e-Rehabilitacji** – jednostka organizacyjna wskazana przez InterRisk (adres, numer telefonu podawany jest w umowie ubezpieczenia), która na zlecenie InterRisk organizuje świadczenia zdrowotne w ramach e-Rehabilitacji;
- choroba** – zaburzenia w funkcjonowaniu narządów lub organów ciała Ubezpieczonemu, niezależnie od niczyjej woli, co do których lekarz może postawić diagnozę, wymagające leczenia lub diagnostyki;
- choroba psychiczna** – zgodnie z diagnozą lekarza prowadzącego leczenie choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania jako kod ICD: F00-F99;
- choroba zawodowa** – choroba znajdująca się w wykazie chorób stanowiącym załącznik do

SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY	16
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	17
POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI INTERRISK	17
ODSTĄPIENIE, WYPYWI EDZENIE I WYSTĄPIENIE Z UMOWY UBEZPIECZENIA	17
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA	17
PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY UBEZPIECZENIA	18
ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA. USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA	18
POSTANOWIENIA MAJĄCE ZASTOSOWANIE DO UMÓW UBEZPIECZENIA ZAWARTYCH NA ODLEGŁOŚĆ W ROZUMIENIU USTAWY O PRAWACH KONSUMENTA	20
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	20
Załącznik nr 1 – TABELA NORM USZCZERBKU NA ZDROWIU EDU PLUS	21
Załącznik nr 2 – WYMOGI TECHNICZNE URZĄDZEŃ UMOŻLIWIĄJĄCYCH KOMUNIKACJĘ W CELU SKORZYSTANIA PRZEZ UBEZPIECZONEGO Z E-KONSULTACJI	22

rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie chorób zawodowych w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;

- choroby autoimmunologiczne** – schorzenia w przebiegu których układ odpornościowy wytwarza przeciwciała skierowane przeciwko własnym tkankom, co wywołuje chroniczne zapalenie i ich trwałe uszkodzenia. Niezbędne jest wystąpienie podwyższonego ponad normę miana przeciwciał oraz wystąpienie co najmniej jednego objawu klinicznego charakterystycznych dla danego zespołu chorobowego;
- cukrzyca typu I** – choroba rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: E10;
- czasowa niezdolność Ubezpieczonemu do nauki lub do pracy** – czasowa utrata zdolności do wykonywania pracy przez Ubezpieczonemu lub uczęszczania na zajęcia lekcyjne powstała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, udokumentowana:
 - kopią zaświadczenia lekarskiego/wydrukiem zaświadczenia lekarskiego wystawionego zgodnie z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie trybu i sposobu orzekania o czasowej niezdolności do pracy, wystawiania zaświadczenia lekarskiego oraz trybu i sposobu sprostowania błędów w zaświadczeniu lekarskim w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę lub placówkę medyczną, która wystawiła ww. zaświadczenie oraz zaświadczeniem stwierdzającym zatrudnienie – w przypadku Ubezpieczonemu będącego pracownikiem placówki oświatowej, chyba że Ubezpieczonemu nie mógł go uzyskać z przyczyn od siebie niezależnych,
 - zaświadczeniem lekarskim/wydrukiem zaświadczenia lekarskiego potwierdzającym okres niezdolności do nauki i zaświadczeniem ze szkoły potwierdzającym nieobecność na zajęciach lekcyjnych – w przypadku Ubezpieczonemu będącego dzieckiem lub uczniem uczęszczającym do placówki oświatowej;
- czesne** – opłata za naukę Ubezpieczonemu;
- droga publiczna** – droga w rozumieniu art. 1 ustawy o drogach publicznych w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;
- Druga Opinia Lekarska Krajowa** – jednorazowe świadczenie realizowane za pośrednictwem Centrum ONKO, polegające na przygotowaniu dla Ubezpieczonemu opinii Lekarska Konsultanta na temat jednej z rodzajów Poważnych Chorób wymienionych w Pakiecie ONKO, na podstawie przesłanej przez Ubezpieczonemu do Centrum ONKO dokumentacji medycznej Poważnej Choroby z Pakietu ONKO, która została u niego rozpoznana po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. W ramach Drugiej Opinii Lekarskiej Krajowej InterRisk za pośrednictwem Centrum ONKO zorganizuje i pokryje koszt:
 - udzielenia Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej umożliwiającej wydanie Drugiej Opinii Lekarskiej Krajowej;
 - przygotowania Drugiej Opinii Lekarskiej Krajowej przez Lekarska Konsultanta;
 - udostępnienia Drugiej Opinii Lekarskiej Krajowej Ubezpieczonemu;
- dziecko** – każde dziecko własne Ubezpieczającego lub dziecko w pełni, bądź nie w pełni przez niego przysposobione, w wieku do 18 lat, a w przypadku uczęszczania do szkoły publicznej lub niepublicznej (w tym uczelni wyższej), znajdującej się na terenie Rzeczypospolitej Polski, w trybie dziennym, zaocznym lub wieczorowym, w rozumieniu ustawy o systemie oświaty w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia oraz ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, z wyłączeniem kursów oraz kształcenia korespondencyjnego – w wieku do 25 lat;
- dzień pobytu w szpitalu** – pobyt na oddziale szpitalnym trwający co najmniej jeden dzień, służący przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia Ubezpieczonemu, spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą. Dzień przyjęcia Ubezpieczonemu do szpitala i dzień wypisu ze szpitala, w przypadku wypłaty świadczenia, liczone są oddzielnie jako pełne dni pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem, że jeśli dzień przyjęcia Ubezpieczonemu do szpitala i dzień wypisu ze szpitala nastąpiły w tym samym dniu, liczone są one jako jeden dzień pobytu w szpitalu;
- E-konsultacja** – świadczenia TeleMedycyny organizowane przez Centrum TeleMedycyny na zlecenie InterRisk, realizowane w formie:
 - czatu internetowego – wymiany krótkich wiadomości tekstowych,
 - telekonferencji – przekazu audio,
 - wideokonferencji – przekazu audiowizualnego.

E-konsultacja trwa maksimum 15 minut;
- e-Rehabilitacja** – świadczenia zdrowotne, w organizacji których pośredniczy Centrum e-Rehabilitacji na zlecenie InterRisk, realizowane w domu lub w Centrum e-Rehabilitacji pod oso-

**Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy
o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej**

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§2, §3 §4, §6, §7, §8, §9, §10, §11, §12, §16, §17, §18 ust. 10-12, §20, §21, §22
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§5, §8 pkt 4 lit. d, §8 pkt 6 lit. b, §8 pkt 8 lit. d, §9 pkt 9 lit. a, §9 pkt 10 lit. d, §12, §13, §19 ust. 4 OWU
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącone ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

bistym nadzorem i zgodnie z zaleceniami fizjoterapeuty albo w domu pod zdalnym nadzorem fizjoterapeuty wykonywanym za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, które umożliwiają przesyłanie obrazu oraz dźwięku (wideokonferencji);

- 24) **ekspozycja** – narażenie na zakażenie wirusem HIV lub zakażenie wirusem WZW Ubezpieczonego zdobywającego – zgodnie z ustawą o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia – kwalifikacje do wykonywania zawodu medycznego;
- 25) **jednorazowe świadczenie** – świadczenie wypłacane Ubezpieczonemu z tytułu ubezpieczenia, w ramach którego odpowiedzialność InterRisk jest ograniczona do jednego zdarzenia w okresie ubezpieczenia;
- 26) **kolarstwo górskie** – forma kolarstwa uprawianego za pomocą rowerów górskich w trudnym terenie: górskim, leśnym poza wyznaczonymi szlakami turystycznymi dla rowerów oraz na specjalnie wyznaczonych torach rowerowych obfitujących w liczne naturalne lub sztuczne przeszkody (muldy, koleiny, ostre wiraże, skocznie);
- 27) **konsultacje specjalistyczne po ekspozycji** – przeprowadzone przez Ubezpieczonego z lekarzem konsultacja po ekspozycji;
- 28) **koszty leczenia** – poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane koszty z tytułu:
- wizyt lekarskich z wyłączeniem wizyt stomatologicznych,
 - zabiegów ambulatoryjnych,
 - badń zleconych przez lekarza prowadzącego leczenie,
 - pobytu w szpitalu,
 - operacji, za wyjątkiem operacji plastycznych,
 - zakupu środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza,
 - rehabilitacji zleconej przez lekarza prowadzącego leczenie;
- 29) **koszty leczenia po ekspozycji** – poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od daty ekspozycji, niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane koszty z tytułu:
- konsultacji specjalistycznych po ekspozycji,
 - badń diagnostycznych po ekspozycji,
 - profilaktyki lekowej po ekspozycji;
- 30) **koszty pogrzebu** – poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, udokumentowane koszty pogrzebu lub kremacji powstałe w wyniku śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Kosztami pogrzebu są koszty: zakupu trumny lub urny; przygotowania ciała zmarłego do pogrzebu lub kremacji; transportu zwłok na terenie Rzeczypospolitej Polskiej do miejsca pogrzebu lub kremacji, zakupu i montażu nagrobka, zakupu wieńców, kwiatów, organizacji ostatniego pożegnania (konsolacji). Definicja kosztów pogrzebu nie obejmuje: opłat i datków wniesionych na rzecz jakiegokolwiek kościoła, kosztów zakupu odzieży dla zmarłego, kosztów zakupu odzieży żałobnej dla członków rodziny, kosztów zakupu miejsca pochówku;
- 31) **lekarz** – osoba posiadająca formalnie potwierdzone kwalifikacje zgodnie z wymogami prawa obowiązującego w kraju, w którym świadczy usługi, wykonująca zawód w zakresie swoich uprawnień i kwalifikacji, niebędąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub osobą bliską dla Ubezpieczonego;
- 32) **lekarz Centrum Assistance** – lekarz zatrudniony lub współpracujący z Centrum Assistance;
- 33) **lekarz konsultant** – lekarz wydający w ramach Pakietu ONKO Drugą Opinię Lekarską Krajową oraz udzielający Telekonsultacji lekarskich specjalistycznych, będący chirurgiem, nefrologiem, kardiologiem, endokrynologiem, reumatologiem, specjalistą chorób zakaźnych, onkologiem. Wybór Lekarza Konsultanta dla Ubezpieczonego będzie dokonywany przez Centrum ONKO, z uwzględnieniem specyfiki jednej z Poważnych Chorób Ubezpieczonego wymienionych w Pakiecie ONKO;
- 34) **materiały wybuchowe** – substancje chemiczne stałe lub ciekłe albo mieszaniny substancji zdolne do reakcji chemicznej z wytworzeniem gazu o takiej temperaturze i ciśnieniu i z taką szybkością, że mogą powodować zniszczenia w otaczającym środowisku, a także wyroby wypełnione materiałem wybuchowym w rozumieniu ustawy o wykonywaniu działalności gospodarczej w zakresie wytworzenia i obrotu materiałami wybuchowymi, bronią, amunicją oraz wyrobami i technologią o przeznaczeniu wojskowym i policyjnym w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, a także ustawy o materiałach wybuchowych przeznaczonych do użytku cywilnego w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia. Za materiały wybuchowe nie uważa się amunicji do broni palnej używanej wyłącznie pod nadzorem instruktora na strzelnicy sportowej lub wojskowej;
- 35) **nieszczęśliwy wypadek** – nagle 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 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 1) lit. h), pkt 2) lit. k) oraz pkt 3) lit. g);
- 36) **niewydolność nerek** – choroba, w której dochodzi do upośledzenia funkcji nerek i ograniczenia współczynnika przesączania kłębuszkowego poniżej 60 ml/min/1.73m² powierzchni ciała, rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: N17-N18.9;
- 37) **niewydolność serca** – choroba rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: I50 oraz w której funkcjonowanie serca upośledza zdolność do zapewnienia wystarczającego przepływu krwi zgodnie z zapotrzebowaniem organizmu. Prezentując przy tym objawy kliniczne, zawarte w III i IV klasie wg Skala NYHA;

Skala NYHA:

III	Chorzy ze znacznie ograniczoną aktywnością, wskutek pojawiania się dolegliwości przy małych wysiłkach, takich jak mycie lub ubieranie się. Dolegliwości w spoczynku nie występują.
IV	Chorzy, u których najmniejszy wysiłek powoduje pojawienie się zmęczenia, duszności, kołatania serca lub bólu dławicowego, a dolegliwości pojawiają się także w spoczynku.

- 38) **nowotwór złośliwy** – choroba rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: C00-C97, za wyjątkiem chorób zakwalifikowanych jako kod: C76-C80 oraz nowotworu nieinwazyjnego (carcinoma in situ);
- 39) **odmrożenie** – uszkodzenie skóry, powstałe w wyniku działania niskiej temperatury. Stopień odmrożenia określany jest w dokumentacji medycznej przez lekarza zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10;
- 40) **odpady radioaktywne** – odpady promieniotwórcze: stałe, ciekłe lub gazowe, zawierające substancje promieniotwórcze;
- 41) **oparzenie** – uszkodzenie skóry, powstałe w wyniku działania ciepła, żrących substancji chemicznych (stałych, płynnych, gazowych) prądu elektrycznego, promieni słonecznych – UV, promieniowania (RTG, UV i innych czynników promieniotwórczych), wysokiej temperatury. Stopień oparzenia określany jest w dokumentacji medycznej przez lekarza zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10;
- 42) **operacja** – inwazyjny zabieg chirurgiczny, wykonany w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, przez uprawnionego lekarza o specjalności zabiegowej, przeprowadzony podczas co najmniej trzydniowego pobytu w szpitalu w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego narządu lub organu. Operacją, w rozumieniu OWU, nie jest: zabieg przeprowadzony w celach diagnostycznych, inwazyjny zabieg chirurgiczny niewymagający co najmniej trzydniowego pobytu w szpitalu oraz zabieg niewynikający ze wskazań medycznych;
- 43) **operacja plastyczna** – operacja mająca na celu usunięcie oszpeceń lub okaleczeń Ubezpieczonego, powstałych wskutek nieszczęśliwego wypadku, zalecona przez lekarza prowadzącego leczenie jako niezbędna część procesu leczenia;
- 44) **operacja wtórna** – każda następna operacja związana przyczynowo z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą;
- 45) **opiekun prawny** – osoba sprawująca opiekę nad Ubezpieczonym ustanowiona przez sąd opiekuńczy zgodnie z przepisami kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;
- 46) **osoby bliskie** – małżonek, dzieci, partner, rodzeństwo, matka, ojciec, ojczym, macocha, pasierb, pasierbica, teściowie, zięciowie, synowie, przysposabiający i przysposobieni Ubezpieczonego, opiekunowie ustanowieni przez sąd opiekuńczy;
- 47) **padaczka** – choroba rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako kod G40-G40.9;
- 48) **Pakiet ONKO** – świadczone przez InterRisk za pośrednictwem Centrum ONKO usługi obejmujące Drugą Opinię Lekarską Krajową oraz Telekonsultacje lekarskie specjalistyczne, pod warunkiem rozpoznania u Ubezpieczonego po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej jednej z następujących rodzajów Poważnych Chorób: nowotworu złośliwego, cukrzycy typu I, niewydolności serca, niewydolności nerek, choroby autoimmunologicznej, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych;
- 49) **pandemia** – epidemia danej choroby zakaźnej występująca w tym samym czasie w różnych krajach i na różnych kontynentach, w rozumieniu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO);
- 50) **paraliż** – całkowita, nieodwracalna utrata funkcji ruchowej co najmniej dwóch kończyn. Choroba rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: G81 – G83.0;
- 51) **partner** – osoba fizyczna, pozostająca z Ubezpieczonym w związku pozamałżeńskim, niepozostająca z Ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa, ani przysposobienia, zamieszkująca pod tym samym adresem przez okres co najmniej dwóch lat, pod warunkiem, iż Ubezpieczony oraz partner nie pozostają w związku małżeńskim z innymi osobami;
- 52) **placówka oświatowa** – żłobek lub klub dziecka, w rozumieniu ustawy o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, oraz przedszkole, szkoła, placówka oświatowo-wychowawcza, placówka kształcenia ustawicznego, placówka kształcenia praktycznego, ośrodek kształcenia i doskonalenia zawodowego, placówka artystyczna, w rozumieniu ustawy o systemie oświaty w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 53) **pobyt w szpitalu** – pobyt Ubezpieczonego na oddziale szpitalnym służący przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia Ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą. 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;
- 54) **podmiot wykonujący działalność leczniczą** – podmiot leczniczy oraz praktyka zawodowa, w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 55) **pogryzienie** – uszkodzenie ciała wskutek pogryzienia przez psa;
- 56) **pojazd** – w rozumieniu OWU, wyłącznie na potrzeby ubezpieczenia śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego (Opcja Dodatkowa D1), o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 1) OWU za pojazd uznaje się wyłącznie: samochód osobowy, samochód ciężarowy, autobus, pociąg, tramwaj, trolejbus, metro;
- 57) **pokąsanie** – uszkodzenie ciała przez zwierzęta inne niż psy lub owady;

- 58) **poliomyelitis** – infekcja wywołana wirusem polio, której skutkiem jest paraliż mięśni oddechowych lub mięśni kończyn lub zajęcie ośrodka oddechowego w pniu mózgu, z trwałym następstwem w postaci nasilonego niedowładu lub paraliżu. Choroba rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: A80 lub B91;
- 59) **Poważna Choroba** – wyłącznie poniżej wymienione choroby, które zostały rozpoznane po raz pierwszy w trakcie okresu ubezpieczenia: nowotwór złośliwy, paraliż, niewydolność nerek, poliomyelitis, utrata wzroku, utrata mowy, utrata słuchu, anemia aplastyczna, stwardnienie rozsiane, cukrzyca typu I, niewydolność serca, choroby autoimmunologiczne, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Za Poważną Chorobę uważa się również transplantację głównych organów;
- 60) **pozostawanie pod wpływem alkoholu** – działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi od 0,2 ‰ alkoholu we krwi lub od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³ w wydychanym powietrzu;
- 61) **praca zawodowa** – forma świadczenia pracy lub usług za wynagrodzeniem w ramach stosunku pracy, na podstawie umowy cywilnoprawnej, stosunku służbowego o charakterze administracyjno-prawnym lub w zakresie wykonywania działalności gospodarczej we własnym imieniu;
- 62) **profilaktyka lekowa po ekspozycji** – przeprowadzone u Ubezpieczonego leczenie profilaktyczne lekami antyretrowirusowymi po ekspozycji;
- 63) **przekwalifikowanie zawodowe osób niepełnosprawnych** – przeszkolenie zawodowe osoby, w stosunku do której Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub powiatowy (wojewódzki) zespół ds. orzekania o niepełnosprawności orzekł celowość przekwalifikowania zawodowego ze względu na niezdolność do pracy Ubezpieczonego w jego dotychczas wykonywanym zawodzie;
- 64) **rana** – przerwanie ciągłości powłoki ciała w wyniku działania ostrego lub tępego przedmiotu, prowadzące do liniowego lub nieregulowanego uszkodzenia tkanki, powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku. W rozumieniu OWU za rany nie uważa się ran związanych z leczeniem operacyjnym Ubezpieczonego;
- 65) **rekreacyjne uprawianie sportu** – podejmowana dobrowolnie, nie w celach zarobkowych, forma aktywności fizycznej Ubezpieczonego polegająca na uprawianiu sportu w celu odpoczynku lub rozrywki, niezwiązana z uczestnictwem w treningach, zawodach, zgrupowaniach i obozach kondycyjnych lub szkoleniowych organizowanych przez kluby, związki, organizacje sportowe, wykonywana w czasie wolnym od pracy/nauki;
- 66) **rehabilitacja** – zlecone przez lekarza prowadzącego leczenie specjalistyczne zabiegi udzielane przez osoby uprawnione do udzielania w/w świadczeń, mające na celu wyłączenie lub zmniejszenie dysfunkcji narządów, a także przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej, utraconej w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 67) **rodzic Ubezpieczonego** – ojciec lub matka Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów kodeksu rodzinnego i opiekuńczego w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 68) **ruch pojazdu** – sytuacje, gdy pojazd porusza się wskutek pracy silnika lub siłą bezwładności;
- 69) **sepsa** – rozpoznany przez lekarza zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej (SIRS) wywołanej zakażeniem, spowodowanym obecnością drobnoustrojów i ich toksycznych produktów we krwi, potwierdzony posiewem krwi;
- 70) **sporty i aktywności wysokiego ryzyka** – highlining, slacklining, speedrower, airsoft, bouldering, wspinaczka skalna, wspinaczka lodowa, taternictwo, alpinizm, himalaizm, skialpinizm, trekking, zjazdy ekstremalne na nartach, freestyle, freeride, snowboarding wysokogórski, snowboarding prędkościowy, skoki i ewolucje narciarskie i snowboardowe, rafting, canyoning, hydrospeed, kajakarstwo górskie, szybownictwo, spadochroniarstwo, lotniarstwo, parolotniarstwo, motolotniarstwo, baloniarstwo, pilotowanie samolotów lub śmigłowców, zorbing, skoki z/na bungee, nurkowanie, parkour, freerun, buggykitting, windsurfing, jazda quadami, kitesurfing, żegluga poza wodami terytorialnymi w odległości powyżej 12 mil morskich od brzegu, kolarstwo ekstremalne, kolarstwo górskie, jeździectwo, speleologia, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe, rajdy pojazdów lądowych, wodnych lub powietrznych, heliskiing, heliboarding, freefall, downhill, b.a.s.e. jumping, dream jumping oraz zjazdy na nartach lub snowboardzie poza wyznaczonymi trasami, jazda na nartach wodnych, skeleton, bojery, biathlon, jazda skibobem oraz sporty, w których wykorzystywane są pojazdy przeznaczane do poruszania się po śniegu lub lodzie;
- 71) **stwardnienie rozsiane** – choroba charakteryzująca się demielinizacją włókien nerwowych w obrębie mózgu i rdzenia kręgowego, rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: G35;
- 72) **substancja psychotropowa** – każda substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie substancji psychotropowych stanowiącym załącznik nr 2 do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 73) **szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w postaci świadczeń szpitalnych w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 74) **środek odurzający** – substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie stanowiącym załącznik nr 1 do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 75) **środek zastępczy** – substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w każdym stanie fizycznym lub produkt, roślina, grzyb lub ich część, zawierające taką substancję, używane zamiast środka odurzającego lub substancji psychotropowej lub w takich samych celach jak środek odurzający lub substancja psychotropowa, których wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulowane na podstawie przepisów odrębnych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 76) **świadczenie** – kwota pieniężna wypłacana Ubezpieczonemu, a w przypadku śmierci Ubezpieczonego kwota pieniężna wypłacana Uprawnionemu przez InterRisk w przypadku uznania roszczenia powstałego w wyniku zajścia zdarzenia, które jest objęte ochroną ubezpieczeniową;
- 77) **świadczenia szpitalne** – świadczenia w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia wykonywane całą dobą, kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych;
- 78) **świadczenie TeleMedycyny** – świadczenie zdrowotne w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia realizowane przez lekarza internistę, pediatrę lub dietetyka za pomocą systemów teleinformatycznych lub systemów łączności;
- 79) **Telekonsultacje lekarskie specjalistyczne** – przysługujące Ubezpieczonemu w ramach Pakietu ONKO świadczenie zdrowotne w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia realizowane przez Lekarza Konsultanta za pomocą systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, pod warunkiem rozpoznania Ubezpieczonego po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej jednej z rodzajów Poważnych Chorób z Pakietu ONKO. W ramach Telekonsultacji lekarskich specjalistycznych InterRisk za pośrednictwem Centrum ONKO zorganizuje i pokryje koszt 12 takich telekonsultacji, z zastrzeżeniem, że pomiędzy dwoma następującymi po sobie telekonsultacjami musi nastąpić minimum 12 godzinna przerwa. Koszty połączeń Ubezpieczony ponosi we własnym zakresie;
- 80) **toksoplazmoza** – choroba rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: B58;
- 81) **transplantacja głównych organów** – przebieg jako biorca operacji przeszczepu serca, serca i płuc, wątroby lub jej części, nerki lub przeszczepu szpiku kostnego;
- 82) **trekking** – forma turystyki pieszej, uprawiana w trudnych warunkach terenowych i klimatycznych: rzecznych, bagiennych, na wulkanach, pustyniach, terenach tropikalnych, lodowcach, górach powyżej wysokości 1 500 n.p.m. lub poza wyznaczonymi górskimi szlakami turystycznymi;
- 83) **trwale inwalidztwo częściowe** – uszkodzenia ciała, wymienione w TABELI nr 1 w §8 pkt 4), a także w TABELI nr 4 w §9 pkt 9) powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 84) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna albo jednostka organizacyjna nie będąca osobą prawną, której ustawa przyznaje zdolność prawną, zawierająca umowę ubezpieczenia z InterRisk na rachunek Ubezpieczonych lub w przypadku gdy Ubezpieczający ukończył 18 rok życia i spełnia definicję dziecka określoną w OWU – na rachunek własny, zobowiązana do opłacenia składki ubezpieczeniowej;
- 85) **ubezpieczenie grupowe** – umowa ubezpieczenia zawierana na rachunek osób fizycznych, przy czym minimalna grupa osób przystępujących do ubezpieczenia wynosi co najmniej 3 osoby, a w przypadku rozszerzenia Opcji Podstawowej, Opcji Podstawowej Plus, Opcji Ochrona, Opcji Ochrona Plus lub Opcji Progresa o Opcje Dodatkowe (D1-D27), o których mowa w §11, §12 minimalna grupa osób przystępujących do ubezpieczenia wynosi co najmniej 5 osób;
- 86) **ubezpieczenie indywidualne** – umowa ubezpieczenia zawierana przez Ubezpieczającego będącego osobą fizyczną na rachunek dziecka lub w przypadku gdy Ubezpieczający ukończył 18 rok życia i spełnia definicję dziecka określoną w OWU, na rachunek własny;
- 87) **ubezpieczenie rodzinne** – umowa ubezpieczenia zawierana przez Ubezpieczającego będącego osobą fizyczną na rachunek dzieci, przy czym minimalna liczba osób objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach w/w umowy ubezpieczenia wynosi co najmniej 2 osoby;
- 88) **Ubezpieczony** – w ramach Opcji Podstawowej, Opcji Podstawowej Plus, Opcji Ochrona, Opcji Ochrona Plus lub Opcji Progresa oraz w ramach Opcji Dodatkowych (D1-D26) – osoba fizyczna, która w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyła 65 lat, na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia, a w ramach Opcji Dodatkowej D27 (Asysta Prawna) – osoba fizyczna, która w dniu przystąpienia do ubezpieczenia jest dzieckiem w rozumieniu OWU, na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia;
- 89) **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 trwałego inwalidztwa częściowego, złamania kości, ran ciętych lub szarpanych, urazów narządów ruchu, wstrząśnienia mózgu, ale przebieg leczenia spowodował czasową niezdolność Ubezpieczonego do nauki lub do pracy przez okres nie krótszy niż 10 dni;
- 90) **udar mózgu** – rozpoznany przez lekarza i zakwalifikowany w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: I60-I64;
- 91) **ukąszenie** – naruszenie tkanki skóry przez owada;
- 92) **Uprawniony** – podmiot wskazany przez Ubezpieczonego a w przypadku osób niepełnoletnich przez przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku. W przypadku niewyznaczenia Uprawnionego, w razie śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, za Uprawnionego uważa się członków najbliższej rodziny Ubezpieczonego według następującej kolejności i udziałów:
- współmałżonek Ubezpieczonego (w całości), z zastrzeżeniem że przed śmiercią Ubezpieczonego nie została orzeczona separacja. W przypadku orzeczonej separacji świadczenie nie jest wypłacane współmałżonkowi Ubezpieczonego,
 - dzieci Ubezpieczonego (w częściach równych),
 - rodzice Ubezpieczonego (w częściach równych) albo opiekunowie prawni (w częściach równych) sprawujący opiekę w momencie śmierci Ubezpieczonego,
 - pozostali członkowie najbliższej rodziny Ubezpieczonego będący spadkobiercami Ubezpieczonego (w częściach równych);
- 93) **uraz narządu ruchu** – powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku uraz narządu ruchu, w wyniku którego nie nastąpiło złamanie kości, ale zgodnie z zaleceniem lekarza

narząd ruchu został unieruchomiony z zastosowaniem środka medycznego (gipsu, gipsu syntetycznego (lekkiego), szyny, gorsetu, kołnierza ortopedycznego, stabilizatora, ortezu, turtora gipsowego, kamizelki ortopedycznej);

**JAKĄ OCHRONĘ ZAPEWNIĄ UBEZPIECZENIE?
PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA**

§3

- 94) **urządzenie** – w ubezpieczeniu pomocy informatycznej w ramach Opcji Dodatkowej D15 (Assistance EDU PLUS) nieszkodzony i używany zgodnie z przeznaczeniem:
- sprzęt komputerowy – stacjonarna stacja komputerowa lub notebook, na którym może zostać zainstalowana aplikacja;
 - kompatybilne ze sprzętem komputerowym urządzenia peryferyjne: skaner, monitor, klawiatura, drukarka;
 - podpięte pod sprzęt komputerowy: router, tablet lub smartphone;
- 95) **uszczerbek na zdrowiu** – naruszenie sprawności organizmu powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku, polegające na trwałym, nierokującym poprawy w świetle aktualnego stanu wiedzy medycznej, uszkodzeniu danego organu, narządu lub układu;
- 96) **utrata mowy** – rozpoznana przez lekarza całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy, oznaczająca niemożność artikulowania zrozumiałych słów lub zrozumiale mówionego języka, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy;
- 97) **utrata słuchu** – rozpoznana przez lekarza całkowita i nieodwracalna utrata słuchu dla wszystkich dźwięków jako następstwo choroby lub nieszczęśliwego wypadku, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy;
- 98) **utrata wzroku** – rozpoznana przez lekarza całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach (VO=0, z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji) powstała w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem, że o trwałości schorzenia orzeka się po upływie co najmniej 6 miesięcy od daty jego wystąpienia;
- 99) **wada wrodzona** – nieprawidłowość anatomiczna zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe (kod ICD: Q00-Q99);
- 100) **wścieklizna** – choroba rozpoznana przez lekarza i zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: A82;
- 101) **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:
- poprzez uczestniczenie w treningach, zawodach, zgrupowaniach i obozach kondycyjnych lub szkoleniowych w ramach pozaszkolnych klubów, związków i organizacji sportowych,
 - podczas zajęć wychowania fizycznego odbywających się w ramach obowiązującego planu lekcji w szkołach sportowych,
 - 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 OWU za wyczynowe uprawianie sportu nie uważa się aktywności fizycznej Ubezpieczonego polegającej na:
- uczestniczeniu w treningach, zawodach, zgrupowaniach i obozach kondycyjnych lub szkoleniowych w ramach szkolnych (uczniowskich) klubów sportowych,
 - uprawianiu sportu podczas zajęć wychowania fizycznego (również w klasach sportowych) odbywających się w ramach obowiązującego planu lekcji, za wyjątkiem sytuacji, gdy Ubezpieczony jest uczniem szkoły sportowej,
 - udziale Ubezpieczonego w zawodach wewnątrzszkolnych lub międzyszkolnych, za wyjątkiem sytuacji, gdy Ubezpieczony jest uczniem szkoły sportowej,
 - rekreacyjnym uprawianiu sportu;
- 102) **wypadek komunikacyjny** – nagłe zdarzenie wywołane ruchem pojazdu, na skutek którego Ubezpieczony, będący pasażerem pojazdu, pieszym lub osobą kierującą pojazdem, niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł;
- 103) **wyroby medyczne wydawane na zlecenie** – wyłącznie wyroby medyczne wydawane na zlecenie wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 104) **zakażenie wirusem HIV** – rozpoznane przez lekarza i zakwalifikowane w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: B20-B24 zakażenie wirusem HIV, które nastąpiło wyłącznie w wyniku transfuzji krwi lub w związku z wykonywanym zawodem;
- 105) **zakażenie wirusem WZW** – rozpoznane przez lekarza na podstawie przeprowadzonych badań – zaśłócenie powłok skórnych i błon śluzowych, podwyższone parametry AspAT, AlAT, obecność antygeny HBs i antygeny HBe;
- 106) **zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** – choroba rozpoznana przez lekarza, wywołana przez wirusy i bakterie, powodująca stan zapalny, potwierdzony badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego, obejmujący: oponę miękką, oponę pajęczą oraz przestrzeń podpajęczynówkową, zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: G00-G05;
- 107) **zatrucie pokarmowe** – ostre zaburzenie żołądkowo-jelitowe, wynikające ze spożycia pokarmu lub przyjęcia płynów zawierających czynniki szkodliwe, charakteryzujące się biegunką lub wymiotami. Za zatrucie pokarmowe nie uważa się zatrucia spowodowanego przyjęciem środków odurzających, środków zastępczych, substancji psychotropowych oraz alkoholu;
- 108) **zawał serca** – rozpoznany przez lekarza i zakwalifikowany w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: I21-I22;
- 109) **złamanie** – przerwanie ciągłości tkanki kostnej stwierdzone przez lekarza;
- 110) **zwichnięcie nawykowe** – co najmniej trzecie już zwichnięcie tego samego stawu.

- Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej lub choroby i ich następstwa, które zostały rozpoznane w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
- Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest przez 24 godziny na dobę na obszarze całego świata, za wyjątkiem: Opcji Dodatkowej D4 (pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku), Opcji Dodatkowej D5 (pobyt w szpitalu w wyniku choroby), Opcji Dodatkowej D7 (koszty operacji plastycznych w wyniku nieszczęśliwego wypadku), Opcji Dodatkowej D8 (operacje w wyniku nieszczęśliwego wypadku), Opcji Dodatkowej D9 (operacje w wyniku choroby), Opcji Dodatkowej D10 (koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku), Opcji Dodatkowej D11 (czasowa niezdolność Ubezpieczonego do nauki lub do pracy), Opcji Dodatkowej D13 (koszty leczenia stomatologicznego w wyniku NNW), Opcji Dodatkowej D14 (uciążliwe leczenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku) oraz Opcji Dodatkowej D15 (Assistance EDU PLUS), Opcji Dodatkowej D18 (koszty leków), Opcji Dodatkowej D21 (dostosowanie mieszkania lub pojazdu po nieszczęśliwym wypadku), Opcji Dodatkowej D24 (opieka nad dzieckiem przebywającym w szpitalu), w ramach których ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest przez 24 godziny na dobę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a w przypadku Opcji Dodatkowej D27 (Asysta Prawna) ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana od poniedziałku do piątku w godzinach 9:00 – 17:00 i obejmuje wypadki ubezpieczeniowe zaistniałe w okresie ubezpieczenia i rozpoznawane na terenie Rzeczypospolitej Polskiej według prawa polskiego.

**JAKĄ OPCJĘ UBEZPIECZENIA WYBIERZESZ?
ZAKRES UBEZPIECZENIA**

§4

- Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, jak również w oparciu o postanowienia OWU, umowa ubezpieczenia może być zawarta w:
 - Opcji Podstawowej, Opcji Podstawowej Plus lub Opcji Progresa** obejmującej następujące ryzyka:
 - śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku na terenie placówki oświatowej,
 - uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - koszty nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie oraz koszty zakupu lub naprawy okularów korekcyjnych lub aparatu słuchowego uszkodzonych w wyniku nieszczęśliwego wypadku na terenie placówki oświatowej,
 - koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych,
 - pogryzienie, pokąsanie, ukąszenie,
 - rozpoznanie u Ubezpieczonego sepsy,
 - śmierć opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - uszczerbek na zdrowiu w wyniku padaczki,
 - wstrząśnienie mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - zatrucie pokarmowe lub nagłe zatrucie gazami, bądź porażenie prądem lub piorunem,
 - rozpoznanie u Ubezpieczonego chorób odzwierzęcych (bąblowicy, toksoplazmozy, wścieklizny);
 - Opcji Ochrona**, w jednym z wariantów (01-11), obejmującym następujące ryzyka:
 - śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku na terenie placówki oświatowej,
 - rozpoznanie u Ubezpieczonego sepsy,
 - trwale inwalidztwo częściowe,
 - koszty zakupu wózka inwalidzkiego w przypadku inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem,
 - złamanie jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - rany będące następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - urazy narządu ruchu będące następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - pogryzienie, pokąsanie, ukąszenie,
 - wstrząśnienie mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - śmierć opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - zatrucie pokarmowe lub nagłe zatrucie gazami, bądź porażenie prądem lub piorunem,
 - rozpoznanie u Ubezpieczonego chorób odzwierzęcych (bąblowicy, toksoplazmozy, wścieklizny);
 - Opcji Ochrona Plus** obejmującej następujące ryzyka:
 - śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku na terenie placówki oświatowej,
 - koszty nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie oraz koszty zakupu lub naprawy okularów korekcyjnych lub aparatu słuchowego uszkodzonych w wyniku

- nieszczęśliwego wypadku na terenie placówki oświatowej,
- d) koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych,
 - e) pogryzienie, pokąsanie, ukąszenie,
 - f) rozpoznanie u Ubezpieczonego sepsy,
 - g) śmierć opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - h) uszczerbek na zdrowiu w wyniku padaczki,
 - i) trwale inwalidztwo częściowe,
 - j) złamanie kości, zwichnięcia lub skręcenia stawów,
 - k) zatrucie pokarmowe lub nagłe zatrucie gazami, bądź porażenie prądem lub piorunem,
 - l) uszkodzenie ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wymagające interwencji lekarskiej w placówce medycznej i co najmniej dwóch wizyt kontrolnych,
 - m) wstrząśnienie mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - n) rozpoznanie u Ubezpieczonego chorób odzwierzęcych (bąblowicy, toksoplazmozy, wścieklizny).
- 2. Za zapłatą dodatkowej składki, Opcja Podstawowa, Opcja Podstawowa Plus, Opcja Ochrona, Opcja Ochrona Plus lub Opcja Progresa, może zostać rozszerzona o Opcje Dodatkowe D1-D27:**
- 1) **Opcja Dodatkowa D1** – śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego;
 - 2) **Opcja Dodatkowa D2** – oparzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) **Opcja Dodatkowa D3** – odmrożenia;
 - 4) **Opcja Dodatkowa D4** – pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 - 5) **Opcja Dodatkowa D5** – pobytu w szpitalu w wyniku choroby;
 - 6) **Opcja Dodatkowa D6** – Poważne Choroby;
 - 7) **Opcja Dodatkowa D7** – koszty operacji plastycznych w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 - 8) **Opcja Dodatkowa D8** – operacje w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 - 9) **Opcja Dodatkowa D9** – operacje w wyniku choroby;
 - 10) **Opcja Dodatkowa D10** – koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 - 11) **Opcja Dodatkowa D11** – czasowa niezdolność Ubezpieczonego do nauki lub do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 - 12) **Opcja Dodatkowa D12** – rozpoznanie u Ubezpieczonego wady wrodzonej serca;
 - 13) **Opcja Dodatkowa D13** – koszty leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 - 14) **Opcja Dodatkowa D14** – uciążliwe leczenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 - 15) **Opcja Dodatkowa D15** – Assistance Edu Plus;
 - 16) **Opcja Dodatkowa D16** – TeleMedycyna;
 - 17) **Opcja Dodatkowa D17** – Pakiet ONKO;
 - 18) **Opcja Dodatkowa D18** – koszty leków;
 - 19) **Opcja Dodatkowa D19** – koszty pogrzebu Ubezpieczonego;
 - 20) **Opcja Dodatkowa D20** – Pakiet KLESZCZ i rozpoznanie boreliozy;
 - 21) **Opcja Dodatkowa D21** – koszty dostosowania mieszkania lub pojazdu po nieszczęśliwym wypadku;
 - 22) **Opcja Dodatkowa D22** – koszty opłaconej wycieczki po nieszczęśliwym wypadku;
 - 23) **Opcja Dodatkowa D23** – koszty opłaconego czesnego po śmierci opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - 24) **Opcja Dodatkowa D24** – opieka nad dzieckiem przebywającym w szpitalu;
 - 25) **Opcja Dodatkowa D25** – koszty leczenia po ekspozycji;
 - 26) **Opcja Dodatkowa D26** – e-Rehabilitacja;
 - 27) **Opcja Dodatkowa D27** – Asysta Prawna.
- 3.** Za zapłatą dodatkowej składki, zakres ubezpieczenia Ubezpieczonego w umowie zawartej w formie indywidualnej lub rodzinnej, który w momencie zawierania umowy ubezpieczenia nie ukończył 20 roku życia może zostać rozszerzony na warunkach określonych w OWU o następstwa nieszczęśliwych wypadków doznane w związku z wyczynowym uprawianiem sportu.
- 4.** Zakres ubezpieczenia Ubezpieczonego w umowie zawartej w formie grupowej obejmuje następstwa nieszczęśliwych wypadków doznane w związku z wyczynowym uprawianiem sportu.
- KIEDY INTERRISK NIE WYPŁACI ŚWIADCZENIA?
WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI**
- §5
1. InterRisk nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z:
 - 1) umyślnym popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego;
 - 2) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa lub samookaleczenia się przez Ubezpieczonego, opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego;
 - 3) uszkodzeniami ciała zdiagnozowanymi przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego;
 - 4) chorobami, które zostały rozpoznane przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową;
 - 5) działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami a także aktami terroru;
 - 6) prowadzeniem pojazdu przez Ubezpieczonego, opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego będącego kierowcą pojazdu, nieposiadającego wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu jeżeli pojazd był niezarejestrowany lub nie posiadał ważnego badania technicznego, jeżeli w odniesieniu do danego pojazdu istnieje wymóg rejestracji lub dokonania okresowych badań technicznych, chyba że brak wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, brak zarejestrowania pojazdu lub stan techniczny pojazdu nie miał wpływu na zajście wypadku;
 - 7) jazdą rowerem po drogach publicznych przez Ubezpieczonego w wieku do lat 10 bez opieki osoby dorosłej;
 - 8) chorobą zawodową, chorobą psychiczną;
 - 9) wadami wrodzonymi i ich następstwami, za wyjątkiem postanowień §11 ust. 1 pkt 12);
 - 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 6), §7 pkt 6), §8 pkt 11), §9 pkt 7), §10 pkt 6);
 - 11) wyczynowym uprawianiem sportu w ramach umowy zawartej w formie indywidualnej lub rodzinnej, za wyjątkiem sytuacji, gdzie Ubezpieczający rozszerzył zakres ubezpieczenia o wyczynowe uprawianie sportu, zgodnie z §4 ust. 3;
 - 12) uprawianiem sportów i aktywności wysokiego ryzyka przez Ubezpieczonego, opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego;
 - 13) zwichnięciem nawykowym;
 - 14) wykonywaniem profilaktycznych badań, niewynikających z choroby lub nieszczęśliwego wypadku oraz niezaleconych przez lekarza;
 - 15) Zespołem Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS) i związanymi z tym zespołem zakażeń oportunistycznych, nowotworów, schorzeń neurologicznych oraz innych zespołów chorobowych towarzyszących AIDS;
 - 16) pozostawaniem Ubezpieczonego, opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, z wyłączeniem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza, o ile pozostawanie Ubezpieczonego, opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych miało wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku lub choroby;
 - 17) odpadami radioaktywnymi bądź materiałami wybuchowymi, za wyjątkiem sytuacji, gdy do zdarzenia powstałego w następstwie lub w związku z materiałami wybuchowymi wykorzystywanymi do zajęć lekcyjnych;
 - 18) operacją wtórną.
 2. W przypadku Opcji Dodatkowej D4 (pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku) i Opcji Dodatkowej D5 (pobyt w szpitalu w wyniku choroby), o których mowa w §11 ust. 1 pkt 4) i 5) OWU, z uwzględnieniem wyłączeń określonych w ust. 1 niniejszego paragrafu, dodatkowo InterRisk nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z rehabilitacją zaleconą w związku z wypadkiem lub chorobą.
 3. W przypadku Opcji Dodatkowej D6 (Poważne Choroby) i Opcji Dodatkowej D17 (Pakiet ONKO), InterRisk dodatkowo nie odpowiada za rozpoznanie nowotworu nieinwazyjnego (carcinoma in situ).
 4. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienie fizyczne.
 5. InterRisk nie odpowiada za koszty leczenia, a także koszty leczenia stomatologicznego poniesione poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
 6. InterRisk nie pokrywa kosztów dojazdów do placówek medycznych przez Ubezpieczonego za wyjątkiem transportu medycznego w ramach Opcji Dodatkowej D15 (Assistance EDU PLUS), kosztów poniesionych w związku z uzyskaniem dokumentacji medycznej oraz kosztów zakupu leków za wyjątkiem rozszerzenia zakresu o Opcję Dodatkową D18 (koszty leków) zgodnie z zapisami §11 ust. 1 pkt 18) OWU.
 7. Zakres świadczeń Opcji Dodatkowej D15 (Assistance EDU PLUS) nie obejmuje:
 - 1) zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 2) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum Assistance, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, chyba że brak powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum Assistance nastąpił z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego;
 - 3) kosztów transportu leków nieprzepisanych przez lekarza prowadzącego leczenie.
 8. Dodatkowo w przypadku ubezpieczenia pomocy informatycznej w ramach Opcji Dodatkowej D15 (Assistance EDU PLUS) ubezpieczenie nie obejmuje kosztów będących następstwem:
 - 1) zewnętrznego lub wewnętrznego uszkodzenia lub zniszczenia urządzenia;
 - 2) uszkodzenia lub zniszczenia urządzenia wywołanego przez złośliwe oprogramowanie oraz oprogramowanie nielegalne.
 9. W przypadku Opcji Dodatkowej D25 (koszty leczenia po ekspozycji) InterRisk dodatkowo nie odpowiada za zakażenie wirusem HIV lub zakażenie wirusem WZW, które nastąpiło przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową.

