

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE „MEDICASCO”

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia („OWU”) stosuje się do umów indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie „Medicasco” zawieranych z BENEFIA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group.

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1.

Użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:

- 1. Towarzystwo** – BENEFIA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group.
- 2. Ubezpieczający** – osoba zawierająca umowę ubezpieczenia i obowiązana do opłacenia składki. Ubezpieczającym może być osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, osoba prawna lub inna jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej.
- 3. Ubezpieczony** – wskazana w umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia. Ubezpieczonym może być osoba, która w chwili objęcia ochroną ubezpieczeniową nie ukończyła 60 roku życia.
- 4. Uprawniony** – osoba wskazana przez Ubezpieczającego za zgodą Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymywania świadczenia w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego.
- 5. Suma ubezpieczenia/świadczenie** – kwota w wysokości określonej w dokumencie ubezpieczenia wypłacana Uprawnionemu w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego.
- 6. Składka** – kwota, którą Ubezpieczający jest zobowiązany zapłacić za udzielenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej z Towarzystwem.
- 7. Polisa /dokument ubezpieczenia** – dokument potwierdzający podstawowe warunki zawartej umowy ubezpieczenia.
- 8. Śmierć/Zgon** – śmierć Ubezpieczonego.
- 9. Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, niezależne od woli Ubezpieczonego, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które to zdarzenie stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci Ubezpieczonego.
- 10. Wypadek ubezpieczeniowy** – zdarzenie wymienione w § 2 ust. 2, objęte ochroną ubezpieczeniową na mocy postanowień niniejszych OWU oraz ważnie zawartej i obowiązującej w chwili zajścia zdarzenia umowy ubezpieczenia.
- 11. Wiek Ubezpieczonego** – określona w pełnych latach różnica pomiędzy rokiem kalendarzowym, w którym oblicza się wiek, a rokiem urodzenia Ubezpieczonego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje zgon Ubezpieczonego w okresie trwania ubezpieczenia.

RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§ 3.

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 8.
2. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego na podstawie Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia Dodatkowego z Tytułu Poważanego Zachorowania „Medicasco” lub Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia Dodatkowego z Tytułu Częściowego Trwałego Inwalidztwa „Medicasco”, wartość świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego zostanie pomniejszona

o wartość wcześniejszej wypłaty świadczenia na podstawie umowy ubezpieczenia dodatkowego.

UMOWA UBEZPIECZENIA

§ 4.

1. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, po akceptacji pisemnego wniosku Ubezpieczającego sporządzonego na formularzu Towarzystwa i po opłaceniu składki.
2. Ubezpieczający ma prawo zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek, tj. na rachunek Ubezpieczonego. Do zawarcia na cudzy rachunek umowy ubezpieczenia, a także do jej przedłużenia na kolejny rok, konieczna jest uprzednia zgoda Ubezpieczonego, która powinna obejmować także wysokość sumy ubezpieczenia.
3. W przypadku opisanym w ust. 2, oświadczenie o stanie zdrowia oraz pozostałe oświadczenia Ubezpieczonego zawarte we wniosku o ubezpieczenie i w treści ankiety medycznej (jeśli jest wymagana) muszą być zaakceptowane podpisem Ubezpieczonego. Podpisanie tych oświadczeń przez inną osobę, np. Ubezpieczającego, spowoduje nieważność umowy ubezpieczenia.
4. Towarzystwo potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia.
5. Towarzystwo ma prawo odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia na podstawie przeprowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
6. Integralne części umowy ubezpieczenia stanowią łącznie następujące dokumenty: podpisany wniosek o ubezpieczenie, ankieta medyczna (jeśli jest wymagana), ogólne warunki ubezpieczenia i dokument ubezpieczenia.
7. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres 1 roku.
8. Ochrona ubezpieczeniowa może zachować ciągłość na kolejny rok pod warunkiem przedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny rok, nie wcześniej niż na 2 miesiące i nie później niż na dzień przed końcem bieżącego okresu ubezpieczenia.
9. W danym okresie ubezpieczenia Ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie tylko jednej umowy indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie „Medicasco”. Kolejne umowy mogą być zawierane tylko po wyrażeniu zgody przez Towarzystwo w tym zakresie, pod rygorem braku odpowiedzialności Towarzystwa z później zawartych umów ubezpieczenia.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 5.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od dnia następnego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu przez Ubezpieczającego składki.
2. Za dzień zapłacenia składki uważa się dzień uznania rachunku Towarzystwa.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa wygasa:
 - a) z dniem odstąpienia Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia;
 - b) z upływem określonego w dokumencie ubezpieczenia okresu ubezpieczenia;
 - c) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia;
 - d) z dniem śmierci Ubezpieczonego.

SKŁADKA

§ 6.

1. Składkę ubezpieczeniową ustala się za czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa, na podstawie obowiązującej w dniu zawarcia umowy taryfy składek, która jest do wglądu w Towarzystwie.
2. Koszt ochrony ubezpieczeniowej taryfikowany jest zgodnie z zasadami matematyki aktuarialnej. Przy sumie ubezpieczenia do 40.000 PLN wysokość składki jest niezależna od wieku i płci Ubezpieczonego. Przy



sumie ubezpieczenia równej lub wyższej niż 40.000 PLN wysokość składki zależna jest od wieku Ubezpieczonego. Taryfa składki została przygotowana w oparciu o Tablice „Trwania Życia 2000 r.” dla obojga płci GUS 2001.

3. Składka ubezpieczeniowa płatna jest jednorazowo za cały okres ubezpieczeniowy z góry, jej wysokość zależy od wysokości sumy ubezpieczenia i wyników oceny ryzyka ubezpieczeniowego dokonanej przez Towarzystwo.

4. W szczególnych przypadkach, za uprzednią zgodą Towarzystwa, możliwe jest opłacenie składki ubezpieczeniowej w ratach, w terminach wskazanych w dokumencie ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA ORAZ WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 7.

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty jej zawarcia, a gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od daty jej zawarcia.

2. Odstąpienie od umowy lub jej rozwiązanie nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

3. Ubezpieczający może rozwiązać niniejszą umowę ubezpieczenia za wypowiedzeniem, z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.

4. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia lub odstąpienia od umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający ma prawo do zwrotu składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

5. Towarzystwo dokona zwrotu składki za niewykorzystany okres ochrony, o którym mowa w ust. 4, jedynie z tych ryzyk, z których nie wypłacono świadczenia.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 8.

