

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI

POSTANOWIENIA OGÓLNE

Art. 1

OGÓLNE warunki indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci, zwane dalej „OWU”, stosuje się do umów indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci zawieranych przez BENEFIA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, zwaną dalej „Towarzystwem”.

Art. 2

Terminy użyte w niniejszych OWU i innych dokumentach związanych z umową ubezpieczenia oznaczają:

- 1) **dzień wymagalności składki** – pierwszy dzień każdego kolejnego okresu wynikającego z częstotliwości opłacania składki, odpowiadający datą początkowi ubezpieczenia, za który Ubezpieczający zobowiązany jest opłacić składkę;
- 2) **koniec ubezpieczenia** – określony w polisie dzień zakończenia okresu ubezpieczenia;
- 3) **nieszczęśliwy wypadek** – nagle, niezależne od woli Ubezpieczonego, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które to zdarzenie stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego;
- 4) **okres ubezpieczenia** – okres przypadający pomiędzy początkiem ubezpieczenia i końcem ubezpieczenia, wskazanymi w polisie;
- 5) **początek ubezpieczenia** – określony w polisie dzień, od którego Towarzystwo ponosi pełną odpowiedzialność z tytułu umowy ubezpieczenia;
- 6) **rocznica umowy** – każda rocznica początku ubezpieczenia;
- 7) **składka** – kwota, którą Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać z częstotliwością i w wysokości określonymi w polisie, przez cały okres trwania umowy ubezpieczenia;
- 8) **suma ubezpieczenia** – kwota określona w polisie, wypłacana przez Towarzystwo w przypadkach wskazanych w OWU;
- 9) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, przedsiębiorca lub inna jednostka organizacyjna, zawierająca umowę ubezpieczenia i zobowiązana do terminowego opłacania składek;
- 10) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia;
- 11) **umowa podstawowa** – umowa indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci;
- 12) **umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem, potwierdzona polisą;
- 13) **umowa uzupełniająca** – umowa ubezpieczenia obejmująca zakresem ubezpieczenia dodatkowe zdarzenia w życiu Ubezpieczonego;
- 14) **Uposażony** – osoba wskazana pisemnie przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia w razie jego śmierci;
- 15) **wiek Ubezpieczonego** – liczba ukończonych pełnych lat życia Ubezpieczonego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia; w kolejnych rocznicach umowy jest on podwyższany o liczbę pełnych lat umowy, jakie upłynęły od daty zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 16) **wniosek o ubezpieczenie** – podpisany przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego dokument, sporządzony na formularzu Towarzystwa, którym Ubezpieczający wnioskuję o zawarcie umowy ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

Art. 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

Art. 4

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, o ile wypadek ten wydarzy się w okresie, o którym mowa w art. 17. W podanym okresie Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zajścia jakichkolwiek innych zdarzeń.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

Art. 5

1. Warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia jest ukończenie przez Ubezpieczonego, w dniu początku ubezpieczenia, 15 lat i nie ukończenie 61 lat.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony, nie krótszy niż 3 lata i nie dłuższy niż 30 lat, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Umowa ubezpieczenia nie może kończyć się później niż w rocznicę umowy przypadającą bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 70 lat.

Art. 6

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku o ubezpieczenie.
2. Jeżeli wniosek o ubezpieczenie został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia wniosku o ubezpieczenie lub do wypełnienia nowego wniosku o ubezpieczenie w terminie 14 dni od daty doręczenia wezwania. W takim przypadku odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie opisanym w art. 4 ust. 2 ulega zawieszeniu na okres od dnia otrzymania wezwania przez Ubezpieczającego do dnia otrzymania przez Towarzystwo uzupełnionego lub nowego, prawidłowo i kompletnie wypełnionego wniosku o ubezpieczenie.
3. Jeżeli Ubezpieczający nie uzupełni wniosku o ubezpieczenie lub nie wypełni nowego wniosku o ubezpieczenie w terminie i na zasadach określonych w ust. 2, umowa ubezpieczenia nie zostanie zawarta, a wniosek o ubezpieczenie uznaje się za nieskuteczny.

Art. 7

1. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane im okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało w związku z umową ubezpieczenia we wniosku o ubezpieczenie lub w innych pismach przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
2. W razie zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo wolne jest od odpowiedzialności stosownie do odpowiednich postanowień powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

Art. 8

1. Towarzystwo ma prawo uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od wieku Ubezpieczonego, wysokości sumy ubezpieczenia, informacji związanych ze stanem zdrowia Ubezpieczonego oraz od konieczności poddania się przez Ubezpieczonego badaniom lekarskim lub diagnostycznym, przeprowadzonym na koszt Towarzystwa.
2. Towarzystwo może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia również od dostarczenia dokumentów medycznych dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego, będących w posiadaniu Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego.