10. Niewykorzystane usługi pomocy informatycznej przysługujące w rocznym okresie ubezpieczenia zgodnie z limitem określonym w §11 ust. 1 pkt 15) lit. 1)d), nie przechodzą na kolejny roczny okres ubezpieczenia.
11. InterRisk przysługuje prawo do odmowy wypłaty świadczenia z tytułu czasowej niezdolności Ubezpieczonego do nauki lub do pracy, o którym mowa w §11 ust. 1 pkt 11), w przypadku stwierdzenia, iż w trakcie czasowej niezdolności Ubezpieczonego do nauki lub do pracy Ubezpieczony uczęszczał na zajęcia lekcyjne lub wykonywał pracę zawodową.

**CO OFERUJE OPCJA PODSTAWOWA?
RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ W OPCJI PODSTAWOWEJ**

§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 oraz koszty zakupu lub naprawy okularów korekcyjnych lub aparatu słuchowego uszkodzonych w wyniku nieszczęśliwego wypadku na terenie placówki oświatowej** – zwrot udokumentowanych kosztów nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie – 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;
 zwrot udokumentowanych kosztów zakupu lub naprawy okularów korekcyjnych lub aparatu słuchowego uszkodzonych w wyniku nieszczęśliwego wypadku na terenie placówki oświatowej – do wysokości 200 zł, pod warunkiem że nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego doszło do uszkodzenia okularów korekcyjnych lub aparatu słuchowego miał miejsce na terenie placówki oświatowej;
 - 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 (lub 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 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż padaczka została rozpoznana 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 oraz
 - b) śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 4) w przypadku **śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku na terenie placówki oświatowej** – dodatkowe świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:
 - a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się na terenie placówki oświatowej, której Ubezpieczony jest podopiecznym lub pracownikiem, podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) śmierć nastąpiła w ciągu sześciu miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku oraz
 - c) zajęcie nieszczęśliwego wypadku zostało udokumentowane zaświadczeniem dyrektora placówki oświatowej;
- 5) w przypadku **rozpoznania u Ubezpieczonego sepsy** – jednorazowe świadczenie w wysokości 20% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż sepsa została rozpoznana po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
- 6) w przypadku **śmierci opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości 10% 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 okresie ubezpieczenia.
- 7) w przypadku **pogryzienia, pokąsania, ukąszenia** – jednorazowe świadczenie w wysokości:
 - a) 1% 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;
- 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 **zatrucia pokarmowego, 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 w szpitalu w wyniku zatrucia pokarmowego, nagłego zatrucia gazami, bądź w przypadku porażenia prądem lub piorunem;
- 10) w przypadku **rozpoznania u Ubezpieczonego chorób odzwierzęcych** (bąblowicy, toksoplazmozy, wścieklizny) – jednorazowe świadczenie w wysokości 5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż bąblowica, toksoplazmoza lub wścieklizna zostały rozpoznane w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

**CO OFERUJE OPCJA PODSTAWOWA PLUS?
RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ W OPCJI PODSTAWOWEJ PLUS**

§7

Opcja Podstawowa Plus 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 wyłącznie za zdarzenia określone w Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu EDU PLUS, stanowiącej Załącznik nr 1 do OWU,
 - c) **koszty nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie oraz koszty zakupu lub naprawy okularów korekcyjnych lub aparatu słuchowego uszkodzonych w wyniku nieszczęśliwego wypadku na terenie placówki oświatowej** – zwrot udokumentowanych kosztów nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie – 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,
 zwrot udokumentowanych kosztów zakupu lub naprawy okularów korekcyjnych lub aparatu słuchowego uszkodzonych w wyniku nieszczęśliwego wypadku na terenie placówki oświatowej – do wysokości 200 zł, pod warunkiem że nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego doszło do uszkodzenia okularów korekcyjnych lub aparatu słuchowego miał miejsce na terenie placówki oświatowej,
 - 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 (lub 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 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż padaczka została rozpoznana 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 oraz
 - b) śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 4) w przypadku **śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku na terenie placówki oświatowej** – dodatkowe świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:
 - a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się na terenie placówki oświatowej, której Ubezpieczony jest podopiecznym lub pracownikiem i podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) śmierć nastąpiła w ciągu sześciu miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku oraz
 - c) zajęcie nieszczęśliwego wypadku zostało udokumentowane zaświadczeniem dyrektora placówki oświatowej;
- 5) w przypadku **rozpoznania u Ubezpieczonego sepsy** – jednorazowe świadczenie w wysokości 20% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż sepsa została rozpoznana 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 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:
 - a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz
 - b) śmierć nastąpiła w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;
 Odpowiedzialność InterRisk ograniczona jest do dwóch zdarzeń w okresie ubezpieczenia.

- 7) w przypadku **pogryzienia, pokąsania, ukąszenia** – jednorazowe świadczenie w wysokości:
- 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia w przypadku pogryzienia,
 - 2% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia w przypadku pokąsania, ukąszenia, pod warunkiem co najmniej dwudniowego pobytu w szpitalu w wyniku pokąsania, ukąszenia;
- 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 Ubezpieczonego w szpitalu przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości stanowiącej 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia;
- 9) w przypadku **zatrucia pokarmowego, 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 w szpitalu w wyniku zatrucia pokarmowego, nagłego zatrucia gazami, bądź w przypadku porażenia prądem lub piorunem;
- 10) w przypadku **rozpoznania u Ubezpieczonego chorób odzwierzęcych** (bąblowicy, toksoplazmozy, wścieklizny) – jednorazowe świadczenie w wysokości 5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż bąblowica, toksoplazmoza lub wścieklizna zostały rozpoznane w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

**CO OFERUJE OPCJA OCHRONA?
RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ W OPCJI OCHRONA**

§8

Opcja Ochrona obejmuje następujące świadczenia:

- w przypadku **śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:
 - nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz
 - śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku;
- w przypadku **śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku na terenie placówki oświatowej** – dodatkowe świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:
 - nieszczęśliwy wypadek wydarzył się na terenie placówki oświatowej, której Ubezpieczony jest podopiecznym lub pracownikiem i podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
 - śmierć nastąpiła w ciągu sześciu miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku oraz
 - zajęcie nieszczęśliwego wypadku zostało udokumentowane zaświadczeniem dyrektora placówki oświatowej;
- w przypadku **rozpoznania u Ubezpieczonego sepsy** – jednorazowe świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż sepsa została rozpoznana po raz pierwszy w okresie ochrony ubezpieczeniowej;
- w przypadku **trwałego inwalidztwa częściowego** – w zależności od rodzaju uszkodzenia ciała doznanego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, które wystąpiło w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku, przysługuje – zgodnie z TABELĄ nr 1 – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla trwałego inwalidztwa częściowego;

TABELA nr 1

Lp.	Rodzaj uszkodzenia ciała	Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla trwałego inwalidztwa częściowego
Całkowita fizyczna utrata lub całkowita i trwała utrata funkcji poszczególnych narządów:		
1.	wzroku w obu oczach	100
2.	wzroku w jednym oku	40
3.	słuchu w obu uszach	100
4.	słuchu w jednym uchu	20
5.	mowy (obejmuje całkowitą utratę języka oraz afazję motoryczną i sensoryczną)	40
6.	nosa (łącznie z kośćmi nosa)	20
7.	małżowiny usznej	10
8.	utrata kończyny dolnej na poziomie:	
a)	stawu biodrowego, uda, stawu kolanowego, podudzia, stopy	50
b)	palucha	5
c)	innego palca stopy	2
9.	niedowład kończyny dolnej	25
10.	ograniczenie ruchomości stawu biodrowego	20
11.	ograniczenie ruchomości stawu kolanowego	10
12.	utrata kończyny górnej na poziomie:	

a)	stawu barkowego, ramienia, stawu łokciowego, przedramienia, dłoni	prawy	lewy
		50	40
b)	kciuka	20	15
c)	palca wskazującego	15	10
d)	innego palca u dłoni	5	5
13.	porażenie nerwu promieniowego	30	25
14.	porażenie nerwu łokciowego	30	25
15.	ograniczenie ruchomości kończyny górnej w stawie barkowym	40	30
16.	ograniczenie ruchomości kończyny górnej w stawie łokciowym	35	30
17.	ograniczenie ruchomości nadgarstka	20	15
18.	narządów moczowo-płciowych:		
a)	usunięcie macicy w wieku do 45 lat	35	
b)	usunięcie macicy w wieku powyżej 45 lat	20	
c)	usunięcie jajnika lub jądra	20	
d)	całkowita utrata prącia	40	
19.	trwały i nieuleczalny paraliż wszystkich kończyn	100	

- jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, wystąpi więcej niż jeden rodzaj trwałego inwalidztwa częściowego wymienionego w TABELI nr 1, przysługuje – zgodnie z TABELĄ nr 1 – świadczenie będące sumą kwot za każdy rodzaj trwałego inwalidztwa częściowego, ale wysokość świadczenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia dla trwałego inwalidztwa częściowego,
- w odniesieniu do kończyn – przez utratę należy rozumieć również amputację całej kończyny lub jej części,
- jeżeli Ubezpieczony jest leworęczny, w zależności od rodzaju uszkodzenia doznanego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, które wystąpiło w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku:
 - w przypadku uszkodzenia kończyny górnej lewej, przysługuje świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia jak dla kończyny górnej prawej – zgodnie z TABELĄ nr 1,
 - w przypadku uszkodzenia kończyny górnej prawej, przysługuje świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia jak dla kończyny górnej lewej – zgodnie z TABELĄ nr 1,
- jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, wystąpi złamanie jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w pkt 6, za które InterRisk wypłacił Ubezpieczonemu świadczenie, a następnie w związku z tym złamaniem jednej lub więcej kości wystąpi trwale inwalidztwo częściowe określone w TABELI nr 1, powstałe na skutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, wówczas świadczenie wypłacone z tytułu złamania zostanie zaliczone na poczet świadczenia przysługującego w przypadku trwałego inwalidztwa częściowego, a Ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczenia w wysokości różnicy pomiędzy świadczeniem przysługującym z tytułu trwałego inwalidztwa częściowego, a wypłaconym świadczeniem w przypadku złamania jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
- w przypadku **kosztów zakupu wózka inwalidzkiego na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem** – jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczony dozna uszkodzenia ciała, powodującego trwale inwalidztwo częściowe wymienione w TABELI nr 1, które zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie będzie wymagało zakupu wózka inwalidzkiego, to InterRisk zwróci koszty zakupu wózka inwalidzkiego maksymalnie do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia;
- w przypadku **złamania jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku**, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, w zależności od rodzaju złamania, przysługuje – zgodnie z TABELĄ nr 2 – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla złamania jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku:

TABELA nr 2

Lp.	Rodzaj złamania jednej lub więcej kości	Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla złamania jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku
1.	Złamanie kości czaszki (podstawy, sklepienia, twarzoczaszki), złamanie kości miednicy (z wyjątkiem izolowanych złamań kości łonowej lub kulszowej oraz ogonowej), kości w obrębie stawu biodrowego (panewka stawu, nasady bliższej kości udowej), krętarzy, złamania pod- i nad-krętarzowe) oraz kości talerza biodrowego:	
a)	wieloodłamowe otwarte	100
b)	inne złamania otwarte	50
c)	inne wieloodłamowe	30

d)	inne złamania	20
e)	złamanie nosa	10
2.	Złamanie kości udowej, piętowej:	
a)	wieloodłamowe otwarte	50
b)	inne złamania otwarte	40
c)	inne wieloodłamowe	30
d)	inne złamania	20
3.	Złamanie kości podudzia, obojczyka, kostki bocznej i przysródkowej, kości ramiennej lub przedramienia (w tym nadgarstka):	
a)	wieloodłamowe otwarte	50
b)	inne złamania otwarte	40
c)	inne wieloodłamowe	30
d)	inne złamania	20
4.	Złamania dolnej szczęki:	
a)	wieloodłamowe otwarte	50
b)	inne złamania otwarte	40
c)	inne wieloodłamowe	30
d)	inne złamania	20
5.	Złamania łopatki, rzepki, mostka, śródreżca, śródstopia, kości stępu:	
a)	złamania otwarte	30
b)	inne złamania	20
6.	Złamania kręgosłupa (trzonów kręgow):	
a)	złamania kompresyjne	20
b)	złamania kręgosłupa,	20
c)	inne złamania wyrostków kolczystych i poprzecznych	10
7.	Złamania żebra lub żeber, kości ogonowej, kulszowej, łonowej, górnej szczęki:	
a)	wieloodłamowe otwarte	20
b)	inne złamania	10
8.	Złamania zębów stałych (za każdy ząb):	5
a)	łącznie nie więcej niż	20
9.	Złamania palca	5 nie mniej jednak niż 100 PLN

- a) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, nastąpi więcej niż jedno złamanie, przysługuje – zgodnie z TABELĄ NR 2 – świadczenie będące sumą kwot za każdy rodzaj złamania, ale wysokość świadczenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia za złamanie jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- b) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, wystąpi złamanie jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku, za które InterRisk wypłacił Ubezpieczonemu świadczenie, a następnie w związku z tym złamaniem jednej lub więcej kości wystąpi trwale inwalidztwo częściowe określone w TABELI nr 1, powstałe na skutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, wówczas świadczenie wypłacone z tytułu złamania zostanie zaliczone na poczet świadczenia przysługującego w przypadku trwałego inwalidztwa częściowego, a Ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczenia w wysokości różnicy pomiędzy świadczeniem przysługującym w przypadku trwałego inwalidztwa częściowego, a wypłaconym świadczeniem w przypadku złamania jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
- 7) w przypadku **ran będących następstwem nieszczęśliwego wypadku:**
- a) jeżeli w ciągu okresu ubezpieczenia Ubezpieczony dozna rany w następstwie nieszczęśliwego wypadku i zostanie poddany **zabiegowi założenia co najmniej dwóch szwów** (szczyt rany) – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt b),
- b) jeżeli w ciągu okresu ubezpieczenia Ubezpieczony dozna rany palca kończyny górnej w następstwie nieszczęśliwego wypadku i zostanie poddany **zabiegowi założenia co najmniej dwóch szwów** (szczyt rany) – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 20% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia;
- 8) w przypadku **urazów narządu ruchu będących następstwem nieszczęśliwego wypadku:**
- a) jeżeli w okresie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony dozna urazu ciała, w wyniku którego nie nastąpi złamanie kości narządu ruchu, ale zgodnie z zaleceniem lekarza **narząd ruchu zostanie unieruchomiony na dłużej niż 7 dni** wyłącznie z zastosowaniem następującego środka medycznego: gipsu, gipsu syntetycznego (lekkiego), szyny, gorsetu, powodującego wyłączenie czynności narządu ruchu – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia,
- b) jeżeli w okresie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony dozna urazu ciała, w wyniku którego nie nastąpi złamanie kości narządu ruchu, ale zgodnie z zaleceniem lekarza **narząd ruchu zostanie unieruchomiony na dłużej niż 7 dni** wyłącznie z zastosowaniem

następującego środka medycznego: kołnierza ortopedycznego, stabilizatora, ortezu, tutora gipsowego, longety, kamizelki ortopedycznej, powodującego wyłączenie czynności narządu ruchu – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia,

- c) jeżeli w okresie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony dozna urazu palca lub palców u nóg lub palca lub palców dłoni, w wyniku którego nie nastąpi złamanie kości, ale zgodnie z zaleceniem lekarza **palec lub palce zostaną unieruchomione na dłużej niż 7 dni** wyłącznie z zastosowaniem następującego środka medycznego: gipsu, gipsu syntetycznego (lekkiego), szyny, powodującego wyłączenie funkcji palca lub palców – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 25% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia,
- d) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, dojdzie do urazu narządu ruchu, za które InterRisk wypłacił Ubezpieczonemu świadczenie, a następnie w związku z tym urazem narządu ruchu wystąpi trwale inwalidztwo częściowe określone w TABELI nr 1, powstałe na skutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, wówczas świadczenie wypłacone w przypadku urazu narządu ruchu zostanie zaliczone na poczet świadczenia przysługującego w przypadku trwałego inwalidztwa częściowego, a Ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczenia w wysokości różnicy pomiędzy wysokością świadczenia przysługującego w przypadku trwałego inwalidztwa częściowego, a wypłaconym świadczeniem w przypadku urazu narządu ruchu;
- 9) w przypadku **pogryzienia, pokąsania, ukąszenia** – jednorazowe świadczenie w wysokości:
- a) 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia w przypadku pogryzienia,
- b) 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia w przypadku pokąsania, ukąszenia, pod warunkiem co najmniej dwudniowego pobytu w szpitalu w wyniku pokąsania, ukąszenia;
- 10) w przypadku **wstrząśnienia mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony doznał wstrząśnienia mózgu, w wyniku którego konieczny był pobyt w szpitalu trwający co najmniej trzy dni – zgodnie z TABELĄ nr 3 – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla wstrząśnienia mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, uzależnione od liczby dni pobytu w szpitalu:

TABELA nr 3

Liczba dni pobytu w szpitalu	Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla wstrząśnienia mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku
od 3 do 4 dni	20
od 5 do 6 dni	40
od 7 do 8 dni	60
od 9 do 10 dni	80
powyżej 10 dni	100

- 11) w przypadku **śmierci** opiekuna prawnego lub rodzica **Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – jednorazowe świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:
- a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz
- b) śmierć nastąpiła w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku,
- Odpowiedzialność InterRisk ograniczona jest do dwóch zdarzeń w okresie ubezpieczenia.
- 12) w przypadku **zatrucia pokarmowego**, nagłego zatrucia gazami, bądź w przypadku porażenia prądem lub piorunem – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem co najmniej trzydniowego pobytu w szpitalu w wyniku zatrucia pokarmowego, nagłego zatrucia gazami, bądź w przypadku porażenia prądem lub piorunem;
- 13) w przypadku **rozpoznania u Ubezpieczonego chorób odzwierzcych** (bąblowicy, toksoplazmozy, wścieklizny) – jednorazowe świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż bąblowica, toksoplazmoza lub wścieklizna zostały rozpoznane w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

**CO OFERUJE OPCJA OCHRONA PLUS?
RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ W OPCJI OCHRONA PLUS**

§9

Opcja **Ochrona Plus** obejmuje następujące świadczenia:

- 1) 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 oraz
- b) śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 2) w przypadku **śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku na terenie placówki oświatowej** – dodatkowe świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:
- a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się na terenie placówki oświatowej, której Ubezpieczony jest podopiecznym lub pracownikiem i podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
- b) śmierć nastąpiła w ciągu sześciu miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku oraz
- c) zajęcie nieszczęśliwego wypadku zostało udokumentowane zaświadczeniem dyrektora placówki oświatowej;

- 3) **koszty nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie oraz koszty zakupu lub naprawy okularów korekcyjnych lub aparatu słuchowego uszkodzonych w wyniku nieszczęśliwego wypadku na terenie placówki oświatowej** – zwrot udokumentowanych kosztów nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie – 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,
- zwrot udokumentowanych kosztów zakupu lub naprawy okularów korekcyjnych lub aparatu słuchowego uszkodzonych w wyniku nieszczęśliwego wypadku na terenie placówki oświatowej – do wysokości 200 zł, pod warunkiem że nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego doszło do uszkodzenia okularów korekcyjnych lub aparatu słuchowego miał miejsce na terenie placówki oświatowej;
- 4) **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 (lub 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;
- 5) w przypadku **uszczerbku na zdrowiu w wyniku ataku padaczki** – jednorazowe świadczenie w okresie ubezpieczenia w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż padaczka została rozpoznana po raz pierwszy w okresie ochrony ubezpieczeniowej;
- 6) w przypadku **rozpoznania u Ubezpieczonego sepsy** – jednorazowe świadczenie w wysokości 20% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż sepsa została rozpoznana po raz pierwszy w okresie ochrony ubezpieczeniowej;
- 7) w przypadku **śmierci opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:
- nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz
 - śmierć nastąpiła w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;
- Od odpowiedzialność InterRisk ograniczona jest do dwóch zdarzeń w okresie ubezpieczenia.
- 8) w przypadku **pogryzienia, pokąsania, ukąszenia** – jednorazowe świadczenie w wysokości:
- 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia w przypadku pogryzienia,
 - 2% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia w przypadku pokąsania, ukąszenia, pod warunkiem co najmniej dwudniowego pobytu w szpitalu w wyniku pokąsania, ukąszenia;
- 9) w przypadku **trwałego inwalidztwa częściowego** – w zależności od rodzaju uszkodzenia ciała doznanego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, które wystąpiło w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku, przysługuje – zgodnie z TABELĄ nr 4 – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia:

TABELA nr 4

Lp.	Rodzaj uszkodzenia ciała	Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Ochrona Plus
1.	utrata kończyny górnej na poziomie barku lub ramienia	80
2.	utrata kończyny górnej na poziomie łokcia lub przedramienia	60
3.	utrata dłoni	50
4.	całkowita utrata palców ręki II, III, IV, V	8 - za każdy palec
5.	całkowita utrata kciuka	22
6.	utrata kończyny dolnej na poziomie stawu biodrowego lub kości udowej	75
7.	całkowita utrata kończyny dolnej na poziomie stawu kolanowego, podudzia lub stawu skokowego	60
8.	całkowita utrata stopy	40
9.	całkowita utrata palców stopy II - V	3 - za każdy palec
10.	całkowita utrata palucha	15
11.	całkowita utrata wzroku w jednym oku	50
12.	całkowita utrata słuchu w jednym uchu	30
13.	całkowita utrata słuchu w obu uszach	50
14.	całkowita utrata mowy	100
15.	całkowita utrata małżowiny usznej	15

16.	całkowita utrata nosa	20
17.	całkowita utrata zębów stałych	2 - za każdy ząb, 20 - maksymalnie za utratę kilku zębów
18.	usunięcie śledziony	20
19.	usunięcie jednej nerki	35
20.	usunięcie obu nerek	75
21.	usunięcie macicy	40
22.	usunięcie jajnika lub jądra	20
23.	niedowład co najmniej dwóch kończyn poniżej 3 stopnia w skali Lovette'a	100
24.	śpiączka trwająca dłużej niż 30 dni	100

- a) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, wystąpi trwale inwalidztwo częściowe, za które InterRisk wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie, a następnie w związku z tym samym uszkodzeniem ciała powodującym trwale inwalidztwo częściowe wystąpi złamanie lub zwichnięcie lub skręcenie określone w TABELI nr 5, powstałe na skutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, wówczas świadczenie wypłacone w przypadku trwałego inwalidztwa częściowego zostanie zaliczone na poczet świadczenia przysługującego w przypadku złamania lub zwichnięcia lub skręcenia, a Ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczenia w wysokości różnicy pomiędzy wysokością świadczenia przysługującego w przypadku złamania lub zwichnięcia lub skręcenia, a wypłaconym świadczeniem w przypadku trwałego inwalidztwa częściowego;
- 10) w przypadku **złamań kości, zwichnięć lub skręceń stawów w wyniku nieszczęśliwego wypadku**:
- w przypadku **złamania jednej lub więcej kości, zwichnięcia stawu lub skręcenia stawu w wyniku nieszczęśliwego wypadku**, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej – w zależności od rodzaju złamania, przysługuje – zgodnie z TABELĄ nr 5 – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej umowie ubezpieczenia:

TABELA nr 5

Lp.	Rodzaj złamania jednej lub więcej kości, zwichnięcia lub skręcenia stawu	Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Ochrona Plus
1.	Złamania kości sklepienia i podstawy czaszki	5
2.	Złamania kości twarzoczaszki	4
3.	Złamania łopatki, obojczyka, mostka	4,5 - za każdą kość
4.	Złamania żebra, żeber	2 - za każde żebro 10 - maksymalnie w przypadku złamania wielu żeber
5.	Zwichnięcie stawu barkowego, ramiennego	5
6.	Złamania kości ramienia	5
7.	Złamania kości przedramienia (każda kość)	3
8.	Zwichnięcie w obrębie stawu łokciowego	3
9.	Złamania w obrębie śródreżca, nadgarstka	3
10.	Złamania kości palców ręki II - V	2 - za każdy palec
11.	Zwichnięcia stawów palców ręki II - V	1 - za każdy palec
12.	Złamania kciuka	3
13.	Zwichnięcie kciuka	3
14.	Niestabilne złamania miednicy	10
15.	Stabilne złamania miednicy	4,5
16.	Zwichnięcie stawu biodrowego	10
17.	Złamania kości udowej	6
18.	Złamania kości podudzia (każda kość)	4
19.	Złamania rzepki	4
20.	Zwichnięcie, skręcenie stawu kolanowego wymagające przeprowadzenia operacji	4
21.	Złamania w obrębie śródstopia, kości stępu	3
22.	Złamania palucha	2,5
23.	Złamania kości palców stopy II - V	2 - za każdy palec
24.	Złamanie kości piętowej, kostki bocznej, przyśrodkowej	3
25.	Zwichnięcie, skręcenie stawu skokowego wymagające przeprowadzenia operacji	4

26.	Złamania w obrębie kręgosłupa – dotyczy trzonów, łuków kręgow (z wyłączeniem kości ogonowej)	11 – za każdy krąg
27.	Złamania w obrębie kręgosłupa – dotyczy wyrostków poprzecznych, kolczystych kręgow	2,5 – za każdy krąg
28.	Złamania kości ogonowej	3,5
29.	Złamanie zęba stałego	0,5 – za każdy ząb 5 – maksymalnie w przypadku złamania wielu zębów stałych
30.	Skřęcenie stawu skokowego niewymagające przeprowadzenia operacji	1

- b) za wyjątkiem uszkodzeń, o których mowa w pkt 20 i 25 TABELI nr 5, w przypadku, gdy złamanie, zwichnięcie lub skřęcenie wymagało przeprowadzenia operacji, Ubezpieczonemu przysługuje oprócz świadczenia wynikającego z TABELI nr 5 dodatkowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia,
- c) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, nastąpi więcej niż jedno złamanie lub zwichnięcie lub skřęcenie, przysługuje – zgodnie z TABELĄ nr 5 – świadczenie będące sumą kwot za każdy rodzaj złamania lub zwichnięcia lub skřęcenia, ale wysokość świadczenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia,
- d) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, wystąpi złamanie lub zwichnięcie lub skřęcenie, za które InterRisk wypłacił Ubezpieczonemu świadczenie, a następnie w związku z tym złamaniem, zwichnięciem lub skřęceniem wystąpi trwałe inwalidztwo częściowe określone w TABELI nr 4, powstałe na skutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, wówczas świadczenie wypłacone w przypadku złamania lub zwichnięcia lub skřęcenia zostanie zaliczone na poczet świadczenia przysługującego w przypadku trwałego inwalidztwa częściowego, a Ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczenia w wysokości różnicy pomiędzy wysokością świadczenia przysługującego w przypadku trwałego inwalidztwa częściowego, a wypłaconym świadczeniem w przypadku złamania lub zwichnięcia lub skřęcenia;
- 11) w przypadku **uszkodzenia ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku**, wymagającego interwencji lekarskiej w placówce medycznej i co najmniej dwóch wizyt kontrolnych, a z tytułu których nie przysługuje świadczenie, o którym mowa w pkt 5) oraz pkt 8)-10) i 12)-13) – świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia;
- 12) w przypadku **wstrząśnienia mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony doznał wstrząśnienia mózgu, w wyniku którego konieczny co najmniej trzydniowy pobyt w szpitalu przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości stanowiącej 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia;
- 13) w przypadku **zatrucia pokarmowego**, 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 w szpitalu w wyniku zatrucia pokarmowego, nagłego zatrucia gazami, bądź w przypadku porażenia prądem lub piorunem;
- 14) w przypadku **rozpoznania u Ubezpieczonego chorób odzwierzęcych** (bąblowicy, toksoplazmozy, wścieklizny) – jednorazowe świadczenie w wysokości 5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż bąblowica, toksoplazmoza lub wścieklizna zostały rozpoznane w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

**CO OFERUJE OPCJA PROGRESJA?
RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ W OPCJI PROGRESJA**

§10

Opcja Progresa obejmuje następujące świadczenia:

- 1) w przypadku **uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku**:
- a) w przypadku **100% uszczerbku na zdrowiu** – świadczenie w wysokości 250% sumy ubezpieczenia,
- 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:
- 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Progresa za każdy procent uszczerbku na zdrowiu – w przypadku uszczerbku na zdrowiu wynoszącego w przedziale 1% – 25%,
 - 1,5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Progresa za każdy procent uszczerbku na zdrowiu – w przypadku uszczerbku na zdrowiu w przedziale 26% – 50%,
 - 2,0% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Progresa za każdy procent uszczerbku na zdrowiu – w przypadku uszczerbku na zdrowiu w przedziale 51% – 75%,
 - 2,5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Progresa za każdy procent uszczerbku na zdrowiu – w przypadku uszczerbku na zdrowiu powyżej 75%;
- c) **koszty nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie oraz koszty zakupu lub naprawy okularów korekcyjnych lub aparatu słuchowego uszkodzonych w wyniku nieszczęśliwego wypadku na terenie placówki oświatowej** – zwrot udokumentowanych kosztów nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie – 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,

zwrot udokumentowanych kosztów zakupu lub naprawy okularów korekcyjnych lub aparatu słuchowego uszkodzonych w wyniku nieszczęśliwego wypadku na terenie placówki oświatowej – do wysokości 200 zł, pod warunkiem że nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego doszło do uszkodzenia okularów korekcyjnych lub aparatu słuchowego miał miejsce na terenie placówki oświatowej;

- 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 (lub 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 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż padaczka została rozpoznana po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;

- 3) w przypadku **śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości 250% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:

- a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz
- b) śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku;

- 4) w przypadku **śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku na terenie placówki oświatowej** – dodatkowe świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:

- a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się na terenie placówki oświatowej, której Ubezpieczony jest podopiecznym lub pracownikiem i podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
- b) śmierć nastąpiła w ciągu sześciu miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku oraz
- c) zajęcie nieszczęśliwego wypadku zostało udokumentowane zaświadczeniem dyrektora placówki oświatowej;

- 5) w przypadku **rozpoznania u Ubezpieczonego sepsy** – jednorazowe świadczenie w wysokości 20% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż sepsa została rozpoznana po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;

- 6) w przypadku **śmierci opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:

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

Odpowiedzialność InterRisk ograniczona jest do dwóch zdarzeń w okresie ubezpieczenia.

- 7) w przypadku **pogryzienia, pokąsania, ukąszenia** – jednorazowe świadczenie w wysokości:

- a) 1% 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;

- 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 **zatrucia pokarmowego, 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 w szpitalu w wyniku zatrucia pokarmowego, nagłego zatrucia gazami, bądź w przypadku porażenia prądem lub piorunem;

- 10) w przypadku **rozpoznania u Ubezpieczonego chorób odzwierzęcych** (bąblowicy, toksoplazmozy, wścieklizny) – jednorazowe świadczenie w wysokości 5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż bąblowica, toksoplazmoza lub wścieklizna zostały rozpoznane w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

O JAKIE OPCJE DODATKOWE MOŻESZ ROZSZERZYĆ WYBRANĄ OPCJĘ?

