

Zmiany w zakresie podstawowym:

- 2% SU za 1% uszczerbku jeśli uszczerbek większy niż 25%;
- zwrot kosztów nabycia lub naprawy okularów, aparatu ortodontycznego lub słuchowego do kwoty 300 zł;
- zdiagnozowanie sepsy - 30% SU;
- śmierć rodzica lub opiekuna prawnego - 20% SU;
- wstrząśnienie mózgu – 24-godzinny pobyt w szpitalu;
- pogryzienie przez psa – wystarczy pierwsza pomoc;
- pokąsanie/użądlenie – 24h pobytu w szpitalu;
- zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych 5% SU;
- zwrot kosztów pogrzebu Ubezpieczonego - 15% SU;
- zwrot kosztów psychologa po NW – 300 zł.

Zmiany w opcjach dodatkowych:

- D4: 200 zł za pobyt na OIT/OIOM, pobyt w szpitalu rehabilitacyjnym 0,2% SU określonej dla tej opcji;
- D5: wypłata od 2. dnia, pobyt w szpitalu rehabilitacyjnym 0,5% SU określonej dla tej opcji;
- D8: 2 dni pobytu w szpitalu;
- D9: 2 dni pobytu w szpitalu;
- D10: rehabilitacja do 1500 zł; leki, do 200 zł;
- D13: zwrot kosztów leczenia stomatologicznego do 200% SU określonej dla tej opcji;
- D14: jednorazowe świadczenie w wysokości 200 zł, pod warunkiem, że nieszczęśliwy wypadek nie pozostawił trwałego uszczerbku na zdrowiu, ale ubezpieczony wymagał interwencji lekarskiej.

POSTANOWIENIA DODATKOWE I ODMIENNE OD OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA EDU PLUS ZATWIERDZONYCH UCHWAŁĄ NR 01/03/03/2020 Zarządu INTERRISK TU S.A. VIENNA INSURANCE GROUP z dnia 3 marca 2020 roku.

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

§ 1

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

1. §6 pkt 1) ppkt b) otrzymuje brzmienie: „b) w przypadku uszczerbku na zdrowiu od 1% do **25%** – świadczenie w wysokości takiego procentu sumy ubezpieczenia, w jakim nastąpił uszczerbek na zdrowiu, zaś w przypadku uszczerbku na zdrowiu powyżej 25% - świadczenie w wysokości **2%** sumy ubezpieczenia za każdy kolejny procent uszczerbku na zdrowiu;”.
2. §6 pkt 1) ppkt c) otrzymuje brzmienie: „c) koszty nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie oraz koszty zakupu lub naprawy okularów korekcyjnych, aparatu słuchowego lub **aparatu ortodontycznego** 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, aparatu słuchowego lub aparatu ortodontycznego uszkodzonych w wyniku nieszczęśliwego wypadku na terenie placówki oświatowej – do wysokości **300 zł**, pod warunkiem że nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego doszło do uszkodzenia okularów korekcyjnych, aparatu słuchowego lub aparatu ortodontycznego miał miejsce na terenie placówki oświatowej;”
3. §6 pkt 5) otrzymuje brzmienie: „5) w przypadku rozpoznania u Ubezpieczonego sepsy – jednorazowe świadczenie w wysokości **30%** sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż sepsa została zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;”;
 4. §6 pkt 6) otrzymuje brzmienie: „6) w przypadku śmierci opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – świadczenie w wysokości **20%** 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;”
 5. §6 pkt 8) otrzymuje brzmienie: „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 **24-godzinny** pobyt Ubezpieczonego w szpitalu przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości stanowiącej 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.”
 6. §6 pkt 7) otrzymuje brzmienie: „6) w przypadku pogryzienia przez psa, pokąsania, ukąszenia/użądlenia – jednorazowe świadczenie w wysokości:
 - a) 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia w przypadku pogryzienia,
 - b) 2% sumy ubezpieczenia w przypadku pokąsania, ukąszenia, pod warunkiem:
 - **udokumentowania zdarzenia kartą informacyjną ze szpitala lub innym zaświadczeniem lekarskim o udzieleniu pierwszej pomocy w przypadku pogryzienia przez psa,**
 - **udokumentowania co najmniej 24-godzinnego pobytu w szpitalu w przypadku pokąsania, ukąszenia/użądlenia.”**
 7. W §4 ust. 1 pkt. 1) dodaje się lit. m) w brzmieniu: „m) zwrot kosztów pogrzebu Ubezpieczonego poniesionych w związku z jego śmiercią w wyniku nieszczęśliwego wypadku”;
 8. W §6 dodaje się pkt 11) w brzmieniu: „11) zwrot kosztów pogrzebu Ubezpieczonego poniesionych w związku jego śmiercią w wyniku nieszczęśliwego wypadku – świadczenie w wysokości do 15% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia - na poczet organizacji pogrzebu (w tym organizacja i koszty pochówku, konsolacji, nagrobka, transportu zwłok, i inne koszty niezbędne w celu organizacji pogrzebu).
Zwrot kosztów pogrzebu Ubezpieczonego następuje w związku z jego śmiercią w wyniku nieszczęśliwego wypadku w okresie do 24 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku poniesionych na terenie RP na podstawie aktu zgonu, dokumentacji lekarskiej potwierdzającej nieszczęśliwy wypadek, oryginałów imiennych faktur lub rachunków.”;
 9. **W §6 dodaje się pkt 12) w brzmieniu: „12) Zwrot kosztów pomocy psychologicznej po nieszczęśliwym wypadku – zwrot udokumentowanych kosztów wizyt u psychologa do wysokości 300 zł, zaleconych przez lekarza prowadzącego leczenie po nieszczęśliwym**