Art. 9

1. Po dokonaniu analizy danych dotyczących Ubezpieczonego zawartych we wniosku o ubezpieczenie oraz innych dokumentach dostarczonych Towarzystwu przy zawieraniu umowy ubezpieczenia lub wynikających z przeprowadzonych badań, o których mowa w art. 8, Towarzystwo uprawnione jest do:



- 1) zmiany wysokości składki zawartej we wniosku o ubezpieczenie;
 - 2) obniżenia wysokości sumy ubezpieczenia w stosunku do zawartej we wniosku o ubezpieczenie;
 - 3) zmiany zakresu ubezpieczenia w stosunku do zawartego we wniosku o ubezpieczenie;
2. Zmiany, o których mowa w ust. 1, wymagają akceptacji Ubezpieczającego, stosownie do postanowień art. 10.

Art. 10

1. Jeżeli z oceny ryzyka dokonanej przez Towarzystwo wynika, że Towarzystwo może zawrzeć umowę ubezpieczenia na warunkach, które będą odbiegać od treści złożonego wniosku o ubezpieczenie na niekorzyść Ubezpieczającego, Towarzystwo powiadomi o tym Ubezpieczającego na piśmie.
2. W przypadku określonym w ust. 1, Towarzystwo wyznaczy Ubezpieczającemu termin, nie krótszy niż 7 dni i nie dłuższy niż 14 dni, na wyrażenie przez Ubezpieczającego zgody na zawarcie umowy ubezpieczenia na warunkach proponowanych przez Towarzystwo.
3. W przypadku nie wyrażenia przez Ubezpieczającego zgody, o której mowa w ust. 2, w podanym terminie, umowa ubezpieczenia nie zostanie zawarta, a odpowiedzialność Towarzystwa, o której mowa w art. 4 ust. 2, wygaśnie z ostatnim dniem terminu wskazanego przez Towarzystwo, chyba że wcześniej Ubezpieczający poinformował Towarzystwo o niewyrażeniu zgody na zawarcie umowy na warunkach proponowanych przez Towarzystwo.

Art. 11

1. Towarzystwo uprawnione jest do:
- 1) odroczenia terminu zawarcia umowy ubezpieczenia, jeżeli konieczność taka wynika z oceny ryzyka dokonanej przez Towarzystwo;
 - 2) odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. W przypadkach wskazanych w ust. 1 nie dochodzi do zawarcia umowy ubezpieczenia, o czym Towarzystwo informuje Ubezpieczającego.

Art. 12

1. Towarzystwo potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia polisą.
2. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z dniem wskazanym w polisie doręczonej Ubezpieczającemu lub osobie przez niego upoważnionej.

ZAKOŃCZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

Art. 13

1. Ubezpieczający ma prawo rozwiązać umowę ubezpieczenia z zachowaniem dwumiesięcznego okresu wypowiedzenia. Początkiem okresu wypowiedzenia jest dzień miesiąca odpowiadający nazwą początkowi ubezpieczenia, a w przypadku braku takiego dnia – ostatni dzień miesiąca przypadający po dniu doręczenia Towarzystwu wypowiedzenia.
2. W przypadku określonym w ust. 1, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia, o ile wcześniej nie nastąpi rozwiązanie umowy ubezpieczenia z przyczyn wskazanych w art. 21.

Art. 14

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

Art. 15

Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem powiadomienia Towarzystwa o zajściu zdarzenia zobowiązującego Towarzystwo do wypłaty świadczenia z tytułu umowy podstawowej.

Art. 16

Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego nie zwalnia go z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym Towarzystwo ponosiło odpowiedzialność na podstawie zawartej umowy.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Art. 17

1. Odpowiedzialność Towarzystwa, o której mowa w art. 4 ust. 2, rozpoczyna się od dnia następnego po dniu wypełnienia wniosku o ubezpieczenie i opłaceniu pierwszej składki.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa, o której mowa w art. 4 ust. 2, ustaje:
 - 1) z końcem dnia bezpośrednio poprzedzającego początek ubezpieczenia albo
 - 2) z dniem powiadomienia Ubezpieczającego przez Towarzystwo o okolicznościach, o których mowa w art. 11 albo
 - 3) z dniem odmowy zaakceptowania przez Ubezpieczającego zawarcia umowy ubezpieczenia na warunkach proponowanych przez Towarzystwo lub upływu terminu wyznaczonego przez Towarzystwo, o którym mowa w art. 10 ust. 3 albo
 - 4) z końcem sześćdziesiątego dnia od daty jej rozpoczęcia.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w okresie zawieszenia odpowiedzialności opisanym w art. 6 ust. 2.