§11

1. Za zapłatą dodatkowej składki **Opcja Podstawowa, Opcja Podstawowa Plus, Opcja Ochrona, Opcja Ochrona Plus** lub **Opcja Progresa** może zostać rozszerzona o poniższe **Opcje Dodatkowe (D1-D26)**, obejmujące następujące świadczenia:

- 1) **Opcja Dodatkowa D1 – śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego** – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D1, pod warunkiem, iż:

- a) wypadek komunikacyjny wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz
- b) śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku;

- 2) **Opcja Dodatkowa D2 – oparzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D2, uzależnione od stopnia oparzenia określonego wyłącznie w TABELI nr 6:

TABELA nr 6

Stopień oparzenia	Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D2
II stopień	10
III stopień	30
IV stopień	50

- 3) **Opcja Dodatkowa D3 – odmrożenia** – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D3, uzależnione od stopnia odmrożenia określonego wyłącznie w TABELI nr 7:

TABELA nr 7

Stopień odmrożenia	Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D3
II stopień	10
III stopień	30
IV stopień	50

- 4) **Opcja Dodatkowa D4 – pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D4, 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 3 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. 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;

- 5) **Opcja Dodatkowa D5 – pobyt w szpitalu w wyniku choroby** – świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D5, za każdy następny dzień pobytu w szpitalu, począwszy od trzeciego dnia pobytu w szpitalu, w związku z chorobą, która została rozpoznana w trakcie 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 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;

- 6) **Opcja Dodatkowa D6 – Poważne Choroby** – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D6, pod warunkiem rozpoznania u Ubezpieczonego po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, następującego rodzaju Poważnej Choroby:

- nowotwór złośliwy,
- paraliż,
- niewydolność nerek,
- transplantacja głównych organów,
- poliomyelitis,
- utrata mowy,
- utrata słuchu,
- utrata wzroku,
- anemia aplastyczna,
- stwardnienie rozsiane,
- cukrzyca typu I,
- niewydolność serca,
- choroba autoimmunologiczna,
- zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych;

- 7) **Opcja Dodatkowa D7 – koszty operacji plastycznych w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D7, pod warunkiem, iż:

- operacja plastyczna została zalecona przez lekarza jako niezbędna część procesu leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz
- koszty operacji plastycznej zostały poniesione w okresie nie dłuższym niż jeden rok od daty nieszczęśliwego wypadku;

- 8) **Opcja Dodatkowa D8 – operacje w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D8, uzależnione od rodzaju operacji określonej wyłącznie w TABELI nr 8, pod warunkiem iż operacja:

- została zalecona przez lekarza jako niezbędna część procesu leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz
- została przeprowadzona w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej w trakcie co najmniej trzydniowego pobytu w szpitalu,

TABELA nr 8

Rodzaj operacji	Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D8
Operacje powłok ciała:	
operacje plastyczne/rekonstrukcyjne następstw nieszczęśliwych wypadków	15
Operacje przewodu pokarmowego i jamy brzusznej:	
operacje przełyku	100
resekcja żołądka	70
resekcja jelita	40
operacje wątroby	90
operacje trzustki	90
operacje śledziony	40
Amputacje:	
amputacja palców rąk i nóg - każdy	10
amputacja dłoni, przedramienia, stopy	30
amputacja na poziomie podudzia, ramienia	50
amputacja na poziomie uda	70
amputacja kończyny na poziomie stawu biodrowego	100
Operacje związane z otwarciem klatki piersiowej:	
operacje płuca	100
Operacje narządów zmysłu:	
operacje oka:	
urazowe uszkodzenie gałki ocznej	20
usunięcie gałki ocznej	40
odwarstwienie siatkówki	20
operacje ucha:	
zabiegi w obrębie ucha środkowego	40
zabiegi w obrębie ucha wewnętrznego	65
operacje nosa:	
operacja zatok	15
operacje przegrody nosowej i małżowin nosa	10
Operacyjne leczenie złamań:	
kości czaszki	50
kości twarzoczaszki	30
nosa	10
kręgosłupa	50
obręczy barkowej	30
żeber, mostka	10
kości przedramienia	15
kości stępu, śródstopia	10
uda	30
ramienia lub podudzia	25
rzepki lub miednicy	20
nadgarstka, śródreżca	10
Operacyjne leczenie zwichnięć/skręceń stawu:	
biodrowego lub kręgosłupa	45
barkowego	30
kolanowego, łokciowego, skokowego lub nadgarstka	20
Operacje układu moczowo - pęcherzowego:	
operacje nerki, dróg moczowych	65
Operacje ginekologiczne:	
jajnika i jajowodu	20

w obrębie sromu, pochwy i szyjki macicy	20
macicy	65
operacje męskich narządów płciowych	20
Operacje neurochirurgiczne:	
operacje centralnego układu nerwowego - mózg i rdzeń kręgowy	100
Przeszczepy:	
przeszczep serca	100
przeszczep wątroby	100
przeszczep nerki	100
przeszczep innych narządów	65

c) jeżeli w wyniku tej samej choroby zostanie wykonana więcej niż jedna operacja, przysługuje – zgodnie z TABELĄ nr 9 – świadczenie będące sumą kwot za każdy rodzaj operacji, ale wysokość świadczenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D9;

9) **Opcja Dodatkowa D9 – operacje w wyniku choroby** – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D9, uzależnione od rodzaju operacji, określonej wyłącznie w TABELI nr 9, pod warunkiem iż operacja:

- została zalecona przez lekarza jako niezbędna część procesu leczenia choroby, która została rozpoznana po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia oraz
- została przeprowadzona w trakcie trwania okresu ubezpieczenia w trakcie co najmniej trzydniowego pobytu w szpitalu;

TABELA nr 9

Rodzaj operacji	Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D9
Operacje przewodu pokarmowego i narządów jamy brzusznej:	
operacje przełyku:	
częściowa resekcja przełyku	80
całkowita resekcja przełyku	100
zespolecie omijające przełyk	80
operacja naprawcza przełyku/wszczepienie endoprotezy przełyku	80
operacje żołądka:	
częściowa resekcja żołądka/wycięcie zmiany żołądka	80
całkowita resekcja żołądka	100
operacje jelit	40
operacja wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	10
operacje wątroby:	
częściowa resekcja wątroby/wycięcie zmiany wątroby	80
całkowita resekcja wątroby	90
operacje trzustki:	
wycięcie zmiany trzustki	90
całkowita resekcja trzustki/wycięcie głowy trzustki	100
całkowita resekcja śledziony	40
Amputacje:	
amputacja kciuka	10
amputacja dłoni	35
amputacja na poziomie przedramienia	40
amputacja na poziomie ramienia	50
amputacja stopy	40
amputacja na poziomie uda, podudzia	65
całkowita amputacja kończyny z wyluszczeniem w stawie biodrowym	100
amputacja prosta sutka	40
amputacja całkowita sutka/ów z doszczętnym usunięciem węzłów pachowych	80
Operacje układu oddechowego:	
operacje nosa:	

operacja zatok	20
operacja przegrody nosowej i małżowin nosa	20
wycięcie krtani	90
operacje tchawicy:	
częściowe wycięcie tchawicy	90
plastyka tchawicy	80
protezowanie tchawicy metodą otwartą	80
tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	10
otwarta operacja tchawicy	30
częściowe usunięcie oskrzela	30
wycięcie płuca (całego lub fragmentu tkanki płucnej)	100
operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznej)	80
Operacje jamy ustnej:	
operacje warg	10
wycięcie języka	40
wycięcie migdałków	1
operacje ślinianek/przewodów ślinowych	5
Operacje oka:	
usunięcie gałki ocznej	40
operacje oczodołu	50
protezowanie gałki ocznej	30
operacje dotyczące powiek lub gruczołu łzowego	20
operacje spojówek	10
operacje na rogówce lub twardówce	10
zabieg naprawczy odklejenia siatkówki	5
Operacje ucha:	
operacje wyrostka sutkowatego	80
zabiegi w obrębie ucha środkowego	40
zabiegi w obrębie ucha wewnętrznego	30
zabiegi w obrębie ucha zewnętrznego	10
operacje ślimaka	80
operacje aparatu przedsionkowego	70
Operacje układu nerwowego:	
kraniotomia – otwarcie czaszki	100
trepanacja czaszki	20
wycięcie zmiany/resekcja tkanki mózgowej	90
stereotaktyczna abłacja tkanki mózgowej	90
wszczepienie stimulatora mózgu	90
wentrykulostomia	80
operacje na oponach mózgu i przestrzeni okołoponowej	90
operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	80
operacje nerwów czaszkowych	80
operacja nerwów rdzeniowych	30
operacje rdzenia kręgowego	100
sympatektomia	80
Operacje układu moczowego:	
operacje nerki:	
całkowite wycięcie nerki	80
częściowe wycięcie nerki/usunięcie zmiany nerki	80
nacięcie nerki	50
operacje moczowodu	50
operacja w zakresie ujścia moczowodu	30
operacje pęcherza moczowego:	

całkowite wycięcie pęcherza moczowego	90
częściowe wycięcie pęcherza moczowego	80
plastyka ujścia pęcherza	40
wycięcie cewki moczowej	70
Operacje naczyń tętniczych i żylnych:	
operacje dużych naczyń tętniczych (aorty, tętnicy płucnej, szyjnej, podobojczykowej, nerkowej, biodrowej, udowej)	100
operacja tętniaka tętnic mózgu	100
zespoleń żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	90
Operacje serca:	
plastyka przedsionka serca	90
pomostowanie tętnic wieńcowych	80
otwarta operacja układu bódźoprzewodzącego serca	100
wszczepienie rozrusznika/stymulatora	40
operacje osierdza	40

- c) jeżeli w wyniku tej samej choroby zostanie wykonana więcej niż jedna operacja, przysługuje – zgodnie z TABELĄ nr 9 – świadczenie będące sumą kwot za każdy rodzaj operacji, ale wysokość świadczenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D9;
- 10) **Opcja Dodatkowa D10 – koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D10. W ramach limitu na zwrot kosztów leczenia zastosowanie ma podlimit na zwrot kosztów rehabilitacji, który wynosi 1.000 zł. Zwrot kosztów leczenia następuje pod warunkiem, że koszty leczenia:
- 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;
- 11) **Opcja Dodatkowa D11 – czasowa niezdolność Ubezpieczonego do nauki lub do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D11, za każdy dzień czasowej niezdolności Ubezpieczonego do nauki lub do pracy, powstałej w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, począwszy od:
- 10-go dnia czasowej niezdolności Ubezpieczonego do nauki lub do pracy, w przypadku gdy czasowa niezdolność Ubezpieczonego do nauki lub do pracy trwała nieprzerwanie do 30 dni, za wyjątkiem dni wolnych od nauki lub pracy lub
 - 1-go dnia czasowej niezdolności Ubezpieczonego do nauki lub do pracy, w przypadku gdy czasowa niezdolność Ubezpieczonego do nauki lub do pracy trwała nieprzerwanie powyżej 30 dni, za wyjątkiem dni wolnych od nauki lub pracy.
- Świadczenia przysługuje maksymalnie za 10 miesięcy czasowej niezdolności Ubezpieczonego do nauki lub do pracy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
- 12) **Opcja Dodatkowa D12 – rozpoznanie u Ubezpieczonego wady wrodzonej serca** – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D12, pod warunkiem że wada wrodzona serca została rozpoznana po raz pierwszy w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
- 13) **Opcja Dodatkowa D13 – koszty leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D13, ale nie więcej niż 300 zł za jeden ząb, pod warunkiem, iż koszty leczenia stomatologicznego:
- powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz
 - zostały poniesione na odbudowę stomatologiczną uszkodzonego lub utraconego zęba stałego, z zastrzeżeniem, że w związku z utratą lub uszkodzeniem zęba w następstwie nieszczęśliwego wypadku u Ubezpieczonego został orzeczony uszczerbek na zdrowiu lub trwale inwalidztwo częściowe oraz
 - zostały poniesione w okresie ubezpieczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w okresie maksymalnie 6 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 14) **Opcja Dodatkowa D14 – uciążliwe leczenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – wypłata świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D14, pod warunkiem, iż:
- 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
 - przebieg leczenia spowodował czasową niezdolność Ubezpieczonego do nauki lub do pracy przez okres nie krótszy niż 10 dni;
- 15) **Opcja Dodatkowa D15 – Assistance EDU PLUS** obejmująca:
- pomoc medyczną:**
 - wizyta lekarza Centrum Assistance – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszty dojazdu lekarza Centrum Assistance

oraz jego honorarium za pierwszą wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego,

- wizyta pielęgniarki – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, na zlecenie lekarza Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt dojazdu pielęgniarki oraz jej honorarium za wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego. InterRisk pokrywa koszty wizyt pielęgniarki do wysokości sumy ubezpieczenia,
- dostawa leków – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową i w następstwie którego wymaga leczenia zgodnie z zaleceniem lekarza Centrum Assistance, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt transportu leków przepisanych przez lekarza Centrum Assistance. Koszt leków ponosi Ubezpieczony,
- opieka domowa po hospitalizacji – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego przebywał w szpitalu przez okres co najmniej 7 dni, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, po uzyskaniu zalecenia lekarza prowadzącego leczenie zorganizuje i pokryje koszt opieki domowej po zakończeniu hospitalizacji, do wysokości sumy ubezpieczenia. Łącznie czas opieki domowej nie może przekroczyć 96 godzin. Usługa opieki domowej obejmuje:
 - robienie zakupów spożywczo-przemysłowych pierwszej potrzeby – koszty zakupów realizowanych na zlecenie Ubezpieczonego pokrywa Ubezpieczony,
 - przygotowywanie posiłków – przy użyciu produktów, środków i sprzętów udostępnionych przez Ubezpieczonego,
 - pomoc w utrzymaniu czystości w domu: sprzątanie podłóg, dywanów i wykładzin dywanowych, ścieranie kurzy, wyrzucanie śmieci, zmywanie naczyń, czyszczenie powierzchni roboczych w kuchni (blatów, płyty kuchennej oraz zlewu), sprzątanie łazienki; podlewanie roślin w domu i ogrodzie – przy użyciu środków i sprzętów udostępnionych przez Ubezpieczonego,
- transport medyczny – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt transportu z miejsca pobytu Ubezpieczonego do placówki medycznej,
- infolinia medyczna – InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance zapewni Ubezpieczonemu możliwość rozmowy z lekarzem Centrum Assistance, który udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji co do dalszego postępowania. Informacje udzielone przez lekarza Centrum Assistance nie mają charakteru diagnostycznego. Ponadto za pośrednictwem Centrum Assistance Ubezpieczony uzyska:
 - informacje medyczne o danym schorzeniu, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
 - informacje o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
 - informacje o działaniu leków (stosowanie, odpowiedniki, skutki uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży i laktacji) w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
- indywidualne korepetycje** – jeżeli Ubezpieczony uczeń lub student uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, w wyniku którego nie mógł uczęszczać na zajęcia lekcyjne nieprzerwanie przez okres co najmniej 7 dni, udokumentowane zaświadczeniem lekarskim/wydrukiem zaświadczenia lekarskiego, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance zorganizuje i pokryje koszt indywidualnych korepetycji z wybranych przez Ubezpieczonego ucznia lub studenta przedmiotów wchodzących w zakres programowy realizowany w szkole lub uczelni maksymalnie do 10 godzin lekcyjnych w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku,
- pomoc rehabilitacyjną** – jeżeli Ubezpieczony, będący pracownikiem placówki oświatowej, za wyjątkiem uczniów i studentów, uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, w wyniku którego czasowo utracił zdolność do wykonywania pracy trwającą nieprzerwanie co najmniej 7 dni, udokumentowaną zaświadczeniem lekarskim, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie zorganizuje i pokryje koszt pracy rehabilitanta w miejscu pobytu Ubezpieczonego maksymalnie do 8 godzin rehabilitacji w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku,
- pomoc informatyczną** – świadczoną za pośrednictwem InterRisk Kontakt, obejmującą zorganizowanie i pokrycie kosztów udzielenia Ubezpieczonemu pomocy informatycznej, opartej o sieć serwisu informatycznego wskazanego przez InterRisk, polegającej na:
 - zdalnej konfiguracji dowolnego programu pocztowego,
 - wspierciu merytorycznym i technicznym w obsłudze pakietu MS Office (wszystkie wydane przez producenta wersje),
 - wspierciu merytorycznym w obsłudze kanałów Social Media,
 - wspierciu merytorycznym i technicznym w obsłudze systemów operacyjnych Windows oraz Mac (dowolne wersje),
 - pomocy w instalacji oraz deinstalacji oprogramowania,
 - diagnostyce i naprawie niewłaściwie działającego oprogramowania w przypadku awarii urządzenia,
 - pomocy przy obsłudze, instalacji i konfiguracji urządzeń oraz oprogramowania,
 - sprawdzeniu poziomu bezpieczeństwa komputera – przeskanowaniu w poszukiwaniu wirusów, instalacji odpłatnych lub darmowych programów antywirusowych (na życzenie Ubezpieczonego),
 - zdalnej pomocy przy usuwaniu wirusów komputerowych lub innego rodzaju potencjalnie niebezpiecznego oprogramowania z urządzeń,
 - przyspieszeniu działania komputera – optymalizacji szybkości pracy systemu operacyjnego,
 - doradztwie w zakresie doboru nowego urządzenia,

- pomocy w ustawieniu kontroli rodzicielskiej czyli:
 - i. weryfikacji odwiedzanych przez dziecko stron internetowych,
 - ii. ustawieniu kontroli rodzicielskiej na popularnych przeglądarkach internetowych,
 - iii. blokadzie wybranych przez rodzica lub opiekuna prawnego Ubezpieczonego, będącego dzieckiem w wieku do lat 18, stron internetowych (np. facebook) – dostęp tylko po elektronicznym wyrażeniu zgody przez rodzica lub opiekuna prawnego Ubezpieczonego,
 - iv. stworzeniu osobnego konta z ograniczonymi uprawnieniami systemowymi,
- udzielaniu instrukcji i wsparcia w konfigurowaniu chmury – wsparcie telefoniczne,
- pomocy w aktualizacji systemów operacyjnych – wsparcie telefoniczne,
- wsparcie telefoniczne podczas pobierania, instalowania aplikacji,
- wsparcie telefoniczne podczas konfigurowania płatności przez telefon.

Pomoc informatyczna dostępna jest 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu. W każdym rocznym okresie ubezpieczenia Ubezpieczonemu przysługuje możliwość skorzystania z nie więcej niż 4 usług pomocy informatycznej.

Warunkiem zdalnego wykonania pomocy informatycznej jest zgoda Ubezpieczonego na zainstalowanie w urządzeniu aplikacji oraz na zdalne wykonanie pomocy informatycznej poprzez akceptację komunikatu wyświetlonego na monitorze urządzenia.

W przypadku braku zgody Ubezpieczonego lub braku technicznych możliwości zdalnego wykonania pomocy, usługa będzie polegała na telefonicznym wsparciu informatycznym.

W przypadku, gdy do instalacji lub reinstalacji oprogramowania konieczne jest podanie kodu/kłucza, Ubezpieczony zobowiązany jest samodzielnie podać kod/kłucz wymagany do instalacji lub reinstalacji oprogramowania;

- 16) **Opcja Dodatkowa D16 – TeleMedycyna** – InterRisk za pośrednictwem Centrum TeleMedycyny zorganizuje i pokryje, z zastrzeżeniem §13 ust. 4, koszt 12 E-Konsultacji w ciągu okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że pomiędzy dwoma następującymi po sobie E-Konsultacjami musi nastąpić minimum 12 godzinna przerwa.

Warunkiem skorzystania przez Ubezpieczonego z E-Konsultacji jest posiadanie przez Ubezpieczonego urządzeń umożliwiających komunikację w formie w jakiej prowadzona będzie konsultacja, spełniających wymagania określone w załączniku nr 2 do OWU. Koszty połączeń i usług internetowych Ubezpieczony ponosi we własnym zakresie;

- 17) **Opcja Dodatkowa D17 – Pakiet ONKO** – pod warunkiem rozpoznania u Ubezpieczonego po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej jednej z następujących rodzajów Poważnych Chorób: nowotworu złośliwego, cukrzycy typu I, niewydolności serca, niewydolności nerek, choroby autoimmunologicznej, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, InterRisk za pośrednictwem Centrum ONKO zorganizuje i pokryje koszt:

- a) **Drugiej Opinii Lekarskiej Krajowej,**
- b) **Telekonsultacji lekarskich specjalistycznych;**

- 18) **Opcja Dodatkowa D18 – koszty leków** – jednorazowy zwrot udokumentowanych kosztów poniesionych na leki na terenie Rzeczypospolitej Polskiej do kwoty 500 zł. Zwrot kosztów następuje wyłącznie jeżeli:

- a) nieszczęśliwy wypadek skutkowało co najmniej czterodniowym pobytem w szpitalu,
- b) leki zostały przepisane przez lekarza prowadzącego leczenie szpitalne,
- c) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej;

- 19) **Opcja Dodatkowa D19 – koszty pogrzebu Ubezpieczonego** – jednorazowy zwrot udokumentowanych kosztów pogrzebu do wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D19 w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Zwrot kosztów pogrzebu następuje pod warunkiem, iż:

- a) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz
- b) zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;

- 20) **Opcja Dodatkowa D20 – Pakiet KLESZCZ i rozpoznanie boreliozy** – jednorazowe świadczenie w wysokości 1.000 zł w przypadku ukąszenia Ubezpieczonego przez kleszcza i rozpoznania u Ubezpieczonego boreliozy. Ukąszenie Ubezpieczonego przez kleszcza oraz rozpoznanie u Ubezpieczonego boreliozy muszą nastąpić w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Ponadto InterRisk pokryje udokumentowane koszty:

- a) wizyty u lekarza w celu usunięcia wklutego kleszcza do wysokości 150 zł,
- b) badań diagnostycznych, których celem jest potwierdzenie lub wykluczenie zakażenia boreliozą, zaleconych przez lekarza po ukąszeniu przez kleszcza do wysokości 150 zł,
- c) antybiotykoterapii zaleconej przez lekarza (tj. antybiotyku zakupionego z recepty otrzymanej od lekarza), której celem jest leczenie boreliozy spowodowanej ukąszeniem przez kleszcza do wysokości 200 zł,

o ile koszty te zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie 6 miesięcy od dnia ukąszenia przez kleszcza oraz nie zostały sfinansowane ze środków publicznych;

- 21) **Opcja Dodatkowa D21 – koszty dostosowania mieszkania lub pojazdu po nieszczęśliwym wypadku** – zwrot kosztów dostosowania mieszkania lub pojazdu po nieszczęśliwym wypadku do wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D21 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 pedalów 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 2 lata od daty nieszczęśliwego wypadku;

- 22) **Opcja Dodatkowa D22 – koszty opłaconej wycieczki po nieszczęśliwym wypadku** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D22, przy łącznym spełnieniu niżej wymienionych warunków:

- a) wycieczka była organizowana przez placówkę oświatową, do której uczęszczał lub w której zatrudniony był (w przypadku pracowników) Ubezpieczony,
- b) niemożność uczestnictwa Ubezpieczonego w wycieczce spowodowana była jego pobyt w szpitalu lub leczeniem ambulatoryjnym będącym następstwem nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową;

- 23) **Opcja Dodatkowa D23 – koszty opłaconego czesnego po śmierci opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D23, pod warunkiem, że śmierć opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego nastąpiła w okresie ubezpieczenia i była następstwem nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową. Zwrot kosztów przysługuje za okres od miesiąca, w którym nastąpiła śmierć rodzica Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego w następstwie nieszczęśliwego wypadku do końca roku szkolnego lub akademickiego;

- 24) **Opcja Dodatkowa D24 – opieka nad dzieckiem przebywającym w szpitalu** – w przypadku pobytu w szpitalu, w wyniku wypadku komunikacyjnego lub Poważnej Choroby, Ubezpieczonego, który nie ukończył 14 roku życia – świadczenie dzienne w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D24, płatne za każdy dzień opieki rodzica Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego nad Ubezpieczonym o ile pobyt w szpitalu trwa co najmniej 3 dni. Świadczenie przysługuje maksymalnie za 15 dni opieki nad Ubezpieczonym w trakcie pobytu w szpitalu. Świadczenie wypłacane jest pod warunkiem, że pobyt w szpitalu był następstwem wypadku komunikacyjnego, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej lub Poważnej Choroby, która została rozpoznana po raz pierwszy w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej;

- 25) **Opcja Dodatkowa D25 – koszty leczenia po ekspozycji** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D25, pod warunkiem, iż koszty leczenia po ekspozycji:

- a) powstały po ekspozycji, do której doszło podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu w czasie zdobywania – zgodnie z ustawą o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia – kwalifikacji do wykonywania zawodu medycznego,
- b) zostały poniesione w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od daty ekspozycji;

- 26) **Opcja Dodatkowa D26 – e-Rehabilitacja** – InterRisk za pośrednictwem Centrum e-Rehabilitacji zorganizuje i pokryje koszt:

- a) wizyty wstępnej (w Centrum e-Rehabilitacji lub domu Ubezpieczonego), na którą składa się: ocena potrzeb rehabilitacji Ubezpieczonego, instalacja systemu e-Rehabilitacji (aparatury sterująco-telemonitorującej) oraz wyjaśnienie funkcjonowania tego systemu (czas trwania około 2 godzin),
- b) codziennych sesji e-Rehabilitacji (czas trwania 30 minut) przez okres 30 dni pod nadzorem fizjoterapeuty,
- c) wizyty kontrolnej i przeprowadzenia oceny stanu zdrowia Ubezpieczonego i ustalenia ewentualnych dalszych potrzeb w zakresie rehabilitacji,

z zastrzeżeniem, iż świadczenia zdrowotne w ramach Opcji Dodatkowej D26 – e-Rehabilitacja dotyczą wyłącznie uszkodzeń ciała, których Ubezpieczony doznał w wyniku nieszczęśliwego wypadku, do którego doszło w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

OPCJA DODATKOWA D27 – ASYSTA PRAWNA

§12

I. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest organizacja i pokrycie kosztów świadczenia Ubezpieczonemu usług Asysty Prawnej związanych z jego życiem prywatnym.
2. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje wypadki ubezpieczeniowe zaistniałe i rozpoznawane na terenie Rzeczypospolitej Polskiej według prawa polskiego, powstałe w okresie ubezpieczenia.
3. Pojęcia użyte w OWU w zakresie ubezpieczenia Asysty Prawnej oznaczają:
 - 1) Asysta Prawna – świadczenia Informacji Prawnej oraz Konsultacji i Porady Prawnej wymienione w ust. 1 pkt II;

- 2) Informacja Prawna – świadczenia Asysty Prawnej wymienione w pkt II ust. 1 pkt 1);
- 3) Konsultacja i Porada Prawna – świadczenie usługi polegającej na udzieleniu informacji o powszechnie obowiązujących przepisach prawa polskiego, orzecznictwie i poglądach doktryny w zakresie problemu prawnego, związanego z życiem prywatnym, z którym zgłosił się Ubezpieczony oraz zarekomendowanie zgodnego z prawem postępowania w zakresie ustalonego problemu prawnego;
- 4) Przedstawiciel InterRisk – podmiot wskazany przez InterRisk w celu realizacji świadczeń Asysty Prawnej;
- 5) Wypadek ubezpieczeniowy – problem prawny związany z życiem prywatnym Ubezpieczonego, powodujący konieczność skorzystania przez Ubezpieczonego z Asysty Prawnej, o ile wystąpił on w okresie ubezpieczenia i został zgłoszony w okresie ubezpieczenia poprzez InterRisk Kontakt do Przedstawiciela InterRisk;
- 6) Życie prywatne – aktywność Ubezpieczonego niezwiązana z prowadzeniem przez niego działalności gospodarczej lub zawodowej.

II. ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczenie Asysty Prawnej obejmuje zapewnienie Ubezpieczonemu przez Przedstawiciela InterRisk pomocy prawnej w ramach limitów świadczeń określonych w niniejszym paragrafie poprzez organizację i pokrycie kosztów następujących usług:
 - 1) Informacji Prawnej, obejmującej:
 - a) udzielanie informacji na temat praw i obowiązków, związanych z życiem prywatnym Ubezpieczonego,
 - b) informowanie o procedurze prawnej prowadzenia sporów prawnych i ochrony praw,
 - c) informowanie o kosztach prowadzenia sporów prawnych,
 - d) przysyłanie tekstów aktualnych oraz historycznych aktów prawnych,
 - e) udzielanie informacji teleadresowych o sądach, radcach prawnych, adwokatach oraz notariuszach;
 - 2) Konsultacji i Porady Prawnej.
2. InterRisk nie zwraca kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego celem uzyskania Asysty Prawnej lub świadczeń do niej ekwiwalentnych u podmiotu innego niż Przedstawiciel InterRisk.

III. LIMITY ŚWIADCZEŃ

1. Z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej, Ubezpieczonemu przysługuje w okresie ubezpieczenia możliwość skorzystania ze świadczeń Asysty Prawnej w następującym zakresie:
 - 1) świadczenia Informacji Prawnej – bez ograniczeń, z zastrzeżeniem ust. 2;
 - 2) świadczenia Konsultacji i Porady Prawnej – łącznie do 12 świadczeń, nie więcej jednak niż 4 świadczenia w miesiącu kalendarzowym, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Przedstawiciel InterRisk udzieli Ubezpieczonemu nie więcej niż 3 świadczeń Asysty Prawnej w jednym dniu oraz 6 świadczeń w ciągu jednego miesiąca okresu ubezpieczenia.

IV. WYŁĄCZENIA SZCZEGÓLNE

1. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej w ubezpieczeniu Asysty Prawnej wyłączone są problemy prawne:
 - 1) pozostające w związku z działaniami wojennymi, niepokojami społecznymi, rozruchami, strajkami, lokautem i trzęsieniami ziemi;
 - 2) pozostające w związku ze szkodami nuklearnymi wywołanymi przez reaktory jądrowe albo ze szkodami genetycznymi spowodowanymi promieniowaniem radioaktywnym, jeśli szkody te nie zostały spowodowane wskutek opieki medycznej;
 - 3) wynikające z umyślnego naruszenia przez Ubezpieczonego przepisów powszechnie obowiązującego prawa polskiego;
 - 4) będące następstwem pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, tj. w stanie gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub przekracza 0,2‰ alkoholu we krwi lub 0,1 mg alkoholu w 1 dm³ w wydychanym powietrzu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, o ile miało to wpływ na powstanie problemu prawnego;
 - 5) pozostające w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego działalności gospodarczej;
 - 6) pozostające w związku z posiadaniem i używaniem pojazdów mechanicznych;

- 7) dotyczące roszczeń wynikających z cesji wierzytelności;
 - 8) związane z wywłaszczeniem, podziałem, przekształceniem własnościowym nieruchomości, planem zagospodarowania przestrzennego;
 - 9) rozpoznawane przed: Trybunałem Konstytucyjnym, Naczelnym Sądem Administracyjnym, Sądem Najwyższym lub trybunałami międzynarodowymi;
 - 10) z zakresu prawa: znaków towarowych, rachunkowości, skarbowego, podatkowego, patentowego, zbiorowego prawa pracy lub związków zawodowych, prawa o fundacjach i stowarzyszeniach.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w żadnym wypadku nie obejmuje problemów prawnych pozostających w związku ze sporamizacjami pomiedzy Ubezpieczonym, Ubezpieczającym, InterRisk lub Przedstawicielem InterRisk.
 3. Jeśli wystąpią zdarzenia, które jedynie w części objęte są ochroną ubezpieczeniową, InterRisk ponosi odpowiedzialność jedynie w odniesieniu do tej części.

V. ZGŁASZANIE I OBSŁUGA ŚWIADCZEŃ ASYSTY PRAWNEJ

1. W celu uzyskania świadczenia Asysty Prawnej Ubezpieczony zobowiązany jest złożyć Przedstawicielowi InterRisk wniosek, o którym mowa w ust. 2, telefonicznie poprzez InterRisk Kontakt pod numerem telefonu: (22) 575 25 25 (koszt połączenia zgodny z taryfą danego operatora).
2. Wniosek o udzielenie Asysty Prawnej powinien zawierać następujące dane:
 - 1) imię, nazwisko i dane kontaktowe zgłaszającego (Ubezpieczonego);
 - 2) temat i opis problemu prawnego, którego ma dotyczyć Asysta Prawna;
 - 3) wskazanie środka komunikacji, za pośrednictwem którego ma zostać udzielone świadczenie Asysty Prawnej z podaniem odpowiednio numeru telefonu lub adresu e-mail.
3. Asysta Prawna zostanie udzielona Ubezpieczonemu po weryfikacji istnienia ochrony ubezpieczeniowej w oparciu o przedstawiony przez niego opis problemu prawnego i stan faktyczny. Jeżeli po uzyskaniu Asysty Prawnej Ubezpieczony po raz kolejny zwróci się do Przedstawiciela InterRisk poprzez InterRisk Kontakt z wnioskiem o udzielenie Asysty Prawnej, podając dalsze lub odmienne informacje czy dane dotyczące tego samego problemu prawnego, wówczas udzielone przez Przedstawiciela InterRisk świadczenie traktuje się jako kolejne świadczenie Asysty Prawnej.
4. Świadczenia Asysty Prawnej udzielane są na bieżąco lub w przeciągu 3 dni roboczych od daty otrzymania przez Przedstawiciela InterRisk wniosku o udzielenie Asysty Prawnej wraz z dokumentami niezbędnymi do jej udzielenia, chyba że Ubezpieczony i Przedstawiciel InterRisk umówili się inaczej. Dla spraw wymagających znacznych nakładów pracy Przedstawiciela InterRisk, termin realizacji uzgadniany jest indywidualnie z Ubezpieczonym.
5. Świadczenia Asysty Prawnej udzielane są Ubezpieczonemu:
 - 1) telefonicznie, pod wskazany przez Ubezpieczonego numer telefonu, lub
 - 2) pocztą elektroniczną, na wskazany przez Ubezpieczonego adres e-mail.
6. W przypadku spraw skomplikowanych, wymagających dodatkowej analizy, weryfikacji lub sporządzenia odpowiedzi o łącznej objętości przekraczającej 20 stron znormalizowanego maszynopisu, praca dotycząca kolejnych 20 stron dokumentów traktowania jest jako kolejne świadczenie Asysty Prawnej.
7. W ramach Asysty Prawnej InterRisk nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia lub niemożliwość wykonania świadczeń, jeśli opóźnienie lub niemożliwość wykonania świadczeń spowodowane jest: strajkami, niepokojami społecznymi, zamieszkaniami, aktami terroru, aktami sabotażu, wojną (również domową), skutkami promieniowania radioaktywnego, siłą wyższą, a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami organów administracji publicznej, chyba że nie mają one wpływu na terminowe wykonanie świadczeń.

SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY

§13

1. Wysokość sumy ubezpieczenia ustalana jest na wniosek Ubezpieczającego osobno dla Opcji Podstawowej lub Opcji Podstawowej Plus lub Opcji Ochrona Plus lub Opcji Progresa oraz dla poszczególnych Opcji Dodatkowych (D1-D14, D18-D25), o których mowa w §11 ust. 1 pkt 1), 3) i ust. 2 pkt 1) – 14), 18) – 25).
2. Dla Opcji Ochrona, o której mowa w §4 ust. 1 pkt 2), sumy ubezpieczenia ustalone są dla każdego zdarzenia, za które InterRisk ponosi odpowiedzialność ubezpieczeniową. Odrębne sumy ubezpieczenia, określone w umowie ubezpieczenia, które w zależności od wybranego wariantu – zgodnie z TABELĄ nr 10 – wynoszą:

TABELA nr 10

Rodzaj ubezpieczenia	SUMA UBEZPIECZENIA (PLN)										
	Wariant:										
	0-1	0-2	0-3	0-4	0-5	0-6	0-7	0-8	0-9	0-10	0-11
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	7.000	8.000	9.000	10.000	11.000	12.000	13.000	14.000	15.000	20.000	25.000
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku na terenie placówki oświatowej	7.000	8.000	9.000	10.000	11.000	12.000	13.000	14.000	15.000	20.000	25.000
Rozpoznanie u Ubezpieczonego sepsy	700	800	900	1.000	1.100	1.200	1.300	1.400	1.500	2.000	2.500
Trwałe inwalidztwo częściowe	7.000	8.000	9.000	10.000	11.000	12.000	13.000	14.000	15.000	20.000	25.000
Koszty zakupu wózka inwalidzkiego na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000
Złamania jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku	1.500	1.750	2.000	2.250	2.500	2.750	3.000	3.250	3.500	3.750	4.000
Rany będące następstwem nieszczęśliwego wypadku	200	250	300	350	400	500	600	700	750	800	850
Urazy narządów ruchu będące następstwem nieszczęśliwego wypadku	200	250	300	350	400	500	600	700	750	800	850

Pogryzienie przez psa, pokąsania, ukąszenie/użądlenie	80	90	100	110	120	130	140	150	160	210	260
Wstrząśnienie mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	1.000	1.250	1.500	1.750	2.000	2.250	2.500	2.750	3.000	3.250	3.500
Śmierć opiekuna prawnego lub rodzica w następstwie nieszczęśliwego wypadku	700	800	900	1.000	1.100	1.200	1.300	1.400	1.500	2.000	2.500
Zatrucie pokarmowe, nagle zatrucie gazami, porażenie prądem lub piorunem	350	400	450	500	550	600	650	700	750	1.000	1.250
Rozpoznanie chorób odzwierzęcych (bąblowicy, toksoplazmozy, wścieklizny)	350	400	450	500	550	600	650	700	750	1.000	1.250

- Dla Opcji Dodatkowej D15 – **Assistance EDU PLUS**, o której mowa w §4 ust. 2 pkt 15) oraz §11 ust. 1 pkt 15) suma ubezpieczenia jest stała i wynosi 5.000 PLN.
- Dla Opcji Dodatkowej D16 – **TeleMedycyna**, o której mowa w §4 ust. 2 pkt 16) oraz §11 ust. 1 pkt 16), sumę ubezpieczenia stanowi koszt 12 E-Konsultacji, o których mowa w §11 ust. 1 pkt 16), ale nie więcej niż 5.000 PLN.
- Dla Opcji Dodatkowej D17 – **Pakiet ONKO**, o której mowa w §4 ust. 2 pkt 17) oraz §11 ust. 1 pkt 17), sumę ubezpieczenia stanowi koszt usług, o których mowa w §11 ust. 1 pkt 17), ale nie więcej niż 5.000 PLN.
- Dla Opcji Dodatkowej D26 – **e-Rehabilitacja**, o której mowa w §4 ust. 2 pkt 26) oraz §11 ust. 1 pkt 26) sumę ubezpieczenia stanowi koszt świadczeń zdrowotnych, o których mowa w §11 ust. 1 pkt 26), ale nie więcej niż 5.000 PLN.
- Dla Opcji Dodatkowej D27 – **Asysta Prawna**, o której mowa w §4 ust. 2 pkt 27) oraz w §12 suma ubezpieczenia jest stała i wynosi 500 PLN.
- Suma ubezpieczenia ustalana jest dla każdego Ubezpieczonego i określona jest w umowie ubezpieczenia.
- Górną granicą odpowiedzialności InterRisk jest:
 - w przypadku Opcji Podstawowej, Opcji Podstawowej Plus, Opcji Ochrona Plus – kwota stanowiąca 200% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Podstawowej, Opcji Podstawowej Plus, Opcji Ochrona Plus;
 - w przypadku Opcji Ochrona – kwota stanowiąca 100% sumy ubezpieczenia ustalonej odrębnie dla każdego zdarzenia;
 - w przypadku Opcji Progresa – kwota stanowiąca 350% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Progresa;
 - w przypadku Opcji Dodatkowych (D1-D27) – kwota stanowiąca 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla danej Opcji Dodatkowej D1-D27.
- W ramach ubezpieczenia wypłacone świadczenie lub łączna kwota wypłaconych świadczeń nie mogą przekroczyć łącznie górnej granicy odpowiedzialności określonej osobno dla Opcji Podstawowej, Opcji Podstawowej Plus, Opcji Ochrona, Opcji Ochrona Plus lub Opcji Progresa oraz wybranej Opcji Dodatkowej (D1-D27).

CO TRZEBA ZROBIĆ, ŻEBY SIĘ UBEZPIECZYĆ? ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§14

- Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku Ubezpieczającego, który powinien zawierać co najmniej następujące dane:
 - imię, nazwisko (nazwę) oraz adres (siedzibę) Ubezpieczającego;
 - imię i nazwisko Ubezpieczonego, jeżeli umowa zawierana jest w formie imiennej;
 - liczbę dzieci, uczniów, studentów i pracowników placówek oświatowych zgłoszonych do ubezpieczenia;
 - przedmiot i zakres (opcja, wariant) ubezpieczenia;
 - proponując sum ubezpieczenia dla Opcji Podstawowej, Opcji Podstawowej Plus, Opcji Ochrona Plus, Opcji Progresa, a w przypadku Opcji Ochrona proponując odrębnych sum ubezpieczenia dla każdego zdarzenia;
 - proponując sum ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowych (D1-D27) – w przypadku, gdy Ubezpieczający wnioskuje o rozszerzenie zakresu o Opcje Dodatkowe (D1-D27);
 - okres ubezpieczenia;
 - proponując postanowień dodatkowych lub odmiennych od postanowień OWU, o ile Ubezpieczający chce je wprowadzić do umowy ubezpieczenia.
- InterRisk może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji, mających wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego.
- Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres dwunastu miesięcy, chyba że strony umówiły się inaczej.
- InterRisk potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia.

§15

- Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w formie ubezpieczenia grupowego, ubezpieczenia indywidualnego lub rodzinnego.
- Umowa ubezpieczenia indywidualnego lub rodzinnego może zostać zawarta wyłącznie w formie imiennej.
- Umowa ubezpieczenia grupowego zawierana jest w formie imiennej lub za zgodą Ubezpieczyciela w formie bezimiennej, pod warunkiem ubezpieczenia co najmniej 90% osób w danej placówce oświatowej oraz z zastrzeżeniem ust. 4.
- W przypadku rozszerzenia zakresu o Opcję Dodatkową D15 – **Assistance EDU PLUS**, D16 – **TeleMedycyna**, D17 – **Pakiet ONKO**, D26 – **e-Rehabilitacja**, D27 – **Asysta Prawna**, umowę ubezpieczenia grupowego zawiera się w formie imiennej.

OD KIEDY UBEZPIECZENIE GWARANTUJE OCHRONĘ I KIEDY ONA SIĘ KOŃCZY? POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI INTERRISK

§16

- W umowie ubezpieczenia określa się datę początkową i końcową okresu ubezpieczenia.
- Odpowiedzialność InterRisk z tytułu mowy ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia wskazanego w umowie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, chyba że umówiono się inaczej; jednakże wobec Ubezpieczonego przystępującego do ubezpieczenia za pomocą środków komunikacji elektronicznej po upływie miesiąca od dnia wskazanego w umowie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, odpowiedzialność InterRisk rozpoczyna się od dnia następnego po zaplaceniu składki lub jej pierwszej raty.
- Odpowiedzialność InterRisk ustaje:
 - wraz z zakończeniem okresu ubezpieczenia;
 - z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia;
 - z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia za porozumieniem stron albo w wyniku jej wypowiedzenia;
 - w przypadku określonym w §18 ust. 11 OWU – w dniu tam wskazanym;
 - wobec Ubezpieczonego – z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia wskutek wypłacenia świadczenia lub świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia lub górnej granicy odpowiedzialności;
 - wobec Ubezpieczonego – z dniem jego zgonu;
 - wobec Ubezpieczonego w umowie ubezpieczenia grupowego – z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym InterRisk otrzymał oświadczenie o wystąpieniu Ubezpieczonego z ubezpieczenia.
- Wznowienie odpowiedzialności InterRisk z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia następuje następnego dnia po zaplaceniu dodatkowej składki za doubezpieczenie, w przypadku gdy odpowiedzialność InterRisk ustała wskutek wyczerpania sumy ubezpieczenia, pod warunkiem że InterRisk, nie później niż w terminie 7 dni od dnia zapłaty dodatkowej składki, potwierdzi w formie pisemnej wznowienie ochrony.

ODSTĄPIENIE, WYPOWIEDZENIE I WYSTĄPIENIE Z UMOWY UBEZPIECZENIA

§17

- Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres dłuższy niż sześć miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
- Poza przypadkami określonymi w pozostałych postanowieniach OWU oraz przepisach prawa powszechnie obowiązującego, Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia.
- Ubezpieczony może wystąpić z umowy ubezpieczenia grupowego w każdym czasie.