1. Towarzystwo jest wolne od odpowiedzialności w przypadku, gdy śmierć Ubezpieczonego była następstwem:

a) działań wojennych lub wojny, inwazji, wojny domowej, powstania, rewolucji, stanu wojennego lub aktów terroryzmu;

b) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu zabronionego pod groźbą kary, kwalifikowanego jako przestępstwo;

c) nieszczęśliwego wypadku lub zmian w stanie zdrowia Ubezpieczonego, które miały miejsce przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa;

d) samookaleczenia się Ubezpieczonego lub świadomego i celowego spowodowania przez Ubezpieczonego rozstroju zdrowia jego organizmu;

e) zdarzeń związanych z odbywaniem przez Ubezpieczonego służby wojskowej w siłach zbrojnych polskich lub obcych;

f) zdarzenia związanego ze skażeniem radioaktywnym lub skażeniem chemicznym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego, promieniotwórczość lub działania środków chemicznych;

g) działania Ubezpieczonego pod wpływem, w stanie lub w warunkach choroby psychicznej lub zaburzeń psychicznych, a także pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;

h) wyniszczenia organizmu oraz powikłań na skutek alkoholizmu, narkomanii, nadużywania leków lub innych środków odurzających;

i) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez dokumentów uprawniających do kierowania lub używania danego pojazdu albo bez świadectwa kwalifikacyjnego pojazdu, a także lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu, za wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem pasażerskich linii lotniczych, odbywanego na ustalonej trasie i według ustalonego rozkładu;

j) jazdy pojazdem lądowym, morskim lub powietrznym jako uczestnik podczas krajowych lub międzynarodowych zawodów, imprez sportowych lub

podczas przygotowań do takich zawodów lub imprez, udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności takich jak: spadochroniarstwo, lotnictwo, baloniarstwo, akrobatyka, kaskaderstwo, wspinaczka skałkowa lub wysokogórska, szybownictwo, nurkowanie, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na linie, wyścigi samochodowe, motocyklowe i gokartów, speleologia, jazda konna;

k) wyczynowego uprawiania sportu, za który uważa się uprawianie dyscyplin sportowych w ramach sekcji lub klubów sportowych albo w celach zarobkowych, jak również uczestniczenie w wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi albo w ekspedycjach.

2. Z odpowiedzialności Towarzystwa wyłączone są przypadki, w których śmierć Ubezpieczonego w sposób pośredni lub bezpośredni spowodowana została przez: choroby zawodowe, nerwice a także wszystkie inne stany chorobowe oraz wypadki powstałe wskutek zaburzeń umysłowych i świadomości, napadów skurczowych, które obejmują całe ciało Ubezpieczonego.

3. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony, przy zawieraniu umowy ubezpieczenia podał dane nieprawdziwe mimo pytań postawionych w tym przedmiocie we wniosku o ubezpieczenie lub w ankiecie medycznej, Towarzystwo ma prawo odmówić wypłaty świadczenia na zasadach określonych w przepisach Kodeksu cywilnego.

4. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest przedłużana na kolejne lata, Towarzystwo jest wolne od odpowiedzialności w przypadku samobójstwa Ubezpieczonego w dwóch pierwszych latach liczonych od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową po raz pierwszy. Ochrona ubezpieczeniowa trwa nieprzerwanie, jeżeli nie było ani jednego dnia przerwy pomiędzy ostatnim dniem ochrony ubezpieczeniowej z jednej umowy ubezpieczenia, a początkiem ochrony ubezpieczenia w kolejnym roku ubezpieczenia.

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

§ 9.

1. Towarzystwo wypłaca świadczenie najpóźniej w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego, pod warunkiem otrzymania dokumentów, o których mowa w § 11.

2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaci w terminie przewidzianym w ust. 1.

3. Jeżeli w terminach określonych powyżej Towarzystwo nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę składającą wniosek o wypłatę świadczenia o przyczynach niemożności wypłaty świadczenia w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.

UPRAWNIONY

§ 10.

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, świadczenie wynikające z niniejszej umowy ubezpieczenia wypłacane jest Uprawnionym wskazanym przez Ubezpieczającego za zgodą Ubezpieczonego na podstawie artykułu 831 Kodeksu cywilnego, z zastrzeżeniem poniższych postanowień.

2. Jeżeli Ubezpieczający za zgodą Ubezpieczonego wskazał kilku Uprawnionych, a nie oznaczył ich udziału w kwocie świadczenia, przyjmuje się, że udziały tych osób są równe.

3. Jeżeli jeden z kilku Uprawnionych zmarł lub przestał istnieć przed śmiercią Ubezpieczonego, udział tego Uprawnionego w wypłacanym świadczeniu przejmują pozostali Uprawnieni proporcjonalnie do już posiadanych przez nich udziałów.

4. Jeżeli Uprawniony umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego wskazanie go, jako uprawnionego do świadczenia, staje się bezskuteczne. W takim przypadku postanowienia ust. 3 stosuje się odpowiednio.



5. Jeżeli Ubezpieczający nie wskazał Uprawnionego albo gdy jedyny Uprawniony w dniu śmierci Ubezpieczonego nie żył, nie istniał lub jego wskazanie stało się bezskuteczne, stosownie do postanowień ust. 4, świadczenie wypłacane jest spadkobiercom Ubezpieczonego, w częściach określonych w postanowieniu o stwierdzeniu nabycia spadku, z wyłączeniem Skarbu Państwa.
6. Jeżeli Ubezpieczający nie wskazał Uprawnionego albo gdy jedyny Uprawniony w dniu śmierci Ubezpieczonego nie żył, nie istniał lub utracił prawo do świadczenia i nie żyje żadna z osób wymienionych w ust. 5, świadczenie wypłacane jest temu, kto pokrył koszty pogrzebu Ubezpieczonego, w wysokości udokumentowanych kosztów, nie więcej jednak niż do wysokości sumy ubezpieczenia.
7. Postanowienia ust. 4 stosuje się odpowiednio do osób uprawnionych, wymienionych w ust. 5.
8. Ubezpieczający za zgodą Ubezpieczonego, może w każdym czasie wyznaczyć dowolnie Uprawnionego, dokonać zmiany Uprawnionego lub zmienić udziały Uprawnionych. Wszelkie zmiany w tym zakresie powinny być zgłoszone Towarzystwu na piśmie pod rygorem nieważności.

POSTĘPOWANIE W RAZIE ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO **§ 11.**

1. Uprawniony zgłasza śmierć Ubezpieczonego bezpośrednio do Centrali Towarzystwa, w miarę możliwości na druku „Wniosek o wypłatę świadczenia”, udostępnionym na stronie internetowej Towarzystwa, załączając dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, Uprawniony zobowiązany jest dostarczyć Towarzystwu niezbędne dokumenty, a mianowicie:
- a) akt zgonu, zaświadczenie lekarskie stwierdzające przyczynę zgonu, a w przypadku śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku – dokument potwierdzający ten fakt;
 - b) inne dokumenty wskazane przez Towarzystwo, niezbędne do potwierdzenia zasadności zgłoszonego roszczenia;
 - c) kopie dokumentów potwierdzających tożsamość osób Uprawnionych do świadczenia, potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez notariusza lub osobę reprezentującą Towarzystwo;
 - d) numer rachunku bankowego, na który Towarzystwo ma dokonać wypłaty świadczenia.
3. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, akt zgonu lub inne dokumenty powinny być potwierdzone przez polską placówkę dyplomatyczną lub uprawniony organ (Apostille) i przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
4. Jeżeli zaniechanie któregośkolwiek z obowiązków, o których mowa w ust. 2 lub 3, miało wpływ na ustalenie okoliczności wypadku ubezpieczeniowego lub wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć.
5. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia, Towarzystwo przeprowadza postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także pisemnie lub drogą elektroniczną informuje Ubezpieczającego i osoby uprawnione z tytułu umowy ubezpieczenia, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia prawa do świadczenia.
6. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.

ZASADY OPODATKOWANIA ŚWIADCZEŃ **UBEZPIECZENIOWYCH**

§ 12.