Art. 18

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie, o którym mowa w art. 4 ust. 1, rozpoczyna się w dniu początku ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia przez Ubezpieczającego pierwszej składki.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa, o której mowa w art. 4 ust. 1, ustaje:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia;
 - 2) z dniem określonym w polisie jako koniec ubezpieczenia;
 - 3) z dniem śmierci Ubezpieczonego.

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Art. 19

- Towarzystwo wolne jest od odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, o którym mowa w art. 33, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła:
- 1) w wyniku samobójstwa w okresie pierwszych 2 lat od początku ubezpieczenia;
 - 2) bezpośrednio lub pośrednio w wyniku działań wojennych lub wojny, inwazji, wojny domowej, powstania, rewolucji, stanu wojennego lub aktów terroryzmu;
 - 3) w wyniku popełnienia przez Ubezpieczonego czynu zabronionego pod groźbą kary, kwalifikowanego jako przestępstwo.

SKŁADKA

Art. 20

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania składki z góry, w terminach i w wysokości równej kwocie składki określonej w polisie.
2. Wysokość składki jest ustalana przy zawieraniu umowy ubezpieczenia, w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, zakresu ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składki, długości okresu ubezpieczenia, wieku i płci Ubezpieczonego oraz innych okoliczności istotnych dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Składka może ulec zmianie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia tylko w przypadkach wskazanych w OWU.
4. Pierwsza składka opłacana jest niezwłocznie po wypełnieniu wniosku o ubezpieczenie, na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo i nie może być opłacona później niż w terminie 7 dni od daty podpisania przez Ubezpieczającego wniosku o ubezpieczenie.
5. Kolejne składki mogą być opłacane wyłącznie przelewem na rachunek bankowy Towarzystwa, najpóźniej z dniem wymagalności składki. Skład-



kę uważa się za zapłaconą z dniem zaksięgowania wpłaty na rachunku bankowym Towarzystwa.

6. W przypadku nieopłacenia przez Ubezpieczającego składki, kolejna opłacona składka zaliczana jest na poczet pierwszej zaległej składki.

Art. 21

1. W razie niezapłacenia składki do dnia wymagalności składki, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty składki, wyznaczając mu dodatkowy termin na dokonanie zapłaty. Dodatkowy termin na dokonanie zapłaty upływa z końcem drugiego miesiąca od dnia wymagalności składki.

2. Jeżeli składka nie zostanie opłacona przed upływem dodatkowego terminu, o którym mowa w ust. 1, umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego z dniem wymagalności pierwszej zaległej składki. Oznacza to, że po upływie drugiego miesiąca od dnia wymagalności składki umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu.

3. Ubezpieczający może zostać obciążony kosztem wezwania, o którym mowa w ust. 1, w wysokości określonej w tabeli opłat i wartości.

Art. 22

Ubezpieczającemu przysługuje zwrot nadpłaconej składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej w następujących przypadkach:

1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, stosownie do postanowień art. 14;

2) odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia przez Towarzystwo;

3) odmowy wyrażenia przez Ubezpieczającego zgody na zawarcie umowy ubezpieczenia na warunkach proponowanych przez Towarzystwo, stosownie do postanowień art. 10, chyba że wcześniej Towarzystwo będzie zobowiązane do wypłaty świadczenia, o którym mowa w art. 4 ust. 2.

PODWYŻSZENIE SKŁADKI

Art. 23

1. Niezależnie od postanowień art. 26, w okresie pomiędzy rocznicami umowy, Ubezpieczający może wnioskować o podwyższenie składki, z zachowaniem następujących zasad:

1) złożenia wniosku w tym zakresie na formularzu Towarzystwa;

2) opłacenia wszystkich zaległych składek;

3) składka może być podwyższona jedynie o kwotę równą co najmniej połowie składki minimalnej właściwej dla danej częstotliwości opłacania składki należnej z tytułu umowy indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci, wskazanej w tabeli opłat i wartości obowiązującej w dniu podwyższenia;

4) podwyższenie składki skutkuje odpowiednim podwyższeniem sumy ubezpieczenia;

5) do podwyższenia składki stosuje się odpowiednio postanowienia art. 6 – 11.

2. W przypadku zaakceptowania przez Towarzystwo wniosku o podwyższenie składki:

1) Towarzystwo wystawia nową polisę;

2) zmiana wysokości składki następuje z pierwszym dniem wymagalności składki następującym po zaakceptowaniu wniosku.

ZMIANA CZĘSTOTLIWOŚCI OPŁACANIA SKŁADKI

Art. 24

1. Ubezpieczający może w każdym momencie trwania umowy ubezpieczenia złożyć wniosek o zmianę częstotliwości opłacania składki.

2. Wniosek o zmianę częstotliwości opłacania składki zostanie rozpatrzone pod warunkiem opłacenia wszystkich zaległych składek.