wypadku, który wydarzył się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem, że koszty zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku. Zwrot następuje na podstawie dokumentacji medycznej potwierdzających związki między nieszczęśliwym wypadkiem i koniecznością skorzystania z pomocy psychologa oraz rachunków i faktur imiennych ;”

10. W § 4 ust. 1) dodaje się: w pkt. 1 lit. n) w brzmieniu:

„n) rozpoznanie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.”

11. W §6 dodaje się pkt. 13) w brzmieniu:

„13) w przypadku rozpoznania u Ubezpieczonego zapalenia opon mózgowych jednorazowe świadczenie w wysokości 5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia (polisie), pod warunkiem, iż zapalenie opon mózgowych zostały rozpoznane w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.”

12. § 13 ust. 9. otrzymuje brzmienie: „Górną granicą odpowiedzialności InterRisk jest:

1) 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;

2) w przypadku Opcji Ochrona – kwota stanowiąca 100% sumy ubezpieczenia ustalonej odrębnie dla każdego zdarzenia;

3) w przypadku Opcji Progresja – kwota stanowiąca 350% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Progresja;

4) w przypadku Opcji Dodatkowych (D1-D27) oprócz D13 – kwota stanowiąca 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla danej Opcji Dodatkowej D1-D27; w przypadku Opcji dodatkowej D13 – kwota stanowiąca 200% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji D13.”

—— OPCJA DODATKOWA D4 ——

13. §11 ust. 1 pkt. 4) Otrzymuje brzmienie: „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. **W przypadku pobytu Ubezpieczonego na OIOM/OIT nieprzerwanie przez co najmniej 12 godzin, przysługuje dodatkowe jednorazowe świadczenie w wysokości 200 PLN za cały okres pobytu na OIOM/OIT i jest wypłacane niezależnie od świadczenia za pobyt w szpitalu. Świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego na OIOM/OIT spowodowanego tym samym nieszczęśliwym wypadkiem wypłacane jest wyłącznie jeden raz w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.”;**

14. W § 2 dodaje się pkt 111) w brzmieniu: „OIOM/OIT – (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej/ Oddział Intensywnej Terapii) wydzielony w szpitalu oddział wyposażony w specjalistyczny sprzęt do stałego monitorowania i podtrzymywania funkcji życiowych osób w stanie bezpośredniego zagrożenia ich życia i wymagających intensywnej opieki medycznej;”

15. W §11 ust. 1 pkt. 4) dodaje się zapis w brzmieniu: „Ubezpieczonemu przysługuje również świadczenie w wysokości 0,2% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D4, za każdy następny dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w związku z rehabilitacją zaleconą w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, 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 3 dni. W przypadku kolejnych, następujących po sobie pobytów w szpitalu w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem świadczenie szpitalne w związku z zaleconą rehabilitacją przysługuje od pierwszego dnia pobytu w szpitalu. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w związku z zaleconą rehabilitacją w wyniku nieszczęśliwego wypadku przysługuje maksymalnie za 90 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;”;

—— OPCJA DODATKOWA D5 ——

16. §11 ust. 1 pkt. 5) otrzymuje brzmienie: „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 **drugiego** dnia pobytu w szpitalu, w związku z chorobą, która została rozpoznana w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz pod warunkiem pobytu ubezpieczonego w szpitalu trwającego minimum 3 dni. W przypadku kolejnych, następujących po sobie pobytów w szpitalu w związku z tą samą chorobą świadczenie szpitalne przysługuje od pierwszego dnia pobytu w szpitalu. 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;”
17. W §11 ust. 1 pkt. 5) dodaje się zapis: „Ubezpieczonemu przysługuje również świadczenie w wysokości **0,5% 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 rehabilitacją zaleconą w związku z chorobą, która została zdiagnozowana w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz pod warunkiem pobytu ubezpieczonego w szpitalu trwającego minimum 3 dni. W przypadku kolejnych, następujących po sobie pobytów w szpitalu w związku z rehabilitacją zaleconą w związku z tą samą chorobą świadczenie szpitalne przysługuje od pierwszego dnia pobytu w szpitalu. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w związku z zaleconą rehabilitacją w wyniku choroby przysługuje maksymalnie za 60 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.”