1. Niniejsza umowa ubezpieczenia należy do Grupy I Działu I Załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej z dnia 22 maja 2003 r. (Dz.U.

z 2003 r., nr 124, poz. 1151, ze zm.) i zgodnie z wiedzą Towarzystwa, świadczenia ubezpieczeniowe z tytułu tej umowy ubezpieczenia według stanu prawnego obowiązującego w dniu jej wejścia w życie nie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych.

2. W przypadku zmiany przepisów podatkowych albo przyjęcia przez organ podatkowy lub inny uprawniony organ administracji publicznej decyzji wiążącej dla Towarzystwa, skutkującej opodatkowaniem świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia, należy podatek dochodowy obciążać będzie osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia.

SKARGI I ZAŻALENIA NA DZIAŁANIE TOWARZYSTWA **§ 13.**

1. Skargi i zażalenia na działania Towarzystwa lub osób reprezentujących Towarzystwo mogą być zgłaszane w formie pisemnej do Zarządu Towarzystwa.
2. Skarga lub zażalenie powinny być rozpatrzone nie później niż w terminie 30 dni od daty ich doręczenia, chyba że wyjaśnienie zgłoszenia wymaga podjęcia skomplikowanego postępowania wyjaśniającego.
3. O niemożliwości ustosunkowania się do skargi lub zażalenia w trzydziestodniowym terminie, Zarząd Towarzystwa informuje skarżącego na piśmie, podając ostateczny termin wyjaśnienia sprawy.
4. Rozpatrywanie skarg i zażeń dokonywane jest przez Zarząd Towarzystwa bezpośrednio lub przez osoby upoważnione przez Zarząd.

PRAWO I SĄD WŁAŚCIWY **§ 14.**

1. Prawem właściwym dla zawartej przez Strony umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.
2. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wnieść albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE **§ 15.**

1. Za zgodą Zarządu Towarzystwa do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia.
2. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, wszelkie zmiany w umowie ubezpieczenia dotyczące praw Ubezpieczonego lub Uprawnionego wymagają zgody Ubezpieczonego.
3. Postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia muszą być sporządzone na piśmie pod rygorem nieważności.
4. Zawiadomienia i oświadczenia Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego powinny być składane na piśmie za potwierdzeniem odbioru lub przesyłane listem poleconym pod rygorem nieważności.
5. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy prawa polskiego, a przede wszystkim Kodeksu cywilnego oraz ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2003 roku, nr 124, poz. 1151, z późn. zm.).
6. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu BENEFIA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 4 maja 2009 roku i mają zastosowanie do umów indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie „MEDICASCO” zawieranych od dnia 18 maja 2009 roku.

Prezes Zarządu

Tomasz Telejko

Członek Zarządu

Przemysław Majewski

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA „MEDICASCO”

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego (OWUD) stosuje się do umów indywidualnego ubezpieczenia dodatkowego z tytułu poważnego zachorowania zawieranych z BENEFIA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group i stanowią integralną część umowy indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie „Medicasco”.

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1.

Użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:

1. Towarzystwo – BENEFIA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group.

2. Ubezpieczający – osoba zawierająca umowę ubezpieczenia i obowiązana do opłacenia składki. Ubezpieczającym może być osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, osoba prawna lub inna jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej.

3. Ubezpieczony – wskazana w umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia. Ubezpieczonym może być osoba, która w chwili objęcia ochroną ubezpieczeniową nie ukończyła 60 roku życia.

4. Uprawniony – uprawnionym do świadczenia z umowy ubezpieczenia dodatkowego jest Ubezpieczony.

5. Umowa ubezpieczenia podstawowego – umowa indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie „Medicasco” zawarta z Towarzystwem.

6. Umowa ubezpieczenia dodatkowego – umowa indywidualnego ubezpieczenia dodatkowego z tytułu poważnego zachorowania „Medicasco”.

7. Składka – kwota, którą Ubezpieczający jest zobowiązany zapłacić za udzielenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy indywidualnego ubezpieczenia dodatkowego zawartej z Towarzystwem.

8. Suma ubezpieczenia/świadczenie – kwota określona w polisie, która zostanie wypłacona Uprawnionemu w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego.

9. Poważne zachorowanie – stan chorobowy lub zabieg operacyjny, określone w §2 ust. 2, objęte odpowiedzialnością Towarzystwa.

10. Wypadek ubezpieczeniowy – zdarzenie wymienione w § 2 ust. 2, objęte ochroną ubezpieczeniową na mocy postanowień niniejszej umowy indywidualnego ubezpieczenia dodatkowego.

11. Wiek Ubezpieczonego – określona w pełnych latach różnica pomiędzy rokiem kalendarzowym, w którym oblicza się wiek, a rokiem urodzenia Ubezpieczonego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego następujących poważnych zachorowań:

a) zawał serca – pierwszy w życiu epizod w rozumieniu martwicy części mięśnia serca, wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na wystąpieniu bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie EKG potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca i znaczącego podwyższenia poziomu enzymów sercowych we krwi. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są zawały bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI), przebiegające tylko ze wzrostem stężenia troponin;

b) chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej – operacje w krążeniu pozaustrojowym, polegające na założeniu przeszczepów naczyniowych objmających krytycznie zwężone odcinki tętnic wieńcowych;

c) udar mózgu – nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu wskutek zaburzeń krążenia mózgowego, krwotoku, zakrzepu, zatoru naczyń mózgowych lub podpajęczynówkowych, powodujące nagłe wystąpienie trwałego deficytu neurologicznego wymagającego hospitalizacji. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem lekarskim i badaniem obrazowym: tomografią komputerową lub rezonansem magnetycznym. Należy wykazać utrzymanie się trwałego deficytu przez co najmniej 3 miesiące. Ponadto udar mózgu jest schorzeniem, którego następstwa są trwałe. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są epizody przemijającego ogniskowego niedokrwienia mózgu (TIA) oraz uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego spowodowane zewnętrznym urazem;

d) nowotwory złośliwe – charakteryzujące się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, naciekające na sąsiadujące zdrowe tkanki i mogące dawać odległe przerzuty. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem histopatologicznym. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkinga), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Ubezpieczeniem nie są objęte:

- rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy, lub rak szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne;

- wczesny rak gruczołu krokowego (T1N0M0 wg klasyfikacji TNM);
- czerniak złośliwy w stopniu zaawansowania IA (o grubości $\leq 0,1$ mm, poziom II lub III bez owrzodzeń) według klasyfikacji AJCC z 2002;

- nadmierne rogowacenie skóry, rak podstawno-komórkowy skóry i rak kolczysto-komórkowy skóry;

- wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;

e) niewydolność nerek – schyłkowe stadium choroby nerek, powodujące nieodwracalne upośledzenia czynności nerek, stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii przez co najmniej 3 miesiące lub przeszczepu nerki;

f) przeszczep Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:

- serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka;

- szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.

Przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu.

UMOWA UBEZPIECZENIA

§ 3.

1. Umowa ubezpieczenia dodatkowego musi być zawarta jednocześnie z umową ubezpieczenia podstawowego.

2. Zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego potwierdzone jest w polisie.

RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§ 4.

1. W razie wystąpienia u Ubezpieczonego jednego z poważnych zachorowań, Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności określonych w § 7.

2. Towarzystwo wypłaca świadczenie tylko za jedno poważne zachorowanie.



SKŁADKA

§ 5.