3. Towarzystwo dokona zmiany częstotliwości opłacania składki w najbliższym możliwym terminie zależnym od aktualnie obowiązującej i wnioskowanej przez Ubezpieczającego częstotliwości opłacania składki.

4. O dokonanej zmianie częstotliwości opłacania składki Towarzystwo powiadomi Ubezpieczającego na piśmie podając datę, w jakiej zmiana ta wchodzi w życie.

5. W dniu wejścia w życie nowej częstotliwości opłacania składki Towarzystwo wystawi nową polisę potwierdzającą dokonaną zmianę częstotliwości i wynikającą z tego zmianę wysokości składki.

6. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w nowej wysokości począwszy od dnia wejścia w życie zmienionej częstotliwości opłacania składki.

SUMA UBEZPIECZENIA

Art. 25

1. Oczekiwaną wartość sumy ubezpieczenia określa Ubezpieczający we wniosku o ubezpieczenie.

2. Suma ubezpieczenia wskazana we wniosku o ubezpieczenie jest potwierdzana przez Towarzystwo w polisie, o ile nie nastąpi jej zmiana w trybie opisanym w art. 9.

3. Suma ubezpieczenia może ulec zmianie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia tylko w przypadkach wskazanych w OWU.

INDEKSACJA SUMY UBEZPIECZENIA I SKŁADKI

Art. 26

1. Towarzystwo może w rocznicę umowy zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie sumy ubezpieczenia i składki o wskaźnik indeksacji.

2. Wskaźnik indeksacji ustalany jest przez Towarzystwo w pierwszym kwartale każdego roku kalendarzowego w oparciu o:

1) wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych publikowany przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego na koniec poprzedniego roku kalendarzowego i

2) wskaźnik wzrostu przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie wskaźnika indeksacji oraz

3) jednoroczny WIBOR (Warsaw Interbank Offered Rate – oprocentowanie, po jakim banki skłonne są udzielić pożyczek innym bankom) obowiązujący w ostatnim dniu poprzedniego roku kalendarzowego.

3. Wskaźnik indeksacji ustalony zgodnie z postanowieniami ust. 2, odnosi się do indeksacji sumy ubezpieczenia i składki, dokonywanych po upływie dwóch miesięcy od dnia ustalenia nowego wskaźnika i obowiązuje do momentu zastosowania kolejnego wskaźnika indeksacji.

4. O aktualnym wskaźniku indeksacji Towarzystwo powiadomi Ubezpieczającego najpóźniej na 30 dni przed kolejną rocznicą umowy, podając jednocześnie wartość sumy ubezpieczenia i składki, ustalonych w oparciu o ten wskaźnik indeksacji.

5. Towarzystwo nie proponuje podwyższenia sumy ubezpieczenia i składki w zależności od okresu ubezpieczenia w ostatnich latach okresu ubezpieczenia, zgodnie z poniższą tabelą:

Okres ubezpieczenia (w latach)	Ostatnie lata okresu ubezpieczenia, w których Towarzystwo nie proponuje podwyższenia sumy ubezpieczenia i składki
5	0
6	1
7	2
8	3
9	4
10 i więcej	5

Art. 27

1. Ubezpieczający może zrezygnować z możliwości podwyższenia sumy ubezpieczenia i składki, o której mowa w art. 26.



2. O rezygnacji, o której mowa w ust. 1, Ubezpieczający obowiązany jest poinformować Towarzystwo w formie pisemnej, najpóźniej na 14 dni przed najbliższą rocznicą umowy następującą po otrzymaniu powiadomienia, o którym mowa w art. 26 ust. 4.

3. Nieprzekazanie przez Ubezpieczającego rezygnacji, o której mowa powyżej, w terminie i w formie określonych w ust. 2, uważa się za wyrażenie zgody na podwyższenie sumy ubezpieczenia i składki, o którym mowa w art. 26.

Art. 28

Podwyższenie sumy ubezpieczenia i składki, o którym mowa w art. 26, powoduje:

- 1) zmianę wysokości składki o wartość procentową zgodną ze wskaźnikiem indeksacji;
- 2) wzrost sumy ubezpieczenia o wartość wyliczoną w oparciu o przyrost składki stosownie do taryfy właściwej dla wieku Ubezpieczonego, jego płci, liczby pełnych lat umowy do końca umowy, na dzień podwyższenia sumy ubezpieczenia.

Art. 29

Podwyższenie sumy ubezpieczenia i składki, o którym mowa powyżej, obowiązuje od rocznicy umowy następującej bezpośrednio po powiadomieniu, o którym mowa w art. 26 ust. 4 i jest każdorazowo potwierdzane przez Towarzystwo nową polisą.