OD CZEGO ZALEŻY WYSOKOŚĆ SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ? SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§18

- Wysokość składki ubezpieczeniowej określona jest w umowie ubezpieczenia.
- Wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej uzależniona jest od:
 - przedmiotu ubezpieczenia;
 - zakresu ubezpieczenia;
 - okresu ubezpieczenia;
 - wnioskowanych przez Ubezpieczającego wysokości sum ubezpieczenia;
 - liczby osób przystępujących do ubezpieczenia;
 - informacji o szkodowości.
- Podstawową składkę ubezpieczeniową oblicza się mnożąc, określoną sumę ubezpieczenia przez właściwą dla danej Opcji stawkę określoną w złotych polskich, uzależnioną od czynników określonych w ust. 2. Postanowienie to nie dotyczy:
 - Opcji Ochrona;
 - Opcji Dodatkowej D15 – **Assistance Edu Plus**;
 - Opcji Dodatkowej D16 – **TeleMedycyna**;
 - Opcji Dodatkowej D17 – **Pakiet ONKO**;
 - Opcji Dodatkowej D26 – **e-Rehabilitacja**;
 - Opcji Dodatkowej D27 – **Asysta Prawna**;

w których obowiązuje jedna stawka składki określona kwotowo dla każdego Ubezpieczonego.
- Wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej obliczana jest według taryfy składek

obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia:

- 1) dla Opcji Podstawowej, Opcji Podstawowej Plus, Opcji Ochrona Plus oraz Opcji Progresa ustala się w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia. Wysokość składki dla każdego Ubezpieczonego ustalana jest kwotowo za każdy 1.000 PLN sumy ubezpieczenia;
 - 2) dla Opcji Ochrona ustala się w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia;
 - 3) dla poszczególnych Opcji Dodatkowych ustala się w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia. Wysokość składki za każde świadczenie dodatkowe i dla każdego Ubezpieczonego ustalana jest kwotowo za każdy 1.000 PLN sumy ubezpieczenia;
 - 4) dla Opcji Dodatkowej D15 – **Assistance Edu Plus**, Opcji Dodatkowej D16 – **TeleMedycyna**, Opcji Dodatkowej D17 – **Pakiet ONKO**, Opcji Dodatkowej D26 – **e-Rehabilitacja**, Opcji Dodatkowej D27 – **Asysta Prawna** wysokość składki dla każdego Ubezpieczonego ustalana jest kwotowo.
5. InterRisk może zastosować zwwyżki składki, w szczególności z tytułu:
- 1) objęcia ochroną ubezpieczeniową osób uprawiających sport wyczynowo;
 - 2) wprowadzenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od postanowień OWU.
6. InterRisk może zastosować zniżki składki, w szczególności z tytułu:
- 1) liczby osób przystępujących do ubezpieczenia;
 - 2) liczby osób (przystępujących do ubezpieczenia) w trudnej sytuacji materialnej;
 - 3) niskiej szkodowości w poprzednich okresach ubezpieczenia;
 - 4) wprowadzenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od postanowień OWU.
7. Składka ubezpieczeniowa płatna jest jednorazowo, chyba że strony umówiły się inaczej.
8. Składka ubezpieczeniowa, na wniosek Ubezpieczającego, może zostać rozłożona na raty. Terminy płatności i wysokości kolejnych rat określa się w umowie ubezpieczenia.
9. Składka za ubezpieczenie powinna być zapłacona w dniu zawierania umowy, chyba że strony umowy ustaliły w umowie ubezpieczenia późniejszy termin płatności. W przypadku płatności ratalnej, pierwsza rata składki jest płatna w dniu zawierania umowy ubezpieczenia, natomiast kolejne raty składki ubezpieczeniowej płatne są w terminach płatności określonych w umowie ubezpieczenia.
10. Jeżeli InterRisk ponosił odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona przez Ubezpieczającego w terminie, InterRisk może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia wygasa ona z końcem okresu, za który przypadła nie zapłacona składka.
11. W razie opłacania składki w ratach niezapłacenie w terminie kolejnej raty składki powoduje ustanie odpowiedzialności InterRisk, jeżeli InterRisk po upływie terminu wezwał Ubezpieczającego do zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności.
12. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.
13. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, InterRisk należy się składka za okres, w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej a Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

JAKIE OBOWIĄZKI MA UBEZPIECZAJĄCY, UBEZPIECZONY, A JAKIE INTERRISK? PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY UBEZPIECZENIA

§19

1. Ubezpieczający obowiązany jest:
- 1) przed zawarciem umowy ubezpieczenia, podać do wiadomości InterRisk wszystkie znane sobie okoliczności, o które InterRisk zapytywał w formularzu wniosku albo przed zawarciem umowy w innych pismach;
 - 2) do zgłaszania InterRisk zmian okoliczności, o których Ubezpieczający informował InterRisk przed zawarciem umowy ubezpieczenia, niezwłocznie po powzięciu o nich wiadomości;
 - 3) do opłacenia składki lub jej rat w ustalonym terminie;
 - 4) do umożliwienia InterRisk zasięgnięcia informacji odnoszących się do okoliczności wystąpienia wypadku;
 - 5) do przekazywania InterRisk w terminie ustalonym w umowie ubezpieczenia wszystkich danych niezbędnych do należytego wykonywania postanowień umowy ubezpieczenia;
 - 6) do przestrzegania obowiązków określonych w OWU.
2. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek:
- 1) Ubezpieczający jest zobowiązany do doręczenia Ubezpieczonemu OWU i udzielenia niezbędnych informacji dotyczących ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać osobie zainteresowanej przystąpieniem do umowy ubezpieczenia informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, przed przystąpieniem przez tę osobę do umowy ubezpieczenia, na piśmie, lub jeżeli osoba zainteresowana przystąpieniem do umowy ubezpieczenia wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku;
 - 3) Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Ubezpieczonego na jego żądanie o sposobie obliczenia i opłacenia składki ubezpieczeniowej oraz doręczyć Ubezpieczonemu warunki umowy, w szczególności postanowienia umowy w zakresie stanowiącym o prawach

i obowiązków Ubezpieczonego, przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na finansowanie składki ubezpieczeniowej (o ile Ubezpieczony finansuje składkę). Informacje powinny zawierać także opis obowiązków Ubezpieczającego i InterRisk względem Ubezpieczonego;

- 4) niezależnie od innych postanowień OWU, w sytuacji zaniechania lub zaprzestania dochodzenia świadczenia od InterRisk przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego albo jego spadkobiercy są uprawnieni do bezpośredniego dochodzenia świadczenia.
3. Jeśli umowa ubezpieczenia grupowego zawarta została na rachunek pracowników Ubezpieczającego lub osób wykonujących pracę na podstawie umów cywilnoprawnych oraz członków ich rodzin lub na rachunek członków stowarzyszeń, samorządów zawodowych lub związków zawodowych i Ubezpieczający otrzymuje od InterRisk wynagrodzenie lub inne korzyści w związku z oferowaniem możliwości skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej lub czynnościami związanymi z wykonywaniem umowy ubezpieczenia grupowego, przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego Ubezpieczający przekazuje osobie zainteresowanej przystąpieniem do takiej umowy informacje o:
- 1) firmie InterRisk i adresie siedziby InterRisk;
 - 2) charakterze wynagrodzenia lub innych korzyści otrzymywanych w związku z proponowanym przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego;
 - 3) możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie podał do wiadomości InterRisk okoliczności znanych sobie, o których mowa w ust. 1 pkt 1) lub nie dopełnił obowiązku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2), InterRisk nie odpowiada za skutki tych okoliczności.
5. InterRisk obowiązany jest do:
- 1) przekazywania Ubezpieczającemu informacji niezbędnych do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, a w przypadku zgłoszenia roszczenia zobowiązany jest do terminowej likwidacji;
 - 2) doręczenia Ubezpieczającemu przed zawarciem umowy ubezpieczenia tekstu OWU, a także innych dokumentów i formularzy niezbędnych z punktu widzenia wykonywania umowy ubezpieczenia;
 - 3) na żądanie Ubezpieczonego, udzielenia informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz OWU w zakresie praw i obowiązków Ubezpieczonego;
 - 4) doręczenia Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu w taki sposób, aby Ubezpieczający lub Ubezpieczony mógł zapoznać się z nią przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
 - 5) udostępnienia Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu informacji i dokumentów, gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez InterRisk udostępnionych informacji, a także sporządzać na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem przez InterRisk;
 - 6) objęcia ochroną ubezpieczeniową osób, które zostały zgłoszone przez Ubezpieczającego i za które została zapłacona składka ubezpieczeniowa;
 - 7) wypłaty świadczenia na warunkach i zasadach określonych w OWU i umowie ubezpieczenia;
 - 8) zabezpieczenia danych osobowych, otrzymanych w wyniku realizacji umowy ubezpieczenia zgodnie przepisami prawa;
 - 9) pisemnego informowania osoby występującej z roszczeniem, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania, zgodnie z §21 ust. 8 OWU;
 - 10) pisemnego informowania Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi zawiadomieniem o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z §21 ust. 8 OWU.

6. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony lub osoba występująca z roszczeniem mają prawo wglądu do informacji i dokumentów, gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości świadczenia, żądania pisemnego potwierdzenia przez InterRisk udostępnionych informacji i sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich za zgodność z oryginałem przez InterRisk.
7. Niezależnie od innych postanowień OWU, w sytuacji zaniechania lub zaprzestania dochodzenia świadczenia od InterRisk przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego albo jego spadkobiercy są uprawnieni do bezpośredniego dochodzenia świadczenia.

CO ZROBIĆ ŻEBY DOSTAĆ ŚWIADCZENIE? ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA. USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§20

W razie powstania zdarzenia mogącego powodować odpowiedzialność InterRisk Ubezpieczający lub Ubezpieczony obowiązany jest do:

- 1) niezwłocznego zgłoszenia się do lekarza i zastosowania się do jego zaleceń;
- 2) zawiadomienia o zajściu tego zdarzenia InterRisk nie później niż w terminie 14 dni od dnia zajścia zdarzenia lub uzyskania o nim informacji, o ile stan zdrowia mu na to pozwala;
- 3) poddania się badaniu przez lekarza wskazanego przez InterRisk celem rozpoznania zgłaszanych obrażeń ciała. Koszt takiego badania pokrywa InterRisk.

§21

1. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczający lub Ubezpieczony może złożyć w każdej jednostce organizacyjnej InterRisk.
2. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia powinno zawierać poniższe podstawowe informacje:
 - 1) imię i nazwisko lub nazwę i adres Ubezpieczającego;

- 2) imię i nazwisko, adres Ubezpieczonego;
 - 3) imię i nazwisko, adres Uprawnionego, jeżeli z rozszczeniem występuje Uprawniony;
 - 4) datę wypadku oraz szczegółowy opis okoliczności jego zaistnienia;
 - 5) imię i nazwisko, adres świadków zdarzenia, o ile są w posiadaniu zgłaszającego roszczenie.
3. W celu ustalenia odpowiedzialności InterRisk Ubezpieczający lub Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć poniższe podstawowe dokumenty, o ile są w jego posiadaniu:
- 1) kopię zgłoszenia zdarzenia Policji, o ile zostało dokonane;
 - 2) dokumentację medyczną z przebiegu leczenia opisującą rodzaj doznanych obrażeń oraz zawierającą dokładną diagnozę;
 - 3) kartę informacyjną ze szpitala;
 - 4) celem refundacji poniesionych kosztów nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie:
 - a) kopię zlecenia lekarskiego na zaopatrzenie w wyroby medyczne wydawane na zlecenie,
 - b) okazać Ubezpieczycielowi oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty;
 - 5) celem refundacji poniesionych kosztów przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych:
 - a) kopię decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, na podstawie której przyznano rentę szkoleniową osobie trwale niezdolnej do pracy w dotychczasowym zawodzie lub orzeczenie powiatowego (lub wojewódzkiego) zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności, w którym orzeczono o celowości przekwalifikowania zawodowego osoby niepełnosprawnej,
 - b) okazać Ubezpieczycielowi oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty;
 - 6) celem refundacji poniesionych: kosztów leczenia, kosztów leczenia po ekspozycji, kosztów leczenia stomatologicznego – 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;
 - 7) celem refundacji kosztów wizyty u lekarza, badań diagnostycznych, których celem jest potwierdzenie lub wykluczenie zakażenia boreliozą, antybiotykoterapii zaleconej przez lekarza, której celem jest leczenie boreliozy spowodowanej ukąszeniem przez kleszcza w ramach Opcji Dodatkowej D20 (Pakiet KLESZCZ i rozpoznanie boreliozy) – okazać Ubezpieczycielowi oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty a także dokumentację medyczną z odbytej wizyty u lekarza w celu usunięcia kleszcza, zawierającą skierowanie na badania diagnostyczne lub zalecenie antybiotykoterapii;
 - 8) 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;
 - 9) celem refundacji poniesionych kosztów opłaconej wycieczki:
 - a) okazać Ubezpieczycielowi oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty,
 - b) zaświadczenie z placówki oświatowej będącej organizatorem wycieczki o braku udziału Ubezpieczonego w w/w wycieczce;
 - 10) celem refundacji poniesionych kosztów opłaconego czesnego:
 - a) okazać Ubezpieczycielowi oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty,
 - b) zaświadczenie lekarskie – karta zgonu rodzica Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego,
 - c) akt zgonu rodzica Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego lub orzeczenie sądu uznające rodzica Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego za osobę zmarłą;
 - 11) w przypadku wypadku komunikacyjnego, o ile Ubezpieczony był kierowcą pojazdu:
 - a) kopię dowodu rejestracyjnego pojazdu;
 - 12) w przypadku pokąsania, ukąszenia – kartę informacyjną ze szpitala;
 - 13) w przypadku czasowej niezdolności Ubezpieczonego do nauki lub do pracy:
 - a) kopię zaświadczenia lekarskiego/wydruk zaświadczenia lekarskiego wystawionego zgodnie z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie trybu i sposobu orzekania o czasowej niezdolności do pracy, wystawiania zaświadczenia lekarskiego oraz trybu i sposobu sprostowania błędów w zaświadczeniu lekarskim w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę lub placówkę medyczną, która wystawiła ww. zaświadczenie oraz zaświadczeniem stwierdzającym zatrudnienie – w przypadku Ubezpieczonego będącego pracownikiem placówki oświatowej, chyba że Ubezpieczony nie mógł go uzyskać z przyczyn od siebie niezależnych,
 - b) zaświadczenie lekarskie/wydruk zaświadczenia lekarskiego potwierdzające okres niezdolności do nauki i zaświadczenie ze szkoły potwierdzające nieobecność na zajęciach lekcyjnych – w przypadku dzieci lub uczniów;
 - 14) w przypadku uciążliwego leczenia – zaświadczenie lekarskie/wydruk zaświadczenia lekarskiego zawierające informację o okresie czasowej niezdolności Ubezpieczonego do nauki lub do pracy oraz potwierdzenie nieobecności Ubezpieczonego w pracy lub na zajęciach lekcyjnych przez zakład pracy lub szkołę;
 - 15) celem refundacji poniesionych kosztów na leki, o których mowa w §11 ust. 1 pkt 18) – okazać Ubezpieczycielowi oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty a także dokumentację medyczną ze szpitala w której wskazano że leki zostały zalecone przez lekarza prowadzącego leczenie;
 - 16) celem refundacji kosztów pogrzebu Ubezpieczonego:
 - a) zaświadczenie lekarskie – karta zgonu Ubezpieczonego,
 - b) akt zgonu Ubezpieczonego lub orzeczenie sądu uznające Ubezpieczonego za osobę zmarłą,
 - c) okazać Ubezpieczycielowi oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty.
4. InterRisk może na swój koszt, kierować Ubezpieczonego na badania lekarskie z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi.
 5. InterRisk może uzyskać odpłatnie od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu, za pośrednictwem lekarza upoważnionego przez InterRisk informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją danych o jego stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, w zakresie określonym w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
 6. Wystąpienie InterRisk o informację, o której mowa w ust. 5, wymaga zgody Ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, albo jego przedstawiciela ustawowego.
 7. InterRisk może uzyskać odpłatnie od Narodowego Funduszu Zdrowia dane o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzieliли świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia jego odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia. Wystąpienie InterRisk o te informacje wymaga zgody Ubezpieczonego albo jego przedstawiciela ustawowego.
 8. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, InterRisk w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
 9. W przypadku powzięcia przez InterRisk nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności zgłaszanych roszczeń lub wysokości świadczenia, InterRisk w terminie 7 dni od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.
 10. W razie powstania zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach Opcji Dodatkowej D15 – **Assistance EDU PLUS**, Ubezpieczający lub Ubezpieczony obowiązany jest telefonicznie skontaktować się z Centrum Assistance (adres, numer telefonu podany jest w umowie ubezpieczenia) i przekazać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko lub nazwę i adres Ubezpieczającego;
 - 2) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 3) adres zamieszkania Ubezpieczonego;
 - 4) krótki opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy;
 - 5) numer telefonu kontaktowego Ubezpieczonego.
 11. W razie powstania zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach Opcji Dodatkowej D15 – **Assistance EDU PLUS**, Ubezpieczony, na wniosek Centrum Assistance, zobowiązany jest przedstawić lekarzom Centrum Assistance posiadane: zaświadczenia medyczne, skierowania, zwolnienia lekarskie, dokumenty medyczne, recepty, a także okazać Ubezpieczycielowi oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty.
 12. W celu zrealizowania świadczenia w ramach Opcji Dodatkowej D16 – **TeleMedycyna**, Ubezpieczony zobowiązany jest zarejestrować się na portalu Centrum TeleMedycyny dostępnym na stronie internetowej www.interrisk.pl i postępować zgodnie ze wskazaniami aplikacji.
 13. W celu zrealizowania świadczeń z **Pakietu ONKO** w ramach Opcji Dodatkowej D17 – **Pakiet ONKO**, Ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się z InterRisk Kontakt telefonicznie pod numerem telefonu: (22) 575 25 25 (koszt połączenia zgodny z taryfą danego operatora) i postępować zgodnie ze wskazówkami udzielanymi przez konsultanta.
 14. Świadczenia w ramach Opcji Dodatkowej D26 – **e-Rehabilitacja** realizowane są zgodnie z poniższymi zasadami:
 - 1) Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - a) skontaktować się z Centrum e-Rehabilitacji celem uzgodnienia preferowanego terminu realizacji świadczenia zdrowotnego,
 - b) zastosować się do zaleceń i wskazówek personelu Centrum e-Rehabilitacji,
 - c) odwołać zarezerwowane wizyty lekarskie w przypadku braku możliwości lub potrzeby skorzystania z nich w umówionym terminie;
 - 2) Rodzaj e-Rehabilitacji jest każdorazowo dopasowany do rodzaju uszkodzenia ciała, którego doznał Ubezpieczony w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) W celu realizacji e-Rehabilitacji, Ubezpieczonemu udostępniany jest system e-Rehabilitacji (aparatura sterująco-telemonitorująca), za wyjątkiem odbiornika TV lub innego niezbędnego sprzętu IT, który jest potrzebny do realizacji rehabilitacji ruchowej i neurologicznej;

- 4) System e-Rehabilitacji, o którym mowa w pkt 3) powyżej stanowi własność Centrum e-Rehabilitacji i jest udostępniany Ubezpieczonemu na zasadach dzierżawy/najmu. Ubezpieczony zobowiązany jest do użytkowania tego systemu zgodnie z jego przeznaczeniem oraz załączoną do tego systemu instrukcją obsługi;
 - 5) System e-Rehabilitacji, o którym mowa w pkt 3) powyżej winien być zwrócony do Centrum e-Rehabilitacji w terminie nieprzekraczającym 14 dni od daty zakończenia ochrony ubezpieczeniowej;
 - 6) Koszt wysyłki i odbioru, a także koszt kaucji systemu e-Rehabilitacji, o którym mowa w pkt 3) powyżej Ubezpieczony ponosi we własnym zakresie;
 - 7) Koszty połączeń i usług internetowych Ubezpieczony ponosi we własnym zakresie.
15. W celu uzyskania świadczenia Asysty Prawnej Ubezpieczony zobowiązany jest postępować w sposób opisany w §12 pkt V.

§22

1. Stopień uszczerbku na zdrowiu lub rodzaj inwalidztwa powinien być ustalony niezwłocznie po zakończeniu leczenia z uwzględnieniem, zaleconego przez lekarza leczenia powypadkowego, najpóźniej w 24 miesiącu od dnia wypadku.
2. Stopień uszczerbku na zdrowiu lub rodzaj inwalidztwa, w ramach Opcji Podstawowej, Opcji Progresa, jest ustalany na podstawie zgłoszonego roszczenia i dostarczonej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia oraz na podstawie Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu InterRisk S.A. Vienna Insurance Group obowiązującej w dniu zawarcia umowy.
3. Stopień uszczerbku na zdrowiu w ramach Opcji Podstawowej i Opcji Progresa ustalany jest wyłącznie na podstawie Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu doręczanej Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu, na każdy ich wniosek zgodnie z postanowieniami §19 ust. 5 pkt 4).
4. Stopień uszczerbku na zdrowiu w ramach Opcji Podstawowej Plus ustalany jest na podstawie Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu Edu Plus i wyłącznie za uszkodzenia ciała wyszczególnione w Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu Edu Plus, która stanowi załącznik nr 1 do OWU.
5. Stopień trwałego inwalidztwa, złamań kości, zwichnięć i skręceń stawów w ramach Opcji Ochrona i Opcji Ochrona Plus, ustalany jest na podstawie Tabel 1-5 wskazanych w OWU i wyłącznie za trwałe inwalidztwo, złamanie kości, zwichnięcia i skręcenia stawów wyszczególnione w Tabelach 1-5.
6. Przy ustaleniu stopnia (procentu) uszczerbku na zdrowiu lub trwałego inwalidztwa częściowego nie bierze się pod uwagę charakteru czynności zawodowych wykonywanych przez Ubezpieczonego.
7. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje przed wypadkiem były już upośledzone, świadczenie wypłaca się z uwzględnieniem różnicy pomiędzy stopniem (procentem) uszczerbku na zdrowiu właściwym dla danego organu, narządu lub układu po wypadku, a istniejącym bezpośrednio przed wypadkiem.

§23

1. InterRisk wypłaca Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu świadczenie na podstawie uznania roszczenia, po uprzednim przeprowadzeniu własnego postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zasadności zgłoszonego roszczenia i wysokości świadczenia, zawartej z Ubezpieczonym lub Uprawnionym ugody lub prawomocnego orzeczenia sądowego.
2. Świadczenia wypłacane są w złotych polskich.
3. InterRisk spełnia świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
4. Jeżeli w terminie określonym w ust. 3 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności InterRisk albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia InterRisk wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
5. Jeżeli w terminie określonym w ust. 3 InterRisk nie wypłaci świadczenia, zawiadamia na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub części w powyższym terminie.
6. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, InterRisk informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, w terminach określonych w ust. 3 lub 4, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz poucza o możliwości złożenia skargi lub reklamacji do InterRisk lub dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

§24

1. Poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uposażonemu lub Uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do składania skarg i zastrzeżeń dotyczących usług świadczonych przez InterRisk zwanych dalej łącznie reklamacjami.
2. Reklamację można złożyć w każdej jednostce organizacyjnej InterRisk obsługującej klientów. Reklamacja może być złożona:
 - a) w formie pisemnej – osobiście lub za pośrednictwem operatora pocztowego lub kuriera;
 - b) ustnie – telefonicznie poprzez InterRisk Kontakt (nr tel.: 22 575 25 25) lub osobiście do protokołu w jednostce InterRisk obsługującej klientów.
3. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrywania reklamacji, reklamacje dotyczące likwidacji szkód powinno składać się w formie pisemnej za pośrednictwem operatora pocztowego lub kuriera na adres do korespondencji wskazany w decyzji o wypłacie lub odmowie wypłaty odszkodowania lub świadczenia lub innym dokumencie, którego dotyczy reklamacja.
4. InterRisk udziela odpowiedzi na reklamację w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.

5. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do maksymalnie 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. InterRisk informując o przedłużeniu terminu odpowiedzi na reklamację wskazuje przyczynę opóźnienia, okoliczności, które muszą zostać ustalone oraz określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji.
6. InterRisk udziela odpowiedzi na reklamację w formie papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Odpowiedź na reklamację osoby fizycznej może zostać dostarczona pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek tej osoby.
7. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uposażonemu i Uprawnionemu z umowy ubezpieczenia będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo skierowania wniosku do Rzecznika Finansowego o podjęcie czynności. Konsumentom przysługuje także prawo zwrócenia się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.
8. InterRisk podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

POSTANOWIENIA MAJĄCE ZASTOSOWANIE DO UMÓW UBEZPIECZENIA ZAWARTYCH NA ODLEGŁOŚĆ W ROZUMIENIU USTAWY O PRAWACH KONSUMENTA

§25

W przypadku gdy umowa ubezpieczenia zostaje zawarta na odległość w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, do umowy mają zastosowanie następujące postanowienia:

1. Konsument, który zawarł na odległość umowę ubezpieczenia, może od niej odstąpić bez podania przyczyn, składając oświadczenie na piśmie, w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane. W przypadku odstąpienia przez konsumenta od umowy ubezpieczenia InterRisk przysługuje wyłącznie część składki obliczonej proporcjonalnie za każdy dzień udzielania przez InterRisk ochrony ubezpieczeniowej.
2. Umowa ubezpieczenia nie wiąże się z ryzykiem finansowym wynikającym z jej szczególnych cech lub charakteru czynności, które mają być wykonane, a składka ubezpieczeniowa nie zależy od ruchu cen na rynku finansowym.
3. Konsument ponosi koszty wynikające ze środków porozumiewania się na odległość według taryfy operatora konsumenta.
4. Spory wynikające z umów zawartych pomiędzy konsumentami a InterRisk za pośrednictwem strony internetowej lub innych środków elektronicznych mogą być rozwiązywane przez właściwe organy za pomocą europejskiej platformy pozasądowego rozwiązywania sporów dostępnej pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.
5. Umowa ubezpieczenia nie jest objęta funduszem gwarancyjnym lub innym systemem gwarancyjnym.
6. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy InterRisk a konsumentem jest język polski.
7. Prawem właściwym dla stosunków InterRisk z konsumentem przed zawarciem umowy jak również prawem właściwym dla zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§26

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia złożone przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uprawnionego lub InterRisk w związku z umową powinny być złożone na piśmie pod rygorem nieważności, za wyjątkiem przypadku, gdy podmioty te wyrażą zgodę na przekazywanie zawiadomień i oświadczeń w postaci elektronicznej.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o roszczeńności ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
3. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu ubezpieczeń regulują ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
4. InterRisk zobowiązany jest na podstawie ustawy o pozasądowym rozwiązaniu sporów konsumenckich do pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy konsumentami a InterRisk jest Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
5. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU jest prawo polskie.
6. W zakresie ubezpieczenia ochrony prawnej, poddanie sporu pomiędzy InterRisk a Ubezpieczonym pod rozstrzygnięcie sądu polubownego lub możliwość rozstrzygnięcia takiego sporu w inny, zapewniający porównywalną gwarancję obiektywności sposób wymaga umowy zawartej pomiędzy InterRisk a Ubezpieczonym.
7. Ogólne Warunki Ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr 01/03/03/2020 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 3 marca 2020 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 czerwca 2020 r.

Wiceprezes Zarządu

Józef Winiarski

Członek Zarządu

Włodzimierz Wasiak

TABELA NORM USZCZEBKU NA ZDROWIU EDU PLUS

I. USZKODZENIA GŁOWY		Procent uszczerbku na zdrowiu
1.	ZŁAMANIE KOŚCI POKRYWY CZASZKI	5
2.	ZŁAMANIE KOŚCI PODSTAWY CZASZKI	10
3.	USZKODZENIA CZĘŚCI MIEKKICH GŁOWY (BEZ USZKODZEŃ KOSTNYCH) - RANY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY (BLIZNY I UBYTKI)	1
II. USZKODZENIA TWARZY		Procent uszczerbku na zdrowiu
1.	USZKODZENIA POWŁOK TWARZY (BLIZNY I UBYTKI)	2
2.	ZŁAMANIA KOŚCI TWARZOCZASZKI	3
3.	ZŁAMANIE KOŚCI NOSA	2
4.	CAŁKOWITA UTRATA NOSA	20
5.	UTRATA SKRZYDEŁKA NOSA	8
6.	CZĘŚCIOWA UTRATA ZĘBA STAŁEGO - ZA KAŻDY	1
7.	CAŁKOWITA UTRATA ZĘBA STAŁEGO - ZA KAŻDY	2
8.	ZŁAMANIE KOŚCI SZCZĘKI LUB ZUCHWY	2
9.	CZĘŚCIOWA UTRATA SZCZĘKI LUB ZUCHWY	10
10.	CAŁKOWITA UTRATA SZCZĘKI LUB ZUCHWY	40
11.	CAŁKOWITA UTRATA JĘZYKA	30
III. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU		Procent uszczerbku na zdrowiu
1.	CAŁKOWITA UTRATA WZROKU W JEDNYM OKU	50
2.	CAŁKOWITA UTRATA WZROKU W OBU OCZACH	100
3.	USZKODZENIE GAŁKI OCZNEJ - CIAŁA OBCE	5
4.	USZKODZENIE GAŁKI OCZNEJ - ODWARSTWIENIE SIATKÓWKI JEDNEGO OKA	15
IV. USZKODZENIA MOWY		Procent uszczerbku na zdrowiu
1.	CAŁKOWITA UTRATA MOWY	100
V. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU		Procent uszczerbku na zdrowiu
1.	UTRATA SŁUCHU W JEDNYM UCHU	30
2.	CAŁKOWITA UTRATA SŁUCHU W OBU USZACH	70
3.	CZĘŚCIOWA UTRATA MAŁŻOWINY USZNEJ LUB ZNIEKSZTAŁCENIE (BLIZNY, OPARZENIA, ODMROŻENIA)	2
4.	CAŁKOWITA UTRATA MAŁŻOWINY USZNEJ	8
5.	UTRATA OBU MAŁŻOWIN USZNYCH	10
VI. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZEŁYKU		Procent uszczerbku na zdrowiu
1.	USZKODZENIE LUB ZWĘŻENIE KRTANI POZWALAJĄCE NA OBCHODZENIE SIĘ BEZ RURKI TCHAWICZEJ	5
2.	USZKODZENIE KRTANI, POWODUJĄCE KONIECZNOŚĆ STAŁEGO STOSOWANIA RURKI TCHAWICZEJ	25
3.	USZKODZENIE TCHAWICY - ZWĘŻENIE	2
4.	USZKODZENIE PRZEŁYKU POWODUJĄCE CAŁKOWITĄ NIEDROŻNOŚĆ PRZEŁYKU ZE STAŁĄ PRZETOKĄ ŻOŁĄDKOWĄ	40
5.	USZKODZENIE SZYI: MIĘŚNI LUB TKANEK MIĘKKICH SKÓRY WYMAGAJĄCE ZSZYCIA	1
VII. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I JEJ NASTĘPSTWA		Procent uszczerbku na zdrowiu
1.	CZĘŚCIOWA UTRATA BRODAWKI SUTKOWEJ U KOBIET	1
2.	CAŁKOWITA UTRATA BRODAWKI SUTKOWEJ U KOBIET	8
3.	CZĘŚCIOWA UTRATA GRUCZOŁU PIERSIOWEGO	5
4.	CAŁKOWITA UTRATA GRUCZOŁU PIERSIOWEGO	8
5.	ZŁAMANIE ŻEBER - za każde, maksymalnie 10%	1
6.	ZŁAMANIE MOSTKA	3
7.	USZKODZENIE SERCA LUB OSIERDZIA (POURAZOWE, POZAWAŁOWE):	10
VIII. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA		Procent uszczerbku na zdrowiu
1.	USZKODZENIA POWŁOK JAMY BRZUSZNEJ - blizny nie będące następstwem zabiegów operacyjnych	1

2.	USZKODZENIE ŻOŁĄDKA, JELIT - bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego	2	
3.	USZKODZENIE ŻOŁĄDKA, JELIT - odżywianie wyłącznie parenteralne	20	
4.	USZKODZENIA ZWIERACZA ODBYTU	5	
5.	USZKODZENIE ŚLEDZIONY	3	
6.	CAŁKOWITA UTRATA ŚLEDZIONY	10	
7.	USZKODZENIA WĄTROBY - resekcja fragmentu wątroby	10	
8.	USZKODZENIA TRZUSTKI	10	
IX. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOPŁCIOWYCH		Procent uszczerbku na zdrowiu	
1.	CAŁKOWITA UTRATA JEDNEJ NERKI PRZY DRUGIEJ ZDROWEJ I PRAWIDŁOWO DZIAŁAJĄCEJ	20	
2.	CAŁKOWITA UTRATA JEDNEJ NERKI PRZY UPOŚLEDZENIU FUNKCJONOWANIA DRUGIEJ NERKI LUB USZKODZENIE OBU NEREK PROWADZĄCE DO ICH SCHYŁKOWEJ NIEWYDOLNOŚCI - schyłkowa niewydolność nerek	50	
3.	USZKODZENIE MOCZOWODU	10	
4.	USZKODZENIE CEWKI MOCZOWEJ	5	
5.	CAŁKOWITA UTRATA PRĄCIA	30	
6.	CZĘŚCIOWA UTRATA PRĄCIA	10	
7.	CAŁKOWITA UTRATA JEDNEGO JĄDRA LUB JAJNIKA	10	
8.	CAŁKOWITA UTRATA OBU JĄDER LUB JAJNIKÓW	30	
9.	POURAZOWY WODNIAK JĄDRA	5	
10.	CAŁKOWITA UTRATA MACICY	40	
11.	USZKODZENIE POCHWY	5	
12.	USZKODZENIE MACICY	10	
X. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA I RDZENIA KRĘGOWEGO		Procent uszczerbku na zdrowiu	
1.	USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA - następstwa urazów skrętnych	2	
2.	ZŁAMANIA TRZONÓW KRĘGÓW - za każdy	5	
3.	ZŁAMANIA KRĘGOSŁUPA - ŁUKÓW, WYROSTKÓW POPRZECZNYCH, KOLCZYSTYCH - za każdy	2	
XI. USZKODZENIA MIEDNICY		Procent uszczerbku na zdrowiu	
1.	ZŁAMANIE MIEDNICY	10	
XII. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ		Procent uszczerbku na zdrowiu	
		prawa	lewa
1.	ZŁAMANIE ŁOPATKI	3	2
2.	ZŁAMANIE OBOJCZYKA	3	2
3.	ZWICHNIĘCIE STAWU OBOJCZYKOWO-BARKOWEGO LUB OBOJCZYKOWO-MOSTKOWEGO	1	1
4.	USZKODZENIE STAWU ŁOPATKOWO - RAMIENNEGO	1	1
5.	CAŁKOWITA UTRATA KOŃCZYNY W STAWIE BARKOWYM	70	60
6.	ZŁAMANIE NASADY BLIŻSZEJ KOŚCI RAMIENNEJ	1	1
7.	UTRATA KOŃCZYNY NA POZIOMIE RAMIENIA	65	60
8.	ZŁAMANIE NASADY DALSZEJ KOŚCI RAMIENNEJ, WYROSTKA ŁOKCIOWEGO, GŁOWY KOŚCI PROMIENIOWEJ	4	3
9.	ZŁAMANIA KOŚCI PRZEDRAMIENIA	3	2
10.	USZKODZENIA CZĘŚCI MIEKKICH WYMAGAJĄCE ZSZYCIA NA POZIOMIE PRZEDRAMIENIA ORAZ PALCÓW (rany cięte, szarpane)	1	1
11.	ZWICHNIĘCIA, SKRĘCENIA W STAWIE ŁOKCIOWYM	2	1
12.	UTRATA KOŃCZYNY W OBRĘBIE PRZEDRAMIENIA	55	50
13.	ZŁAMANIE, SKRĘCENIE NADGARSTKA	1	1
14.	UTRATA RĘKI NA POZIOMIE NADGARSTKA	50	40
15.	ZŁAMANIE JEDNEJ KOŚCI ŚRÓDRĘCZA	1	1
16.	ZŁAMANIE PALCA	1	1
17.	CZĘŚCIOWA UTRATA OPUSZKI KCIUKA	1	1
18.	UTRATA PALICZKA PAZNOKCIOWEGO KCIUKA	3	2
19.	UTRATA KCIUKA	10	8

20.	CZĘŚCIOWA UTRATA OPUSZKI PALCA WSKAZUJĄCEGO, PALCA TRZECIEGO, CZWARTEGO LUB PIĄTEGO - za każdy	1	1
21.	UTRATA PALICZKA PAZNOKCIOWEGO PALCA WSKAZUJĄCEGO, PALCA TRZECIEGO, CZWARTEGO LUB PIĄTEGO - za każdy	2	1,5
22.	UTRATA PALCA WSKAZUJĄCEGO	7	5
23.	UTRATA PALCA TRZECIEGO, CZWARTEGO LUB PIĄTEGO - za każdy	6	4
XIII. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ		Procent uszczerbku na zdrowiu	
A. STAW BIODROWY, UDO			
1.	UTRATA KOŃCZYNY DOLNEJ W STAWIE BIODROWYM	70	
2.	UTRATA KOŃCZYNY DOLNEJ NA POZIOMIE UDA	50	
3.	USZKODZENIE TKANEK MIĘKKICH WYMAGAJĄCE ZSZYCIA, APARATU WIĘZADŁOWEGO, MIĘŚNI, ŚCIĘGIEN, NACZYŃ, NERWÓW - następstwa uszkodzeń urazów skrętnych	1	
4.	USZKODZENIA STAWU BIODROWEGO (ZWICHNIĘĆ, ZŁAMAŃ BLIŻSZEJ NASADY KOŚCI UDOWEJ, ZŁAMAŃ SZYJKI, ZŁAMAŃ PRZEKRĘTARZOWYCH I PODKRĘTARZOWYCH, ZŁAMAŃ KRĘTARZY, URAZOWYCH ZŁUSZCZEŃ GŁOWY KOŚCI UDOWEJ	5	
5.	ENDOPROTEZA STAWU BIODROWEGO	15	
6.	ZŁAMANIE KOŚCI UDOWEJ	8	
7.	USZKODZENIA SKÓRY, MIĘŚNI, ŚCIĘGIEN - następstwa oparzeń, ran ciętych	1	
B. STAW KOLANOWY			
1.	ZŁAMANIE STRUKTUR KOSTNYCH TWORZĄCYCH STAW KOLANOWY I RZEPKI	1	
2.	USZKODZENIA WIĘZADEŁ	4	
3.	CAŁKOWITA UTRATA KOŃCZYNY DOLNEJ NA POZIOMIE STAWU KOLANOWEGO	40	
C. PODUDZIE			
1.	ZŁAMANIE KOŚCI PODUDZIA (PISZCZELOWEJ LUB PISZCZELOWEJ I STRZAŁKOWEJ)	4	
2.	ZŁAMANIE KOSTKI BOCZNEJ, PRZYŚRODKOWEJ	3	
3.	ZŁAMANIE KOŚCI STRZAŁKOWEJ	2	
4.	USZKODZENIA TKANEK MIĘKKICH I SKÓRY WYMAGAJĄCE ZSZYCIA, MIĘŚNI I INNYCH ŚCIĘGIEN	1	
5.	UTRATA KOŃCZYNY NA POZIOMIE PODUDZIA	30	
D. STAW SKOKOWO-GOLENIOWY I SKOKOWO-PIĘTOWY			
1.	USZKODZENIA STAWU SKOKOWO-GOLENIOWEGO I SKOKOWO-PIĘTOWEGO - SKRĘCENIA, ZWICHNIĘCIA	1	
2.	ZŁAMANIE KOŚCI SKOKOWEJ LUB PIĘTOWEJ	5	
3.	ZŁAMANIA KOŚCI ŚRÓDSTOPIA (za każdą kość)	1	
4.	USZKODZENIA ŚCIĘGNA ACHILLESA	1	
5.	CAŁKOWITA UTRATA STOPY	50	
6.	UTRATA STOPY NA POZIOMIE STAWU CHOPARTA	40	
7.	UTRATA STOPY W STAWIE LISFRANCA	30	
8.	UTRATA STOPY W OBRĘBIE KOŚCI ŚRÓDSTOPIA	20	

E. PALCE STOPY		
1.	ZŁAMANIE PALCA	1
2.	UTRATA PALICZKA PAZNOKCIOWEGO PALUCHA	1
3.	UTRATA PALUCHA	8
4.	UTRATA PALCÓW II, III, IV i V - za każdy	1
XIV. NIEDOWŁADY I PORAŻENIA		Procent uszczerbku na zdrowiu
1.	PORAŻENIE LUB NIEDOWŁAD KOŃCZYNY GÓRNEJ PRAWEJ	40
2.	PORAŻENIE LUB NIEDOWŁAD KOŃCZYNY GÓRNEJ LEWEJ	30
3.	PORAŻENIE LUB NIEDOWŁAD KOŃCZYNY DOLNEJ	25
4.	PORAŻENIE LUB NIEDOWŁAD POŁOWICZY PRAWOSTRONNY	70
5.	PORAŻENIE LUB NIEDOWŁAD POŁOWICZY LEWOSTRONNY	60
6.	PORAŻENIE CAŁKOWITE KOŃCZYN GÓRNYCH I DOLNYCH (CZTEROKOŃCZYNOWE)	100
7.	PORAŻENIE NERWU TWARZOWEGO	5

U osób leworęcznych uszkodzenie kończyny górnej ocenia się wg pozycji tabeli dla kończyny górnej prawej, zaś kończyny prawej jak dla lewej.

Załącznik nr 2 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia EDU PLUS

WYMOGI TECHNICZNE URZĄDZEŃ UMOŻLIWIĄJĄCYCH KOMUNIKACJĘ W CELU SKORZYSTANIA PRZEZ UBEZPIECZONEGO Z E-KONSULTACJI

- W celu skorzystania przez Ubezpieczonego z E-Konsultacji należy dysponować:
 - urządzeniem z dostępem do sieci Internet z systemem operacyjnym Microsoft Windows, iOS lub Android i minimalną prędkością łącza 1 Mbps;
 - zainstalowaną aktualną wersją przeglądarki internetowej Chrome z włączoną obsługą aplikacji niezbędnych do poprawnego połączenia z systemem teleinformatycznym;
 - uruchomioną obsługą JavaScript (najnowszy i włączony JavaScript);
 - aktywnym adresem e-mail;
 - telefonem stacjonarnym lub komórkowym.
- W przypadku korzystania z aplikacji mobilnej, urządzenie powinno posiadać system Android lub iOS, zaktualizowany do najnowszej wersji.
- W przypadku korzystania z aplikacji na urządzeniach mobilnych wymagane jest posiadanie zainstalowanej aplikacji Teledi. Co, dostępnej w serwisie Google Play (www.play.google.com) lub Appstore (www.appstore.com).
- Rekomendowana minimalna rozdzielczość ekranu, w przypadku korzystania z aplikacji za pomocą przeglądarki to 1024x768 pikseli.

