

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA Z TYTUŁU CZĘŚCIOWEGO TRWAŁEGO INWALIDZTWA

Niniejsze ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia z tytułu częściowego trwałego inwalidztwa stosuje się wyłącznie w przypadku zawarcia ubezpieczenia dodatkowego w celu uzupełnienia umów podstawowych rodzinnego ubezpieczenia na życie.

§ 1.

Użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:

- 1) **Towarzystwo** – BENEFIA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.;
- 2) **Ubezpieczający** - podmiot zawierający umowę ubezpieczenia podstawowego z Towarzystwem.
- 3) **Ubezpieczony** - osobę, która przystąpiła do ubezpieczenia podstawowego oraz do ubezpieczenia dodatkowego na podstawie niniejszych ogólnych warunków;
- 4) **Współubezpieczony** –Dziecko Ubezpieczonego, Małżonek lub Konkubent/-ina Ubezpieczonego;
- 5) **Dziecko** - dziecko własne lub przysposobione w wieku do 18 lat. Określenie dziecko obejmuje także pełnoletnie dziecko własne lub przysposobione w wieku do 25 lat i uczęszczające do szkoły, oraz każde pełnoletnie dziecko własne lub przysposobione, które z uwagi na swoje upośledzenie lub chorobę nie mogło rozpocząć pracy zawodowej i pozostaje pod opieką i na utrzymaniu Ubezpieczonego.
- 6) **Małżonek** – osoba, z którą Ubezpieczony pozostawał w związku małżeńskim w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 7) **Konkubent/-ina** - osoba, z którą Ubezpieczony w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, prowadził wspólne gospodarstwo oraz od co najmniej 12-nastu miesięcy posiadał wspólny adres zameldowania
- 8) **Ubezpieczenie podstawowe** – rodzinne ubezpieczenie na życie;
- 9) **Okres ubezpieczenia** – okres dwunastu miesięcy, na który została zawarta umowa ;
- 10) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego Ubezpieczony, wbrew swej woli, doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł. Nieszczęśliwym wypadkiem, w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków, nie są choroby zawodowe i wszelkie inne choroby lub stany chorobowe, nawet takie, które występują nagle (np. choroby zakaźne, zaziębienia, zapalenia płuc, krwawienia narządów wewnętrznych, zakłócenia ciąży i porodu, wypadnięcie jądra miążdżystego) oraz wszelkie zawały, wylewy i udary.
- 11) **Częściowe trwale inwalidztwo** – uszkodzenie ciała Ubezpieczonego, spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, które polega na fizycznej utracie organu(ów) wymienionego/ych w tabeli nr 1.
- 12) **Złamanie** – całkowite lub częściowe przerwanie ciągłości kości wymienione w tabeli nr 2.

§ 2.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego i Współubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje częściowe trwale inwalidztwo Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem.

§ 3.

1. Niniejsze ogólne warunki przewidują wypłatę Ubezpieczonemu świadczenia za następujące zdarzenia:
 - 1) świadczenie z tytułu częściowego trwałego inwalidztwa lub złamania, które wystąpiło u Ubezpieczonego,
 - 2) świadczenie z tytułu częściowego trwałego inwalidztwa lub złamania, które wystąpiło u Współubezpieczonego.
2. Wyboru świadczeń, z których ma składać się zakres ubezpieczenia w niniejszym ubezpieczeniu dokonuje Ubezpieczający i określa je we wniosku o zawarcie ubezpieczenia. Ubezpieczający nie ma prawa wyboru świadczenia określonego w ust. 1 pkt. 2 jeśli nie wybierze świadczenia określonego w ust. 1 pkt. 1.
3. Jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony, w okresie ubezpieczenia, dozna w wyniku nieszczęśliwego wypadku uszkodzenia ciała powodującego częściowe trwale inwalidztwo ujęte w tabeli nr 1 lub złamania kości ujętego w tabeli nr 2 zamieszczonych poniżej, wówczas Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w kwocie wynikającej z przemnożenia sumy wskazanej w polisie jako

świadczenie za 100% trwałego częściowego inwalidztwa przez procentowy wskaźnik inwalidztwa określony w tabeli poniżej:

Tabela nr 1

Rodzaj inwalidztwa (amputacje, utraty)	Procentowy wskaźnik inwalidztwa
całkowita utrata wzroku	100%
utrata wzroku w jednym oku	40%
całkowita utrata słuchu	80%
utrata słuchu w jednym uchu	30%
utrata dwóch kończyn	100%
utrata jednej kończyny	60%
utrata palców u rąk (amputacja na poziomie paliczka bliższego):	
Kciuk	20%
palec wskazujący	15%
pozostałe palce (za jeden palec)	5%
utrata palców u rąk (z pozostawieniem paliczka bliższego):	
Kciuk	15%
palec wskazujący	10%
pozostałe palce (za jeden palec)	3%
utrata palców u nóg:	
Paluch	15%
pozostałe palce (za jeden palec)	3%

Tabela nr 2

Złamania	Procentowy wskaźnik inwalidztwa
Głowa:	
- twarzoczaszka	50%
- mózgowiec	40%
Złamania kompresyjne kręgosłupa (szyjny, lędźwiowy, piersiowy, kość ogonowa):	30%
Złamania łuków kręgosłupa (szyjny, lędźwiowy, piersiowy, kość ogonowa):	20%
Obręcz górna: obojczyk, łopatką, mostek	20%
Obręcz górna, złamanie otwarte	25%
złamanie żebra:	
- za każde żebro	10%
- dodatkowo: za uszkodzenie opłucnej z odmą	20%
Kończyna górna:	
- kość ramienia	20%
- kość przedramienia (za każdą)	15%
- za złamanie otwarte dodatkowo	10%
- za złamanie wielomiejscowe tej samej kości dodatkowo	15%
Ręka i palce:	
- kciuk i śródręcze	20%
- wskazujący	15%
- pozostałe palce	10%