UPOSAŻONY

Art. 30

1. Ubezpieczony może wskazać jednego lub więcej Uposażonych.
2. Wskazanie Uposażonego może nastąpić zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, we wniosku o ubezpieczenie, jak i w każdym czasie jej trwania i wymaga dla swojej ważności formy pisemnej.

Art. 31

1. W każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczony może odwołać Uposażonego lub zmienić jego procentowy udział w świadczeniu. Dyspozycja taka wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Towarzystwo związane jest dyspozycją Ubezpieczonego, o której mowa w ust. 1, począwszy od dnia jej doręczenia Towarzystwu.

Art. 32

Każda zmiana Uposażonego, jego odwołanie lub zmiana udziału Uposażonego w kwocie świadczenia, potwierdzana jest przez Towarzystwo nową polisą.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

Art. 33

Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci jednorazowo Uposażonemu lub innej uprawnionej osobie, jeżeli:

- 1) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w okresie ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z zakresu ubezpieczenia, o którym mowa w art. 4 ust. 1 – Towarzystwo wypłaci sumę ubezpieczenia obowiązującą w dniu śmierci Ubezpieczonego;
- 2) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w okresie ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z zakresu ubezpieczenia, o którym mowa w art. 4 ust. 2 – Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej we wniosku o ubezpieczenie, nie więcej jednak niż kwotę 25.000 (dwadzieścia pięć tysięcy) złotych.

Art. 34

1. Towarzystwo ma prawo pomniejszyć wypłacane świadczenia o składki i opłaty należne do dnia wypłaty świadczenia.
2. W przypadku, gdy Towarzystwo będzie zobowiązane do zwrotu Ubezpieczającemu nadpłaconej składki, zwracana składka zostanie pomniej-

szona o koszty poniesione przez Towarzystwo w związku z zawarciem i rozwiązaniem umowy ubezpieczenia (w szczególności koszty akwizycji oraz koszty przekazania nadpłaconej składki Ubezpieczającemu).

3. W przypadku jakiegokolwiek zmiany dotyczącej numeru rachunku bankowego wskazanego w treści wniosku o ubezpieczenie, Ubezpieczający jest zobowiązany niezwłocznie poinformować o tym fakcie Towarzystwo w celu umożliwienia Towarzystwu prawidłowego dokonywania zwrotu nadpłaconych składek.

Art. 35

1. Towarzystwo wypłaca świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego na podstawie pisemnego zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego, które powinno być sporządzone w miarę możliwości na formularzu Towarzystwa.
2. Do wypłaty świadczenia niezbędne jest doręczenie Towarzystwu, w zależności od okoliczności i tytułu wypłaty:
 - 1) odpisu aktu zgonu i zaświadczenia lekarskiego stwierdzającego przyczynę śmierci Ubezpieczonego;
 - 2) dokumentu potwierdzającego okoliczności śmierci Ubezpieczonego;
 - 3) kopii dokumentów potwierdzających tożsamość osób uprawnionych do świadczenia, potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez notariusza lub osobę reprezentującą Towarzystwo;
 - 4) numeru rachunku bankowego, na który Towarzystwo ma dokonać wypłaty świadczenia;
 - 5) innych dokumentów wskazanych przez Towarzystwo, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości 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. 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 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.

Art. 36

1. Towarzystwo wypłaca świadczenie najpóźniej w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego, pod warunkiem otrzymania dokumentów, o których mowa w art. 35.
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. Bezsportną 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 bezsportną część świadczenia.

Art. 37

1. Świadczenie, o którym mowa w art. 33 ust. 1, wypłacane jest osobom wskazanym jako Uposażony, z zastrzeżeniem poniższych postanowień.
2. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych, a nie oznaczył ich udziału w kwocie świadczenia, przyjmuje się, że udziały tych osób są równe.



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

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

5. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego albo gdy jedyny Uposażony 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 Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego albo gdy jedyny Uposażony 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.

ZMIANY W UMOWIE UBEZPIECZENIA

Art. 38

1. O każdej zmianie OWU, w tym również tabeli opłat i wartości, Towarzystwo powiadamia Ubezpieczającego na piśmie.

2. Powyższe zmiany mają zastosowanie do umowy ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczający nie wypowiedzie umowy ubezpieczenia w terminie 14 dni od daty doręczenia zmian, z zastrzeżeniem ust. 5.

3. Powyższe zmiany wchodzi w życie od pierwszego dnia okresu następującego bezpośrednio po upływie terminu na wypowiedzenie umowy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 2, chyba że w zawiadomieniu o zmianach Towarzystwo wskazało inny późniejszy termin wejścia ich w życie.

4. Zmiana OWU w powyższym trybie nie jest możliwa, jeżeli dotyczy ona istotnych postanowień umowy ubezpieczenia, takich jak np. tryb i warunki wypłaty świadczeń, wysokość sumy ubezpieczenia, ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa, o ile zmiany te pogarszają sytuację Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub innych osób uprawnionych.