Jeśli czynności dystrybucyjne w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia wykonuje pracownik InterRisk, pracownik otrzymuje z tego tytułu wynagrodzenie zasadnicze lub zasadnicze oraz zmienne uwzględnione w kwocie składki ubezpieczeniowej.

W przypadku gdy czynności dystrybucyjne w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia wykonuje agent ubezpieczeniowy, agent jest zobowiązany poinformować klienta o charakterze otrzymywanego wynagrodzenia, a w przypadku gdy honorarium jest płacone bezpośrednio przez klienta – o jego kwocie.

POSTANOWIENIA DODATKOWE I ODMIENNE
OD OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA EDU PLUS
ZATWIERDZONYCH UCHWAŁĄ NR 01/03/03/2020 Zarządu UBEZPIECZYCIELA z dnia 3.03.2020

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 odmiennie od w/w ogólnych warunków ubezpieczenia:

1. w § 2 pkt 59) otrzymuje brzmienie:

„**59) Poważna Choroba** – wyłącznie poniżej wymienione choroby, które zostały rozpoznane po raz pierwszy w trakcie okresu ubezpieczenia: nowotwór złośliwy, paraliż, niewydolność nerek, poliomyelitis, utrata wzroku, utrata mowy, utrata słuchu, anemia aplastyczna, stwardnienie rozsiane, cukrzyca typu I, niewydolność serca, choroby autoimmunologiczne, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, **pneumokokowe zapalenie płuc, meningokokowe zapalenie opon mózgowych**. Za Poważną Chorobę uważa się również transplantację głównych organów;”

2. w § 2 pkt 89) otrzymuje brzmienie:

„**89) 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 trwałego inwalidztwa częściowego, złamania kości, ran ciętych lub szarpanych, urazów narządów ruchu, wstrząśnienia mózgu, ale przebieg leczenia spowodował czasową niezdolność Ubezpieczonego do nauki lub do pracy przez okres nie krótszy niż 5 dni;”

3. w § 2 dodaje się pkt. 111) oraz 112) w brzmieniu:

„**111) pneumokokowe zapalenie płuc**- choroba zdiagnozowana przez lekarza specjalistę w okresie ubezpieczenia, zgodnie z rozpoznaniem zakwalifikowanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 Za Pneumokokowe zapalenie płuc nie uważa się: wrodzonego zapalenia płuc wywołanego przez *S. pneumoniae* (P23.6) oraz zapalenia płuc wywołane innymi paciorkowcami (J15.3-J15.4)”

„**112) meningokokowe zapalenie opon mózgowych** - choroba zdiagnozowana przez lekarza specjalistę w okresie ubezpieczenia, zgodnie z rozpoznaniem zakwalifikowanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (A39.0)”

4. w § 4 ust. 1 pkt 1 dodaje się lit. m), który otrzymuje brzmienie:

„m) usunięcie ciała obcego z nosa lub ucha wymagające interwencji laryngologa – dotyczy dzieci uczęszczających do przedszkoli i żłobków”

5. w § 6 dodaje się pkt. 11), który otrzymuje brzmienie:

„11) w przypadku usunięcia ciała obcego z nosa lub ucha wymagającego interwencji laryngologa – dodatkowe świadczenie jednorazowe w wysokości 1% sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie – dotyczy dzieci uczęszczających do przedszkoli i żłobków.”

6. § 11 ust. 1 pkt 4) otrzymuje brzmienie:

„**4) Opcja Dodatkowa D4** - pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku – świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D4, za każdy następny dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, **począwszy od pierwszego dnia** pobytu w szpitalu, będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem pobytu ubezpieczonego w szpitalu **trwającego minimum 2 dni**. 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;”

7. § 11 ust. 1 pkt 5) otrzymuje brzmienie:

„**5) Opcja Dodatkowa D5** – pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia w wyniku choroby – świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D5, za każdy następny dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, **począwszy od drugiego dnia pobytu** w szpitalu, w związku z chorobą, która została zdiagnozowana w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz pod warunkiem pobytu ubezpieczonego w szpitalu **trwającego 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;”

8. w § 11 ust. 1 pkt 6) otrzymuje brzmienie:

„**6) Opcja Dodatkowa D6 – Poważne Choroby:** w przypadku rozpoznania **Poważnej Choroby** – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D6, pod warunkiem rozpoznania u Ubezpieczonego po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, następującego rodzaju Poważnej Choroby:

- 1) nowotwór złośliwy,
- 2) paraliż,
- 3) niewydolność nerek,
- 4) transplantacja głównych organów,
- 5) poliomyelitis,

- 6) utrata mowy,
- 7) utrata słuchu,
- 8) utrata wzroku,
- 9) anemia aplastyczna,
- 10) stwardnienie rozsiane,
- 11) cukrzyca typu I,
- 12) niewydolność serca,
- 13) choroba autoimmunologiczna,
- 14) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
- 15) meningokokowe zapalenie opon mózgowych
- 16) pneumokokowe zapalenia płuc

W przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego, pneumokokowego zapalenia płuc oraz maningokokowego zapalenia opon mózgowych - jednorazowe świadczenie w wysokości 500 zł pod warunkiem, iż pneumokokowe zapalenie płuc i maningokokowe zapalenie opon mózgowych zdiagnozowane zostało w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej

9. w § 11 ust. 1 pkt 14) otrzymuje brzmienie:

„14) Opcja Dodatkowa D14 – uciążliwe leczenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku – wypłata świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D14, 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) przebieg leczenia spowodował czasową niezdolność Ubezpieczonego do nauki lub do pracy przez okres nie krótszy niż 5 dni.

Ubezpieczenie **Odpowiedzialności Cywilnej osób fizycznych w życiu prywatnym**



Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Polsce, ul. Noakowskiego 22, 00-668 Warszawa, numer zezwolenia Ministra Finansów DU/905/A/KP/93 z 5 listopada 1993 roku

Produkt: **Odpowiedzialności Cywilnej osób fizycznych w życiu prywatnym**

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje umowne podawane są w innych dokumentach w tym w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej osób fizycznych w życiu prywatnym zatwierdzonych uchwałą nr 02/23/01/2018 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 23 stycznia 2018 roku.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie Odpowiedzialności Cywilnej (OC) osób fizycznych w życiu prywatnym zapewnia ochronę w przypadku szkód osobowych lub rzeczowych wyrządzonych przez Ubezpieczonego osobom trzecim czynem niedozwolonym w związku z wykonywaniem czynności życia prywatnego. Na mocy zawartej umowy OC w życiu prywatnym InterRisk przejmuje na siebie ekonomiczne skutki szkód, które zostaną wyrządzone osobom trzecim, pod warunkiem że Ubezpieczony jest zobowiązany do ich naprawienia na podstawie odpowiedzialności deliktowej (czyli za czyn niedozwolony), regulowanej przepisami kodeksu cywilnego.



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ OC w życiu prywatnym Ubezpieczającego/Ubezpieczonego oraz jego osób bliskich stale z nim zamieszkujących i prowadzących wspólne gospodarstwo domowe, a także zatrudnionej przez Ubezpieczonego pomocy domowej. Pod pojęciem czynności życia prywatnego rozumie się w szczególności czynności związane z:
 - 1) opieką nad małoletnimi dziećmi lub osobami upośledzonymi umysłowo będącymi osobami bliskimi Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, zamieszkałymi z nim,
 - 2) posiadaniem przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego zwierząt domowych i pasiek, z wyjątkiem zwierząt utrzymywanych w celach handlowych lub hodowlanych,
 - 3) posiadaniem lub użytkowaniem lokalu mieszkalnego, domu jednorodzinnego, garażu lub innego budynku określonego w polisie, w tym – szkody powstałe w związku z eksploatacją urządzeń i instalacji wodociągowych, kanalizacyjnych i centralnego ogrzewania,
 - 4) posiadaniem lub użytkowaniem ruchomości domowych i urządzeń gospodarstwa domowego, rowerów i wózków inwalidzkich bez napędu mechanicznego oraz sprzętu pływającego wykorzystywanego na własny użytek, do których prowadzenia nie są konieczne uprawnienia.

Suma gwarancyjna:

- ✓ ustalana jest przez Ubezpieczającego max do wysokości 500.000 zł z uwzględnieniem podli mitu w wysokości 50% sumy gwarancyjnej w przypadku rozszerzenia ochrony o OC najemcy nieruchomości



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- x odpowiedzialności cywilnej związanej ze sferą życia zawodowego Ubezpieczonego, np. związanej z wykonywaniem zawodu lub prowadzeniem działalności gospodarczej
- x ryzyk, które nie zostały wykupione np. w przypadku nie wykupienia ryzyka OC najemcy ruchomości InterRisk nie pokryje szkody spowodowanej przez najemcę w rzeczach ruchomych należących do wynajmującego, które najemca użytkuje



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

InterRisk nie odpowiada w szczególności za szkody:

- ! z tytułu ubezpieczeń obowiązkowych, które Ubezpieczający/Ubezpieczony miał obowiązek zawrzeć
- ! wyrządzone umyślnie przez Ubezpieczającego/Ubezpieczonego lub jego osoby bliskie
- ! wyrządzone wzajemnie pomiędzy Ubezpieczającym/Ubezpieczonym, osobami bliskimi, pomocą domową
- ! wyrządzone w związku z wyczynowym uprawianiem sportów oraz amatorskim uprawianiem sportów wysokiego ryzyka np. spadochroniarstwa, lotniarstwa, skoków na bungee
- ! wynikające z posiadania broni palnej oraz uczestnictwa w polowaniach
- ! wynikające z przeniesienia przez Ubezpieczającego/Ubezpieczonego lub osoby im bliskie chorób, także zakaźnych i wirusa HIV, a w odniesieniu do pozostających pod opieką Ubezpieczającego/Ubezpieczonego zwierząt domowych – chorób zakaźnych
- ! powstałe wskutek braku konserwacji budynku, o ile obowiązki te należały do Ubezpieczającego/Ubezpieczonego
- ! powstałe wskutek naruszenia dóbr osobistych, praw własności intelektualnej
- ! wyrządzone w środowisku przez jego skażenie lub zanieczyszczenie oraz w drzewostanie lasów i parków



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ na terytorium RP, z możliwością rozszerzenia o klauzulę terytorialną na obszar całego świata z wyłączeniem Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej, Kanady oraz ich posiadłości terytorialnych



Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

- podejmowanie działań zapobiegawczych oraz środków ostrożności w celu zapobieżenia powstaniu szkody
- niezwłocznie po uzyskaniu informacji o szkodzie zawiadomienie na piśmie InterRisk o jej wystąpieniu



Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składkę należy opłacić w wysokości, formie (gotówka lub przelew) i terminach określonych w umowie ubezpieczenia.



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 12 miesięcy, o ile strony nie umówią się inaczej.

Odpowiedzialność InterRisk rozpoczyna się od dnia wskazanego w umowie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej niż od dnia następnego po opłaceniu składki, chyba że umówiono się inaczej.

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa m. in. z dniem:

- a) upływu okresu ubezpieczenia,
- b) odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia,
- c) rozwiązania umowy ubezpieczenia w wyniku wypowiedzenia,
- d) wyczerpania sumy gwarancyjnej lub jej podlimitu wskutek wypłacenia odszkodowań o łącznej wysokości równej sumie gwarancyjnej lub jej podlimitowi,
- e) zbycia mienia, z którym wiąże się udzielona ochrona ubezpieczeniowa.



Jak rozwiązać umowę?

Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres dłuższy niż sześć miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.

Konsument, który zawarł na odległość umowę ubezpieczenia, może od niej odstąpić bez podania przyczyn, składając oświadczenie na piśmie, w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane. W przypadku odstąpienia przez konsumenta od umowy ubezpieczenia InterRisk przysługuje wyłącznie część składki obliczonej proporcjonalnie za każdy dzień udzielania przez InterRisk ochrony ubezpieczeniowej.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ OSÓB FIZYCZNYCH W ŻYCIU PRYWATNYM

InterRisk Kontakt
22 575 25 25

SPIS TREŚCI

Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy

o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej	rewers str. 1
POSTANOWIENIA OGÓLNE	1
DEFINICJE	1
PRZEDMIOT I ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	3
WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	3
SUMA GWARANCYJNA I WARUNKI JEJ ZMIANY	3
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	4
POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	4
ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA	4
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA	4
PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY	5
ZGŁOSZENIE SZKODY USTALENIE ROZMIARU SZKODY I WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA	6
WYPŁATA ODSZKODOWANIA	6
ROSZCZENIA REGRESOWE	6
SKARGI I REKLAMACJE	6
POSTANOWIENIA MAJĄCE ZASTOSOWANIE DO UMÓW UBEZPIECZENIA NA ODLEGŁOŚĆ W ROZUMIENIU USTAWY O PRAWACH KONSUMENT	7
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	7
ZAŁĄCZNIK NR 1 - KLAUZULE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES UBEZPIECZENIA	8

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§1

- Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej osób fizycznych w życiu prywatnym, zwane dalej OWU, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy osobami fizycznymi zwanymi dalej Ubezpieczającymi, a InterRisk Towarzystwem Ubezpieczeń Spółką Akcyjną Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, ul. Noakowskiego 22, wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000054136, prowadzącą działalność ubezpieczeniową i reasekuracyjną w oparciu o zezwolenie Ministra Finansów Du/905/A/KP/93 z 5 listopada 1993 roku, zwaną dalej Ubezpieczycielem.
- Umowę ubezpieczenia można zawrzeć także na cudzy rachunek, z tym, że Ubezpieczony imiennie wskazany jest w umowie (polisie). Zarzuty mające wpływ na odpowiedzialność Ubezpieczyciela może on podnieść także przeciwko Ubezpieczonemu.
- Do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone, za zgodą stron, postanowienia dodatkowe lub odmiennie, z tym, że różnice między niniejszymi OWU, a treścią umowy Ubezpieczyciel przedstawi Ubezpieczającemu na piśmie przed zawarciem umowy.
- Wszystkie postanowienia dodatkowe lub odmiennie od ustalonych w niniejszych OWU muszą być, pod rygorem ich nieważności, sporządzone na piśmie w formie aneksu lub załącznika do umowy ubezpieczenia.
- Wszystkie zmiany umowy ubezpieczenia muszą być, pod rygorem ich nieważności, sporządzone na piśmie w formie aneksu do umowy ubezpieczenia.
- Do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa polskiego, a w szczególności przepisy kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

DEFINICJE

§2

Poniższe określenia, użyte w OWU lub wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, polisie, innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia, a także innych pismach i oświadczeniach składanych w związku z umową ubezpieczenia, oznaczają:

- Amatorskie uprawianie sportu** – uprawianie sportu rekreacyjnie, jako formy wypoczynku bądź celem utrzymania lub regeneracji sił witalnych;
- Czynności życia prywatnego** – działania i zaniechania w sferze życia prywatnego nie związane z pracą zawodową Ubezpieczającego/Ubezpieczonego;
- Praca zawodowa** – wykonywanie czynności w ramach stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej, jak również wykonywanie działalności gospodarczej lub wolnego zawodu;
- Franszyza redukcyjna** – ustalona w umowie ubezpieczenia wartość wyrażona procentowo lub kwotowo, pomniejszająca łączne odszkodowanie za wszystkie szkody wynikłe z jednego wypadku ubezpieczeniowego;

- Osoba bliska** – małżonek, konkubina, konkubent, dzieci, rodzice, rodzeństwo, dziadkowie, wnuki, teściowie, zięciowie, synowie, ojczym, macocha, pasierbowie, przysposabiający, przysposobiony, opiekunowie posiadający tytuł prawny, osoby pozostające pod opieką;
- Osunięcie się ziemi** – nie spowodowany działalnością człowieka ruch ziemi na stokach;
- Poszkodowany** – każda osoba trzecia nie będąca stroną umowy ubezpieczenia, względem której odpowiedzialność za wyrządzoną szkodę ponosi Ubezpieczający/Ubezpieczony;
- Pomoc domowa** – każda osoba (w szczególności: gosposia, ogrodnik, opiekunka do dzieci, osoba sprawująca opiekę nad osobą niepełnosprawną, psem) wykonująca powierzone prace pomocnicze w gospodarstwie domowym zatrudniona na podstawie umowy o pracę, umowy zlecenia lub umowy cywilno prawnej zawartej z Ubezpieczonym/Ubezpieczającym;
- Sporty wysokiego ryzyka** – bouldering, wspinaczka skalna, wspinaczka lodowa, taternictwo, alpinizm, himalaizm, skialpinizm, trekking, zjazdy ekstremalne na nartach, freestyle, freeride, snowboarding wysokogórski, snowboarding prędkościowy, skoki i ewolucje narciarskie i snowboardowe, rafting, canyoning, hydrospeed, kajakerstwo górskie, szybownictwo spadochroniarstwo, lotnictwo, paralotnictwo, motolotnictwo, baloniarstwo, pilotowanie samolotów lub śmigłowców, zorbing, skoki z/na bungee, nurkowanie, parkour, freerun, buggykitting, windsurfing, quady, kitesurfing, żegluga poza wodami terytorialnymi w odległości powyżej 12 mil morskich od brzegu, kolarstwo ekstremalne, kolarstwo górskie, jeździectwo, speleologia, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe, rajdy pojazdów lądowych, wodnych lub powietrznych, heliskiing, heliboarding, freefall, downhill, b.a.s.e. jumping, dream jumping oraz zjazdy na nartach lub snowboardzie poza wyznaczonymi trasami, jazda na nartach wodnych oraz sporty, w których wykorzystywane są pojazdy przeznaczone do poruszania się po śniegu lub lodzie;
- Suma gwarancyjna** – ustalana w porozumieniu z Ubezpieczającym, górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela za wszystkie szkody powstałe z wypadków ubezpieczeniowych zaistniałych w okresie ubezpieczenia;
- Szkoda osobowa** – szkoda będąca następstwem wypadku powstałego w okresie ubezpieczenia, polegająca na uszkodzeniu ciała, wywołaniu rozstroju zdrowia lub spowodowaniu śmierci;
- Szkoda rzeczowa** – szkoda będąca następstwem wypadku powstałego w okresie ubezpieczenia, polegająca na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie rzeczy;
- Szkoda seryjna:**
 - wszystkie szkody, które powstały z tej samej przyczyny niezależnie od chwili wystąpienia, a które traktuje się jako jedną szkodę; za chwilę jej wystąpienia przyjmuje się chwilę powstania pierwszej z nich,
 - ochroną ubezpieczeniową objęte są wszystkie szkody z serii pod warunkiem, iż wypadek ubezpieczeniowy je powodujący miał miejsce w trakcie okresu ubezpieczenia;
- Ubezpieczający** – osoba fizyczna, zawierająca umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacenia składki ubezpieczeniowej;

**Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy
o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej**

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§2; §3; §8; §14; §15; §16; Kl. nr 1 – 4
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§4; §5; §6; §12 ust. 3; §14 ust. 6; §15 ust. 6; Kl. nr 1 ust. 2 i 3; Kl. nr 2 ust.3-5; Kl. nr 3 ust. 3-4; Kl. nr 4 ust. 2
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącone ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Brak
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

- 15) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia;
- 16) **Uprawniony** – osoba imiennie upoważniona przez Poszkodowanego do otrzymania odszkodowania. W przypadku nie wyznaczenia osoby uprawnionej, w razie śmierci Poszkodowanego, za osobę uprawnioną uważa się członków rodziny Poszkodowanego, według następującej kolejności: małżonek, dzieci, rodzice i pozostali spadkobiercy ustawowi;
- 17) **Wyczynowe uprawianie sportu** – podejmowana dobrowolnie forma aktywności fizycznej Ubezpieczonego polegająca na uprawianiu dyscyplin sportu poprzez uczestniczenie w treningach, zawodach, zgrupowaniach i obozach kondycyjnych lub szkoleniowych, w celu uzyskania, w drodze indywidualnej lub zbiorowej rywalizacji, maksymalnych wyników sportowych przez osoby będące członkami klubów, związków i organizacji sportowych. W rozumieniu niniejszych OWU za wyczynowe uprawianie sportu uważa się również uprawianie sportu w celach zarobkowych;
- 18) **Wypadek ubezpieczeniowy** – zdarzenie zaistniałe w okresie ubezpieczenia, będące bezpośrednią przyczyną powstania szkody, rodzące odpowiedzialność cywilną Ubezpieczonego i pozostające w związku z czynnościami życia prywatnego;
- 19) **Zapadanie się ziemi** – obniżenie terenu z powodu zawalenia się naturalnych podziemnych pustych przestrzeni w gruncie.

PRZEDMIOT I ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§3

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej, gdy w myśl przepisów prawa Ubezpieczający/Ubezpieczony zobowiązany jest do naprawienia szkody osobowej lub rzeczowej w następstwie wypadków ubezpieczeniowych, zaistniałych w okresie ubezpieczenia, w związku z wykonywaniem przez niego czynności życia prywatnego.
2. Zakresem ubezpieczenia objęta jest odpowiedzialność cywilna wynikająca z tytułu czynu niedozwolonego (odpowiedzialność cywilna deliktowa).
3. Pod pojęciem czynności życia prywatnego rozumie się w szczególności czynności związane z:
 - 1) opieką nad małoletnimi dziećmi lub osobami upośledzonymi umysłowo będącymi osobami bliskimi Ubezpieczającego/Ubezpieczonego i zamieszkałymi z nim;
 - 2) posiadaniem przez Ubezpieczającego/Ubezpieczonego zwierząt domowych i pasiek, z wyjątkiem zwierząt i pasiek utrzymywanych w celach handlowych lub hodowlanych;
 - 3) posiadaniem lub użytkowaniem lokalu mieszkalnego, domu jednorodzinnego, garażu lub innego budynku określonego w umowie ubezpieczenia (polisie), w tym – szkody powstałe w związku z eksploatacją urządzeń i instalacji wodociągowych, kanalizacyjnych i centralnego ogrzewania;
 - 4) posiadaniem lub użytkowaniem ruchomości domowych i urządzeń gospodarstwa domowego, lub użytkowaniem rowerów, wózków inwalidzkich bez napędu mechanicznego oraz sprzętu pływającego na własny użytek (tj. użytkowaniem łodzi wiosłowych, wiosłowych łodzi regatowych, kajaków, rowerów wodnych, desk surfingowych, pontonów, skuterów wodnych oraz jachtów żaglowych, motorowych do których prowadzenia nie są konieczne uprawnienia).
4. Ubezpieczeniem objęte są również szkody wyrządzone przez Ubezpieczającego/Ubezpieczonego w związku z użytkowaniem pomieszczeń podczas wyjazdów turystycznych lub rekreacyjnych trwających nie dłużej niż 30 dni (w hotelach, motelach, pensjonatach, zajazdach, gospodarstwach agroturystycznych lub innych tego rodzaju podmiotach).
5. W powyższym zakresie, Ubezpieczyciel obejmuje ochroną ubezpieczeniową odpowiedzialność cywilną Ubezpieczającego/Ubezpieczonego oraz:
 - 1) osób bliskich Ubezpieczającego/Ubezpieczonego, stale z nim zamieszkujących i prowadzących wspólne gospodarstwo domowe;
 - 2) pomocy domowej zatrudnionej przez Ubezpieczającego/Ubezpieczonego na podstawie umowy o pracę, umowę zlecenia lub innej umowy cywilno – prawnej, jeżeli szkoda powstała w związku z wykonywaniem czynności mieszczących się w zakresie obowiązków wchodzących w zakres podpisanej umowy.
6. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela obejmuje szkody wyrządzone na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, chyba że umówiono się inaczej.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§4

Umowa ubezpieczenia nie obejmuje i w związku z tym Ubezpieczyciel nie odpowiada za szkody:

- 1) wyrządzone umyślnie przez Ubezpieczającego/Ubezpieczonego, osoby bliskie Ubezpieczającemu/Ubezpieczonemu stale z nim zamieszkujące i pozostające z nim we wspólnym gospodarstwie domowym, pomocy domowej lub opiekuńki do dzieci podczas wykonywania obowiązków wynikających z zawartej umowy z Ubezpieczającym/Ubezpieczonym;
- 2) wyrządzone przez Ubezpieczającego/Ubezpieczonego, osoby bliskie Ubezpieczającemu/Ubezpieczonemu stale z nim zamieszkujące i pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym, pomoc domową, w związku z pozostawianiem przez nich pod wpływem alkoholu, narkotyków, środków psychotropowych lub innych

środków odurzających;

- 3) wyrządzone wzajemnie pomiędzy: Ubezpieczającym/Ubezpieczonym, osobami bliskimi, pomocą domową;
- 4) wynikające z wykonywania zawodu lub prowadzenia działalności gospodarczej;
- 5) z tytułu ubezpieczeń obowiązkowych, które Ubezpieczający/Ubezpieczony miał obowiązek zawrzeć;
- 6) wyrządzone w związku z wyczynowym uprawianiem sportów jak i amatorskim uprawianiem sportów wysokiego ryzyka, a w szczególności: spadochroniarstwa, lotniarstwa, paralotniarstwa, skoków na bungy, spływów rzekami górskimi, wspinaczek górskich;
- 7) wynikłe z posiadania broni palnej oraz uczestnictwa w polowaniach;
- 8) wynikające z przeniesienia przez Ubezpieczającego/Ubezpieczonego lub osoby bliskie Ubezpieczającemu/Ubezpieczonemu chorób, w tym chorób zakaźnych i wirusa HIV, a w odniesieniu do pozostających pod opieką Ubezpieczającego/Ubezpieczonego zwierząt domowych – chorób zakaźnych;
- 9) wyrządzone w związku z posiadaniem przez Ubezpieczającego/Ubezpieczonego psów które:
 - a) w chwili wypadku ubezpieczeniowego nie posiadały aktualnego szczepienia przeciw wściekliznie, jeśli miało to wpływ na rozmiar szkody,
 - b) znajdując się poza obrębem posesji Ubezpieczającego/Ubezpieczonego nie posiadały kagańca i nie miały smyczy;
- 10) wyrządzone przez powolne działanie temperatury, gazów, pary, wód odpływowych, wilgoci, pyłu, sadzy, wstrząsów, hałasu, zapadanie się ziemi lub osunięcie się ziemi oraz tworzenia się grzyba;
- 11) polegające na zniszczeniu, uszkodzeniu lub utracie środków płatniczych, papierów wartościowych, dokumentów, nośników danych, planów, biżuterii, metali szlachetnych, zbiorów i kolekcji, dzieł sztuki, a także wszelkich kart płatniczych wydawanych przez banki lub inne instytucje;
- 12) powstałe wskutek naruszenia dóbr osobistych, praw własności intelektualnej;
- 13) sądowych lub administracyjnych, zadatków, odszkodowań z tytułu odstąpienia od umowy, podatków publicznoprawnych lub opłat manipulacyjnych;
- 14) związane z działaniami wojennymi, stanem wojennym i wyjątkowym, wojną domową, zamieszkami społecznymi, rozruchami, strajkami, niepokojami społecznymi, aktami terroryzmu i sabotażu;
- 15) wynikające z oddziaływania energii jądrowej, skażenia radioaktywnego, działania promieni laserowych, pola magnetycznego lub elektromagnetycznego;
- 16) wyrządzone w środowisku przez jego skażenie lub zanieczyszczenie oraz w drzewostanie lasów i parków;
- 17) powstałe wskutek braku konserwacji budynku, o ile obowiązki te należały do Ubezpieczającego/Ubezpieczonego.

§5

1. O ile strony nie umówiły się inaczej, Ubezpieczyciel nie ponosi ponadto odpowiedzialności za szkody:
 - 1) wyrządzone poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (zakres rozszerzenia określa Klauzula Nr 1 – OC za szkody wyrządzone poza terytorium RP);
 - 2) w nieruchomościach, z których Ubezpieczający/Ubezpieczony korzysta na podstawie umowy najmu, podnajmu, dzierżawy, użyczenia, użytkowania, leasingu lub innej umowy cywilnoprawnej, z zastrzeżeniem §3 ust. 4 (zakres rozszerzenia określa Klauzula Nr 2 – OC najemcy nieruchomości);
 - 3) w ruchomościach, z których Ubezpieczający/Ubezpieczony korzysta na podstawie umowy najmu, podnajmu, dzierżawy, użyczenia, użytkowania, leasingu lub innej umowy cywilnoprawnej, z zastrzeżeniem §3 ust. 4 (zakres rozszerzenia określa Klauzula Nr 3 – OC najemcy ruchomości);
 - 4) wyrządzone w związku z posiadaniem przez Ubezpieczającego/Ubezpieczonego psów agresywnych (zakres rozszerzenia określa Klauzula Nr 4 – OC za szkody wyrządzone przez psy uznane za agresywne). Wykaz ras określonych w rozporządzeniu MSWiA w sprawie wykazu ras psów uznawanych za agresywne.
2. Za opłatą dodatkowej składki oraz na odrębnie ustalonych warunkach (Klauzule Nr 1–4), ryzyka dodatkowe wymienione w ust. 1 pkt 1–4, mogą zostać objęte ochroną ubezpieczeniową. Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia następuje poprzez włączenie wskazanych przez Ubezpieczającego ryzyk dodatkowych w formie Klauzul zawartych w Załączniku Nr 1, które stanowią integralną część niniejszych OWU.

SUMA GWARANCYJNA I WARUNKI JEJ ZMIANY

§6

1. Na wniosek Ubezpieczającego, strony ustalają sumę gwarancyjną, która stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela za wszystkie szkody będące następstwem wypadków ubezpieczeniowych objętych zakresem ubezpieczenia, zaistniałych w okresie ubezpieczenia.
2. W ramach sumy gwarancyjnej, Ubezpieczający w porozumieniu z Ubezpieczycielem może ustalić:
 - 1) podlimit sumy gwarancyjnej, który stanowi górną granicę odpowiedzialności

- Ubezpieczyciela na jeden wypadek ubezpieczeniowy/ryzyko dodatkowe;
- 2) podlimit sumy gwarancyjnej na określone we wniosku ubezpieczeniowym/ryzyko dodatkowe na jeden i wszystkie wypadki ubezpieczeniowe w okresie ubezpieczenia.
3. Suma gwarancyjna, podlimit sumy gwarancyjnej na jeden wypadek ubezpieczeniowy pomniejszana jest o kwotę wypłaconego odszkodowania (zasada konsumpcji sumy gwarancyjnej/podlimitu), z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.
 4. Na wniosek Ubezpieczającego i za opłatą dodatkowej składki, suma gwarancyjna, podlimit sumy gwarancyjnej na jeden wypadek ubezpieczeniowy/ryzyko dodatkowe może zostać uzupełniona do pierwotnej wysokości lub podwyższona w okresie ubezpieczenia. Uzupełniona lub podwyższona suma gwarancyjna, podlimit sumy gwarancyjnej, stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela od dnia następnego po opłaceniu dodatkowej składki.
 5. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zapłacenia należnego od Ubezpieczającego/Ubezpieczonego odszkodowania w granicach jego odpowiedzialności cywilnej, nie więcej jednak niż do wysokości sumy gwarancyjnej lub jej podlimitu.
 6. Poza wypłatą odszkodowania, Ubezpieczyciel pokrywa:
 - 1) koszty działań mających na celu zapobieżenie szkodzie lub zmniejszenie jej rozmiarów;
 - 2) koszty wynagrodzenia rzeczoznawców powołanych za zgodą Ubezpieczyciela w celu ustalenia okoliczności lub rozmiaru szkody;
 - 3) koszty procesu z udziałem Ubezpieczającego/Ubezpieczonego jako strony pozwanej przeciwko której toczy się proces o naprawienie szkody objętej ochroną ubezpieczeniową.
 7. Koszty, o których mowa w ust. 6 pkt 1 łącznie z ustalonym odszkodowaniem nie mogą przekroczyć ustalonej w umowie sumy gwarancyjnej.
 8. Koszty, o których mowa w ust. 6 pkt 2 i 3 nie są zaliczane w poczet sumy gwarancyjnej, z tym, że ich łączna wysokość nie może przekroczyć 10% sumy gwarancyjnej za skutki wszystkich wypadków ubezpieczeniowych.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§7

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego, który powinien zawierać co najmniej następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko, adres, PESEL, Ubezpieczającego/Ubezpieczonego (dotyczy przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek w formie imiennej);
 - 2) wysokość sumy gwarancyjnej na jeden i na wszystkie wypadki ubezpieczeniowe;
 - 3) okres ubezpieczenia;
 - 4) informacje na temat szkodowości za ostatnie 3 lata (ilość, rodzaj i wielkość szkód, z rozbiorem na poszczególne lata);
 - 5) propozycję ustaleń dodatkowych lub odmiennych od postanowień niniejszych OWU, o ile Ubezpieczający chce je wprowadzić do umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji, mających wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, o czym informuje Ubezpieczającego na piśmie.
3. Jeżeli wniosek nie zawiera wszystkich danych określonych w ust. 1 albo został sporządzony wadliwie lub niezgodnie z warunkami ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest na wezwanie Ubezpieczyciela odpowiednio go uzupełnić, względnie sporządzić nowy wniosek, w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma Ubezpieczyciela w tej sprawie. Niedotrzymanie powyższego terminu powoduje, że umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta.
4. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 12 miesięcy, o ile strony nie umówią się inaczej.
5. Okres ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia.
6. Ubezpieczyciel potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia (polisą).

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§8

1. W umowie ubezpieczenia określa się datę początkową i końcową okresu ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się nie wcześniej niż od dnia następnego po opłaceniu składki lub pierwszej raty składki, chyba że umówiono się inaczej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela ustaje z dniem:
 - 1) upływu okresu ubezpieczenia;
 - 2) odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia;
 - 3) rozwiązania umowy Ubezpieczenia w wyniku wypowiedzenia, o którym mowa w §9 ust. 2 i 3;
 - 4) w przypadku opłacania składki w ratach – jeżeli po upływie terminu płatności raty

Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do jej zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania przez Ubezpieczającego spowoduje ustanie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, a kolejna rata składki nie zostanie opłacona w tym terminie – z dniem upływu tego terminu;

- 5) wyczerpania sumy gwarancyjnej wskutek wypłacenia odszkodowania lub odszkodowań o łącznej wysokości równej sumie gwarancyjnej, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4;
 - 6) wyczerpania podlimitu sumy gwarancyjnej na ryzyko dodatkowe wskutek wypłacenia odszkodowania lub odszkodowań o łącznej wysokości równej wysokości podlimitu. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela ustaje w części dotyczącej w/w ryzyka, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4;
 - 7) z dniem zbycia mienia, z którym wiąże się udzielona ochrona ubezpieczeniowa;
 - 8) wobec Ubezpieczonego w umowie ubezpieczenia grupowego – z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczyciel otrzymał oświadczenie o wystąpieniu Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia grupowego; Ubezpieczony może wystąpić z umowy ubezpieczenia grupowego w każdym czasie.
4. Wznowienie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia następuje następnego dnia po zapłacie dodatkowej składki za doubezpieczenie, w przypadku gdy odpowiedzialność Ubezpieczyciela ustała wskutek wyczerpania sumy gwarancyjnej lub jej podlimitu na ryzyko dodatkowe, w części dotyczącej tego ryzyka. Wznowienie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia wymaga pisemnego potwierdzenia przez Ubezpieczyciela, nie później niż w terminie 7 dni od dnia zapłaty dodatkowej składki.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§9

1. Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres dłuższy niż sześć miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem §19 ust. 1.
2. W przypadku ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, począwszy od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.
3. Jeżeli Ubezpieczyciel ponosił odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona przez Ubezpieczającego w terminie, Ubezpieczyciel może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia wygasa ona z końcem okresu, za który przypadała niezapłacona składka.
4. Umowa ubezpieczenia wygasa z dniem bezskutecznego upływu terminu, o którym mowa w §8 ust. 3 pkt 4 OWU.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§10

1. Wysokość należnej składki ubezpieczeniowej określona jest w umowie ubezpieczenia (polisie).
2. Wysokość składki ubezpieczeniowej uzależniona jest od czynników oceny ryzyka, a w szczególności od:
 - 1) zadeklarowanej przez Ubezpieczającego wysokości sumy gwarancyjnej lub podlimitu sumy gwarancyjnej na ryzyko dodatkowe;
 - 2) zakresu ubezpieczenia;
 - 3) okresu ubezpieczenia;
 - 4) szkodowości.
3. Ponadto, w ustaleniu wysokości składki ubezpieczeniowej uwzględnia się koszty związane z zawarciem umowy ubezpieczenia, z jej wykonywaniem oraz koszty reasekuracji ryzyka.
4. Składkę ubezpieczeniową oblicza się mnożąc sumę gwarancyjną przez właściwą dla danego ryzyka stawkę taryfową określoną w procentach (%), uzależnioną od czynników określonych w ust. 2 niniejszego paragrafu.
5. Wysokość składki ubezpieczeniowej obliczana jest według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia (lub zmiany) umowy ubezpieczenia.
6. Jeżeli taryfa składek nie uwzględnia ubezpieczonego ryzyka, wówczas wysokość składki ubezpieczeniowej ustalana jest na podstawie indywidualnej oceny ryzyka Ubezpieczyciela.
7. Ubezpieczyciel może zastosować zwwyżki i/lub zniżki składki ubezpieczeniowej.
8. Wysokość ostatecznej składki ubezpieczeniowej oblicza się stosując zwwyżki i zniżki od składki obliczonej zgodnie z obowiązującą taryfą lub w drodze indywidualnej oceny ryzyka.
9. Ubezpieczyciel może zastosować zwwyżki składki w szczególności z tytułu:

- 1) rozszerzenia zakresu o ryzyka dodatkowe, rozłożenia płatności składki na raty;
 - 2) wprowadzenia postanowień dodatkowych i/lub odmiennych;
 - 3) szkodowości występującej u Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego.
- 10. Ubezpieczyciel może zastosować zniżki składki w szczególności z tytułu:**
- 1) gdy Ubezpieczający/Ubezpieczony jest jedyną osobą w gospodarstwie domowym;
 - 2) wprowadzenia do umowy ubezpieczenia franszyzy redukcyjnej;
 - 3) bezszkodowego przebiegu ubezpieczenia w poprzednich okresach ubezpieczenia;
 - 4) wprowadzenia postanowień dodatkowych i/lub odmiennych.
- 11. Ubezpieczyciel może nie udzielić zniżki składki w przypadku zawierania ubezpieczeń na okres krótszy niż rok.**
- 12. Składka ubezpieczeniowa za roczny okres ubezpieczenia, na wniosek Ubezpieczającego, może zostać rozłożona na raty.**
- 13. Wysokość składki lub rat składki z tytułu udzielonej przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej, jak również terminy płatności określone są w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia.**
- 14. Składka za ubezpieczenie powinna być zapłacona najpóźniej w dniu zawarcia umowy, chyba że strony umowy ustaliły w umowie ubezpieczenia (polisie) późniejszy termin płatności. W przypadku płatności ratalnej, pierwsza rata składki jest płatna w chwili zawierania umowy ubezpieczenia, natomiast kolejne raty składki ubezpieczeniowej płatne są w terminach płatności określonych w umowie ubezpieczenia (polisie).**
- 15. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego lub wypowiedzenia umowy przez którąkolwiek ze stron, Ubezpieczycielowi należy się składka za okres, w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej.**
- 16. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na który została zawarta Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.**

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

§ 11

1. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zachowania należytej staranności przy zawieraniu i wykonywaniu umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel przekazuje Ubezpieczającemu/Ubezpieczonemu wszelkie informacje niezbędne do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, a w razie powstania szkody, zobowiązany jest do terminowej jej likwidacji.
3. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel ma obowiązek doręczyć Ubezpieczającemu tekst OWU. Na żądanie Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel udzieli informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz OWU w zakresie w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczyciel ma obowiązek udostępnić Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Poszkodowanemu lub Uprawnionemu z umowy ubezpieczenia informacje i dokumenty, gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości odszkodowania. Wyżej wymienione osoby mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Ubezpieczyciela udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem przez Ubezpieczyciela.
5. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo wglądu do ksiąg i dokumentów Ubezpieczającego/Ubezpieczonego związanych z zawartą umową ubezpieczenia oraz sporządzania z nich kopii w zakresie niezbędnym do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela oraz wysokości odszkodowania.
6. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek:
 - 1) Ubezpieczający jest zobowiązany do doręczenia Ubezpieczonemu OWU i udzielenia niezbędnych informacji dotyczących ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać osobie zainteresowanej przystąpieniem do umowy ubezpieczenia informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przed przystąpieniem przez tę osobę do umowy ubezpieczenia, na piśmie, lub jeżeli osoba zainteresowana przystąpieniem do umowy ubezpieczenia wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku;
 - 3) Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Ubezpieczonego na jego żądanie o sposobie obliczenia i opłacenia składki ubezpieczeniowej oraz doręczyć Ubezpieczonemu warunki umowy, w szczególności postanowień umowy w zakresie stanowiącym o prawach i obowiązkach Ubezpieczonego, przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na finansowanie składki ubezpieczeniowej (o ile Ubezpieczony finansuje składkę). Informacje powinny zawierać także opis obowiązków Ubezpieczającego i InterRisk względem Ubezpieczonego;
 - 4) niezależnie od innych postanowień OWU, w sytuacji zaniechania lub zaprzestania dochodzenia świadczenia od InterRisk przez Ubezpieczającego, Ubezpieczony albo jego spadkobiercy są uprawnieni do bezpośredniego dochodzenia świadczenia.
7. Jeśli umowa ubezpieczenia grupowego zawarta została na rachunek pracowników Ubezpieczającego lub osób wykonujących pracę na podstawie umów cywilnoprawnych oraz członków ich rodzin lub na rachunek członków stowarzyszeń, samorządów zawodowych lub związków zawodowych i Ubezpieczający otrzymuje od InterRisk

wynagrodzenie lub inne korzyści w związku z oferowaniem możliwości skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej lub czynnościami związanymi z wykonywaniem umowy ubezpieczenia grupowego, przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego Ubezpieczający przekazuje osobie zainteresowanej przystąpieniem do takiej umowy informacje o:

- 1) firmie InterRisk i adresie siedziby InterRisk;
- 2) charakterze wynagrodzenia lub innych korzyści otrzymywanych w związku z proponowanym przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego;
- 3) możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.