—— OPCJA DODATKOWA D8 ——

18. §11 ust. 1 pkt. 8) otrzymuje brzmienie: „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:
- a) została zalecona przez lekarza jako niezbędna część procesu leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej

oraz

- b) została przeprowadzona w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej w trakcie co najmniej **dwudniowego** pobytu w szpitalu,
- c) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku została wykonana więcej niż jedna operacja, przysługuje – zgodnie z TABELĄ nr 8 – świadczenie będące sumą kwot za każdy rodzaj operacji, ale wysokość świadczenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D8;”

—— OPCJA DODATKOWA D9 ——

19. §11 ust. 1 pkt. 9) Otrzymuje brzmienie: „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:
- a) została zalecona przez lekarza jako niezbędna część procesu leczenia choroby, która została zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia
- oraz
- b) została przeprowadzona w trakcie trwania okresu ubezpieczenia w trakcie co najmniej **dwudniowego** pobytu w szpitalu,
 - 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;”;

—— OPCJA DODATKOWA D10 ——

20. §2 pkt 28) otrzymuje brzmienie:
- „28) koszty leczenia – poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane koszty z tytułu:
- a) wizyt lekarskich z wyłączeniem wizyt stomatologicznych,
 - b) zabiegów ambulatoryjnych,
 - c) badań zleconych przez lekarza prowadzącego leczenie,
 - d) pobytu w szpitalu,
 - e) operacji, za wyjątkiem operacji plastycznych,
 - f) zakupu środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza,
 - g) rehabilitacji zleconej przez lekarza prowadzącego leczenie,
 - h) **zakupu leków.**”;
21. § 11 ust. 1 pkt. 10) Otrzymuje brzmienie: „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 **1500 zł**. Zwrot kosztów leczenia następuje pod warunkiem, że koszty leczenia:
- a) powstały w następstwie 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.
- Za koszty leczenia uważa się również koszty zakupu leków, zaleconych przez lekarza po nieszczęśliwym wypadku, w wysokości do **200 zł**, pod warunkiem, iż:

- a) w wyniku nieszczęśliwego wypadku stwierdzono uszczerbek na zdrowiu,
- b) leki zostały przepisane przez lekarza i potwierdza to dokumentacja medyczna,
- c) koszty zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

Warunkiem wypłaty świadczenia jest również przedstawienie imiennych rachunków i/ lub faktur za zakup leków oraz dokumentacji medycznej.”

22. §5 ust. 6 otrzymuje brzmienie: „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 (Zwrot kosztów leków) zgodnie z zapisami §11 ust. 1 pkt 18) niniejszych OWU oraz w związku z rozszerzeniem Opcji DODATKOWEJ D10 o zakup leków po nieszczęśliwym wypadku.”

—— OPCJA DODATKOWA D11 ——

23. § 11 ust. 1 pkt. 11 otrzymuje brzmienie: „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:

- a) **7-go** dnia czasowej niezdolności Ubezpieczonego do nauki lub do pracy, w przypadku gdy czasowa niezdolność Ubezpieczonego do nauki lub do pracy trwała nieprzerwanie do **21 dni**, za wyjątkiem dni wolnych od nauki lub pracy lub
- b) 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 **21 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;”

—— OPCJA DODATKOWA D13 ——

24. §11 ust. 1 pkt. 13) Otrzymuje brzmienie: „Opcja Dodatkowa D13 – koszty leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości **200%** 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:

- a) powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej

oraz

- b) 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 trwałe inwalidztwo częściowe

oraz

- c) zostały poniesione w okresie ubezpieczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w okresie maksymalnie 6 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;”;

—— OPCJA DODATKOWA D14 ——

25. §11 ust. 1 pkt. 14) otrzymuje brzmienie: „Opcja Dodatkowa D14 – uciążliwe leczenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku – wypłata jednorazowego świadczenia w wysokości 200 zł, pod warunkiem, iż:

a) nieszczęśliwy wypadek nie pozostawił uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego (0% uszczerbku na zdrowiu), bądź trwałego inwalidztwa częściowego, złamania kości, ran ciętych lub szarpanych, urazów narządów ruchu, wstrząśnienia mózgu,

oraz

b) ubezpieczony wymagał interwencji lekarskiej.

Warunkiem wypłaty świadczenia jest przedstawienie dokumentacji medycznej potwierdzającej nieszczęśliwy wypadek i związany z nim uraz. Ubezpieczyciel ogranicza swoją odpowiedzialność do jednego zdarzenia w trakcie trwania okresu ubezpieczenia.”

26. §2 pkt 89) otrzymuje brzmienie: „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 Ubezpieczony wymagał interwencji lekarskiej w związku z nieszczęśliwym wypadkiem.”.