5. W przypadku obniżenia opłat lub wartości wskazanych w tabeli opłat i wartości, Towarzystwo powiadamia Ubezpieczającego na piśmie, w najbliższą rocznicę umowy, przekazując aktualną wartość opłat lub wartości. Taka zmiana umowy nie wymaga stosowania zasad dokonywania zmian w umowie ubezpieczenia opisanych w ust. 2 – 4 i wchodzi w życie od dnia wskazanego w powiadomieniu o zmianach.

6. Jeżeli składka, z uwagi na rozwiązanie umowy uzupełniającej lub odstąpienie od tej umowy, spadnie poniżej minimalnej wysokości składki, określonej w tabeli opłat i wartości, wówczas Towarzystwo będzie uprawnione do zaproponowania zmian w umowie ubezpieczenia w trybie opisanym w ust. 2–4.

OŚWIADCZENIA I ZAWIADOMIENIA

Art. 39

Strony dokonują zawiadomień i oświadczeń związanych z umową ubezpieczenia na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub przesyłając je listem poleconym.

Art. 40

1. Jeżeli w OWU nie postanowiono inaczej, każdy wniosek dotyczący umowy ubezpieczenia składany w trakcie jej trwania zostanie rozpatrzony przez Towarzystwo w terminie 30 dni od daty otrzymania prawidłowo wypełnionego i kompletnego wniosku.

2. Jeżeli wniosek, o którym mowa w ust. 2, został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, Towarzystwo wezwie osobę składającą

wniosek do uzupełnienia wniosku lub do wypełnienia nowego wniosku, lub też do dostarczenia brakujących dokumentów lub informacji, w terminie 14 dni od daty otrzymania wezwania.

3. Jeżeli osoba składająca wniosek nie zastosuje się do treści wezwania, o którym mowa w ust. 3, wówczas jej wniosek uznaje się za nieskuteczny.

Art. 41

1. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są do informowania Towarzystwa o każdej zmianie ich adresu lub siedziby.

2. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony zmienił adres i nie powiadomił o tym Towarzystwa na piśmie lub nie odbiera korespondencji wysyłanej przez Towarzystwo na ostatni znany Towarzystwu adres tej osoby, przyjmuje się, że Towarzystwo wypełniło obowiązek zawiadomienia lub oświadczenia wysyłając pismo pod ostatni, podany Towarzystwu adres. W takim przypadku strony uznają, że pismo wywiera skutki prawne po upływie 30 dni od dnia jego wysłania.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Art. 42

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 zażaleń dokonywane jest przez Zarząd Towarzystwa bezpośrednio lub przez osoby upoważnione przez Zarząd.

5. Prawem właściwym dla zawartej przez Strony umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.

Art. 43

Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

Art. 44

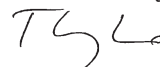
1. Niniejsza umowa ubezpieczenia należy do Grupy I Działu I załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej z dnia 22 maja 2003 r. (Dz.U. z 2003 r., nr 124, poz. 1151, ze zm.) i zgodnie z wiedzą Towarzystwa, świadczenia ubezpieczeniowe z tytułu tej umowy ubezpieczenia według stanu prawnego obowiązującego 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, należny podatek dochodowy obciążać będzie osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia.

Art. 45

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zatwierdzone przez Zarząd Towarzystwa uchwałą z dnia 21 listopada 2008 roku, wchodzi w życie z dniem 1 grudnia 2008 roku.

PREZES ZARZĄDU


Tomasz Telejko

CZŁONEK ZARZĄDU


Przemysław Majewski



BENEFIA TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE S.A. VIENNA INSURANCE GROUP OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UZUPEŁNIAJĄCEGO NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Art. 1

1. Zawarcie umowy ubezpieczenia uzupełniającego na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku (dalej – umowa uzupełniająca), regulowanej niniejszymi ogólnymi warunkami ubezpieczenia (dalej – OWU), może nastąpić wyłącznie pod warunkiem zawarcia umowy podstawowej, do końca okresu obowiązywania umowy podstawowej.

2. Umowa uzupełniająca może być zawarta albo łącznie z umową podstawową, albo później, ale tylko jeden raz w trakcie trwania umowy podstawowej, nie krócej niż na okres trzech pełnych lat umowy.

3. Zawarcie umowy uzupełniającej w trakcie trwania umowy podstawowej jest możliwe pod warunkiem opłacenia wszystkich zaległych składek oraz dokonywane jest przy odpowiednim zastosowaniu postanowień art. 6 -12 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy podstawowej.

