

## OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania w przypadku zawarcia ubezpieczenia dodatkowego w celu uzupełnienia umów podstawowych rodzinnego ubezpieczenia na życie.

### § 1.

Użyte w umowie ubezpieczenia oraz innych dokumentach i polisie 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 ;
4. **Współubezpieczony** – Małżonek lub Konkubent/-ina Ubezpieczonego, który ukończył 18 i nie przekroczył 65 lat;
5. **Małżonek** – osoba, z którą Ubezpieczony pozostawał w związku małżeńskim w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
6. **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.
7. **Ubezpieczenie podstawowe** – rodzinne ubezpieczenie na życie;
8. **Okres ubezpieczenia** – okres dwunastu miesięcy, na który została zawarta umowa ubezpieczenia podstawowego wraz z umowami ubezpieczeń dodatkowych.
9. **Poważne Zachorowanie** - stan objęty odpowiedzialnością Towarzystwa, określony w § 3,

### § 2.

1. Przedmiotem ubezpieczenia dodatkowego jest wystąpienie u Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego poważnego zachorowania, których katalog określony jest w ust. 2.
2. Za poważne zachorowanie uważa się choroby i stany związane z chorobami:
  - a) **zawał serca** - nagła martwica części mięśnia sercowego, spowodowana niedrożnością tętnicy wieńcowej, objawiająca się wystąpieniem silnego bólu w klatce piersiowej, charakterystycznymi (świeżymi) zmianami w Ekg i podwyższeniem poziomu enzymów sercowych w surowicy;
  - b) **chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej** - operacje w krążeniu pozaustrojowym, polegające na założeniu przeszczepów naczyniowych omijających krytycznie zwężone odcinki tętnic wieńcowych;
  - c) **udar mózgu** - nagłe zmiany w krążeniu mózgowym, polegające na niedokrwieniu mózgu, wylewie krwi do mózgu lub zatorze z materiału pochodzącego ze źródeł poza czaszką, powodujące neurologiczne następstwa trwające dłużej niż 24 godziny. 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;
  - d) **nowotwory złośliwe (rak, mięsak)** - złośliwy guz charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i naciekaniem zdrowych tkanek przez komórki złośliwe. Do tej grupy zaliczana jest białaczka, z wyłączeniem przewlekłej białaczki limfatycznej. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są następujące nowotwory: nieinwazyjne nowotwory miejscowe in-situ, guzy występujące w przebiegu zarażenia się wirusem HIV oraz wszystkie raki skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego. Rozpoznanie nowotworu powinno być potwierdzone badaniem histopatologicznym;

- e) **niewydolność nerek** - końcowa faza niewydolności nerek na skutek nieodwracalnego upośledzenia czynności, w następstwie czego Ubezpieczony był poddawany dializom przez co najmniej 3 miesiące lub u którego przeprowadzono przeszczep nerki /ek;
- f) **zarażenie się wirusem HIV podczas pobytu w szpitalu,**
- g) **przeszczep dużych narządów** - za przeszczep dużych narządów uważa się dokonanie przeszczepu lub umieszczenie na liście Krajowego Ośrodka Transplantologii oczekujących na przeszczep serca, płuca, wątroby, trzustki, o ile Ubezpieczony jest biorcą a przeszczep wykonywany jest w Polsce lub za granicą na podstawie decyzji Krajowego Ośrodka Transplantologii.

### § 3.

1. Niniejsze ogólne warunki przewidują wypłatę Ubezpieczonemu świadczenia za następujące zdarzenia:
  - 1) świadczenie z tytułu poważnego zachorowania, które wystąpiło u Ubezpieczonego,
  - 2) świadczenie z tytułu poważnego zachorowania, 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. Wysokość poszczególnych świadczeń określona jest w polisie, przy czym:
  - 1) świadczenie z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego nie może być wyższe niż 50% świadczenia za zgon Ubezpieczonego w ubezpieczeniu podstawowym,
  - 2) świadczenie z tytułu poważnego zachorowania Współubezpieczonego nie może być wyższe niż 50% świadczenia z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do każdego Ubezpieczonego i Współubezpieczonego nie obejmuje poważnych zachorowań, które ujawniły się (były diagnozowane lub leczone) u tego Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia dodatkowego.
5. Towarzystwo ma prawo odmówić wypłaty świadczenia z ubezpieczenia dodatkowego w trzech pierwszych latach od przystąpienia do ubezpieczenia jeżeli Ubezpieczony zataił informacje, o które Towarzystwo zapytywało we wniosku lub innych pismach.