§ 12

1. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał w formularzu wniosku albo w innych pismach przed zawarciem umowy. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
2. W okresie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest zgłaszać Ubezpieczycielowi wszelkie zmiany okoliczności wymienionych w ust. 1, niezwłocznie po powzięciu o nich wiadomości.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 1 i ust. 2 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 1 i 2 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest:
 - 1) zapłacić składkę ubezpieczeniową lub jej raty w ustalonym w umowie ubezpieczenia terminie;
 - 2) podejmować środki ostrożności i zastosować się do zaleceń Ubezpieczyciela, które zostały uzgodnione w umowie ubezpieczenia jak również wynikające z lustracji przeprowadzonej w trybie określonym w umowie Ubezpieczenia w celu zapobieżenia powstaniu szkody;
 - 3) podejmować działania zapobiegawcze oraz środki ostrożności w celu zapobieżenia powstaniu szkody;
 - 4) stosować się do przepisów prawa, (wskazanych w OWU lub w polisie potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia) mających na celu zapobieganie powstaniu szkody, to znaczy ustawy Prawo budowlane, ustawy o Państwowej Inspekcji Pracy, ustawy o ochronie przeciwpożarowej;
 - 5) przestrzegać obowiązków określonych w niniejszych OWU oraz w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie).

§ 13

1. W przypadku powzięcia wiadomości o szkodzie Ubezpieczający/Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) użyć dostępnych mu środków w celu jej zmniejszenia oraz niedopuszczenia do jej zwiększenia;
 - 2) w sytuacji, kiedy istnieje podejrzenie, że popełniono przestępstwo, powiadomić o szkodzie jednostkę policji;
 - 3) niezwłocznie po uzyskaniu informacji o szkodzie, jednak nie później niż w ciągu 7 dni, zawiadomić na piśmie o jej wystąpieniu Ubezpieczyciela (najlepiej jednostkę organizacyjną Ubezpieczyciela, w której zawarto umowę ubezpieczenia). W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych w niniejszym postanowieniu Ubezpieczyciel może dochodzić odpowiednio od Ubezpieczającego/Ubezpieczonego zwrotu wypłaconego Poszkodowanemu odszkodowania, w takiej części, w jakiej naruszenie to przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków wypadku ubezpieczeniowego;
 - 4) umożliwić Ubezpieczycielowi dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności i wysokości szkody, zasadności i wysokości roszczenia, udzielić wszelkiej niezbędnej pomocy, jak również udzielić Ubezpieczycielowi potrzebnych w tym celu dodatkowych wyjaśnień i informacji oraz przedstawić dowody i dokumenty, jakie odpowiednio do stanu rzeczy są wymagane;
 - 5) udzielić pełnomocnictw niezbędnych do prowadzenia spraw odszkodowawczych, w tym pełnomocnictwa procesowego wybranemu adwokatowi lub radcy prawnemu, jeżeli Poszkodowany wystąpił przeciw Ubezpieczającemu/Ubezpieczonemu na drogę sądową.
2. Ubezpieczający/Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi wyroki i postanowienia wydane w sprawach, o których mowa w ust. 1 pkt 5, w takim terminie, aby istniała możliwość wniesienia środka odwoławczego, o ile dokumenty te są w jego posiadaniu.
3. Jeżeli przeciwko Ubezpieczającemu/Ubezpieczonemu zostało wszczęte postępowanie karne albo jeżeli Poszkodowany wystąpił z roszczeniem o odszkodowanie na drogę sądową, Ubezpieczający/Ubezpieczony zobowiązany jest niezwłocznie zawiadomić o tym Ubezpieczyciela, chociażby zgłosił już Ubezpieczycielowi fakt zaistnienia szkody.
4. Przyjęcie na siebie odpowiedzialności za szkodę lub zaspokojenie roszczeń osób trzecich przez Ubezpieczającego/Ubezpieczonego, bez pisemnej zgody Ubezpieczyciela

nie rodzi skutków dla Ubezpieczyciela.

5. Jeżeli wypadek ubezpieczeniowy, w wyniku którego powstała szkoda, jest objęty ochroną gwarancyjną również na podstawie umowy zawartej z innym Zakładem Ubezpieczeń, Ubezpieczający zobowiązany jest do natychmiastowego pisemnego poinformowania tego Zakładu Ubezpieczeń o powstaniu szkody i uzyskania potwierdzenia odebrania tej wiadomości oraz do zawiadomienia Ubezpieczyciela o przekazaniu takiej informacji (dostarczenie kopii pisma).
6. Ubezpieczający zobowiązany jest zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę w sposób określony w §17 ust 3.

ZGŁOSZENIE SZKODY.

USTALENIE ROZMIARU SZKODY I WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA

§14

1. Pisemne zawiadomienie o szkodzie Ubezpieczający/Ubezpieczony/Poszkodowany bądź Uprawniony może złożyć w każdej jednostce organizacyjnej Ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczający/Ubezpieczony/Poszkodowany bądź Uprawniony zobowiązany jest wypełnić formularz zgłoszenia szkody na druku obowiązującym u Ubezpieczyciela oraz dołączyć poniższe podstawowe dokumenty:
 - 1) pisemne roszczenie Poszkodowanego/Uprawnionego, o ile zostało złożone;
 - 2) kopię zgłoszenia wypadku ubezpieczeniowego policji, straży pożarnej, o ile znajdują się w jego posiadaniu;
 - 3) opis okoliczności i przebiegu wypadku ubezpieczeniowego sporządzony przez Poszkodowanego/Uprawnionego, o ile wystąpił on z roszczeniem, o którym mowa w pkt 1;
 - 4) zeznania świadków w sprawie zaistniałego wypadku ubezpieczeniowego (w formie pisemnego oświadczenia), o ile są w jego posiadaniu;
 - 5) dane świadków wypadku ubezpieczeniowego, o ile są w jego posiadaniu;
 - 6) stanowisko Ubezpieczającego/Ubezpiezonego co do istnienia jego odpowiedzialności za powstałą szkodę;
 - 7) dokument określający zakres odpowiedzialności i obowiązki ciążące na Ubezpieczającym/Ubezpieczonym;
 - 8) dokumenty potwierdzające dołożenie przez Ubezpieczającego/Ubezpiezonego należytej staranności w wykonywaniu obowiązków;
 - 9) w przypadku szkody osobowej – dokumentację medyczną potwierdzającą zaistnienie szkody osobowej oraz poniesienie w związku z nią kosztów na leczenie i rehabilitację, o ile Poszkodowany je poniósł i o ile posiada dokumenty potwierdzające poniesienie tych kosztów;
 - 10) w przypadku szkody rzeczowej – dokumentację potwierdzającą fakt zakupu mienia nowego, o takich samych lub podobnych parametrach (rachunek, faktura) lub kosztorysu naprawy mienia.
3. Wykaz podstawowych dokumentów może zostać uzupełniony w zawiadomieniu, o którym mowa w ust 4.
4. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu wypadku ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpiezonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego wypadku ubezpieczeniowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości odszkodowania, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości odszkodowania, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
5. W przypadku powzięcia przez Ubezpieczyciela nowych informacji mających związek z zaistniałym wypadkiem ubezpieczeniowym, ustaleniem zasadności zgłaszanych roszczeń lub wysokości odszkodowania, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczającego, Ubezpiezonego, Poszkodowanego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia odszkodowania.
6. W przypadku powstania szkody rzeczowej objętej odpowiedzialnością Ubezpieczyciela określoną w klauzulach dodatkowych, należne odszkodowanie zostaje pomniejszone o franszyzę redukcyjną.
7. Na wniosek Ubezpieczyciela Ubezpieczający/Ubezpieczony zobowiązany jest doręczyć postanowienie o wszczęciu i/lub umorzeniu dochodzenia w sprawie zgłoszonej szkody, bądź odpis prawomocnego wyroku sądowego, o ile dokumenty te są w jego posiadaniu.

§15

1. Ubezpieczyciel ustala wysokość należnego odszkodowania według zasad odpowiedzialności cywilnej Ubezpieczającego/Ubezpiezonego, z uwzględnieniem zapisów niniejszych OWU oraz postanowień dodatkowych lub odmiennych, o ile strony wprowadziły je do umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczającego/Ubezpiezonego, Poszkodowanego lub Uprawnionego rachunków, kosztorysów i innych dokumentów związanych z ustaleniem rozmiaru szkody i wysokości odszkodowania.

3. Postępowanie likwidacyjne w zakresie przyczyny powstania i rozmiaru szkody przeprowadza Ubezpieczyciel przy współudziale Ubezpieczającego lub osób przez niego upoważnionych. Koszty związane z ustaleniem przyczyny powstania i rozmiaru szkody każda ze stron ponosi we własnym zakresie.
4. W celu ustalenia przyczyny powstania i rozmiaru szkody oraz wysokości odszkodowania, każda ze stron może na własny koszt powołać rzeczoznawcę lub lekarza orzecznika.
5. Ubezpieczający/Ubezpieczony jest zobowiązany dostarczyć Ubezpieczycielowi posiadane dokumenty, które Ubezpieczyciel wskazał w piśmie, o którym mowa w §14 ust. 4 i 5.
6. Odszkodowanie będzie pomniejszone o franszyzę redukcyjną ustaloną w umowie ubezpieczenia.

WYPŁATA ODSZKODOWANIA

§16

1. Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie na podstawie uznania roszczenia z umowy ubezpieczenia, w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego wypadku ubezpieczeniowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości odszkodowania, zawartej ugody, prawomocnego orzeczenia sądownego.
2. Odszkodowanie może być wypłacone: przelewem, lub przekazem pocztowym.
3. Odszkodowanie wypłacane jest w złotych polskich lub w walucie obcej, przeliczanej według średniego kursu NBP z dnia wypłaty odszkodowania.
4. Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o Wypadku ubezpieczeniowym.
5. Jeżeli w terminie określonym w ust. 4 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości odszkodowania okazało się niemożliwe, odszkodowanie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część odszkodowania Ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o Wypadku ubezpieczeniowym.
6. Jeżeli w terminie określonym w ust. 4 Ubezpieczyciel nie wypłaci odszkodowania, zawiadamia na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpiezonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub części w powyższym terminie.
7. Jeżeli odszkodowanie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpiezonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, w terminach określonych w ust. 4 lub 5 wskazując na okoliczności oraz na podstawie prawnej uzasadniającej całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania oraz poucza o możliwości złożenia skargi lub reklamacji do Ubezpieczyciela lub dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
8. Niezależnie od innych postanowień OWU, w sytuacji zaniechania lub zaprzestania dochodzenia odszkodowania od Ubezpieczyciela przez Ubezpieczającego, Ubezpiezonego albo jego spadkobiercy są uprawnieni do bezpośredniego dochodzenia odszkodowania.

ROSZCZENIA REGRESOWE

§17

1. Z dniem wypłaty odszkodowania roszczenie Ubezpieczającego/Ubezpiezonego przeciwko osobie trzeciej, odpowiedzialnej za szkodę, przechodzi z mocy prawa na Ubezpieczyciela do wysokości wypłaconego odszkodowania. Jeżeli Ubezpieczyciel pokrył tylko część szkody, Ubezpieczającemu/Ubezpieczonemu przysługuje co do pozostałej części pierwszeństwo zaspokojenia przed roszczeniem Ubezpieczyciela.
2. Roszczenia, o których mowa w ust. 1, nie przechodzą na Ubezpieczyciela, jeżeli sprawcą szkody jest osoba, z którą Ubezpieczający pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
3. Ubezpieczający/Ubezpieczony obowiązany jest udzielić Ubezpieczycielowi informacji i pomocy, dostarczyć dokumenty, o które Ubezpieczyciel poprosił, a znajdujące się one w jego posiadaniu, a także umożliwić prowadzenie czynności niezbędnych do skutecznego dochodzenia roszczeń regresowych przeciw osobom trzecim odpowiedzialnym za szkodę.

SKARGI I REKLAMACJE

§18

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uposażonemu lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do składania skarg i zastrzeżeń dotyczących usług świadczonych przez InterRisk zwanych dalej łącznie reklamacjami.
2. Reklamację można złożyć w każdej jednostce organizacyjnej InterRisk obsługującej klientów. Reklamacja może być złożona:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście lub za pośrednictwem operatora pocztowego lub kuriera;
 - 2) ustnie – telefonicznie poprzez InterRisk Kontakt (nr tel.: 22 575 25 25) lub osobiście do protokołu w jednostce InterRisk obsługującej klientów.
3. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrywania reklamacji reklamacje

dotyczące likwidacji szkód powinno składać się w formie pisemnej za pośrednictwem operatora pocztowego lub kuriera na adres do korespondencji wskazany w decyzji o wypłacie lub odmowie wypłaty odszkodowania lub świadczenia lub innym dokumencie, którego dotyczy reklamacja.

4. InterRisk udziela odpowiedzi na reklamację w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
5. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do maksymalnie 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. InterRisk informując o przedłużeniu terminu odpowiedzi na reklamację wskazuje przyczynę opóźnienia, okoliczności, które muszą zostać ustalone oraz określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji.
6. InterRisk udziela odpowiedzi na reklamację w formie papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Odpowiedź na reklamację osoby fizycznej może zostać dostarczona pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek tej osoby.
7. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo skierowania wniosku do Rzecznika Finansowego o podjęcie czynności. Konsumentom przysługuje także prawo zwrócenia się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.
8. InterRisk podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

7. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu ubezpieczeń regulują ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych.

§21

Niniejszy tekst jednolity Ogólnych Warunków Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej osób fizycznych w życiu prywatnym został zatwierdzony uchwałą nr 02/23/01/2018 Zarządu InterRisk Towarzystwa Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 23 stycznia 2018 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 23 lutego 2018 roku.

Wiceprezes Zarządu



Józef Winiarski

Członek Zarządu



Włodzimierz Wasiaik

POSTANOWIENIA MAJĄCE ZASTOSOWANIE DO UMÓW UBEZPIECZENIA NA ODLEGŁOŚĆ W ROZUMIENIU USTAWY O PRAWACH KONSUMENTA

§19

W przypadku gdy umowa ubezpieczenia zostaje zawarta na odległość w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta, do umowy mają zastosowanie następujące postanowienia:

1. Konsument, który zawarł na odległość umowę ubezpieczenia, może od niej odstąpić bez podania przyczyn, składając oświadczenie na piśmie, w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane. W przypadku odstąpienia przez konsumenta od umowy ubezpieczenia InterRisk przysługuje wyłącznie część składki obliczonej proporcjonalnie za każdy dzień udzielania przez InterRisk ochrony ubezpieczeniowej.
2. Umowa ubezpieczenia nie wiąże się z ryzykiem finansowym wynikającym z jej szczególnych cech lub charakteru czynności, które mają być wykonane, a składka ubezpieczeniowa nie zależy od ruchu cen na rynku finansowym.
3. Konsument ponosi koszty wynikające ze środków porozumiewania się na odległość według taryfy operatora konsumenta.
4. Spory wynikające z umów zawartych pomiędzy konsumentami a InterRisk za pośrednictwem strony internetowej lub innych środków elektronicznych mogą być rozwiązywane przez właściwe organy za pomocą europejskiej platformy pozasądowego rozwiązywania sporów dostępnej pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.
5. Umowa ubezpieczenia nie jest objęta funduszem gwarancyjnym lub innym systemem gwarancyjnym.
6. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy InterRisk a konsumentem jest język polski.
7. Prawem właściwym dla stosunków InterRisk z konsumentem przed zawarciem umowy jak również prawem właściwym dla zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§20

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia złożone przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Ubezpieczyciela w związku z umową ubezpieczenia (dotyczące zarówno wykonania jak i rozwiązania lub wystąpienia z umowy ubezpieczenia) powinny być złożone na piśmie pod rygorem nieważności, za wyjątkiem przypadku, gdy podmioty te wyrażą zgodę na przekazywanie zawiadomień i oświadczeń w formie elektronicznej.
2. Strony są zobowiązane zawiadamiać o każdorazowej zmianie adresu.
3. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
4. Wszelkie spory wynikające z umowy ubezpieczenia lub powstające w związku z nią mogą być przedmiotem rozstrzygnięcia przez Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego. Powyższe postanowienie nie stanowi zapisu na sąd polubowny.
5. InterRisk zobowiązana jest na podstawie ustawy o pozasądowym rozwiązaniu sporów konsumenckich do pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy konsumentami a InterRisk jest Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
6. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU jest prawo polskie.

ZAŁĄCZNIK NR 1 – KLAUZULE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES UBEZPIECZENIA

W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia poprzez włączenie dodatkowej klauzuli stanowi ona integralną część zawartej umowy ubezpieczenia.

KLAUZULA NR 1 – ROZSZERZENIE ZAKRESU TERYTORIALNEGO UBEZPIECZENIA

1. Zachowując postanowienia niniejszych OWU, na podstawie wniosku Ubezpieczającego i za pobraniem dodatkowej składki, Ubezpieczyciel rozszerza swoją odpowiedzialność na wypadki ubezpieczeniowe zaistniałe w okresie ubezpieczenia, skutkujące powstaniem szkody osobowej lub rzeczowej poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje szkód powstałych na terytoriach: Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej, Kanady oraz ich posiadłości terytorialnych.
3. Franszyza redukcyjna w każdej szkodzie rzeczowej wynosi wartości szkody, nie mniej niż 500 PLN.

KLAUZULA NR 2 – UBEZPIECZENIE OC NAJEMCY NIERUCHOMOŚCI

1. Zachowując postanowienia niniejszych OWU, na podstawie wniosku Ubezpieczającego i za pobraniem dodatkowej składki, Ubezpieczyciel rozszerza swoją odpowiedzialność na wypadki ubezpieczeniowe zaistniałe w okresie ubezpieczenia, skutkujące powstaniem szkody rzeczowej, w nieruchomości stanowiącej własność Poszkodowanego, użytkowanej przez Ubezpieczającego/Ubezpieczonego lub osoby bliskie Ubezpieczającemu/Ubezpieczonemu, polegającej na zniszczeniu lub uszkodzeniu nieruchomości w części lub całości.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do nieruchomości, z których Ubezpieczający/Ubezpieczony korzysta na podstawie umowy najmu, podnajmu, dzierżawy, użyczenia, użytkowania, leasingu lub innej umowy cywilnoprawnej.
3. Zachowując wyłączenia zawarte w §4 niniejszych OWU, z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są ponadto szkody:
 - 1) w gruntach oraz w częściach wspólnych nieruchomości oraz w mieniu, które nie jest przedmiotem umowy najmu;
 - 2) wynikające z normalnego zużycia w czasie trwania umowy najmu lub innej umowy cywilnoprawnej;
 - 3) w związku z podnajęciem przez Ubezpieczającego/Ubezpieczonego nieruchomości w całości lub części osobie trzeciej;
 - 4) wynikające z przyjęcia przez Ubezpieczającego/Ubezpieczonego odpowiedzialności wykraczającej poza ustawowy zakres odpowiedzialności;
 - 5) wynikające ze zmian w użytkowanych nieruchomościach, poczynionych wbrew ich przeznaczeniu lub postanowieniom umownym.
4. W ramach niniejszej klauzuli ustanawia się podlimit sumy gwarancyjnej na jeden i na wszystkie wypadki ubezpieczeniowe w wysokości 50% określonej w umowie ubezpieczenia sumy gwarancyjnej.
5. Franszyza redukcyjna w każdej szkodzie rzeczowej wynosi 200 PLN.

KLAUZULA NR 3 – UBEZPIECZENIE OC NAJEMCY RUCHOMOŚCI

1. Zachowując postanowienia niniejszych OWU, na podstawie wniosku Ubezpieczającego i za pobraniem dodatkowej składki, Ubezpieczyciel rozszerza swoją odpowiedzialność na wypadki ubezpieczeniowe zaistniałe w okresie ubezpieczenia, skutkujące powstaniem szkody rzeczowej w ruchomościach stanowiących własność Poszkodowanego, użytkowanych przez Ubezpieczającego/Ubezpieczonego, polegające na zniszczeniu lub uszkodzeniu rzeczy ruchomych.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do rzeczy ruchomych, z których Ubezpieczający/Ubezpieczony korzysta na podstawie umowy najmu, podnajmu, dzierżawy, użyczenia, użytkowania, leasingu lub innej umowy cywilnoprawnej. Wykaz ubezpieczonych ruchomości stanowi załącznik do polisy.
3. Zachowując wyłączenia zawarte w §4 niniejszych OWU, z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są ponadto szkody:
 - 1) powstałe wskutek jakiegokolwiek utraty rzeczy ruchomej, nie będącej wynikiem uszkodzenia lub zniszczenia;
 - 2) spowodowane normalnym zużyciem rzeczy;
 - 3) w przypadku podjęcia przez Ubezpieczającego/Ubezpieczonego rzeczy w całości lub części;
 - 4) w pojazdach mechanicznych, ich wyposażeniu oraz w rzeczach w nich pozostawionych;
 - 5) w sprzęcie elektronicznym.
4. Franszyza redukcyjna w każdej szkodzie rzeczowej wynosi 200 PLN wartości szkody.

KLAUZULA NR 4 – UBEZPIECZENIE OC ZA SZKODY WYRZĄDZONE PRZEZ PSY AGRESYWNE

1. Zachowując postanowienia niniejszych OWU, na podstawie wniosku Ubezpieczającego i za pobraniem dodatkowej składki, Ubezpieczyciel rozszerza swoją odpowiedzialność na wypadki ubezpieczeniowe zaistniałe w okresie ubezpieczenia, skutkujące powstaniem szkody osobowej lub rzeczowej, w związku z posiadaniem przez Ubezpieczającego/Ubezpieczonego psów agresywnych – ras określonych w rozporządzeniu MSWiA w sprawie wykazu ras psów uznawanych za agresywne.
2. Franszyza redukcyjna w każdej szkodzie rzeczowej wynosi 100 PLN.

Jeśli czynności dystrybucyjne w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia wykonuje pracownik InterRisk, pracownik otrzymuje z tego tytułu wynagrodzenie zasadnicze lub zasadnicze oraz zmienne uwzględnione w kwocie składki ubezpieczeniowej.

W przypadku gdy czynności dystrybucyjne w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia wykonuje agent ubezpieczeniowy, agent jest zobowiązany poinformować klienta o charakterze otrzymywanego wynagrodzenia, a w przypadku gdy honorarium jest płacone bezpośrednio przez klienta – o jego kwocie.

POSTANOWIENIA DODATKOWE I ODMIENNE OD OGÓLNYCH WARUNKÓW
UBEZPIECZENIA

Odpowiedzialności Cywilnej osób fizycznych w życiu prywatnym
zatwierdzonych uchwałą nr 02/23/01/2018 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance
Group z dnia 23 stycznia 2018 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
Odpowiedzialności Cywilnej osób fizycznych w życiu prywatnym.

§ 1

Dla potrzeb niniejszej umowy ubezpieczenia wprowadza się następujące postanowienia dodatkowe
lub odmienne od w/w ogólnych warunków ubezpieczenia:

1. § 3 OWU otrzymuje brzmienie:

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej, gdy w myśl przepisów prawa Ubezpieczający/ Ubezpieczony zobowiązany jest do naprawienia szkody osobowej lub rzeczowej w następstwie wypadków ubezpieczeniowych, zaistniałych w okresie ubezpieczenia, w związku z wykonywaniem przez niego czynności życia prywatnego.
 2. Zakresem ubezpieczenia objęta jest odpowiedzialność cywilna wynikająca z tytułu czynu niedozwolonego (odpowiedzialność cywilna deliktowa)
 3. Pod pojęciem czynności życia prywatnego rozumie się wyłącznie czynności związane z:
 - 1) Opieką nad małoletnim dzieckiem lub osobą upośledzoną umysłowo będącą osobą bliską Ubezpieczającego/Ubezpieczonego i zamieszkałą z nim.
 4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela obejmuje szkody wyrządzone na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- 2. Do niniejszej umowy ubezpieczenia nie mają zastosowania:**
- 1) Klauzula nr 1 – OC za szkody wyrządzone poza terytorium RP
 - 2) Klauzula nr 2 – OC najemcy nieruchomości
 - 3) Klauzula nr 3 – OC najemcy ruchomości
 - 4) Klauzula nr 4 - OC za szkody wyrządzone przez psy uznane za agresywne

Ubezpieczenie Odpowiedzialności cywilnej osób fizycznych w życiu prywatnym oraz nauczycieli i dyrektorów placówek oświatowych w ramach oferty EDU Plus



Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Polsce, ul. Noakowskiego 22, 00-668 Warszawa, numer zezwolenia Ministra Finansów DU/905/A/KP/93 z 5 listopada 1993 roku

Produkt: **Odpowiedzialność cywilna osób fizycznych w życiu prywatnym oraz nauczycieli i dyrektorów placówek oświatowych w ramach oferty EDU Plus**

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje umowne podawane są w innych dokumentach, w tym w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej osób fizycznych w życiu prywatnym oraz nauczycieli i dyrektorów placówek oświatowych w ramach oferty EDU Plus zatwierdzonych uchwałą nr 02/03/03/2020 Zarządu InterRisk Towarzystwa Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej Vienna Insurance Group z dnia 3 marca 2020 roku.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej (OC) osób fizycznych w życiu prywatnym oraz nauczycieli i dyrektorów placówek oświatowych w ramach oferty EDU Plus zapewnia ochronę w przypadku szkód osobowych lub rzeczowych wyrządzonych przez Ubezpieczonego osobom trzecim czynem niedozwolonym w związku z wykonywaniem czynności życia prywatnego z możliwością rozszerzenia o OC za delikt w związku z odbywaniem praktyk uczniowskich, a także o OC oraz ochronę prawną dla nauczycieli i dyrektorów placówek oświatowych.



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

✓ Odpowiedzialność cywilna Ubezpieczającego/Ubezpieczonego oraz jego osób bliskich stale z nim zamieszkujących i prowadzących wspólne gospodarstwo domowe, a także zatrudnionej przez Ubezpieczonego pomocy domowej za szkody wyrządzone osobie trzeciej w związku z wykonywaniem czynności życia prywatnego, w tym w związku z:

- 1) opieką nad małoletnimi dziećmi lub osobami upośledzonymi umysłowo będącymi osobami bliskimi Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, zamieszkałymi z nim,
- 2) posiadaniem przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego zwierząt domowych, z wyjątkiem zwierząt utrzymywanych w celach handlowych lub hodowlanych,
- 3) posiadaniem lub użytkowaniem lokalu mieszkalnego, domu jednorodzinnego, garażu lub innego budynku określonego w polisie, w tym za szkody powstałe w związku z eksploatacją urządzeń i instalacji wodociągowych, kanalizacyjnych i centralnego ogrzewania,
- 4) posiadaniem lub użytkowaniem ruchomości domowych i urządzeń gospodarstwa domowego, rowerów i wózków inwalidzkich bez napędu mechanicznego oraz sprzętu pływającego wykorzystywanego na własny użytek, do których prowadzenia nie są konieczne uprawnienia,
- 5) użytkowaniem nieruchomości, pomieszczeń oraz znajdujących się w nich ruchomości podczas wyjazdów turystycznych lub rekreacyjnych.

Suma gwarancyjna:

✓ ustalana jest przez Ubezpieczającego max do wysokości 500.000 zł z uwzględnieniem podlimitów określonych w OWU i klauzulach dodatkowych.



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

× ryzyk, które nie zostały wykupione np. w przypadku nie wykupienia ryzyka OC nauczycieli InterRisk nie pokryje szkody związanej z działalnością zawodową nauczyciela

- × odpowiedzialności cywilnej związanej z wykonywaniem przez Ubezpieczonego działalności gospodarczej, w tym zawodowej, za wyjątkiem klauzul dodatkowych skierowanych do nauczycieli i dyrektorów placówek oświatowych
- × w zakresie ubezpieczenia ochrony prawnej – odszkodowań, grzywien, kar, do których poniesienia zobowiązany jest Ubezpieczony oraz odszkodowań, które są należne Ubezpieczonemu od innych podmiotów



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

InterRisk nie odpowiada w szczególności za szkody:

- ! z tytułu ubezpieczeń obowiązkowych, które Ubezpieczający/Ubezpieczony miał obowiązek zawrzeć
- ! wyrządzone umyślnie przez Ubezpieczającego/Ubezpieczonego lub jego osoby bliskie
- ! wyrządzone wzajemnie pomiędzy Ubezpieczającym/Ubezpieczonym, osobami bliskimi, pomocą domową
- ! wyrządzone w związku z wyczynowym uprawianiem sportów oraz amatorskim uprawianiem sportów wysokiego ryzyka np. spadochroniarstwa, lotniarstwa, skoków na bungee
- ! wynikające z posiadania broni palnej oraz uczestnictwa w polowaniach
- ! wynikające z przeniesienia przez Ubezpieczającego/Ubezpieczonego lub osoby im bliskie chorób, także zakaźnych i wirusa HIV, a w odniesieniu do pozostających pod opieką Ubezpieczającego/Ubezpieczonego zwierząt domowych – chorób zakaźnych
- ! powstałe wskutek braku konserwacji budynku, o ile obowiązki te należały do Ubezpieczającego/Ubezpieczonego
- ! powstałe wskutek naruszenia dóbr osobistych, praw własności intelektualnej
- ! wyrządzone w środowisku przez jego skażenie lub zanieczyszczenie oraz w drzewostanie lasów i parków
- ! wynikające z normalnego zużycia związanego z użytkowaniem nieruchomości, pomieszczeń oraz znajdujących się w nich ruchomości podczas wyjazdów turystycznych lub rekreacyjnych



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ na terytorium RP, z możliwością rozszerzenia o klauzulę terytorialną na obszar całego świata z wyłączeniem Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej, Kanady, Japonii, Australii i Nowej Zelandii



Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

- podejmowanie działań zapobiegawczych oraz środków ostrożności w celu zapobieżenia powstaniu szkody
- niezwłocznie po uzyskaniu informacji o szkodzie zawiadomienie InterRisk o jej wystąpieniu



Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składkę należy opłacić w wysokości, formie (gotówka lub przelew) i terminach określonych w umowie ubezpieczenia.



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 12 miesięcy, o ile strony nie umówią się inaczej.

Odpowiedzialność InterRisk rozpoczyna się od dnia wskazanego w umowie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej niż od dnia następnego po opłaceniu składki lub jej pierwszej raty, chyba że umówiono się inaczej.

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa m.in. z dniem:

- upływu okresu ubezpieczenia,
- odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia,
- rozwiązania umowy ubezpieczenia w wyniku wypowiedzenia,
- wyczerpania sumy gwarancyjnej lub jej podlimitu wskutek wypłacenia odszkodowań o łącznej wysokości równej sumie gwarancyjnej lub jej podlimitowi,
- zbycia mienia, z którym wiąże się udzielona ochrona ubezpieczeniowa.



Jak rozwiązać umowę?

Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres dłuższy niż sześć miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.

Konsument, który zawarł na odległość umowę ubezpieczenia, może od niej odstąpić bez podania przyczyn, składając oświadczenie na piśmie, w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane. W przypadku odstąpienia przez konsumenta od umowy ubezpieczenia InterRisk przysługuje wyłącznie część składki obliczonej proporcjonalnie za każdy dzień udzielania przez InterRisk ochrony ubezpieczeniowej.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ OSÓB FIZYCZNYCH W ŻYCIU PRYWATNYM ORAZ NAUCZYCIELI I DYREKTORÓW PLACÓWEK OŚWIATOWYCH W RAMACH OFERTY EDU PLUS

SPIS TREŚCI

Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej	rewers str. 1
POSTANOWIENIA OGÓLNE	1
DEFINICJE	1
PRZEDMIOT I ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	3
WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	3
SUMA GWARANCYJNA I WARUNKI JEJ ZMIANY	4
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	4
POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI	4
ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA	4
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA	4
PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY	5
ZGŁOSZENIE SZKODY USTALENIE ROZMIARU SZKODY I WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA	6
WYPŁATA ODSZKODOWANIA	6
ROSZCZENIA REGRESOWE	7
SKARGI I REKLAMACJE	7
POSTANOWIENIA MAJĄCE ZASTOSOWANIE DO UMÓW UBEZPIECZENIA NA ODLEGŁOŚĆ W ROZUMIENIU USTAWY O PRAWACH KONSUMENTA	7
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	7
ZAŁĄCZNIK DO OWU – KLAUZULE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES UBEZPIECZENIA	8
KLAUZULA NR 1 – ROZSZERZENIE ZAKRESU TERYTORIALNEGO UBEZPIECZENIA	8
KLAUZULA NR 2 – ROZSZERZENIE UBEZPIECZENIA O OC DELIKT W ZWIĄZKU Z ODBYWANIEM PRAKTYK UCZNIOWSKICH	8
KLAUZULA NR 3 – ROZSZERZENIE UBEZPIECZENIA O OC NAUCZYCIELA ORAZ POZOSTAŁYCH PRACOWNIKÓW PLACÓWKI OŚWIATOWEJ	8
KLAUZULA NR 4 – ROZSZERZENIE UBEZPIECZENIA O OC DYREKTORA, ZASTĘPCY DYREKTORA ORAZ OSOBY PEŁNIĄCEJ OBOWIĄZKI DYREKTORA	8
KLAUZULA NR 5 – ROZSZERZENIE UBEZPIECZENIA O OCHRONĘ PRAWNĄ DLA NAUCZYCIELI I DYREKTORÓW SZKÓŁ ORAZ INNYCH PLACÓWEK OŚWIATOWYCH	8

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§1

1. Ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej osób fizycznych w życiu prywatnym oraz nauczycieli i dyrektorów placówek oświatowych w ramach oferty EDU Plus, zwane dalej OWU, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy osobami fizycznymi zwanymi dalej Ubezpieczającymi, a InterRisk Towarzystwem Ubezpieczeń Spółką Akcyjną Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, ul. Noakowskiego 22, wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000054136, prowadzącą działalność ubezpieczeniową i reasekuracyjną w oparciu o zezwolenie Ministra Finansów DU/905/A/KP/93 z 5 listopada 1993 roku, zwaną dalej InterRisk.
2. Umowę ubezpieczenia można zawrzeć także na cudzy rachunek, z tym że Ubezpieczony imiennie wskazany jest w umowie (polisie).
3. Do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone, za zgodą stron, postanowienia dodatkowe lub odmiennie, z tym że różnice między niniejszymi OWU, a treścią umowy InterRisk przedstawi Ubezpieczającemu na piśmie przed zawarciem umowy.
4. Wszystkie postanowienia dodatkowe lub odmiennie od ustalonych w niniejszych OWU muszą być, pod rygorem ich nieważności, sporządzone na piśmie w formie aneksu lub załącznika do umowy ubezpieczenia.
5. Wszystkie zmiany umowy ubezpieczenia muszą być, pod rygorem ich nieważności, sporządzone na piśmie w formie aneksu do umowy ubezpieczenia.
6. Do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa polskiego, a w szczególności przepisy kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

DEFINICJE

§2

Poniższe określenia, użyte w OWU lub wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, polisie, innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia, a także innych pismach i oświadczeniach składanych w związku z umową ubezpieczenia, oznaczają:

- 1) **Amatorskie uprawianie sportu** – uprawianie sportu rekreacyjnie, jako formy wypoczynku bądź celem utrzymania lub regeneracji sił witalnych;
- 2) **Czynności życia prywatnego** – działania i zaniechania w sferze życia prywatnego nie związane z pracą zawodową Ubezpieczającego/Ubezpieczonego;

- 3) **Praca zawodowa** – wykonywanie czynności w ramach stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej, jak również wykonywanie działalności gospodarczej lub wolnego zawodu;
- 4) **Franszyza redukcyjna** – ustalona w umowie ubezpieczenia wartość wyrażona procentowo lub kwotowo, pomniejszająca łączne odszkodowanie za wszystkie szkody wynikłe z jednego wypadku ubezpieczeniowego;
- 5) **Osoba bliska** – małżonek, konkubina, konkubent, dzieci, rodzice, rodzeństwo, dziadkowie, wnuki, teściowie, zięciowie, synowie, ojczym, macocha, pasierbowie, przysposabiający, przysposobiony, opiekunowie posiadający tytuł prawny, osoby pozostające pod opieką;
- 6) **Osunięcie się ziemi** – nie spowodowany działalnością człowieka ruch ziemi na stokach;
- 7) **Poszkodowany** – każda osoba trzecia nie będąca stroną umowy ubezpieczenia, względem której odpowiedzialność za wyrządzoną szkodę ponosi Ubezpieczony;
- 8) **Pomoc domowa** – każda osoba (w szczególności: gosposia, ogrodnik, opiekunka do dzieci, osoba sprawująca opiekę nad osobą niepełnosprawną, psem) wykonująca powierzone prace pomocnicze w gospodarstwie domowym zatrudniona na podstawie umowy o pracę, umowy zlecenia lub umowy cywilnoprawnej zawartej z Ubezpieczonym/Ubezpieczającym;
- 9) **Sporty wysokiego ryzyka** – bouldering, wspinaczka skalna, wspinaczka lodowa, taternictwo, alpinizm, himalaizm, skialpinizm, trekking, zjazdy ekstremalne na nartach, freestyle, freeride, snowboarding wysokogórski, snowboarding prędkościowy, skoki i ewolucje narciarskie i snowboardowe, rafting, canyoning, hydrospeed, kajakarstwo górskie, szybownictwo spadochroniarstwo, lotnictwo, paralotnictwo, motolotnictwo, baloniarstwo, pilotowanie samolotów lub śmigłowców, zorbing, skoki z/na bungee, nurkowanie, parkour, freerun, buggykiting, windsurfing, quady, kitesurfing, żegluga poza wodami terytorialnymi w odległości powyżej 12 mil morskich od brzegu, kolarstwo ekstremalne, kolarstwo górskie, jeździectwo, speleologia, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe, rajdy pojazdów lądowych, wodnych lub powietrznych, heliskiing, heliboarding, freefall, downhill, b.a.s.e. jumping, dream jumping oraz zjazdy na nartach lub snowboardzie poza wyznaczonymi trasami, jazda na nartach wodnych oraz sporty, w których wykorzystywane są pojazdy przeznaczone do poruszania się po śniegu lub lodzie;
- 10) **Suma gwarancyjna** – ustalana w porozumieniu z Ubezpieczającym, górna granica odpowiedzialności InterRisk za wszystkie szkody powstałe z wypadków ubezpieczeniowych zaistniałych w okresie ubezpieczenia;
- 11) **Szkoda osobowa** – szkoda będąca następstwem wypadku powstałego w okresie

**Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy
o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej**

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§2; §3; §5; §8; §9; §14; §15; §16; Kl. nr 1-5
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§4; §5; §6; §12 ust. 3; §14 ust. 6; §15 ust. 6; Kl. nr 1 ust. 2-3; Kl. nr 2 ust. 2-3; Kl. nr 3 ust. 3-5; Kl. nr 4 ust. 2-6; Kl. nr 5 §4-5, §6 ust. 7, §9-10, §11 ust. 1-3, ust. 10-12

ubezpieczenia, polegająca na uszkodzeniu ciała, wywołaniu rozstroju zdrowia lub spowodowaniu śmierci;

- 12) **Szkoda rzeczowa** – szkoda będąca następstwem wypadku powstałego w okresie ubezpieczenia, polegająca na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie rzeczy;
- 13) **Szkoda seryjna:**
 - a) wszystkie szkody, które powstały z tej samej przyczyny niezależnie od chwili wystąpienia, a które traktuje się jako jedną szkodę; za chwilę jej wystąpienia przyjmuje się chwilę powstania pierwszej z nich,
 - b) ochroną ubezpieczeniową objęte są wszystkie szkody z serii pod warunkiem, iż wypadek ubezpieczeniowy je powodujący miał miejsce w trakcie okresu ubezpieczenia;
- 14) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, zawierająca umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacenia składki ubezpieczeniowej;
- 15) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia;
- 16) **Uprawniony** – osoba imiennie upoważniona przez Poszkodowanego do otrzymania odszkodowania. W przypadku nie wyznaczenia osoby uprawnionej, w razie śmierci Poszkodowanego, za osobę uprawnioną uważa się członków rodziny Poszkodowanego, według następującej kolejności: małżonek, dzieci, rodzice i pozostali spadkobiercy ustawowi;
- 17) **Wyczynowe uprawianie sportu** – podejmowana dobrowolnie forma aktywności fizycznej Ubezpieczonego polegająca na uprawianiu dyscyplin sportu poprzez uczestniczenie w treningach, zawodach, zgrupowaniach i obozach kondycyjnych lub szkoleniowych, w celu uzyskania, w drodze indywidualnej lub zbiorowej rywalizacji, maksymalnych wyników sportowych przez osoby będące członkami klubów, związków i organizacji sportowych. W rozumieniu niniejszych OWU za wyczynowe uprawianie sportu uważa się również uprawianie sportu w celach zarobkowych;
- 18) **Wypadek ubezpieczeniowy** – zdarzenie zaistniałe w okresie ubezpieczenia, będące bezpośrednią przyczyną powstania szkody, rodzące odpowiedzialność cywilną Ubezpieczonego i pozostające w związku z czynnościami życia prywatnego (z zastrzeżeniem postanowień Klauzul Nr 2–5);
- 19) **Zapadanie się ziemi** – obniżenie terenu z powodu zawalenia się naturalnych podziemnych pustych przestrzeni w gruncie.