1. Składkę za ochronę ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy dodatkowej, ustala się za czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa, na podstawie obowiązującej w dniu zawarcia umowy taryfy składek.
2. Wysokość składki zależy od sumy ubezpieczenia i wyników oceny ryzyka ubezpieczeniowego dokonanej przez Towarzystwo.
3. Składka jest płatna jednocześnie ze składką z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego.
4. Taryfa składki jest niezależna od płci i wieku ubezpieczonego i została przygotowana w oparciu o dane z „Rocznika statystycznego 2001” GUS.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 6.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu poważnego zachorowania rozpoczyna się po 91 dniach od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż po 91 dniach od dnia następnego po zapłaceniu przez Ubezpieczającego składki. Za dzień zapłaceniu składki uważa się dzień uznania rachunku Towarzystwa.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa wygasa zgodnie z postanowieniami umowy ubezpieczenia podstawowego.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje poważnego zachorowania, które:
 - a) ujawniło się (było zdiagnozowane lub leczone) u Ubezpieczonego przed objęciem ochroną ubezpieczeniową;
 - b) było wynikiem samookaleczenia się Ubezpieczonego lub świadomego i celowego spowodowania przez Ubezpieczonego rozstroju zdrowia jego organizmu;
 - c) było wynikiem zdarzenia związanego ze skażeniem radioaktywnym lub skażeniem chemicznym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego, promieniotwórczość lub działania środków chemicznych;
 - d) było wynikiem wyniszczenia organizmu lub powikłań na skutek alkoholizmu, narkomanii, nadużywania leków lub innych środków odurzających.
2. Towarzystwo ma prawo odmówić wypłaty świadczenia na zasadach określonych w przepisach Kodeksu cywilnego, jeżeli Ubezpieczony zataił lub podał nieprawdziwe informacje, o które Towarzystwo zapytywało we wniosku o ubezpieczenie lub w innych pismach przed zawarciem umowy ubezpieczenia dodatkowego.

POSTĘPOWANIE W RAZIE WYPADKU UBEZPIECZENIOWEGO

§ 8.

1. Ubezpieczony zgłasza zajście wypadku ubezpieczeniowego bezpośrednio do Centrali Towarzystwa, w miarę możliwości na druku „Wniosek o wypłatę świadczenia”, udostępnionym na stronie internetowej

Towarzystwa, załączając dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia.

2. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego, Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć Towarzystwu niezbędne dokumenty, a mianowicie:
 - a) dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie wypadku ubezpieczeniowego;
 - b) inne dokumenty wskazane przez Towarzystwo niezbędne do potwierdzenia zasadności zgłoszonego roszczenia oraz
 - c) zwolnić lekarzy, u których Ubezpieczony leczył się z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej oraz wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji z przebiegu leczenia;
 - d) zwolnić publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych z obowiązku zachowania tajemnicy oraz wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia Towarzystwo przeprowadza postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także pisemnie lub drogą elektroniczną informuje Ubezpieczonego, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia prawa do świadczenia.
4. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.
5. W razie zaistnienia wątpliwości co do zasadności roszczenia, Towarzystwo skieruje Ubezpieczonego na badania lekarskie, a Ubezpieczony zobowiązany jest się nim poddać. W przypadku odmowy przez Ubezpieczonego poddaniu się badaniom, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 9.

1. W zakresie nie uregulowanym w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie Ogólne warunki indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie „Medicasco”.
2. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego zostały przyjęte uchwałą Zarządu BENEFIA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 4 maja 2009 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 18 maja 2009 roku.

Prezes Zarządu

Tomasz Telejko

Członek Zarządu

Przemysław Majewski

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU NA SKUTEK CHOROBY „MEDICASCO”

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego (OWUD) stosuje się do umów indywidualnego ubezpieczenia dodatkowego z tytułu pobytu w szpitalu na skutek choroby, zawieranych z BENEFIA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group i stanowią integralną część umowy indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie „Medicasco”.

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1.

Użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:

1. Towarzystwo – BENEFIA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group.

2. Ubezpieczający – osoba zawierająca umowę ubezpieczenia i obowiązana do opłacenia składki. Ubezpieczającym może być osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, osoba prawna lub inna jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej.

3. Ubezpieczony – wskazana w umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia. Ubezpieczonym może być osoba, która w chwili objęcia ochroną ubezpieczeniową nie ukończyła 60 roku życia.

4. Uprawniony – uprawnionym do świadczenia z umowy ubezpieczenia dodatkowego jest Ubezpieczony.

5. Umowa ubezpieczenia podstawowego – umowa indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie „Medicasco” zawarta z Towarzystwem.

6. Umowa ubezpieczenia dodatkowego – umowa indywidualnego ubezpieczenia dodatkowego z tytułu pobytu w szpitalu na skutek choroby „Medicasco”.

7. Składka – kwota, którą Ubezpieczający jest zobowiązany zapłacić za udzielenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy indywidualnego ubezpieczenia dodatkowego zawartej z Towarzystwem.

8. Choroba – stan polegający na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego, który nie ogranicza się tylko do zmian miejscowych, lecz powoduje zmiany czynności całego ustroju.

9. Nadużycie leków – używanie leków lub parafarmaceutyków w dawkach przekraczających zalecenie lekarza lub producenta.

10. Uzależnienie – stan psychiczny, a w określonych przypadkach również fizyczny, polegający na przymusie przyjmowania różnych substancji, często charakteryzujący się koniecznością zwiększenia zażywanych dawek w celu osiągnięcia zamierzonego efektu.

11. Szpital – działający zgodnie z przepisami prawa zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych, w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadający odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych i wykonywania zabiegów chirurgicznych i zatrudniający zawodowy, wykwalifikowany personel medyczny, prowadzący dla każdego pacjenta dzienny rejestr medyczny. W rozumieniu niniejszych OWUD za szpital nie uznaje się żadnej z instytucji o charakterze innym niż leczniczy, ani następujących obiektów: sanatorium, uzdrowisko, szpital uzdrowiskowy, dom opieki, dom starców, dom wychowawczy, ośrodek rehabilitacyjny, hospicjum, ośrodek leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych czy alkoholowych, a także szpitala rehabilitacyjnego lub innej placówki której celem jest rehabilitacja.

12. Pobyt w szpitalu – nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w celu leczenia trwający co najmniej 4 pełne dni. Każdy rozpoczęty dzień pobytu w szpitalu uważa się za pełny, jeżeli Ubezpieczony był pacjentem szpitala o godz. 24.00 w tym dniu.

13. Wypadek ubezpieczeniowy – zdarzenie wymienione w § 2 ust. 2, objęte ochroną ubezpieczeniową na mocy niniejszej umowy indywidualnego ubezpieczenia dodatkowego.

14. Świadczenie – kwota wypłacana Ubezpieczonemu w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego określonego w niniejszej umowie ubezpieczenia dodatkowego. Wysokość świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu jest określona w polisie.

15. Polisa/dokument ubezpieczenia – dokument potwierdzający podstawowe warunki zawartej umowy ubezpieczenia.

16. Wiek Ubezpieczonego – określona w pełnych latach różnica pomiędzy rokiem kalendarzowym, w którym oblicza się wiek, a rokiem urodzenia Ubezpieczonego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje trwający co najmniej 4 dni pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą, która została zdiagnozowana w okresie ubezpieczenia.