4. Zawarcie umowy uzupełniającej może nastąpić, jeżeli Ubezpieczony ukończył 15 lat i nie ukończył 58 lat.

Art. 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

2. Ubezpieczenie obejmuje swoim zakresem śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, tj. nagłego, niezależnego od woli Ubezpieczonego, gwałtownego zdarzenia wywołanego przyczyną zewnętrzną, które to zdarzenie stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego w okresie 6 miesięcy od daty zajścia tego zdarzenia.

Art. 3

1. W przypadku zawarcia umowy uzupełniającej łącznie z umową podstawową, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy uzupełniającej rozpoczyna się z dniem określonym w polisie jako początek ubezpieczenia.

2. W przypadku zawarcia umowy uzupełniającej w trakcie trwania umowy podstawowej, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy uzupełniającej rozpoczyna się z dniem wystawienia pierwszej polisy potwierdzającej zawarcie umowy uzupełniającej; dzień ten uznaje się również za datę zawarcia umowy uzupełniającej.

3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy uzupełniającej kończy się z dniem jej rozwiązania.

Art. 4

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu umowy uzupełniającej w przypadku, gdy śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w sposób bezpośredni lub pośredni na skutek:

- 1) okoliczności wskazanych w ogólnych warunkach ubezpieczenia umowy podstawowej jako ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa;
- 2) zdarzeń związanych z odbywaniem służby wojskowej w siłach zbrojnych polskich lub obcych;
- 3) zdarzenia związanego ze skażeniem radioaktywnym lub skażeniem chemicznym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego, promieniotwórczość lub działania środków chemicznych;
- 4) 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;

5) 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;

6) 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;

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

8) samookaleczenia się Ubezpieczonego lub świadomego i celowego spowodowania przez Ubezpieczonego rozstroju zdrowia jego organizmu.

Art. 5

1. Suma ubezpieczenia, właściwa dla niniejszej umowy uzupełniającej, obowiązująca w dniu początku ubezpieczenia, stanowi całkowitą wielokrotność (od jednokrotności do dziesięciokrotności) sumy ubezpieczenia właściwej dla umowy podstawowej i jest określona w polisie.

2. Wybrana wielokrotność sumy ubezpieczenia nie może ulegać zmianie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.

3. Wszelkie zmiany wysokości sumy ubezpieczenia właściwej dla umowy podstawowej pociągają za sobą odpowiednią zmianę wysokości sumy ubezpieczenia właściwej dla niniejszej umowy uzupełniającej, z zastrzeżeniem ust. 4.

4. Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia właściwej dla umowy uzupełniającej bez jednoczesnej zmiany wysokości sumy ubezpieczenia właściwej dla umowy podstawowej nie jest możliwa.

Art. 6

Składka z tytułu umowy uzupełniającej wskazana jest w polisie i jest płatna jako część składki należnej z tytułu całej umowy ubezpieczenia (umowy podstawowej i umów uzupełniających), co oznacza, że:

1) wszelkie zmiany wysokości i częstotliwości opłacania składki z tytułu umowy uzupełniającej są możliwe łącznie z odpowiednimi zmianami składki z tytułu umowy podstawowej;

2) wszelkie zmiany wysokości i częstotliwości opłacania składki z tytułu umowy podstawowej pociągają za sobą odpowiednie zmiany wysokości lub częstotliwości opłacania składki z tytułu umowy uzupełniającej.

Art. 7

1. W razie zajścia zdarzenia zobowiązującego Towarzystwo do wypłaty świadczenia z tytułu umowy uzupełniającej, Towarzystwo wypłaci Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej, stosownie do treści ogólnych warunków ubezpieczenia umowy podstawowej, sumę ubezpieczenia umowy uzupełniającej w wysokości obowiązującej w dacie śmierci Ubezpieczonego.

2. Wypłata świadczenia z tytułu umowy uzupełniającej następuje przy odpowiednim zastosowaniu postanowień ogólnych warunków ubezpie-



czenia umowy podstawowej, w części dotyczącej wypłaty świadczenia, z tym zastrzeżeniem, że do wypłaty świadczenia z tytułu umowy uzupełniającej niezbędne jest przekazanie Towarzystwu dodatkowo dokumentów potwierdzających, iż śmierć Ubezpieczonego była następstwem nieszczęśliwego wypadku.

Art. 8

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do pisemnego wypowiedzenia umowy uzupełniającej, przy czym umowa uzupełniająca ulega rozwiązaniu z dniem poprzedzającym najbliższy dzień wymagalności składki, następujący po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy uzupełniającej.

2. Umowa uzupełniająca ulega również rozwiązaniu w następujących przypadkach:

- 1) z dniem rozwiązania umowy podstawowej;
- 2) z pierwszym dniem następującym po rocznicy umowy przypadającej bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego 60 lat.