PRZEDMIOT I ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§3

1. InterRisk udziela ochrony ubezpieczeniowej, gdy w myśl przepisów prawa Ubezpieczony zobowiązany jest do naprawienia szkody osobowej lub rzeczowej w następstwie wypadków ubezpieczeniowych, zaistniałych w okresie ubezpieczenia, w związku z wykonywaniem przez niego czynności życia prywatnego.
2. Zakresem ubezpieczenia objęta jest odpowiedzialność cywilna wynikająca z tytułu czynu niedozwolonego (odpowiedzialność cywilna deliktowa).
3. Pod pojęciem czynności życia prywatnego rozumie się w szczególności czynności związane z:
 - 1) opieką nad małoletnimi dziećmi lub osobami upośledzonymi umysłowo będącymi osobami bliskimi Ubezpieczonego i zamieszkałymi z nim;
 - 2) posiadaniem przez Ubezpieczonego zwierząt domowych, z wyjątkiem zwierząt utrzymywanych w celach handlowych lub hodowlanych;
 - 3) posiadaniem lub użytkowaniem lokalu mieszkalnego, domu jednorodzinnego, garażu lub innego budynku określonego w umowie ubezpieczenia (polisie), w tym – szkody powstałe w związku z eksploatacją urządzeń i instalacji wodociągowych, kanalizacyjnych i centralnego ogrzewania;
 - 4) posiadaniem lub użytkowaniem ruchomości domowych i urządzeń gospodarstwa domowego, lub użytkowaniem rowerów, wózków inwalidzkich bez napędu mechanicznego oraz sprzętu pływającego nie posiadającego napędu mechanicznego na własny użytek (tj. użytkowaniem łodzi wiosłowych, wiosłowych łodzi regatowych, kajaków, rowerów wodnych, desk surfingowych, pontonów oraz jachtów żaglowych, do których prowadzenia nie są konieczne uprawnienia).
4. Ubezpieczeniem objęte są również szkody wyrządzone przez Ubezpieczonego w związku z użytkowaniem nieruchomości, pomieszczeń oraz znajdujących się w nich ruchomości podczas wyjazdów turystycznych lub rekreacyjnych (w hotelach, motelach, pensjonatach, zajazdach, gospodarstwach agroturystycznych lub innych tego rodzaju podmiotach).
5. W powyższym zakresie, InterRisk obejmuje ochroną ubezpieczeniową odpowiedzialność cywilną Ubezpieczonego oraz:
 - 1) osób bliskich Ubezpieczonego, stale z nim zamieszkujących i prowadzących wspólne gospodarstwo domowe;
 - 2) pomocy domowej zatrudnionej przez Ubezpieczonego na podstawie umowy o pracę, umowy zlecenia lub innej umowy cywilnoprawnej, jeżeli szkoda powstała w związku z wykonywaniem czynności mieszczących się w zakresie obowiązków wchodzących w zakres podpisanej umowy.
6. Odpowiedzialność InterRisk obejmuje szkody wyrządzone na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, chyba że umówiono się inaczej.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§4

Umowa ubezpieczenia nie obejmuje i w związku z tym InterRisk nie odpowiada za szkody:

- 1) wyrządzone umyślnie przez Ubezpieczonego, osoby bliskie Ubezpieczonego stale z nim zamieszkujące i pozostające z nim we wspólnym gospodarstwie domowym, pomoc domową lub opiekunkę do dzieci podczas wykonywania obowiązków wynikających z zawartej umowy z Ubezpieczonym;
- 2) wyrządzone przez Ubezpieczonego, osoby bliskie Ubezpieczonego stale z nim zamieszkujące i pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym, pomoc domową, w związku z pozostawianiem przez nich pod wpływem alkoholu, narkotyków, środków psychotropowych lub innych środków odurzających;
- 3) wyrządzone wzajemnie pomiędzy: Ubezpieczającym/Ubezpieczonym, osobami bliskimi, pomocą domową;
- 4) wynikające z wykonywania działalności zawodowej lub prowadzenia działalności gospodarczej (z zastrzeżeniem postanowień Klauzul Nr 2–5);
- 5) z tytułu ubezpieczeń obowiązkowych, które Ubezpieczony miał obowiązek zawrzeć;
- 6) wyrządzone w związku z wyczynowym uprawianiem sportów jak i amatorskim uprawianiem sportów wysokiego ryzyka;
- 7) wynikłe z posiadania broni palnej oraz uczestnictwa w polowaniach, a także z tytułu posiadania pasieki lub pojedynczych uli z pszczałimi rodzinami;
- 8) wynikające z przeniesienia przez Ubezpieczonego lub osoby bliskie Ubezpieczonego chorób, w tym chorób zakaźnych i wirusa HIV, a w odniesieniu do pozostających pod opieką Ubezpieczonego zwierząt domowych – chorób zakaźnych;
- 9) wyrządzone w związku z posiadaniem przez Ubezpieczonego psów które:
 - a) w chwili wypadku ubezpieczeniowego nie posiadały aktualnego szczepienia przeciw wścieklicznie, jeśli miało to wpływ na rozmiar szkody,
 - b) znajdując się poza obrębem posesji Ubezpieczonego nie posiadały kagańca i nie miały smyczy;
- 10) wyrządzone przez powolne działanie temperatury, gazów, pary, wód odpływowych, wilgoci, pyłu, sadzy, wstrząsów, hałasu, zapadanie się ziemi lub osunięcie się ziemi oraz tworzenie się grzyba;
- 11) polegające na zniszczeniu, uszkodzeniu lub utracie środków płatniczych, papierów wartościowych, dokumentów, nośników danych, planów, biżuterii, metali szlachetnych, zbiorów i kolekcji, dzieł sztuki, a także wszelkich kart płatniczych wydawanych przez banki lub inne instytucje;
- 12) powstałe wskutek jakiegokolwiek utraty rzeczy ruchomej, nie będącej wynikiem uszkodzenia lub zniszczenia;
- 13) powstałe wskutek naruszenia dóbr osobistych, praw własności intelektualnej;
- 14) w postaci kar sądowych lub administracyjnych, zadatków, odszkodowań z tytułu odstąpienia od umowy, podatków publicznoprawnych lub opłat manipulacyjnych;
- 15) związane z działaniami wojennymi, stanem wojennym lub wyjątkowym, wojną domową, zamieszkami społecznymi, rozruchami, strajkami, niepokojami społecznymi, aktami terroru i sabotażu;
- 16) wynikające z oddziaływania energii jądrowej, skażenia radioaktywnego, działania promieni laserowych, pola magnetycznego lub elektromagnetycznego;
- 17) wyrządzone w środowisku przez jego skażenie lub zanieczyszczenie oraz w drzewostanie lasów i parków;
- 18) wynikające z normalnego zużycia związanego z użytkowaniem nieruchomości, pomieszczeń oraz znajdujących się w nich ruchomości podczas wyjazdów turystycznych lub rekreacyjnych, a także związane z podnajęciem tych obiektów innym osobom;
- 19) w pojazdach mechanicznych oraz obiektach pływających lub unoszących się w powietrzu, ich wyposażeniu oraz w rzeczach w nich pozostawionych;
- 20) spowodowane użytkowaniem pojazdów mechanicznych oraz obiektów pływających lub unoszących się w powietrzu, o ile posiadają one napęd mechaniczny;
- 21) powstałe wskutek braku konserwacji budynku, o ile obowiązki te należały do Ubezpieczonego.

§5

1. O ile strony nie umówiły się inaczej, InterRisk nie ponosi ponadto odpowiedzialności za szkody:
 - 1) wyrządzone poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (zakres rozszerzenia określa Klauzula Nr 1 – Rozszerzenie zakresu terytorialnego ubezpieczenia);
 - 2) wyrządzone w związku z odbywaniem praktyk uczniowskich (zakres rozszerzenia określa Klauzula Nr 2 – Rozszerzenie ubezpieczenia o OC za delikt w związku z odbywaniem praktyk uczniowskich);
 - 3) wyrządzone przez nauczycieli lub pozostałych pracowników placówki oświatowej (zakres rozszerzenia określa Klauzula Nr 3 – Rozszerzenie ubezpieczenia o OC nauczycieli oraz pozostałych pracowników placówki oświatowej);

- 4) wyrządzone przez osoby kierujące placówką oświatową (zakres rozszerzenia określa Klauzula Nr 4 – Rozszerzenie ubezpieczenia o OC dyrektora, zastępcy dyrektora oraz osoby pełniące obowiązki dyrektora);
 - 5) polegające na pokryciu kosztów objętych ubezpieczeniem ochrony prawnej (zakres rozszerzenia określa Klauzula Nr 5 – Rozszerzenie ubezpieczenia o ochronę prawną dla nauczycieli i dyrektorów szkół oraz innych placówek oświatowych).
2. Za opłatą dodatkowej składki oraz na odrębnie ustalonych warunkach (określonych w Klauzulach Nr 1–5) ryzyka dodatkowe wymienione w ust. 1 pkt 1–5, mogą zostać objęte ochroną ubezpieczeniową.

SUMA GWARANCYJNA I WARUNKI JEJ ZMIANY

§6

1. Na wniosek Ubezpieczającego, strony ustalają sumę gwarancyjną, która stanowi górną granicę odpowiedzialności InterRisk za wszystkie szkody będące następstwem wypadków ubezpieczeniowych objętych zakresem ubezpieczenia, zaistniałych w okresie ubezpieczenia – w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego. Podlimit sumy gwarancyjnej w odniesieniu do jednego wypadku ubezpieczeniowego zaistniałego w okresie ubezpieczenia wynosi 30% ustalonej w umowie kwoty sumy gwarancyjnej (niniejsze ograniczenie nie dotyczy podlimitów ustalonych w ramach Klauzul nr 1, 2, 3, 4 i 5).
2. Ponadto w ramach sumy gwarancyjnej dla każdego Ubezpieczonego ustala się następujące podlimity na wszystkie wypadki ubezpieczeniowe zaistniałe w okresie ubezpieczenia, w wysokości wynoszące:
 - 1) 50% ustalonej w umowie kwoty sumy gwarancyjnej – w odniesieniu do czynności życia prywatnego określonych postanowieniami §3 ust. 3 pkt 1 i 2 OWU;
 - 2) 30% ustalonej w umowie kwoty sumy gwarancyjnej – w odniesieniu do czynności życia prywatnego określonych postanowieniami §3 ust. 3 pkt 3 i 4 OWU;
 - 3) 10.000 zł – w odniesieniu do czynności życia prywatnego określonych postanowieniami §3 ust. 4 OWU.
3. Suma gwarancyjna lub podlimit sumy gwarancyjnej na jeden i wszystkie wypadki ubezpieczeniowe pomniejszany jest o kwotę wypłaconego odszkodowania (zasada konsumpcji sumy gwarancyjnej/podlimitu), z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.
4. Na wniosek Ubezpieczającego i za opłatą dodatkowej składki, suma gwarancyjna lub podlimit sumy gwarancyjnej na jeden wypadek ubezpieczeniowy/ryzyko dodatkowe może zostać uzupełniony do pierwotnej wysokości lub podwyższony w okresie ubezpieczenia. Uzupełniona lub podwyższona suma gwarancyjna lub podlimit sumy gwarancyjnej, stanowi górną granicę odpowiedzialności InterRisk od dnia następnego po opłaceniu dodatkowej składki.
5. InterRisk zobowiązany jest do zapłaty należnego od Ubezpieczonego odszkodowania w granicach jego odpowiedzialności cywilnej, nie więcej jednak niż do wysokości sumy gwarancyjnej lub podlimitu sumy gwarancyjnej.
6. Poza wypłatą odszkodowania, InterRisk pokrywa:
 - 1) koszty działań mających na celu zapobieżenie szkodzie lub zmniejszenie jej rozmiarów;
 - 2) koszty wynagrodzenia rzeczoznawców powołanych za zgodą InterRisk w celu ustalenia okoliczności lub rozmiaru szkody;
 - 3) koszty procesu z udziałem Ubezpieczającego/Ubezpieczonego jako strony pozwanej, przeciwko której toczy się proces o naprawienie szkody objętej ochroną ubezpieczeniową.
7. Koszty, o których mowa w ust. 6 pkt 1 łącznie z ustalonym odszkodowaniem nie mogą przekroczyć ustalonej w umowie sumy gwarancyjnej.
8. Koszty, o których mowa w ust. 6 pkt 2 i 3 nie są zaliczane w poczet sumy gwarancyjnej, z tym że ich łączna wysokość nie może przekroczyć 10% sumy gwarancyjnej za skutki wszystkich wypadków ubezpieczeniowych.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§7

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego, który powinien zawierać co najmniej następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko, adres, PESEL Ubezpieczającego/Ubezpieczonego (dotyczy przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek w formie imiennej);
 - 2) wysokość sumy gwarancyjnej na jeden i na wszystkie wypadki ubezpieczeniowe;
 - 3) okres ubezpieczenia;
 - 4) informacje na temat szkodowości za ostatnie 3 lata (ilość, rodzaj i wielkość szkód, z rozbićm na poszczególne lata);
 - 5) propozycję postanowień dodatkowych lub odmiennych od postanowień niniejszych OWU, o ile Ubezpieczający chce je wprowadzić do umowy ubezpieczenia.
2. InterRisk może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji, mających wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, o czym informuje Ubezpieczającego na piśmie.
3. Jeżeli wniosek nie zawiera wszystkich danych określonych w ust. 1 albo został sporządzony wadliwie lub niezgodnie z warunkami ubezpieczenia, Ubezpieczający

zobowiązany jest na wezwanie InterRisk odpowiednio go uzupełnić, względnie sporządzić nowy wniosek, w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma od InterRisk w tej sprawie. Niedotrzymanie powyższego terminu powoduje, że umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta.

4. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 12 miesięcy, o ile strony nie umówią się inaczej.
5. Okres ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia.
6. InterRisk potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia (polisą).

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

§8

1. W umowie ubezpieczenia określa się datę początkową i końcową okresu ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność InterRisk z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się nie wcześniej niż od dnia następnego po opłaceniu składki lub pierwszej raty składki, chyba że umówiono się inaczej.
3. Odpowiedzialność InterRisk ustaje z dniem:
 - 1) upływu okresu ubezpieczenia;
 - 2) odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia;
 - 3) rozwiązania umowy ubezpieczenia w wyniku wypowiedzenia, o którym mowa w §9 ust. 2 i 3;
 - 4) w przypadku opłacania składki w ratach – jeżeli po upływie terminu płatności raty InterRisk wezwie Ubezpieczającego do jej zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania przez Ubezpieczającego spowoduje ustanie odpowiedzialności InterRisk, a kolejna rata składki nie zostanie opłacona w tym terminie – z dniem upływu tego terminu;
 - 5) wyczerpania sumy gwarancyjnej wskutek wypłacenia odszkodowania lub odszkodowań o łącznej wysokości równej sumie gwarancyjnej, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4;
 - 6) wyczerpania podlimitu sumy gwarancyjnej na ryzyko dodatkowe wskutek wypłacenia odszkodowania lub odszkodowań o łącznej wysokości równej wysokości podlimitu. Odpowiedzialność InterRisk ustaje w części dotyczącej wyżej wymienionego ryzyka, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4;
 - 7) z dniem zbycia mienia, z którym wiąże się udzielona ochrona ubezpieczeniowa;
 - 8) wobec Ubezpieczonego w umowie ubezpieczenia grupowego – z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym InterRisk otrzymał oświadczenie o wystąpieniu Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia grupowego; Ubezpieczony może wystąpić z umowy ubezpieczenia grupowego w każdym czasie.
4. Wznowienie odpowiedzialności InterRisk z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia następuje następnego dnia po zapłacie dodatkowej składki za doubezpieczenie, w przypadku gdy odpowiedzialność InterRisk ustała wskutek wyczerpania sumy gwarancyjnej lub jej podlimitu na ryzyko dodatkowe, w części dotyczącej tego ryzyka. Wznowienie odpowiedzialności InterRisk z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia wymaga pisemnego potwierdzenia przez InterRisk, nie później niż w terminie 7 dni od dnia zapłaty dodatkowej składki.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§9

1. Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres dłuższy niż sześć miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem §19 ust. 1.
2. W przypadku ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.
3. Jeżeli InterRisk ponosił odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona przez Ubezpieczającego w terminie, InterRisk może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia wygasa ona z końcem okresu, za który przypadała niezapłacona składka.
4. Umowa ubezpieczenia wygasa z dniem bezskutecznego upływu terminu, o którym mowa w §8 ust. 3 pkt 4 OWU.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§10

1. Wysokość należnej składki ubezpieczeniowej określona jest w umowie ubezpieczenia (polisie).

2. Wysokość składki ubezpieczeniowej uzależniona jest od czynników oceny ryzyka, a w szczególności od:
 - 1) zadeklarowanej przez Ubezpieczającego wysokości sumy gwarancyjnej lub podlimitu sumy gwarancyjnej na ryzyka dodatkowe;
 - 2) zakresu ubezpieczenia;
 - 3) okresu ubezpieczenia;
 - 4) szkodowości.
 3. Ponadto, w ustaleniu wysokości składki ubezpieczeniowej uwzględnia się koszty związane z zawarciem umowy ubezpieczenia, z jej wykonywaniem oraz koszty reasekuracji ryzyka.
 4. Składkę ubezpieczeniową ustala się w zależności od wysokości sumy gwarancyjnej lub jej podlimitu, uwzględniając dodatkowo czynniki określone w ust. 2 niniejszego paragrafu.
 5. Wysokość składki ubezpieczeniowej obliczana jest według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia (lub zmiany) umowy ubezpieczenia.
 6. Jeżeli taryfa składek nie uwzględnia ubezpieczonego ryzyka, wówczas wysokość składki ubezpieczeniowej ustalana jest na podstawie indywidualnej oceny ryzyka przez InterRisk.
 7. InterRisk może zastosować zwwyżki i/lub zniżki składki ubezpieczeniowej.
 8. Wysokość ostatecznej składki ubezpieczeniowej oblicza się stosując zwwyżki i zniżki od składki obliczonej zgodnie z obowiązującą taryfą lub w drodze indywidualnej oceny ryzyka.
 9. InterRisk może zastosować zwwyżki składki w szczególności z tytułu:
 - 1) rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o ryzyka dodatkowe, rozłożenia płatności składki na raty;
 - 2) wprowadzenia postanowień dodatkowych i/lub odmiennych;
 - 3) szkodowości występującej u Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego.
 10. InterRisk może zastosować zniżki składki w szczególności z tytułu:
 - 1) wprowadzenia do umowy ubezpieczenia podwyższonej franszyzy redukcyjnej;
 - 2) bezszkodowego przebiegu ubezpieczenia w poprzednich okresach ubezpieczenia;
 - 3) wprowadzenia postanowień dodatkowych i/lub odmiennych ograniczających zakres ubezpieczenia.
 11. InterRisk może nie udzielić zniżki składki w przypadku zawierania ubezpieczeń na okres krótszy niż rok.
 12. Składka ubezpieczeniowa w przypadku ubezpieczenia grupowego zawartego na okres 2 lat, na wniosek Ubezpieczającego, może zostać rozłożona na dwie raty.
 13. Wysokość składki lub rat składki z tytułu udzielonej przez InterRisk ochrony ubezpieczeniowej, jak również terminy płatności określone są w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia.
 14. Składka za ubezpieczenie powinna być zapłacona najpóźniej w dniu zawarcia umowy, chyba że strony umowy ustaliły w umowie ubezpieczenia (polisie) późniejszy termin płatności. W przypadku płatności ratalnej, pierwsza rata składki jest płatna w chwili zawierania umowy ubezpieczenia, natomiast kolejne raty składki ubezpieczeniowej płatne są w terminach płatności określonych w umowie ubezpieczenia (polisie).
 15. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego lub wypowiedzenia umowy przez którąkolwiek ze stron, InterRisk należy się składka za okres, w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
 16. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na który została zawarta, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
- z nich kopii w zakresie niezbędnym do ustalenia odpowiedzialności InterRisk oraz wysokości odszkodowania.
6. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek:
 - 1) Ubezpieczający jest zobowiązany do doręczenia Ubezpieczonemu OWU i udzielenia niezbędnych informacji dotyczących ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać osobie zainteresowanej przystąpieniem do umowy ubezpieczenia informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przed przystąpieniem przez tę osobę do umowy ubezpieczenia, na piśmie, lub jeżeli osoba zainteresowana przystąpieniem do umowy ubezpieczenia wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku;
 - 3) Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Ubezpieczonego na jego żądanie o sposobie obliczenia i opłacenia składki ubezpieczeniowej oraz doręczyć Ubezpieczonemu warunki umowy, w szczególności postanowienia umowy w zakresie stanowiącym o prawach i obowiązkach Ubezpieczonego, przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na finansowanie składki ubezpieczeniowej (o ile Ubezpieczony finansuje składkę). Informacje powinny zawierać także opis obowiązków Ubezpieczającego i InterRisk względem Ubezpieczonego;
 - 4) niezależnie od innych postanowień OWU, w sytuacji zaniechania lub zaprzestania dochodzenia świadczenia od InterRisk przez Ubezpieczającego, Ubezpieczony albo jego spadkobiercy są uprawnieni do bezpośredniego dochodzenia świadczenia.
 7. Jeśli umowa ubezpieczenia grupowego zawarta została na rachunek pracowników Ubezpieczającego lub osób wykonujących pracę na podstawie umów cywilnoprawnych oraz członków ich rodzin lub na rachunek członków stowarzyszeń, samorządów zawodowych lub związków zawodowych i Ubezpieczający otrzymuje od InterRisk wynagrodzenie lub inne korzyści w związku z oferowaniem możliwości skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej lub czynnościami związanymi z wykonywaniem umowy ubezpieczenia grupowego, przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego Ubezpieczający przekazuje osobie zainteresowanej przystąpieniem do takiej umowy informacje o:
 - 1) firmie InterRisk i adresie siedziby InterRisk;
 - 2) charakterze wynagrodzenia lub innych korzyści otrzymywanych w związku z proponowanym przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego;
 - 3) możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.

§12

1. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości InterRisk wszystkie znane sobie okoliczności, o które InterRisk zapytywał w formularzu wniosku albo w innych pismach przed zawarciem umowy. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
2. W okresie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest zgłaszać InterRisk wszelkie zmiany okoliczności wymienionych w ust. 1, niezwłocznie po powzięciu o nich wiadomości.
3. InterRisk nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 1 i ust 2 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 1 i 2 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest:
 - 1) zapłacić składkę ubezpieczeniową lub jej raty w ustalonym w umowie ubezpieczenia terminie;
 - 2) podejmować środki ostrożności i zastosować się do zaleceń InterRisk, które zostały uzgodnione w umowie ubezpieczenia jak również wynikające z lustracji przeprowadzonej w trybie określonym w umowie Ubezpieczenia w celu zapobieżenia powstaniu szkody;
 - 3) podejmować działania zapobiegawcze oraz środki ostrożności w celu zapobieżenia powstaniu szkody;
 - 4) stosować się do przepisów prawa, (wskazanych w OWU lub w polisie potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia) mających na celu zapobieganie powstaniu szkody, to znaczy ustawy Prawo budowlane, ustawy o Państwowej Inspekcji Pracy, ustawy o ochronie przeciwpożarowej;
 - 5) przestrzegać obowiązków określonych w niniejszych OWU oraz w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie).

§13

1. W przypadku powzięcia wiadomości o szkodzie Ubezpieczający/Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) użyć dostępnych mu środków w celu jej zmniejszenia oraz niedopuszczenia do jej zwiększenia;
 - 2) w sytuacji, kiedy istnieje podejrzenie, że popełniono przestępstwo, powiadomić o szkodzie jednostkę policji;
 - 3) niezwłocznie po uzyskaniu informacji o szkodzie, jednak nie później niż w ciągu

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

§11

1. InterRisk zobowiązany jest do zachowania należytej staranności przy zawieraniu i wykonywaniu umowy ubezpieczenia.
2. InterRisk przekazuje Ubezpieczającemu/Ubezpieczonemu wszelkie informacje niezbędne do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, a w razie powstania szkody, zobowiązany jest do terminowej jej likwidacji.
3. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia InterRisk ma obowiązek doręczyć Ubezpieczającemu tekst OWU. Na żądanie Ubezpieczonego, InterRisk udzieli informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz OWU w zakresie w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego.
4. InterRisk ma obowiązek udostępnić Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Poszkodowanemu lub Uprawnionemu z umowy ubezpieczenia informacje i dokumenty, gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości odszkodowania. Wyżej wymienione osoby mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez InterRisk udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez InterRisk.
5. InterRisk zastrzega sobie prawo wglądu do ksiąg i dokumentów Ubezpieczającego/Ubezpieczonego związanych z zawartą umową ubezpieczenia oraz sporządzania

- 7 dni, zawiadomić o jej wystąpieniu InterRisk (najlepiej jednostkę organizacyjną InterRisk, w której zawarto umowę ubezpieczenia). W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych w niniejszym postanowieniu InterRisk może dochodzić odpowiednio od Ubezpieczającego/Ubezpieczonego zwrotu wypłaconego Poszkodowanemu odszkodowania, w takiej części, w jakiej naruszenie to przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło InterRisk ustalenie okoliczności i skutków wypadku ubezpieczeniowego;
- 4) umożliwić InterRisk dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności i wysokości szkody, zasadności i wysokości roszczenia, udzielić wszelkiej niezbędnej pomocy, jak również udzielić InterRisk potrzebnych w tym celu dodatkowych wyjaśnień i informacji oraz przedstawić dowody i dokumenty, jakie odpowiednio do stanu rzeczy są wymagane;
 - 5) udzielić pełnomocnictw niezbędnych do prowadzenia spraw odszkodowawczych, w tym pełnomocnictwa procesowego wybranemu adwokatowi lub radcy prawnemu, jeżeli Poszkodowany wystąpił przeciw Ubezpieczającemu/Ubezpieczonemu na drogę sądową.
2. Ubezpieczający/Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć InterRisk wyroki i postanowienia wydane w sprawach, o których mowa w ust. 1 pkt 5, w takim terminie, aby istniała możliwość wniesienia środka odwoławczego, o ile dokumenty te są w jego posiadaniu.
 3. Jeżeli przeciwko Ubezpieczającemu/Ubezpieczonemu zostało wszczęte postępowanie karne albo jeżeli Poszkodowany wystąpił z roszczeniem o odszkodowanie na drogę sądową, Ubezpieczający/Ubezpieczony zobowiązany jest niezwłocznie zawiadomić o tym InterRisk, chociażby zgłosił już InterRisk fakt zaistnienia szkody.
 4. Przyjęcie na siebie odpowiedzialności za szkodę lub zaspokojenie roszczeń osób trzecich przez Ubezpieczającego/Ubezpieczonego, bez pisemnej zgody InterRisk nie rodzi skutków dla InterRisk.
 5. Jeżeli wypadek ubezpieczeniowy, w wyniku którego powstała szkoda, jest objęty ochroną gwarancyjną również na podstawie umowy zawartej z innym Zakładem Ubezpieczeń, Ubezpieczający zobowiązany jest do natychmiastowego pisemnego poinformowania tego Zakładu Ubezpieczeń o powstaniu szkody i uzyskaniu potwierdzenia odebrania tej wiadomości oraz do zawiadomienia InterRisk o przekazaniu takiej informacji (dostarczenie kopii pisma).
 6. Ubezpieczający zobowiązany jest zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę w sposób określony w §17 ust 3.

ZGŁOSZENIE SZKODY. USTALENIE ROZMIARU SZKODY I WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA

§14

1. Zawiadomienie o szkodzie Ubezpieczający/Ubezpieczony/Poszkodowany bądź Uprawniony może złożyć w każdej jednostce organizacyjnej InterRisk.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu wypadku ubezpieczeniowego objętego ochroną gwarancyjną, InterRisk w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego wypadku ubezpieczeniowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości odszkodowania, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości odszkodowania, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
3. W przypadku powzięcia przez InterRisk nowych informacji mających związek z zaistniałym wypadkiem ubezpieczeniowym, ustaleniem zasadności zgłoszonych roszczeń lub wysokości odszkodowania, InterRisk w terminie 7 dni od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Poszkodowanego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia odszkodowania.
4. W przypadku powstania szkody rzeczowej objętej odpowiedzialnością InterRisk określoną w klauzulach dodatkowych, należne odszkodowanie zostaje pomniejszone o franszyzę redukcyjną.
5. Na wniosek InterRisk Ubezpieczający/Ubezpieczony zobowiązany jest doręczyć postanowienie o wszczęciu i/lub umorzeniu dochodzenia w sprawie zgłoszonej szkody, bądź odpis prawomocnego wyroku sądowego, o ile dokumenty te są w jego posiadaniu.

§15

1. InterRisk ustala wysokość należnego odszkodowania według zasad odpowiedzialności cywilnej Ubezpieczonego, z uwzględnieniem zapisów niniejszych OWU oraz postanowień dodatkowych lub odmiennych, o ile strony wprowadziły je do umowy ubezpieczenia.
2. InterRisk zastrzega sobie prawo weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczającego/Ubezpieczonego, Poszkodowanego lub Uprawnionego rachunków, kosztorysów i innych dokumentów związanych z ustaleniem rozmiaru szkody i wysokości odszkodowania.
3. Postępowanie likwidacyjne w zakresie przyczyny powstania i rozmiaru szkody przeprowadza InterRisk przy współudziale Ubezpieczającego lub osób przez niego upoważnionych. Koszty związane z ustaleniem przyczyny powstania i rozmiaru

szkody każda ze stron ponosi we własnym zakresie.

4. W celu ustalenia przyczyny powstania i rozmiaru szkody oraz wysokości odszkodowania, każda ze stron może na własny koszt powołać rzeczoznawcę lub lekarza orzecznika.
5. Ubezpieczający/Ubezpieczony jest zobowiązany dostarczyć InterRisk posiadane dokumenty, które InterRisk wskazał w piśmie, o którym mowa w §14 ust. 2 i 3.
6. Odszkodowanie jest pomniejszane o kwotę franszyzy redukcyjnej, wynoszącą 100 PLN.

WYPŁATA ODSZKODOWANIA

§16

1. InterRisk wypłaca odszkodowanie na podstawie uznania roszczenia z umowy ubezpieczenia, w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego wypadku ubezpieczeniowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości odszkodowania, zawartej umowy, prawomocnego orzeczenia sądowego.
2. Odszkodowanie może być wypłacone: przelewem lub przekazem pocztowym.
3. Odszkodowanie wypłacane jest w złotych polskich lub w walucie obcej, przeliczanej według średniego kursu NBP z dnia wypłaty odszkodowania.
4. InterRisk wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o Wypadku ubezpieczeniowym.
5. Jeżeli w terminie określonym w ust. 4 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności InterRisk albo wysokości odszkodowania okazało się niemożliwe, odszkodowanie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część odszkodowania InterRisk wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o Wypadku ubezpieczeniowym.
6. Jeżeli w terminie określonym w ust. 4 InterRisk nie wypłaci odszkodowania, zawiadamia na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub części w powyższym terminie.
7. Jeżeli odszkodowanie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, InterRisk informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, w terminach określonych w ust. 4 lub 5 wskazując na okoliczności oraz na podstawie prawnej uzasadniającej całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania oraz poucza o możliwości złożenia skargi lub reklamacji do InterRisk lub dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
8. Niezależnie od innych postanowień OWU, w sytuacji zaniechania lub zaprzestania dochodzenia odszkodowania od InterRisk przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego albo jego spadkobiercy są uprawnieni do bezpośredniego dochodzenia odszkodowania.

ROSZCZENIA REGRESOWE

§17

1. Z dniem wypłaty odszkodowania roszczenie Ubezpieczającego/Ubezpieczonego przeciwko osobie trzeciej, odpowiedzialnej za szkodę, przechodzi z mocy prawa na InterRisk do wysokości wypłaconego odszkodowania. Jeżeli InterRisk pokrył tylko część szkody, Ubezpieczającemu/Ubezpieczonemu przysługuje co do pozostałej części pierwszeństwo zaspokojenia przed roszczeniem InterRisk.
2. Roszczenia, o których mowa w ust. 1, nie przechodzą na InterRisk, jeżeli sprawcą szkody jest osoba, z którą Ubezpieczający pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
3. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony skutecznie zrzekł się, w całości lub w części, bez zgody InterRisk, praw do roszczenia odszkodowawczego, przysługujących mu w stosunku do osoby odpowiedzialnej za szkodę, InterRisk może odmówić wypłaty odszkodowania odpowiednio w całości lub w części. Jeżeli fakt ten zostanie ujawniony już po wypłacie odszkodowania, InterRisk może żądać zwrotu całości lub części wypłaconego odszkodowania, w części której Ubezpieczający lub Ubezpieczony zrzekł się roszczenia.

SKARGI I REKLAMACJE

§18

1. Poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uposażonemu lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do składania skarg i zastrzeżeń dotyczących usług świadczonych przez InterRisk zwanych dalej łącznie reklamacjami.
2. Reklamację można złożyć w każdej jednostce organizacyjnej InterRisk obsługującej klientów. Reklamacja może być złożona:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście lub za pośrednictwem operatora pocztowego lub kuriera;
 - 2) ustnie – telefonicznie poprzez InterRisk Kontakt (nr tel.: 22 575 25 25) lub osobiście do protokołu w jednostce InterRisk obsługującej klientów.
3. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrywania reklamacji, reklamacje dotyczące likwidacji szkód powinno składać się w formie pisemnej za pośrednictwem operatora pocztowego lub kuriera na adres do korespondencji wskazany w decyzji

- o wypłacie lub odmowie wypłaty odszkodowania lub świadczenia lub innym dokumencie, którego dotyczy reklamacja.
4. InterRisk udziela odpowiedzi na reklamację w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
 5. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do maksymalnie 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. InterRisk informując o przedłużeniu terminu odpowiedzi na reklamację wskazuje przyczynę opóźnienia, okoliczności, które muszą zostać ustalone oraz określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji.
 6. InterRisk udziela odpowiedzi na reklamację w formie papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Odpowiedź na reklamację osoby fizycznej może zostać dostarczona pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek tej osoby.
 7. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo skierowania wniosku do Rzecznika Finansowego o podjęcie czynności. Konsumentom przysługuje także prawo zwrócenia się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.
 8. InterRisk podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

POSTANOWIENIA MAJĄCE ZASTOSOWANIE DO UMÓW UBEZPIECZENIA ZAWARTYCH NA ODLEGŁOŚĆ W ROZUMIENIU USTAWY O PRAWACH KONSUMENTA

§19

W przypadku gdy umowa ubezpieczenia zostaje zawarta na odległość w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta, do umowy mają zastosowanie następujące postanowienia:

1. Konsument, który zawarł na odległość umowę ubezpieczenia, może od niej odstąpić bez podania przyczyn, składając oświadczenie na piśmie, w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane. W przypadku odstąpienia przez konsumenta od umowy ubezpieczenia InterRisk przysługuje wyłącznie część składki obliczonej proporcjonalnie za każdy dzień udzielania przez InterRisk ochrony ubezpieczeniowej.
2. Umowa ubezpieczenia nie wiąże się z ryzykiem finansowym wynikającym z jej szczególnych cech lub charakteru czynności, które mają być wykonane, a składka ubezpieczeniowa nie zależy od ruchu cen na rynku finansowym.
3. Konsument ponosi koszty wynikające ze środków porozumiewania się na odległość według taryfy operatora konsumenta.
4. Spory wynikające z umów zawartych pomiędzy konsumentami a InterRisk za pośrednictwem strony internetowej lub innych środków elektronicznych mogą być rozwiązywane przez właściwe organy za pomocą europejskiej platformy pozasądowego rozwiązywania sporów dostępnej pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.
5. Umowa ubezpieczenia nie jest objęta funduszem gwarancyjnym lub innym systemem gwarancyjnym.
6. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy InterRisk a konsumentem jest język polski.
7. Prawem właściwym dla stosunków InterRisk z konsumentem przed zawarciem umowy jak również prawem właściwym dla zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§20

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia złożone przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub InterRisk w związku z umową ubezpieczenia (dotyczące zarówno wykonania jak i rozwiązania lub wystąpienia z umowy ubezpieczenia) powinny być złożone na piśmie pod rygorem nieważności, za wyjątkiem przypadku, gdy podmioty te wyrażą zgodę na przekazywanie zawiadomień i oświadczeń w postaci elektronicznej.
2. Strony są zobowiązane zawiadamiać o każdorazowej zmianie adresu.
3. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
4. Wszelkie spory wynikające z umowy ubezpieczenia lub powstające w związku z nią mogą być przedmiotem rozstrzygnięcia przez Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego. Powyższe postanowienie nie stanowi zapisu na sąd polubowny.
5. InterRisk zobowiązany jest na podstawie ustawy o pozasądowym rozwiązaniu sporów konsumenckich do pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy konsumentami a InterRisk jest Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
6. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych

OWU jest prawo polskie.

7. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu ubezpieczeń regulują ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych.

§21

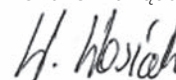
Niniejszy tekst jednolity Ogólnych Warunków Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej osób fizycznych w życiu prywatnym oraz nauczycieli i dyrektorów placówek oświatowych w ramach oferty EDU Plus został zatwierdzony uchwałą nr 02/03/03/2020 Zarządu InterRisk Towarzystwa Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 3 marca 2020 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 maja 2020 roku.

Prezes Zarządu



Piotr Narloch

Członek Zarządu



Włodzimierz Wasiak

ZAŁĄCZNIK DO OWU – KLAUZULE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES UBEZPIECZENIA

W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia poprzez włączenie dodatkowej klauzuli stanowi ona integralną część zawartej umowy ubezpieczenia.

KLAUZULA NR 1 – ROZSZERZENIE ZAKRESU TERYTORIALNEGO UBEZPIECZENIA

- Zachowując postanowienia niniejszych OWU nie zmienione postanowieniami niniejszej klauzuli, na podstawie wniosku Ubezpieczającego i za pobraniem dodatkowej składki, InterRisk rozszerza swoją odpowiedzialność na wypadki ubezpieczeniowe zaistniałe w okresie ubezpieczenia, skutkujące powstaniem szkody osobowej lub rzeczowej poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje szkód powstałych na terytoriach: Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej, Kanady, Japonii, Australii i Nowej Zelandii.
- Franszyza redukcyjna w każdej szkodzie rzeczowej wynosi 500 PLN.

KLAUZULA NR 2 – ROZSZERZENIE UBEZPIECZENIA O OC ZA DELIKT W ZWIĄZKU Z ODBYWANIEM PRAKTYK UCZNIOWSKICH

- Zachowując postanowienia niniejszych OWU nie zmienione postanowieniami niniejszej klauzuli, na podstawie wniosku Ubezpieczającego i za pobraniem dodatkowej składki, InterRisk rozszerza ochronę ubezpieczeniową o odpowiedzialność cywilną deliktową za szkody wyrządzone przez uczniów, studentów (praktykantów) w ramach praktyk uczniowskich/studenckich w zakładach pracy/uczelniach, z którymi szkoła/uczelnia podpisała porozumienie – umowę cywilnoprawną o prowadzenie praktyk zawodowych.
- Podlimity sumy gwarancyjnej w ramach niniejszej klauzuli ustala się w umowie wybierając jeden z poniższych wariantów (w odniesieniu do każdego ucznia/studenta):
 - 10.000 PLN na wszystkie zdarzenia/10.000 PLN na jedno zdarzenie przy sumie gwarancyjnej z umowy nie mniejszej niż 10.000 PLN;
 - 20.000 PLN na wszystkie zdarzenia/10.000 PLN na jedno zdarzenie przy sumie gwarancyjnej z umowy nie mniejszej niż 20.000 PLN;
 - 50.000 PLN na wszystkie zdarzenia/10.000 PLN na jedno zdarzenie przy sumie gwarancyjnej z umowy nie mniejszej niż 50.000 PLN;
 - 100.000 PLN na wszystkie zdarzenia/50.000 PLN na jedno zdarzenie przy sumie gwarancyjnej z umowy nie mniejszej niż 100.000 PLN.
- Franszyza redukcyjna w każdej szkodzie rzeczowej wynosi 100 PLN.
- Zakres terytorialny: teren Rzeczypospolitej Polskiej z możliwością rozszerzenia na pozostałe kraje zgodnie z treścią Klauzuli Nr 1.