UMOWA UBEZPIECZENIA

§ 3.

1. Umowa ubezpieczenia dodatkowego musi być zawarta jednocześnie z umową ubezpieczenia podstawowego.

2. Zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego potwierdzone jest w polisie.

RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§ 4.

1. Z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą zdiagnozowaną w okresie ubezpieczenia, z uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności określonych w § 7 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie za każdy pełny dzień pobytu w szpitalu w kwocie wskazanej w dokumencie ubezpieczenia, pod warunkiem, że jednorazowy pobyt w szpitalu trwał co najmniej 4 dni.

2. Świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu maksymalnie za okres 25 dni pobytu w szpitalu w czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia.

3. Liczba dni pobytu w szpitalu podlega kumulacji.

SKŁADKA

§ 5.

1. Składkę za ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy dodatkowej, ustala się za czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa, na podstawie obowiązującej w dniu zawarcia umowy taryfy składek.

2. Wysokość składki zależy od sumy ubezpieczenia i wyników oceny ryzyka ubezpieczeniowego dokonanej przez Towarzystwo.

3. Składka jest płatna jednocześnie ze składką z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego.

4. Taryfa składki jest niezależna od płci i wieku ubezpieczonego i została przygotowana w oparciu o dane z „Rocznika statystycznego 2001” GUS.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 6.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się po 30 dniach od dnia opłacenia składki.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa wygasa zgodnie z postanowieniami umowy ubezpieczenia podstawowego.



WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7.

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu był następstwem:

- a) samookaleczenia Ubezpieczonego lub świadomego i celowego spowodowania przez Ubezpieczonego rozstroju zdrowia jego organizmu albo próbą samobójstwa;
- b) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu zabronionego pod groźbą kary, kwalifikowanego jako przestępstwo;
- c) bezpośrednio lub pośrednio działań wojennych lub wojny, inwazji, wojny domowej, powstania, rewolucji, stanu wojennego lub aktów terrorizmu;
- d) wad wrodzonych i ich następstw, padaczki, chorób psychicznych, nerwic, zatrucia alkoholowego, bądź zatrucia środkami odurzającymi, nosicielstwa wirusa HIV lub pełnoobjawowego AIDS;
- e) wykonywania rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich nie wynikających z zachorowania;
- f) leczenia nie zaleconego przez lekarza;
- g) ciąży, usuwania ciąży, porodu lub połogu – poza przypadkami, gdy zdiagnozowano ciążę wysokiego ryzyka oraz powikłania okresu połogu, stanowiące zagrożenie dla życia kobiety;
- h) operacji plastycznych, kosmetycznych lub uzupełniających uzębienie;
- i) działania Ubezpieczonego pod wpływem, w stanie lub w warunkach choroby psychicznej lub zaburzeń psychicznych, a także pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- j) wyniszczenia organizmu lub powikłań na skutek alkoholizmu, narkomanii, nadużywania leków lub innych środków odurzających;
- k) nieszczęśliwego wypadku lub zmian w stanie zdrowia Ubezpieczonego, które miały miejsce przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa;
- l) zdarzeń związanych z odbywaniem przez Ubezpieczonego służby wojskowej w siłach zbrojnych polskich lub obcych;
- m) zdarzenia związanego ze skażeniem radioaktywnym lub skażeniem chemicznym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego, promieniotwórczość lub działania środków chemicznych;
- n) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez dokumentów uprawniających do kierowania lub używania danego pojazdu albo bez świadectwa kwalifikacyjnego pojazdu, a także lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu, za wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem pasażerskich linii lotniczych, odbywanego na ustalonej trasie i według ustalonego rozkładu;
- o) jazdy pojazdem lądowym, morskim lub powietrznym jako uczestnik podczas krajowych lub międzynarodowych zawodów, imprez sportowych lub podczas przygotowań do takich zawodów lub imprez, udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności takich jak: spadochroniarstwo, lotniarstwo, baloniarstwo, akrobatyka, kaskaderstwo, wspinaczka skałkowa lub wysokogórska, szybownictwo, nurkowanie, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na linie, wyścigi samochodowe, motocyklowe i gokartów, speleologia, jazda konna;
- p) wyczynowego uprawiania sportu, za który uważa się uprawianie dyscyplin sportowych w ramach sekcji lub klubów sportowych albo w celach zarobkowych, jak również uczestniczenie w wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi albo w ekspedycjach.

2. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony, przy zawieraniu umowy ubezpieczenia podał dane nieprawdziwe mimo pytań postawionych w tym przedmiocie we wniosku o ubezpieczenie lub ankiecie medycznej, Towarzystwo ma prawo odmówić wypłaty świadczenia na zasadach określonych w przepisach Kodeksu cywilnego.

ZGŁASZANIE WYPADKU UBEZPIECZENIOWEGO

§ 8.

1. W razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego, Ubezpieczający lub Ubezpieczony powinien niezwłocznie, ale nie później niż w terminie 30 dni od wyjścia Ubezpieczonego ze szpitala, powiadomić Towarzystwo o wypadku ubezpieczeniowym. Ubezpieczony powinien ponadto wystąpić o świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w miarę możliwości na druku „Wniosek o wypłatę świadczenia”, udostępnionym na stronie internetowej Towarzystwa, załączając dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia.

2. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć do Towarzystwa niezbędne dokumenty, a mianowicie:

- a) zaświadczenie potwierdzające pobyt w szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego);
- b) inne dokumenty niezbędne do potwierdzenia zasadności zgłoszenia roszczenia, których zażąda Towarzystwo oraz
- c) zwolnić lekarzy, u których leczyl się z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej oraz wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji z przebiegu leczenia;
- d) zwolnić publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych z obowiązku zachowania tajemnicy oraz wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej.

3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia Towarzystwo przeprowadza postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także pisemnie lub drogą elektroniczną informuje Ubezpieczającego i osoby uprawnione z tytułu umowy ubezpieczenia, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia prawa do świadczenia.

4. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.

5. Jeżeli zaniechanie któregośkolwiek z obowiązków, o których mowa w ust. 2, miało wpływ na ustalenie okoliczności wypadku ubezpieczeniowego lub wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć.

6. W razie zaistnienia wątpliwości co do zasadności roszczenia, Towarzystwo skieruje Ubezpieczonego na badania lekarskie, a Ubezpieczony zobowiązany jest się nim podać. W przypadku odmowy przez Ubezpieczonego poddania się badaniom, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 9.

1. W zakresie nie uregulowanym w niniejszych ogólnych warunkach indywidualnego ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie Ogólne warunki indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie „Mediasco”.

2. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego zostały przyjęte uchwałą Zarządu BENEFIA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 4 maja 2009 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 18 maja 2009 roku.

Prezes Zarządu

Tomasz Telejko

Członek Zarządu

Przemysław Majewski

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU „MEDICASCO”

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego (OWUD) stosuje się do umów indywidualnego ubezpieczenia dodatkowego z tytułu pobytu w szpitalu na skutek nieszczęśliwego wypadku, zawieranych z BENEFIA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group i stanowią integralną część umowy indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie „Medicasco”.

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1.

Użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:

1. Towarzystwo – BENEFIA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group.

2. Ubezpieczający – osoba zawierająca umowę ubezpieczenia i obowiązana do opłacenia składki. Ubezpieczającym może być osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, osoba prawna lub inna jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej.