Obręcz dolna:	
- kość miednicy	20%
- za złamanie otwarte, dodatkowo	10%
- za złamanie wielomiejscowe	15%
kończyna dolna:	
- kość udowa	30%
- za złamanie otwarte, dodatkowo	10%
- za złamanie wielomiejscowe	15%
- rzepka	10%
Kość podudzia:	
- piszczel	30%
- za złamanie otwarte dodatkowo	20%
- za złamanie wielomiejscowe dodatkowo	20%
- strzałka	20%
- za złamanie otwarte dodatkowo	20%
- za złamanie wielomiejscowe dodatkowo	20%
Stopa:	
- pięta	30%
- za złamanie wielomiejscowe dodatkowo	10%
- kości śródstopia	20%
- paluch	20%
- palec	10%

4. Jeżeli u Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku wystąpi więcej niż jedna ze strat wymieniona w powyższych tabelach świadczeń, to całkowita kwota świadczenia wypłacana przez Towarzystwo będzie sumą kwot należnych za każdą doznaną stratę, lecz nie może przekroczyć kwoty określonej w polisie.
5. W przypadku kolejnej utraty w obrębie tego samego narządu lub kolejne złamanie tego samego narządu, świadczenie pomniejszone jest o kwoty wypłacone z tytułu wcześniejszej utraty części lub złamania tego samego narządu.
6. Jeżeli stan zdrowia Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w czasie poprzedzającym 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.

§ 4.

1. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta przez Ubezpieczającego jedynie jednocześnie z umową ubezpieczenia podstawowego lub przy jej przedłużaniu na kolejny okres ubezpieczenia.
2. Podstawą zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego są dokumenty wymagane przy zawieraniu umowy ubezpieczenia podstawowego.
3. Zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego potwierdza się wpisem w polisie ubezpieczenia podstawowego.
4. Ubezpieczenie dodatkowe rozpoczyna się łącznie z ubezpieczeniem podstawowym, od dnia oznaczonego w polisie.

§ 5.

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego kończy się w momencie oznaczonym jako koniec odpowiedzialności w ubezpieczeniu podstawowym.

§ 6.

1. Składka określana jest na okres jednego roku. Składka ubezpieczeniowa przypadająca na jednego ubezpieczonego wyceniana jest jako łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej i obliczana jest w oparciu o aktualnie obowiązujące tabele składek. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej taryfikowany jest zgodnie z zasadami matematyki aktuarialnej. Taryfikacja składki została przygotowana w oparciu o Rocznik Statystyczny GUS 2001 bez uwzględniania cech charakterystycznych portfela klientów, czyli struktury wieku i płci.
2. Wysokość składki oraz wysokość świadczeń pozostaje niezmienna w trakcie trwania okresu ubezpieczenia.
3. Zmiana składki i zakresu ubezpieczenia może być dokonana przy przedłużaniu umowy ubezpieczenia o kolejny okres ubezpieczenia. Propozycja zmian może być przedstawiona przez każdą ze stron, najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu ubezpieczenia.
4. Terminy opłacania składki dla ubezpieczenia dodatkowego są takie same jak dla ubezpieczenia podstawowego i określone są w polisie.
5. Świadczenia z ubezpieczenia dodatkowego wypłacane są jedynie Ubezpieczonemu.

§ 7.

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności jeśli Ubezpieczony lub Współubezpieczony dozna częściowego trwałego inwalidztwa lub złamania wskutek:
 - 1) działań wojennych,
 - 2) wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez niego przestępstwa,
 - 3) masowych rozruchów społecznych,
 - 4) działania Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu, zażyciu narkotyków lub innych środków odurzających z wyjątkiem tych sytuacji, gdy spożycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - 5) zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających
 - 6) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez Ubezpieczonego nie posiadającego odpowiedniego prawa jazdy lub innego dokumentu uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu (określonego w kodeksie drogowym),
 - 7) wyczynowego uprawiania sportu, za który uważa się uprawianie dyscyplin sportowych w ramach sekcji lub klubów sportowych albo w celach zarobkowych, jak również uczestniczenia w wyprawach/wyjazdach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi,
 - 8) usiłowaniem popełnienia samobójstwa.

§ 8.

1. W razie zajścia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony lub Współubezpieczony zobowiązany jest:
 - a) starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
 - b) zabezpieczyć wszystkie dowody związane z nieszczęśliwym wypadkiem dla uzasadnienia roszczenia,
2. Ubezpieczony powinien wystąpić o świadczenie wypełniając druk „Wniosek o wypłatę świadczenia” załączony do ogólnych warunków ubezpieczenia i załączyć do niego:
 - a) wszelką posiadaną dokumentację medyczną dotyczącą zdarzenia,
 - b) dokument stwierdzający że zdarzenie jest wynikiem nieszczęśliwego wypadku, np. raport policji, służb bhp
 - c) kopię dowodu osobistego,
 - d) inne dokumenty wskazane przez Towarzystwo niezbędne do potwierdzenia zasadności zgłoszonego roszczenia.
3. Jeżeli zaniechanie któregokolwiek z obowiązków, o których mowa w ust. 1 miało wpływ na ustalenie okoliczności wypadku ubezpieczeniowego lub wysokości świadczenia Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć.

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

§ 10.

1. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego oraz ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124 z 2003r. poz. 1151).
2. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu BENEFIA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. nr 6/15/05 z dnia 06 kwietnia 2005r. i obowiązują do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 15 kwietnia 2004r.