### § 4.

1. Jeżeli ubezpieczony zmarł na skutek choroby, której wystąpienie było podstawą do wcześniejszej wypłaty świadczenia z ubezpieczenia dodatkowego (§ 2 ust.1), to wysokość świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego zostaje pomniejszona o kwotę wypłaconą z tytułu niniejszego ubezpieczenia.
2. Towarzystwo wypłaca świadczenie za każde nie powtarzające się poważne zachorowanie, z uwzględnieniem postanowień ust. 3.
3. Towarzystwo nie wypłaca świadczenia w przypadku, gdy choroba jest wynikiem pierwszej, za którą świadczenie zostało wypłacone. Świadczenia nie wypłaca się:
  4. jeśli udar mózgu występuje w przebiegu leczenia zawału serca i choroby wieńcowej,
  5. jeżeli zawał mięśnia sercowego wystąpił w czasie inwazyjnego leczenia choroby wieńcowej,
  6. jeśli przeszczep dużych narządów występuje jako następstwo niewydolności nerek,
  7. jeśli zarażenie się wirusem HIV podczas pobytu w szpitalu występuje jako następstwo przeszczepu dużych narządów lub chirurgicznego leczenia choroby naczyń wieńcowych.

### § 5.

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.

#### **§ 6.**

1. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta, jeżeli przystąpi do niej co najmniej 10 osób.
2. Do ubezpieczenia może przystąpić osoba, która ukończyła 18 rok życia i nie przekroczyła 65 roku życia.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa w ubezpieczeniu dodatkowym rozpoczyna się po 90 dniach od daty opłacenia pierwszej składki za Ubezpieczonego.

#### **§ 7.**

1. Zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego potwierdza się wpisem w polisie ubezpieczenia podstawowego.
2. Terminy opłacania składki dla ubezpieczenia dodatkowego są takie same jak dla ubezpieczenia podstawowego i określone są w polisie.

#### **§ 8.**

1. Odpowiedzialność Towarzystwa, z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego, w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych wygasa:
  - 1) z ostatnim dniem pierwszego, lub kolejnego, okresu ubezpieczenia, przypadającym w roku kalendarzowym, w którym ubezpieczony kończy 65 lat;
  - 2) z dniem, w którym kończy się odpowiedzialność Towarzystwo w ubezpieczeniu podstawowym.
2. Wpłacone składki nie podlegają zwrotowi.

#### **§ 9.**

1. Wysokość składki ustala się na zasadach określonych w § 13 ubezpieczenia podstawowego.
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 musi być przedstawiona stronie przeciwnej 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.

#### **§ 10.**

1. Występując do Towarzystwa z roszczeniem z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego, Ubezpieczony ma obowiązek załączyć:
  - 1) dokładnie wypełniony formularz zgłoszenia świadczenia,
  - 2) dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania,
  - 3) kopię dowodu osobistego.
2. W razie zaistnienia wątpliwości co do zasadności roszczenia, Towarzystwo skieruje Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego na badania lekarskie.
3. Koszty badań lekarskich pokrywa Towarzystwo.

#### **§ 11.**

1. W razie wystąpienia poważnego zachorowania Ubezpieczony lub Współubezpieczony jest obowiązany:
  - 1) poddać się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu w celu złagodzenia skutków poważnego zachorowania,

- 2) poddać się, na życzenie Towarzystwa, obserwacji klinicznej lub badaniu przez lekarzy wskazanych przez Towarzystwo Koszty zleconych badań lekarskich ponosi Towarzystwo.
2. Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony umyślnie nie wykonał obowiązków wymienionych w ust. 1, a miało to wpływ na ustalenie stanu zaawansowania poważnego zachorowania lub pogorszenie stanu poważnego zachorowania.

#### **§ 12.**

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 8/15/05z dnia 6 kwietnia 2005 i obowiązują do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 15 kwietnia 2005 r.