3. Ubezpieczony – wskazana w umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia. Ubezpieczonym może być osoba, która w chwili objęcia ochroną ubezpieczeniową nie ukończyła 60 roku życia.

4. Uprawniony – uprawnionym do świadczenia z umowy ubezpieczenia dodatkowego jest Ubezpieczony.

5. Umowa ubezpieczenia podstawowego – umowa indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie „Medicasco” zawarta z Towarzystwem.

6. Umowa ubezpieczenia dodatkowego – umowa indywidualnego ubezpieczenia dodatkowego z tytułu pobytu w szpitalu na skutek nieszczęśliwego wypadku „Medicasco”.

7. Składka – kwota, którą Ubezpieczający jest zobowiązany zapłacić za udzielenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy indywidualnego ubezpieczenia dodatkowego zawartej z Towarzystwem.

8. Nieszczęśliwy wypadek – nagłe, niezależne od woli Ubezpieczonego, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które to zdarzenie stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia Ubezpieczonego.

9. Szpital – działający zgodnie z przepisami prawa zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadający odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych i wykonywania zabiegów chirurgicznych i zatrudniający zawodowy, wykwalifikowany personel medyczny, prowadzący dla każdego pacjenta dzienny rejestr medyczny. W rozumieniu niniejszych OWUD za szpital nie uznaje się żadnej z instytucji o charakterze innym niż leczniczy, ani następujących obiektów: sanatorium, uzdrowisko, szpital uzdrowiskowy, dom opieki, dom starców, dom wychowawczy, ośrodek rehabilitacyjny, hospicjum, ośrodek leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych czy alkoholowych, a także szpitala rehabilitacyjnego lub innej placówki, której celem jest rehabilitacja.

10. Pobyt w szpitalu – nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w celu leczenia trwający co najmniej 4 dni.

11. Wypadek ubezpieczeniowy – zdarzenie wymienione w § 2 ust. 2, objęte ochroną ubezpieczeniową na mocy niniejszej umowy ubezpieczenia dodatkowego.

12. Świadczenie – kwota wypłacana Ubezpieczonemu w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego określonego w niniejszej umowie ubezpieczenia dodatkowego. Wysokość świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu jest określona w polisie.

13. Polisa/dokument ubezpieczenia – dokument potwierdzający podstawowe warunki zawartej umowy ubezpieczenia.

14. Wiek Ubezpieczonego – określona w pełnych latach różnica pomiędzy rokiem kalendarzowym, w którym oblicza się wiek, a rokiem urodzenia Ubezpieczonego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje trwający co najmniej 4 dni pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem powodującym uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia w okresie ubezpieczenia.

UMOWA UBEZPIECZENIA

§ 3.

1. Umowa ubezpieczenia dodatkowego musi być zawarta jednocześnie z umową ubezpieczenia podstawowego.

2. Zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego potwierdzone jest w polisie.

RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§ 4.

1. Z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, z uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności określonych w § 7 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu w kwocie wskazanej w dokumencie ubezpieczenia, pod warunkiem, że jednorazowy pobyt w szpitalu trwał co najmniej 4 dni.

2. Świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu maksymalnie za okres 50 dni pobytu w szpitalu w czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia.

3. Liczba dni pobytu w szpitalu w okresie ubezpieczenia podlega kumulacji.

SKŁADKA

§ 5.

1. Składkę za ochronę ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy dodatkowej, ustala się za czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa, na podstawie obowiązującej w dniu zawarcia umowy taryfy składek.

2. Wysokość składki zależy od sumy ubezpieczenia i wyników oceny ryzyka ubezpieczeniowego dokonanej przez Towarzystwo.

3. Składka jest płatna jednocześnie ze składką z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego.

4. Taryfa składki jest niezależna od płci i wieku ubezpieczonego i została przygotowana w oparciu o dane z „Rocznika statystycznego 2001” GUS.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 6.

Od odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się i wygasa zgodnie z postanowieniami umowy ubezpieczenia podstawowego.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7.

1. Towarzystwo jest wolne od odpowiedzialności w przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, gdy nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego był następstwem:



- a) samookaleczenia się Ubezpieczonego lub świadomego i celowego spowodowania przez Ubezpieczonego rozstroju zdrowia jego organizmu;
 - b) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu zabronionego pod groźbą kary, kwalifikowanego jako przestępstwo;
 - c) działań wojennych lub wojny, inwazji, wojny domowej, powstania, rewolucji, stanu wojennego lub aktów terroryzmu;
 - d) nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa;
 - e) zdarzeń związanych z odbywaniem przez Ubezpieczonego służby wojskowej w siłach zbrojnych polskich lub obcych;
 - f) zdarzenia związanego ze skażeniem radioaktywnym lub skażeniem chemicznym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego, promieniotwórczość lub działania środków chemicznych;
 - g) działania Ubezpieczonego pod wpływem, w stanie lub w warunkach choroby psychicznej lub zaburzeń psychicznych, a także pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - h) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez dokumentów uprawniających do kierowania lub używania danego pojazdu albo bez świadectwa kwalifikacyjnego pojazdu, a także lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu, za wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem pasażerskich linii lotniczych, odbywanego na ustalonej trasie i według ustalonego rozkładu;
 - i) jazdy pojazdem lądowym, morskim lub powietrznym jako uczestnik podczas krajowych lub międzynarodowych zawodów, imprez sportowych lub podczas przygotowań do takich zawodów lub imprez, udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności takich jak: spadochroniarstwo, lotniarstwo, baloniarstwo, akrobatyka, kaskaderstwo, wspinaczka skałkowa lub wysokogórska, szybownictwo, nurkowanie, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na linie, wyścigi samochodowe, motocyklowe i gokartów, speleologia, jazda konna;
 - j) wyczynowego uprawiania sportu, za który uważa się uprawianie dyscyplin sportowych w ramach sekcji lub klubów sportowych albo w celach zarobkowych, jak również uczestniczenie w wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi albo w ekspedycjach.
2. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony, przy zawieraniu umowy ubezpieczenia podał dane nieprawdziwe mimo pytań postawionych w tym przedmiocie we wniosku o ubezpieczenie lub w ankiecie medycznej, Towarzystwo ma prawo odmówić wypłaty świadczenia na zasadach określonych w przepisach Kodeksu cywilnego.

POSTĘPOWANIE W RAZIE WYPADKU UBEZPIECZENIOWEGO § 8.

1. W razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego, Ubezpieczający lub Ubezpieczony powinien niezwłocznie, ale nie później niż w terminie 30 dni od wyjścia Ubezpieczonego ze szpitala, powiadomić Towarzystwo o wypadku ubezpieczeniowym. Ubezpieczony powinien ponadto wystąpić o świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w miarę możliwości na druku „Wniosek o wypłatę świadczenia”, udostępnionym na stronie internetowej Towarzystwa, załączając dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia.