KLAUZULA NR 3 – ROZSZERZENIE UBEZPIECZENIA O OC NAUCZYCIELA ORAZ POZOSTAŁYCH PRACOWNIKÓW PŁACÓWKI OŚWIATOWEJ

- Zachowując postanowienia OWU nie zmienione zapisami niniejszej klauzuli, na podstawie wniosku Ubezpieczającego i za pobraniem dodatkowej składki, Ubezpieczyciel obejmuje ochroną ubezpieczeniową odpowiedzialność cywilną deliktową z tytułu wykonywania zawodu nauczyciela oraz pozostałych pracowników placówki oświatowej (osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę oraz umów cywilnoprawnych), z zastrzeżeniem że odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje szkód wyrządzonych przez pracownika przy wykonywaniu przez niego obowiązków pracowniczych, za które zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa odpowiada pracodawca. W zakresie, o którym mowa w poprzednim zdaniu, Ubezpieczyciel odpowiada m.in. za szkody nieumyślnie wyrządzone przez pracowników poza godzinami pracy bądź w czasie godzin pracy, w związku z czynnościami wykraczającymi poza zakres obowiązków pracowniczych i poza zakres działalności placówki oświatowej. Ochroną ubezpieczeniową objęte są także roszczenia regresowe pracodawcy, który naprawił szkodę wyrządzoną osobie trzeciej przez pracownika w związku z wykonywaniem zawodu nauczyciela lub czynności zawodowych przez pozostałych pracowników placówki oświatowej, zgłoszone wobec tego pracownika.
- Na podstawie niniejszej klauzuli ochroną ubezpieczeniową objęta jest również:
 - odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przez Ubezpieczonego pełniąc funkcję opiekuna na imprezach, koloniach, wycieczkach, obozach, zielonych szkołach;
 - odpowiedzialność materialna wobec pracodawcy za szkody wyrządzone w ramach czynności związanych z umową o pracę (odpowiedzialność pracownika wobec pracodawcy – dotyczy wyłącznie działania nieumyślnego).
- Jeżeli wobec Ubezpieczonego ma zastosowanie ograniczenie jego odpowiedzialności cywilnej, wynikające z przepisów prawa pracy, wysokość wypłaconego odszkodowania ograniczona jest do wysokości roszczeń regresowych przysługujących pracodawcy wobec Ubezpieczonego, określonych w kodeksie pracy.
- Podlimity sumy gwarancyjnej w ramach niniejszej klauzuli ustala się w umowie wybierając jeden z poniższych wariantów:
 - w odniesieniu do każdego (oddzielnie) nauczyciela/pracownika placówki oświatowej:
 - 20.000 PLN na wszystkie zdarzenia/10.000 PLN na jedno zdarzenie przy sumie gwarancyjnej z umowy nie mniejszej niż 20.000 PLN,

- 50.000 PLN na wszystkie zdarzenia/50.000 PLN na jedno zdarzenie przy sumie gwarancyjnej z umowy nie mniejszej niż 50.000 PLN,
 - 100.000 PLN na wszystkie zdarzenia/100.000 PLN na jedno zdarzenie przy sumie gwarancyjnej z umowy nie mniejszej niż 100.000 PLN;
- w odniesieniu do wszystkich (łącznie) nauczycieli/pracowników placówki oświatowej:
 - 50.000 PLN na wszystkie zdarzenia/10.000 PLN na jedno zdarzenie przy sumie gwarancyjnej z umowy nie mniejszej niż 100.000 PLN (odnosi się do wszystkich Ubezpieczonych łącznie),
 - 100.000 PLN na wszystkie zdarzenia/100.000 PLN na jedno zdarzenie przy sumie gwarancyjnej z umowy nie mniejszej niż 100.000 PLN (odnosi się do wszystkich Ubezpieczonych łącznie).
 - Franszyza redukcyjna w każdej szkodzie rzeczowej wynosi 100 PLN.
 - Zakres terytorialny: teren Rzeczypospolitej Polskiej z możliwością rozszerzenia na pozostałe kraje zgodnie z treścią Klauzuli Nr 1 (możliwość rozszerzenia nie dotyczy ust. 4 pkt 2 powyżej).

KLAUZULA NR 4 – ROZSZERZENIE UBEZPIECZENIA O OC DYREKTORA, ZASTĘPCY DYREKTORA LUB OSOBY PEŁNIĄCEJ OBOWIĄZKI DYREKTORA

- Zachowując postanowienia niniejszych OWU nie zmienione postanowieniami niniejszej klauzuli, na podstawie wniosku Ubezpieczającego i za pobraniem dodatkowej składki, InterRisk rozszerza ochronę ubezpieczeniową o odpowiedzialność cywilną za szkody rzeczowe i na osobie wyrządzone osobie trzeciej z tytułu czynu niedozwolonego (OC delikt) lub z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania (OC kontrakt) w związku z pełnieniem przez Ubezpieczonego funkcji dyrektora, zastępcy dyrektora lub osoby pełniącej obowiązki dyrektora w granicach posiadanych kompetencji.
- InterRisk ponosi odpowiedzialność za Ubezpieczonego w wysokości wyrządzonej szkody, jednak nie wyższej: (i) od kwoty trzymiesięcznego wynagrodzenia przysługującego Ubezpieczonemu w dniu wyrządzenia szkody (Ubezpieczony – pracownik) lub (ii) od kwoty przewidzianej w umowie cywilnoprawnej, na podstawie której Ubezpieczony pełni funkcje dyrektora, zastępcy dyrektora lub osoby pełniącej obowiązki dyrektora.
- Zachowując wyłączenia zawarte w OWU, InterRisk nie ponosi ponadto odpowiedzialności za szkody będące następstwem naruszenia przez Ubezpieczonego przepisów BHP, rażącego naruszenia regulaminów i innych aktów wewnętrznych obowiązujących w zakładzie pracy, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego.
- Podlimity sumy gwarancyjnej w ramach niniejszej klauzuli ustala się w umowie wybierając jeden z poniższych wariantów (w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego):
 - 50.000 PLN na wszystkie zdarzenia/25.000 PLN na jedno zdarzenie przy sumie gwarancyjnej z umowy nie mniejszej niż 50.000 PLN;
 - 100.000 PLN na wszystkie zdarzenia/50.000 PLN na jedno zdarzenie przy sumie gwarancyjnej z umowy nie mniejszej niż 100.000 PLN;
 - 150.000 PLN na wszystkie zdarzenia/100.000 PLN na jedno zdarzenie przy sumie gwarancyjnej z umowy nie mniejszej niż 200.000 PLN.
- Franszyza redukcyjna w każdej szkodzie rzeczowej wynosi 100 PLN.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje wyłącznie szkody wyrządzone na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

KLAUZULA NR 5 – ROZSZERZENIE UBEZPIECZENIA O OCHRONĘ PRAWNĄ DLA NAUCZYCIELI I DYREKTORÓW SZKÓŁ ORAZ INNYCH PŁACÓWEK OŚWIATOWYCH

§1

- Zachowując postanowienia niniejszych OWU nie zmienione postanowieniami niniejszej klauzuli, na podstawie wniosku Ubezpieczającego i za pobraniem dodatkowej składki, InterRisk obejmuje ochroną ubezpieczeniową, w zakresie ubezpieczenia Ochrony Prawnej zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, powołania lub mianowania – w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia:
 - nauczycieli oraz pozostałych pracowników placówki oświatowej (**Wariant I**);
 - dyrektorów, zastępców dyrektorów oraz osoby pełniące obowiązki dyrektora (**Wariant II**).
- Na ubezpieczenie Ochrony Prawnej składają się ubezpieczenie Asysty Prawnej oraz ubezpieczenie kosztów reprezentacji interesów prawnych Ubezpieczonego.

Ubezpieczenie Asysty Prawnej Przedmiot ubezpieczenia i definicje

§2

- Przedmiotem ubezpieczenia jest organizacja i pokrycie kosztów świadczenia Ubezpieczonemu usług Asysty Prawnej, związanych z wykonywaniem przez niego działalności zawodowej (nauczyciele oraz pozostali pracownicy placówki oświatowej) albo pełnieniem funkcji (dyrektora, zastępcy dyrektora lub osoby pełniącej obowiązki dyrektora), a także z jego życiem prywatnym, w sprawach z zakresu:
 - Wariant I:**

- a) prawa pracy;
- b) prawa ubezpieczeń społecznych;
- c) prawa karnego i wykroczeń;
- d) prawa konsumenckiego;
- e) prawa o ruchu drogowym;
- f) prawa spadkowego;
- g) prawa rodzinnego i opiekuńczego;
- h) prawa administracyjnego;
- i) ustawy Prawo oświatowe;
- j) dochodzenia roszczeń odszkodowawczych z tytułu czynów niedozwolonych (w tym odpowiedzialności za produkt niebezpieczny);
- k) dochodzenia roszczeń odszkodowawczych i roszczeń z umów;
- l) obrony Ubezpieczonego przed roszczeniami odszkodowawczymi osób trzecich z tytułu czynów niedozwolonych;
- m) obrony Ubezpieczonego przed roszczeniami odszkodowawczymi osób trzecich z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania.

2) Wariant II:

- a) prawa pracy;
- b) prawa ubezpieczeń społecznych;
- c) ustawy Karta nauczyciela;
- d) ustawy Prawo oświatowe;
- e) ustawy o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych;
- f) prawa karnego i wykroczeń;
- g) prawa konsumenckiego;
- h) prawa autorskiego i własności intelektualnej;
- i) prawa o ruchu drogowym;
- j) prawa spadkowego;
- k) prawa rodzinnego i opiekuńczego;
- l) prawa administracyjnego;
- m) dochodzenia roszczeń odszkodowawczych z tytułu czynów niedozwolonych (w tym odpowiedzialności za produkt niebezpieczny);
- n) dochodzenia roszczeń odszkodowawczych i roszczeń z umów;
- o) obrony Ubezpieczonego przed roszczeniami odszkodowawczymi osób trzecich z tytułu czynów niedozwolonych;
- p) obrony Ubezpieczonego przed roszczeniami odszkodowawczymi osób trzecich z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania.

2. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje wypadki ubezpieczeniowe zaistniałe w okresie ubezpieczenia i rozpoznawane na terenie Rzeczypospolitej Polskiej według prawa polskiego.

3. Pojęcia użyte w niniejszej klauzuli w zakresie ubezpieczenia Asysty Prawnej oznaczają:

- 1) Asysta Prawna – świadczenia Informacji Prawnej, Konsultacji i Porady Prawnej oraz sporządzanie Imiennych Dokumentów Prawnych;
- 2) Informacja Prawna – świadczenia Asysty Prawnej wymienione w §3 ust. 1 pkt 1 niniejszej klauzuli;
- 3) Konsultacja i Porada Prawna – świadczenie usługi polegającej na udzieleniu informacji o powszechnie obowiązujących przepisach prawa polskiego, orzecznictwie i poglądach doktryny w zakresie problemu prawnego, związanego z wykonywaniem działalności zawodowej lub pełnieniem funkcji oraz z życiem prywatnym, z którym zgłosił się Ubezpieczony oraz zarekomendowanie Ubezpieczonemu zgodnego z prawem postępowania w zakresie ustalonego problemu prawnego;
- 4) Imienny Dokument Prawny – wezwanie do zapłaty, wezwanie do podjęcia innych działań lub zaniechania działań, pełnomocnictwo, pozew, odpowiedź na pozew, sprzeciw lub zarzuty od nakazu zapłaty, wnioski w postępowaniu nieprocesowym, zabezpieczającym i egzekucyjnym, pisma i wnioski w sprawach administracyjnych i cywilnych, umowy przewidziane przepisami Kodeksu cywilnego;
- 5) Przedstawiciel InterRisk – podmiot wskazany przez InterRisk w celu realizacji świadczeń Asysty Prawnej;
- 6) Wypadek ubezpieczeniowy – problem prawny związany z wykonywaniem przez Ubezpieczonego działalności zawodowej lub pełnieniem funkcji oraz z jego życiem prywatnym, w zakresie określonym w ust. 1 pkt 1 lub pkt 2 niniejszego paragrafu w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia, powodujący konieczność skorzystania przez Ubezpieczonego z Asysty Prawnej, o ile wystąpił on i został zgłoszony w okresie ubezpieczenia poprzez InterRisk Kontakt do Przedstawiciela InterRisk.

Zakres ubezpieczenia

§3

1. Ubezpieczenie Asysty Prawnej obejmuje udzielenie Ubezpieczonemu przez Przedstawiciela InterRisk pomocy prawnej w ramach limitów świadczeń określonych w niniejszej klauzuli poprzez organizację i pokrycie kosztów następujących usług prawnych:

- 1) Informacji Prawnej, obejmującej:
 - a) udzielanie informacji na temat praw i obowiązków związanych z wykonywaniem przez Ubezpieczonego działalności zawodowej lub pełnieniem funkcji oraz z jego życiem prywatnym,
 - b) informowanie o procedurze prawnej prowadzenia sporów prawnych i ochrony praw,
 - c) informowanie o kosztach prowadzenia sporów prawnych,
 - d) przysyłanie tekstów aktualnych oraz historycznych aktów prawnych,
 - e) udzielanie informacji teleadresowych o sądach, radcach prawnych, adwokatach oraz notariuszach;
- 2) Konsultacji i Porady Prawnej;
- 3) sporządzania Imiennych Dokumentów Prawnych.

2. InterRisk nie zwraca kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego celem uzyskania Asysty Prawnej lub świadczeń do niej ekwiwalentnych u podmiotu innego niż Przedstawiciel InterRisk.

Limity świadczeń

§4

1. Z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej, Ubezpieczonemu przysługuje w okresie ubezpieczenia możliwość skorzystania ze świadczeń Asysty Prawnej w następującym zakresie:

- 1) świadczenia Informacji Prawnej – bez ograniczeń, z zastrzeżeniem ust. 2;
- 2) świadczenia Konsultacji i Porady Prawnej – łącznie do 12 świadczeń, nie więcej jednak niż 4 świadczenia w miesiącu kalendarzowym;
- 3) sporządzanie Imiennych Dokumentów Prawnych – do 4 świadczeń, nie więcej jednak niż 1 świadczenie na kwartał.

2. Przedstawiciel InterRisk udzieli Ubezpieczonemu nie więcej niż 3 świadczeń Asysty Prawnej w jednym dniu oraz 6 świadczeń w ciągu jednego miesiąca, począwszy od daty rozpoczęcia odpowiedzialności InterRisk.

Wyłączenia szczególne

§5

1. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej w ubezpieczeniu Asysty Prawnej wyłączone są problemy prawne:

- 1) pozostające w związku z działaniami wojennymi, niepokojami społecznymi, rozruchami, strajkami, lokautem i trzęsieniami ziemi;
- 2) pozostające w związku ze szkodami nuklearnymi wywołanymi przez reaktory jądrowe albo ze szkodami genetycznymi spowodowanymi promieniowaniem radioaktywnym, jeśli szkody te nie zostały spowodowane wskutek opieki medycznej;
- 3) wynikające z umyślnego naruszenia przez Ubezpieczonego przepisów powszechnie obowiązującego prawa polskiego;
- 4) będące następstwem pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, tj. w stanie gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub przekracza 0,2‰ alkoholu we krwi lub 0,1 mg alkoholu w 1 dm³ w wydychanym powietrzu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, o ile miało to wpływ na powstanie problemu prawnego;
- 5) pozostające w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego działalności zawodowej bez wymaganych prawem zezwoleń, certyfikatów lub uprawnień;
- 6) dotyczące roszczeń Ubezpieczonych wynikających z cesji wierzytelności;
- 7) związane z wywłaszczeniem, podziałem, przekształceniem własnościowym nieruchomości, planem zagospodarowania przestrzennego;
- 8) rozpoznawane przed: Trybunałem Konstytucyjnym, Naczelnym Sądem Administracyjnym, Sądem Najwyższym lub trybunałami międzynarodowymi;
- 9) z zakresu prawa: znaków towarowych, rachunkowości, skarbowego, podatkowego, patentowego, zbiorowego prawa pracy lub związków zawodowych, prawa o fundacjach i stowarzyszeniach;
- 10) wynikające z umów ustnych.

2. Ochrona ubezpieczeniowa w żadnym wypadku nie obejmuje problemów prawnych pozostających w związku ze sporami zaistniałymi pomiędzy Ubezpieczonym, Ubezpieczającym, InterRisk lub Przedstawicielem InterRisk.

3. Jeśli wystąpią zdarzenia ubezpieczeniowe, które jedynie w części objęte są ochroną ubezpieczeniową, InterRisk ponosi odpowiedzialność jedynie w odniesieniu do tej części.

Zgłaszanie i obsługa świadczeń Asysty Prawnej

§6

1. W celu uzyskania świadczenia Asysty Prawnej Ubezpieczony zobowiązany jest złożyć Przedstawicielowi InterRisk wniosek, o którym mowa w ust. 2, telefonicznie poprzez InterRisk Kontakt pod numerem telefonu: (22) 575 25 25 (koszt połączenia zgodny z taryfą danego operatora).
2. Wniosek o udzielenie Asysty Prawnej powinien zawierać następujące dane:
 - 1) imię, nazwisko i dane kontaktowe zgłaszającego (Ubezpieczonego);
 - 2) temat i opis problemu prawnego, którego ma dotyczyć Asysta Prawna;
 - 3) wskazanie środka przekazu, za pośrednictwem którego ma zostać udzielone świadczenie Asysty Prawnej z podaniem odpowiednio numeru telefonu lub adresu e-mail.
3. Asysta Prawna zostanie udzielona Ubezpieczonemu po weryfikacji istnienia ochrony ubezpieczeniowej w oparciu o przedstawiony przez niego opis problemu prawnego i stan faktyczny. Jeżeli po uzyskaniu Asysty Prawnej Ubezpieczony po raz kolejny zwróci się do Przedstawiciela InterRisk poprzez InterRisk Kontakt z wnioskiem o udzielenie Asysty Prawnej, podając dalsze lub odmienne informacje czy dane dotyczące tego samego problemu prawnego, wówczas udzielenie przez Przedstawiciela InterRisk świadczenie traktuje się jako kolejne świadczenie.
4. Świadczenia Asysty Prawnej udzielane są na bieżąco lub w przeciągu 3 dni roboczych od daty otrzymania przez Przedstawiciela InterRisk wniosku o udzielenie Asysty Prawnej wraz z dokumentami niezbędnymi do jej udzielenia, chyba że Ubezpieczony i Przedstawiciel InterRisk umówili się inaczej. Dla spraw wymagających znacznych nakładów pracy Przedstawiciela InterRisk, termin realizacji uzgadniany jest indywidualnie z Ubezpieczonym.
5. Świadczenia Asysty Prawnej udzielane są Ubezpieczonemu w następującej formie:
 - 1) telefonicznie, pod wskazany przez Ubezpieczonego numer telefonu, lub;
 - 2) pocztą elektroniczną, na wskazany przez Ubezpieczonego adres e-mail.
6. W przypadku spraw skomplikowanych, wymagających dodatkowej analizy, weryfikacji lub sporządzenia odpowiedzi o łącznej objętości przekraczającej 20 stron znormalizowanego maszynopisu, praca dotycząca każdego kolejnych 20 stron dokumentów traktowania jest jako kolejne świadczenie Asysty Prawnej.
7. W ramach Asysty Prawnej InterRisk nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia lub niemożliwość wykonania świadczeń, jeśli opóźnienie lub niemożliwość wykonania świadczeń spowodowane jest: strajkami, niepokojami społecznymi, zamieszkami, aktami terroru, aktami sabotażu, wojną (również domową), skutkami promieniowania radioaktywnego, siłą wyższą, a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami organów administracji publicznej, chyba że nie mają one wpływu na terminowe wykonanie świadczeń.

Ubezpieczenie kosztów reprezentacji interesów prawnych Ubezpieczonego

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§7

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zapewnienie pokrycia niezbędnych kosztów reprezentacji interesów prawnych Ubezpieczonego, związanych z wykonywaniem przez niego działalności zawodowej lub pełnieniem funkcji na zasadach określonych w niniejszej klauzuli, za wypadki ubezpieczeniowe zaistniałe w okresie ubezpieczenia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i podlegające jurysdykcji polskich sądów powszechnych.
2. InterRisk zobowiązuje się w granicach wskazanej w umowie ubezpieczenia sumy ubezpieczenia, ponieść niezbędne dla reprezentowania interesów prawnych Ubezpieczonego i udokumentowane koszty obejmujące:
 - 1) koszty postępowania przed sądem powszechnym, w tym:
 - a) wynagrodzenie jednego adwokata lub radcy prawnego z tytułu zastępstwa procesowego lub obrony do wysokości stawki minimalnej, ustalonej zgodnie z przepisami prawa regulującymi wysokość wynagrodzenia za czynności adwokata lub radcy prawnego obowiązującymi w dniu wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego; w braku takich przepisów stosuje się przepisy stanowiące podstawę do zasądzenia przez sądy kosztów zastępstwa prawnego lub obrony dla adwokata lub radcy prawnego obowiązujące w dniu wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego,
 - b) koszty sądowe wszystkich instancji,
 - c) koszty procesu zasądzone na rzecz strony przeciwnej (w tym również zasądzone przez sąd z tytułu udziału w postępowaniu karnym oskarżyciela posiłkowego);
 - 2) koszty postępowania administracyjnego:
 - a) wynagrodzenie jednego adwokata lub radcy prawnego z tytułu zastępstwa procesowego lub obrony do wysokości stawki minimalnej, ustalonej zgodnie z przepisami prawa regulującymi wysokość wynagrodzenia za czynności adwokata lub radcy prawnego obowiązującymi w dniu wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego; w braku takich przepisów stosuje się przepisy stanowiące podstawę do zasądzenia przez sądy kosztów zastępstwa prawnego lub obrony dla adwokata lub radcy prawnego obowiązujące w dniu wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego,
 - b) opłaty i koszty postępowania administracyjnego z tytułu reprezentacji

Ubezpieczonego przed organami administracji państwowej i samorządowej,

- c) koszty sądowe w sprawach przed sądami administracyjnymi,
- d) koszty postępowania przed Naczelnym Sądem Administracyjnym;
- 3) koszty postępowania egzekucyjnego – w zakresie maksymalnie trzech dowolnie wybranych przedmiotów egzekucji, podjętego na podstawie jednego tytułu wykonawczego w stosunku do tej samej osoby, w wysokości nie większej niż łącznie 20% sumy ubezpieczenia.
3. InterRisk poza świadczeniami wymienionymi w ust. 2, zobowiązuje się ponieść koszty poręczenia majątkowego, przewidzianego w prawie karnym dla uniknięcia tymczasowego aresztowania, do wysokości 50% sumy ubezpieczenia. Zwrot kosztów poręczenia majątkowego odbywa się na zasadach określonych w §12 niniejszej klauzuli.
4. Zakres ubezpieczenia obejmuje udzielenie świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadkach:
 - 1) obrony przed sądem w sprawach karnych o przestępstwo nieumyślne;
 - 2) obrony przed sądem w sprawach o wykroczenie;
 - 3) dochodzenia przez Ubezpieczonego roszczeń odszkodowawczych z tytułu czynów niedozwolonych związanych z wykonywaniem przez niego działalności zawodowej lub pełnieniem funkcji, których następstwem jest szkoda osobowa lub majątkowa, a które nie wynikają z czynności prawnej;
 - 4) obrony przed roszczeniami kierowanymi przez inne osoby przeciwko Ubezpieczonemu z tytułu czynów niedozwolonych związanych z wykonywaniem przez niego działalności zawodowej lub pełnieniem funkcji;
 - 5) dochodzenia przez Ubezpieczonego roszczeń z tytułu umów ubezpieczenia zawartych z innymi ubezpieczycielami niż InterRisk związanych z wykonywaniem przez niego działalności zawodowej;
 - 6) dochodzenia przez Ubezpieczonego i obrony przed roszczeniami z zakresu prawa pracy związanymi z wykonywaniem przez niego działalności zawodowej lub pełnieniem funkcji;
 - 7) dochodzenia przez Ubezpieczonego i obrony przed roszczeniami z zakresu ubezpieczeń społecznych związanymi z wykonywaniem przez niego działalności zawodowej lub pełnieniem funkcji.

Wypadek ubezpieczeniowy

§8

Odmienne od zapisów OWU, w ubezpieczeniu kosztów reprezentacji interesów prawnych Ubezpieczonego wypadkiem ubezpieczeniowym jest:

- 1) przy dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych z tytułu czynów niedozwolonych – powstanie szkody, gdzie za moment powstania wypadku ubezpieczeniowego uważa się dzień powstania szkody;
- 2) w przypadku obrony przed kierowanymi przeciwko Ubezpieczonemu przez osoby trzecie roszczeniami z tytułu czynów niedozwolonych – powstanie szkody, gdzie za moment powstania wypadku ubezpieczeniowego uważa się dzień powstania szkody;
- 3) w postępowaniu karnym oraz w postępowaniu w sprawie o wykroczenie – naruszenie lub podejrzenie o naruszenie przepisów prawa karnego lub prawa wykroczeń, gdzie za moment powstania wypadku ubezpieczeniowego uważa się dzień, w którym nastąpiło faktyczne lub domniemane naruszenie;
- 4) przy dochodzeniu roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej z innym ubezpieczycielem niż InterRisk – wystąpienie szkody lub innego wypadku ubezpieczeniowego przewidzianego w umowie ubezpieczenia, gdzie za moment powstania wypadku ubezpieczeniowego uważa się dzień, w którym zaistniała szkoda lub wypadek ubezpieczeniowy, wynikający z umowy ubezpieczenia;
- 5) w przypadku dochodzenia roszczeń oraz obrony przed roszczeniami z zakresu prawa pracy – pierwsze faktyczne lub domniemane naruszenie umowy o pracę lub przepisów prawa pracy przez Ubezpieczonego lub stronę umowy zawartej z Ubezpieczonym, gdzie za moment powstania wypadku ubezpieczeniowego uważa się dzień, w którym nastąpiło pierwsze faktyczne lub domniemane naruszenie umowy o pracę lub przepisów prawa pracy, poprzez działanie lub zaniechanie którejkolwiek ze stron umowy bądź osoby trzeciej, w szczególności jeżeli zostało złożone oświadczenie woli lub wiedzy;
- 6) w przypadku dochodzenia roszczeń oraz obrony przed roszczeniami z zakresu ubezpieczeń społecznych – pierwsze faktyczne lub domniemane naruszenie przepisów prawa ubezpieczeń społecznych przez Ubezpieczonego lub Zakład Ubezpieczeń Społecznych, gdzie za moment powstania wypadku ubezpieczeniowego uważa się dzień, w którym nastąpiło pierwsze faktyczne lub domniemane naruszenie przepisów prawa ubezpieczeń społecznych, poprzez działanie lub zaniechanie Ubezpieczonego, Zakład Ubezpieczeń Społecznych bądź osobę trzecią, w szczególności jeżeli zostało złożone oświadczenie woli lub wiedzy.

Limit odpowiedzialności

§9

1. Górną granicę odpowiedzialności InterRisk stanowi suma ubezpieczenia.

2. Jeżeli nie umówiono się inaczej suma ubezpieczenia na jeden i wszystkie wypadki ubezpieczeniowe wynosi, w zależności od wyboru Ubezpieczającego:

- 1) **Wariant I:** 5.000 PLN;
- 2) **Wariant II:** 15.000 PLN.

Wyłączenia szczególne

§10

1. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej w ubezpieczeniu kosztów reprezentacji interesów prawnych Ubezpieczonego wyłączone są wypadki ubezpieczeniowe:

- 1) pozostające w związku z działaniami wojennymi, niepokojami społecznymi, rozruchami, strajkami, lokautami i trzęsieniami ziemi;
- 2) pozostające w związku ze szkodami nuklearnymi wywołanymi przez reaktory jądrowe albo ze szkodami genetycznymi spowodowanymi promieniowaniem radioaktywnym, jeśli szkody te nie zostały spowodowane wskutek opieki medycznej;
- 3) wynikające z umyślnego naruszenia przez Ubezpieczonego przepisów powszechnie obowiązującego prawa, za wyjątkiem wykroczeń umyślnych;
- 4) będące następstwem pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, tj. w stanie gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub przekracza 0,2‰ alkoholu we krwi lub 0,1 mg alkoholu w 1 dm³ w wydychanym powietrzu lub środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, o ile miało to wpływ na wystąpienie wypadku ubezpieczeniowego;
- 5) pozostające w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego działalności zawodowej bez wymaganych prawem zezwoleń, certyfikatów lub uprawnień;
- 6) z zakresu prawa podatkowego, celnego lub przepisów regulujących inne zobowiązania o charakterze publicznoprawnym;
- 7) z zakresu prawa rodzinnego, opiekuńczego i spadkowego;
- 8) wynikające z gier lub zakładów albo wynikające z czynności, które nie mogą być przedmiotem prawnie skutecznej umowy;
- 9) wynikające z umów poręczenia, przejęcia lub przystąpienia do długu oraz innego rodzaju zabezpieczeń wierzytelności;
- 10) związane z zarządzaniem i obrotem papierami wartościowymi lub innymi instrumentami finansowymi oraz umowami o prowadzenie rachunków maklerskich lub inwestycyjnych;
- 11) wynikające z przepisów prawa dotyczących umów agencyjnych, funduszy inwestycyjnych, obligacji, papierów wartościowych;
- 12) dotyczące roszczeń spółek handlowych kierowanych przeciwko Ubezpieczonemu oraz roszczeń Ubezpieczonego do tych spółek;
- 13) dotyczące roszczeń spółdzielni i spółdzielni mieszkaniowych przeciwko Ubezpieczonemu oraz roszczeń Ubezpieczonego skierowanych do tych podmiotów;
- 14) dotyczące roszczeń stowarzyszeń i związków zawodowych przeciwko Ubezpieczonemu oraz roszczeń Ubezpieczonego kierowanych do tych podmiotów;
- 15) z zakresu prawa patentowego, autorskiego, znaków towarowych, pozostałego prawa własności intelektualnej i przemysłowej, prawa ochrony konkurencji (antymonopolowego) oraz prawa dotyczącego zasad konkurencji;
- 16) dotyczące ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych;
- 17) dotyczące roszczeń Ubezpieczonych wynikających z cesji wierzytelności;
- 18) dotyczące spraw z zakresu prawa prasowego i spraw z zakresu ochrony danych osobowych;
- 19) związane z wywłaszczeniem, podziałem, przekształceniem własnościowym nieruchomości, planem zagospodarowania przestrzennego;
- 20) związane z posiadaniem lub użytkowaniem pojazdów mechanicznych;
- 21) rozpoznawane przed: Trybunałem Konstytucyjnym, Naczelny Sąd Administracyjny, Sądem Najwyższym lub trybunałami międzynarodowymi;
- 22) z zakresu prawa własności intelektualnej i przemysłowej, w szczególności o ochronę praw autorskich i pokrewnych, jak również dotyczących wynalazków, wzorów użytkowych, wzorów przemysłowych lub znaków towarowych;
- 23) z zakresu prawa budowlanego, ochrony środowiska, wywłaszczenia nieruchomości lub zagospodarowania przestrzennego;
- 24) dotyczące budowy lub przebudowy nieruchomości, jeśli do jej dokonania konieczne jest uzyskanie zezwoleń lub pozwoleń albo dokonanie zgłoszenia, a także spraw związanych z planowaniem lub projektowaniem budowy lub przebudowy nieruchomości, budynku lub części budynku;
- 25) związane ze szkodami wyrządzonymi ruchem zakładu górniczego, a także z zakresu prawa górniczego i geologicznego;
- 26) dotyczące kosztów lub świadczeń nie wymienionych w zakresie ubezpieczenia oraz kosztów, które nie zostały uprzednio zaakceptowane przez InterRisk;
- 27) niezwiązane z wykonywaniem działalności zawodowej przez Ubezpieczonego;
- 28) dotyczące kosztów obrony tych interesów prawnych, które są pokryte z innej

umowy ubezpieczenia, zawartej z InterRisk;

- 29) dotyczące kosztów związanych z zwinionym przez Ubezpieczonego uchybieniem terminów ustawowych lub umownych do dokonania określonych czynności, związanych z nieuzasadnioną zwłoką w powiadomieniu InterRisk o terminach lub zobowiązaniach, o ile Ubezpieczony miał taki obowiązek;
 - 30) dotyczące kosztów powstałych w następstwie korzystania z usług osób nieuprawnionych do świadczenia pomocy prawnej lub wydawania opinii w danym zakresie;
 - 31) dotyczące kosztów poniesionych na opłacenie kar sądowych, administracyjnych, grzywnien lub kar pieniężnych nałożonych na Ubezpieczonego przez sądy lub inne organy państwowe;
 - 32) dotyczące kosztów, których poniesienie nie zostało uprzednio uzgodnione z InterRisk;
 - 33) dotyczące sporów, w których wartość roszczenia nie przekracza 500 PLN;
 - 34) InterRisk nie ponosi kosztów, które są spowodowane potrąceniem Ubezpieczonemu przez stronę przeciwną wierzytelności niezwiązanej z wypadkiem ubezpieczeniowym;
 - 35) dotyczące spraw, których przedmiotem są roszczenia Ubezpieczonego skierowane przeciwko InterRisk.
2. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje sporów zaistniałych pomiędzy Ubezpieczonym i Ubezpieczającym lub pomiędzy Ubezpieczonym, Ubezpieczającym oraz InterRisk.
3. Jeśli wystąpią wypadki ubezpieczeniowe, które jedynie w części objęte są ochroną ubezpieczeniową, InterRisk ponosi odpowiedzialność jedynie w odniesieniu do tej części.

Zasady wykonywania umowy ubezpieczenia kosztów reprezentacji interesów prawnych Ubezpieczonego

§11

1. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych, koszty reprezentacji interesów prawnych Ubezpieczonego będą ponoszone przez InterRisk wyłącznie w przypadku, w którym prowadzenie sprawy jest zasadne. Prowadzenie sprawy jest zasadne jeśli zostały spełnione łącznie następujące warunki:
- 1) w świetle stanu faktycznego, przepisów prawa oraz poglądów doktryny prawa i orzecznictwa sądów istnieje szansa korzystnego dla Ubezpieczonego załatwienia sprawy;
 - 2) koszty reprezentacji interesów prawnych Ubezpieczonego nie pozostają w rażącej dysproporcji do zamierzonego celu ich dochodzenia, w szczególności – nie przewyższają wartości dochodzonych przez Ubezpieczonego roszczeń;
 - 3) obrona interesów prawnych Ubezpieczonego nie jest sprzeczna z dobrymi obyczajami.
2. Warunek zasadności prowadzenia sprawy jest poddawany ocenie wyłącznie w odniesieniu do spraw prowadzonych w sądowym postępowaniu cywilnym.
3. Warunek zasadności prowadzenia sprawy jest poddawany ocenie zarówno na etapie wydawania przez InterRisk decyzji o zakwalifikowaniu lub odmowie zakwalifikowania problemu prawnego zgłaszanego przez Ubezpieczonego jako uzasadniającego świadczenie w zakresie kosztów reprezentacji interesów prawnych Ubezpieczonego, jak i na etapie wydawania przez InterRisk decyzji o przyznaniu albo o częściowej lub całkowitej odmowie przyznania kosztów reprezentacji interesów prawnych Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczonemu przysługuje prawo swobodnego wyboru adwokata lub radcy prawnego w zakresie obrony, reprezentowania lub wspierania jego interesów w postępowaniu sądowym lub administracyjnym.
5. Adwokat lub radca prawny, któremu Ubezpieczony udzielił pełnomocnictwa albo upoważnienia do obrony ponosi w stosunku do Ubezpieczonego wyłączną odpowiedzialność za wykonanie zlecenia. InterRisk nie ponosi odpowiedzialności za działania lub zaniechania adwokata lub radcy prawnego. Jeśli Ubezpieczony zrezygnuje z reprezentującego go w sprawie adwokata lub radcy prawnego, InterRisk jest zwolniony od ponoszenia kosztów wynagrodzenia kolejnego adwokata lub radcy prawnego.
6. W przypadku, gdy w postępowaniu karnym lub postępowaniu w sprawie o wykroczenie przedmiotem postępowania jest więcej niż jedno przestępstwo lub wykroczenie, odpowiedzialność InterRisk obejmuje koszty ustalone w proporcji liczby przestępstw lub wykroczeń objętych ochroną do ogólnej liczby zarzucanych przestępstw lub wykroczeń.
7. Jeżeli w postępowaniu karnym lub w sprawie o wykroczenie został wydany prawomocny wyrok uniewinniający Ubezpieczonego od zarzutu popełnienia umyślnego przestępstwa lub wykroczenia, InterRisk pokryje Ubezpieczonemu koszty obrony, zgodnie z zapisami §7 niniejszej klauzuli.
8. Świadczenie ubezpieczeniowe spełnione przez InterRisk w zakresie kosztów reprezentacji interesów prawnych Ubezpieczonego obejmuje podatek od towarów i usług (VAT), jeżeli Ubezpieczony nie posiada prawa do jego odliczenia.
9. Koszty wymienione w §7 niniejszej klauzuli, uzgodnione z InterRisk, są pokrywane przez InterRisk na podstawie dokumentów potwierdzających ich zapłatę lub obowiązek zapłaty przez Ubezpieczonego. Dokumentami, o których mowa w zdaniu

poprzedzającym, są w szczególności: faktury, rachunki albo wezwania sądów lub innych organów, a także odpisy orzeczeń sądów lub innych organów.

10. Jeżeli Ubezpieczony dokona wyboru adwokata lub radcy prawnego, który ma siedzibę poza miejscowością, w której znajduje się sąd właściwy miejscowo i rzeczowo do orzekania w sprawie w pierwszej instancji, InterRisk jest zwolniony z obowiązku ponoszenia kosztów dojazdów adwokata lub radcy prawnego na rozprawy lub posiedzenia przed sądem, z zastrzeżeniem ust. 11.
11. InterRisk ponosi koszty dojazdów na rozprawy lub posiedzenia adwokata lub radcy prawnego, który ma siedzibę w okręgu sądu właściwego miejscowo i rzeczowo do orzekania w sprawie w pierwszej instancji, jeżeli w miejscowości, o której mowa w ust. 10, jest mniej niż czterech czynnych zawodowo adwokatów lub radców prawnych. InterRisk jest zwolniony z obowiązku ponoszenia kosztów dojazdów adwokata lub radcy prawnego na rozprawy lub posiedzenia przed sądem, jeżeli Ubezpieczony naruszy postanowienia, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
12. Należna do wypłaty kwota kosztów reprezentacji interesów prawnych Ubezpieczonego ulega pomniejszeniu o franszyzę redukcyjną w wysokości 200 PLN.

Roszczenia regresowe

§12

Z zastrzeżeniem postanowień §17 OWU, w przypadku poręczenia majątkowego, przewidzianego w §7 ust. 3 niniejszej klauzuli, zastosowanie mają następujące postanowienia:

1. Ubezpieczony jest zobowiązany upoważnić InterRisk do odbioru w jego imieniu poniesionych przez InterRisk kosztów poręczenia majątkowego, gdy zostanie wydane prawomocne orzeczenie o zwrocie kwoty poręczenia.
2. W przypadku, gdy kwota poręczenia majątkowego zostanie zwrócona Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu, jest on zobowiązany do zwrotu na rzecz InterRisk poniesionych przez InterRisk kosztów poręczenia majątkowego w terminie 14 dni od daty otrzymania wyżej wymienionych kosztów.
3. Jeżeli zostanie wydane orzeczenie, na mocy którego kwota poręczenia majątkowego nie zostanie zwrócona w całości lub w części, w szczególności, gdy został orzeczony przepadek kwoty poręczenia majątkowego lub zaliczenie na poczet orzeczonej kary, Ubezpieczający jest zobowiązany do zwrotu poniesionych przez InterRisk kosztów poręczenia majątkowego w terminie 14 dni od dnia uprawomocnienia się orzeczenia.

Jeśli czynności dystrybucyjne w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia wykonuje pracownik InterRisk, pracownik otrzymuje z tego tytułu wynagrodzenie zasadnicze lub zasadnicze oraz zmienne uwzględnione w kwocie składki ubezpieczeniowej.

W przypadku gdy czynności dystrybucyjne w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia wykonuje agent ubezpieczeniowy, agent jest zobowiązany poinformować klienta o charakterze otrzymywanego wynagrodzenia, a w przypadku gdy honorarium jest płacone bezpośrednio przez klienta – o jego kwocie.