2. W razie zajścia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony zobowiązany jest ponadto:

- a) starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne podanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
 - b) zabezpieczyć wszystkie dowody związane z nieszczęśliwym wypadkiem dla uzasadnienia roszczenia.
3. Do wniosku o wypłatę świadczenia Ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć następujące dokumenty:
- a) zaświadczenie potwierdzające pobyt w szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego), dokument będący protokołem z miejsca zdarzenia, np.: protokół policji, straży pożarnej, służb BHP, itp., a w przypadku, gdy na miejscu wypadku nie była wymagana obecność policji ani innych służb, szczegółowy opis zdarzenia, w miarę możliwości potwierdzony przez świadków zdarzenia;
 - b) inne dokumenty wskazane przez Towarzystwo, niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia oraz
 - c) zwolnić lekarzy, u których leczył się przed zaistnieniem wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej oraz wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji z przebiegu leczenia;
 - d) zwolnić publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych z obowiązku zachowania tajemnicy oraz wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej.
4. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia Towarzystwo przeprowadza postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także pisemnie lub drogą elektroniczną informuje Ubezpieczającego i osoby uprawnione z tytułu umowy ubezpieczenia, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia prawa do świadczenia.
5. Jeżeli zaniechanie któregośkolwiek z obowiązków, o których mowa w ust. 2, miało wpływ na ustalenie okoliczności wypadku ubezpieczeniowego lub wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć.
6. W razie zaistnienia wątpliwości co do zasadności roszczenia, Towarzystwo skieruje Ubezpieczonego na badania lekarskie, a Ubezpieczony zobowiązany jest się im poddać. W przypadku odmowy przez Ubezpieczonego poddaniu się badaniom lekarskim Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 9.

1. W zakresie nie uregulowanym w niniejszych ogólnych warunkach indywidualnego ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie Ogólne warunki indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie „Medicasco”.
2. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego zostały przyjęte uchwałą Zarządu BENEFIA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 4 maja 2009 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 18 maja 2009 roku.

Prezes Zarządu

Tomasz Telejko

Członek Zarządu

Przemysław Majewski

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO Z TYTUŁU CZĘŚCIOWEGO TRWAŁEGO INWALIDZTWA „MEDICASCO”

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego (OWUD) stosuje się do umów indywidualnego ubezpieczenia dodatkowego z tytułu częściowego trwałego inwalidztwa zawieranych z BENEFIA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group i stanowią integralną część umowy indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie „Medicasco”.

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1.

Użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:

- Towarzystwo** – BENEFIA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group.
- Ubezpieczający** – osoba zawierająca umowę ubezpieczenia i obowiązana do opłacenia składki. Ubezpieczającym może być osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, osoba prawna lub inna jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej.
- Ubezpieczony** – wskazana w umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia. Ubezpieczonym może być osoba, która w chwili objęcia ochroną ubezpieczeniową nie ukończyła 60 roku życia.
- Uprawniony** – uprawnionym do świadczenia z umowy ubezpieczenia dodatkowego jest Ubezpieczony.
- Umowa ubezpieczenia podstawowego** – umowa indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie „Medicasco” zawarta z Towarzystwem.
- Umowa ubezpieczenia dodatkowego** – umowa indywidualnego ubezpieczenia dodatkowego z tytułu częściowego trwałego inwalidztwa „Medicasco”.
- Suma ubezpieczenia** – kwota, która zostanie wypłacona Uprawnionemu w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego.
- Składka** – kwota, którą Ubezpieczający jest zobowiązany zapłacić za udzielenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy indywidualnego ubezpieczenia dodatkowego zawartej z Towarzystwem.
- Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, niezależne od woli Ubezpieczonego, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które to zdarzenie stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia.
- Częściowe trwałe inwalidztwo** – uszkodzenie ciała Ubezpieczonego, spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, które polega na fizycznej utracie organu(ów) wymienionego/ych w tabeli nr 1 lub złamaniu/ach wymienionym/ych w tabeli nr 2 w § 4.
- Wypadek ubezpieczeniowy** – zdarzenie wymienione w § 2 ust. 2, objęte ochroną ubezpieczeniową na mocy postanowień niniejszych OWUD oraz ważnie zawartej i obowiązującej w chwili zajścia zdarzenia umowy ubezpieczenia.
- Polisa/dokument ubezpieczenia** – dokument potwierdzający podstawowe warunki zawartej umowy ubezpieczenia.
- Wiek Ubezpieczonego** – określona w pełnych latach różnica pomiędzy rokiem kalendarzowym, w którym oblicza się wiek, a rokiem urodzenia Ubezpieczonego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2.

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje częściowe trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego wymienione w tabelach świadczeń w § 4 niniejszych OWUD spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem.

UMOWA UBEZPIECZENIA

§ 3.

- Umowa ubezpieczenia dodatkowego musi być zawarta jednocześnie z umową ubezpieczenia podstawowego.
- Zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego Towarzystwo potwierdza w dokumencie ubezpieczenia.

RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§ 4.

- Jeżeli Ubezpieczony, w okresie ubezpieczenia, dozna w wyniku nieszczęśliwego wypadku uszkodzenia ciała powodującego częściowe trwałe inwalidztwo ujęte w tabelach świadczeń zamieszczonych poniżej, wówczas Towarzystwo wypłaca świadczenie w kwocie wynikającej z przemnożenia sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie przez procentowy wskaźnik inwalidztwa określony w poniższych tabelach:

**TABELA NR 1
INWALIDZTWO, UTRATY, AMPUTACJE**

Trwała utrata zdolności do samodzielnej egzystencji na skutek urazów	100%
Całkowita utrata wzroku	100%
Utrata wzroku w jednym oku	40%
Całkowita utrata słuchu	70%
Utrata słuchu w jednym uchu	30%
Utrata zębów (całkowita)- za każdy	1%
Utrata dwóch kończyn	100%
Utrata kończyny górnej	
– powyżej łokcia	70%
– na poziomie nadgarstka	60%
Utrata kciuka	
– całego (na poziomie stawu śródrečno-paliczkowego)	20%
– paliczka dystalnego (całego)	10%
Utrata wskaziciela	
– na poziomie stawu śródrečno-paliczkowego	15%
– za każdy paliczek	5%
Utraty w pozostałych palcach rąk – za każdy paliczek	3%
Utrata kończyny dolnej	
– powyżej uda	50%
– poniżej kolana	40%
Utrata palucha	10%
Pozostałe palce stopy – za każdy	3%
Utrata nerki	40%
Utrata śledziony	20%

**TABELA NR 2
ZŁAMANIA**

Głowa	
kości pokrywy czaszki	
– szczeliny złamań (za każdą kość)	5%
– wgłębienia, ubytki	15%
twarzoczaszka	
– nos (z operacją naprawczą)	15%
– nos (bez korekty chirurgicznej)	8%
– pozostałe kości (z przemieszczeniem)*	15%
– pozostałe kości – z wyłączeniem zębów (bez przemieszczenia)	5%



Kregostup	
<i>wszystkie odcinki</i>	
– złamanie kompresyjne trzonów (za każdy)	20%
– złamania łuków i wyrostków (za każdy)	8%
– kość ogonowa	5%
Obręcz górna	
– łopatka, obojczyk, mostek (za każdą kość)*	10%
Klatka piersiowa	
– za każde żebro	3%
– za odmę, krwiak opłucnej (dodatkowo)	10%
Kończyna górna	
– kość ramieniowa*	20%
– kości przedramienia (za każdą)*	10%
– kości nadgarstka (za każdą)	8%
– kości śródreżcza (za każdą)**	4%
– kciuk i wskaziciel (za każdy paliczek)**	3%
– pozostałe palce (za każdy paliczek)	1%
Obręcz dolna	
– kości miednicy (za każdą)*	15%
Kończyna dolna	
– kość udowa*	30%
– rzepka*	8%
– kości podudzia – piszczel*	20%
– strzałka*	5%
– kostka przyśrodkowa i boczna	8%
– kości stopy – piętowa i skokowa*	15%
– śródstopia I i V**	5%
– śródstopia II, III i IV**	3%
– paliczki palucha (za każdy)	3%
– pozostałe palce (za każdy)	1%
* dodatkowo za złamanie wieloodłamowe, otwarte, śródstawowe	10%
** dodatkowo za złamanie wieloodłamowe, otwarte, śródstawowe	5%

2. Jeżeli u Ubezpieczonego w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku wystąpi więcej niż jedno uszkodzenie ciała powodujące częściowe trwałe inwalidztwo wymienione w tabelach świadczeń nr I i nr 2, to całkowita kwota świadczenia wypłacana przez Towarzystwo będzie sumą kwot należnych za każde doznane uszkodzenie ciała, lecz nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia.

3. W przypadku kolejnej utraty w obrębie tego samego narządu, świadczenie pomniejszane jest o kwoty wypłacone z tytułu wcześniejszej utraty części tego samego narządu.

4. Jeżeli stan zdrowia Ubezpieczonego w okresie poprzedzającym nieszczęśliwy wypadek lub zaniedbanie/odmowa poddania się powypadkowej opiece lekarskiej ma ujemny wpływ na obrażenia powypadkowe, to wysokość świadczenia będzie określona tak jak dla skutków, które wystąpiłyby, gdyby wypadkowi uległa osoba w pełni zdrowa fizycznie, która poddała się właściwemu leczeniu.

SKŁADKA

§ 5.

1. Składkę za ochronę ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy dodatkowej, ustala się za czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa, na podstawie obowiązującej w dniu zawarcia umowy taryfy składek.

2. Wysokość składki zależy od sumy ubezpieczenia i wyników oceny ryzyka ubezpieczeniowego dokonanej przez Towarzystwo.

3. Składka jest płatna jednocześnie ze składką z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego.

4. Taryfa składki jest niezależna od płci i wieku ubezpieczonego i została przygotowana w oparciu o dane z „Rocznika statystycznego 2001” GUS.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 6.

Odpowiedzialność Towarzystwo rozpoczyna się i wygasa zgodnie z postanowieniami umowy ubezpieczenia podstawowego.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7.

1. Towarzystwo jest wolne od odpowiedzialności w przypadku, gdy częściowe trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego było następstwem:

a) działań wojennych lub wojny, inwazji, wojny domowej, powstania, rewolucji, stanu wojennego lub aktów terroryzmu;

b) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu zabronionego pod groźbą kary, kwalifikowanego jako przestępstwo;

c) nieszczęśliwego wypadku lub zmian w stanie zdrowia Ubezpieczonego, które miały miejsce przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa;

d) samookaleczenia się Ubezpieczonego lub świadomego i celowego spowodowania przez Ubezpieczonego uszkodzenia ciała;

e) zdarzeń związanych z odbywaniem przez Ubezpieczonego służby wojskowej w siłach zbrojnych polskich lub obcych;

f) zdarzenia związanego ze skażeniem radioaktywnym lub skażeniem chemicznym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego, promieniotwórczość lub działania środków chemicznych;

g) działania Ubezpieczonego pod wpływem, w stanie lub w warunkach choroby psychicznej lub zaburzeń psychicznych, a także pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;

h) wyniszczenia organizmu oraz powikłań na skutek alkoholizmu, narkomanii, nadużywania leków lub innych środków odurzających;

i) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez dokumentów uprawniających do kierowania lub używania danego pojazdu albo bez świadectwa kwalifikacyjnego pojazdu, a także lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu, za wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem pasażerskich linii lotniczych, odbywanego na ustalonej trasie i według ustalonego rozkładu;

j) jazdy pojazdem lądowym, morskim lub powietrznym jako uczestnik podczas krajowych lub międzynarodowych zawodów, imprez sportowych lub podczas przygotowań do takich zawodów lub imprez, udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności takich jak: spadochroniarstwo, lotniarstwo, baloniarstwo, akrobatyka, kaskaderstwo, wspinaczka skałkowa lub wysokogórska, szybownictwo, nurkowanie, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na linie, wyścigi samochodowe, motocyklowe i gokartów, speleologia, jazda konna;

k) wyczynowego uprawiania sportu, za który uważa się uprawianie dyscyplin sportowych w ramach sekcji lub klubów sportowych albo w celach zarobkowych, jak również uczestniczenie w wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi albo w ekspedycjach.

2. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony, przy zawieraniu umowy ubezpieczenia podał dane nieprawdziwe mimo pytań postawionych w tym przedmiocie we wniosku o ubezpieczenie lub ankiecie medycznej, Towarzystwo ma prawo odmówić wypłaty świadczenia na zasadach określonych w przepisach Kodeksu cywilnego.



POSTĘPOWANIE W RAZIE WYPADKU

§ 8.

1. W razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczający lub Ubezpieczony powinien niezwłocznie, ale nie później niż w terminie 30 dni, powiadomić Towarzystwo o wypadku. Ubezpieczony powinien ponadto wystąpić o świadczenie z tytułu częściowego trwałego inwalidztwa w miarę możliwości na druku „Wniosek o wypłatę świadczenia”, udostępnionym na stronie internetowej Towarzystwa, załączając dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia.

2. W razie zajścia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony zobowiązany jest ponadto:

a) starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne podanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;

b) zabezpieczyć wszystkie dowody związane z nieszczęśliwym wypadkiem dla uzasadnienia roszczenia.

3. Do wniosku o wypłatę świadczenia Ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć następujące dokumenty:

a) dokument stwierdzający, że częściowe trwale inwalidztwo jest wynikiem nieszczęśliwego wypadku, np. raport policji;

b) inne dokumenty wskazane przez Towarzystwo, niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości świadczenia oraz

c) zwolnić lekarzy, u których leczył się przed zaistnieniem wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej oraz wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji z przebiegu leczenia;

d) zwolnić publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych z obowiązku zachowania tajemnicy oraz wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej.

4. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia Towarzystwo przeprowadzi postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także

pisemnie lub drogą elektroniczną informuje Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia prawa do świadczenia.

5. Jeżeli zaniechanie któregokolwiek z obowiązków, o których mowa w ust. 2, miało wpływ na ustalenie okoliczności wypadku ubezpieczeniowego lub wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć.

6. W razie zaistnienia wątpliwości co do zasadności roszczenia, Towarzystwo skieruje Ubezpieczonego na badania lekarskie, a Ubezpieczony zobowiązany jest się im poddać. W przypadku odmowy przez Ubezpieczonego poddaniu się badaniom, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 9.

1. W zakresie nie uregulowanym w niniejszych ogólnych warunkach indywidualnego ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie Ogólne warunki indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie „Medi-casco”.

2. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego zostały przyjęte uchwałą Zarządu BENEFIA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 4 maja 2009 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 18 maja 2009 roku.

Prezes Zarządu

Tomasz Telejko

Członek Zarządu

Przemysław Majewski