Art. 9

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU do umowy uzupełniającej stosuje się odpowiednio postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy podstawowej.

Art. 10

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zatwierdzone przez Zarząd Towarzystwa uchwałą z dnia 21 listopada 2008 roku, wchodzi w życie z dniem 1 grudnia 2008 roku.

PREZES ZARZĄDU

Tomasz Telejko

CZŁONEK ZARZĄDU

Przemysław Majewski

BENEFIA TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE S.A. VIENNA INSURANCE GROUP OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UZUPEŁNIAJĄCEGO NA WYPADEK TRWAŁEGO INWALIDZTWA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Art. 1

1. Zawarcie umowy ubezpieczenia uzupełniającego na wypadek trwałego inwalidztwa w następstwie nieszczęśliwego wypadku (dalej – umowa uzupełniająca), regulowanej niniejszymi ogólnymi warunkami ubezpieczenia (dalej – OWU), może nastąpić wyłącznie pod warunkiem zawarcia umowy podstawowej, do końca okresu obowiązywania umowy podstawowej.

2. Umowa uzupełniająca może być zawarta albo łącznie z umową podstawową, albo później, ale tylko jeden raz w trakcie trwania umowy podstawowej nie krócej niż na okres trzech pełnych lat umowy.

3. Zawarcie umowy uzupełniającej w trakcie trwania umowy podstawowej jest możliwe pod warunkiem opłacenia wszystkich zaległych składek oraz dokonywane jest przy odpowiednim zastosowaniu postanowień art. 6 -12 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy podstawowej.

4. Zawarcie umowy uzupełniającej może nastąpić, jeżeli Ubezpieczony ukończył 15 lat i nie ukończył 58 lat.

Art. 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

2. Ubezpieczenie obejmuje swoim zakresem trwałe całkowite lub trwałe częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku, o ile powstało ono przed upływem 6 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.

Art. 3

1. W rozumieniu niniejszych OWU:

1) za nieszczęśliwy wypadek uznaje się nagłe, niezależne od woli Ubezpieczonego, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego;

2) za trwałe całkowite inwalidztwo uznaje się uszkodzenie ciała lub zmysłu Ubezpieczonego, które uniemożliwiło Ubezpieczonemu wykonywanie jakiegokolwiek pracy lub podejmowanie jakiegokolwiek działalności zarobkowej przez okres co najmniej 12 miesięcy, o ile po upływie tego okresu stan zdrowia Ubezpieczonego wskazuje, iż pozostanie on nadal całkowicie i trwale niezdolny do wykonywania jakiegokolwiek pracy lub podejmowania jakiegokolwiek działalności zarobkowej;

3) za trwałe częściowe inwalidztwo uznaje się utratę określonych w art. 9 niniejszych OWU części ciała lub zmysłów przez Ubezpieczonego, przy czym „utrata” oznacza fizyczną utratę części ciała, zmysłu lub całkowitą utratę władzy nad częścią ciała lub zmysłem.

2. Pozostałe pojęcia należy rozumieć zgodnie z definicjami zawartymi w ogólnych warunkach ubezpieczenia umowy podstawowej.

Art. 4

1. W przypadku zawarcia umowy uzupełniającej łącznie z umową podstawową, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy uzupełniającej rozpoczyna się z dniem określonym w polisie jako początek ubezpieczenia.

2. W przypadku zawarcia umowy uzupełniającej w trakcie trwania umowy podstawowej, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy uzupełniającej rozpoczyna się z dniem wystawienia pierwszej polisy potwierdzającej zawarcie umowy uzupełniającej; dzień ten uznaje się również za datę zawarcia umowy uzupełniającej.

3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy uzupełniającej kończy się z dniem jej rozwiązania.

Art. 5

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu umowy uzupełniającej w przypadku, gdy trwałe całkowite inwalidztwo lub trwałe częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego było następstwem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w trakcie trwania umowy uzupełniającej, w sposób bezpośredni lub pośredni, na skutek:

1) okoliczności wskazanych w ogólnych warunkach ubezpieczenia umowy podstawowej jako ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa;

2) zdarzeń związanych z odbywaniem służby wojskowej w siłach zbrojnych polskich lub obcych;

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

4) działania Ubezpieczonego pod wpływem, w stanie lub w warunkach choroby psychicznej lub zaburzeń psychicznych, a także pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych sub-



stancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;

5) 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;

6) 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;

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

8) samookaleczenia się Ubezpieczonego lub świadomego i celowego spowodowania przez Ubezpieczonego rozstroju zdrowia jego organizmu.
2. W razie trwałego częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego istniejącego przed zawarciem umowy uzupełniającej, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za trwałe częściowe lub trwałe całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego, będące następstwem trwałego inwalidztwa częściowego istniejącego przed datą zawarcia umowy uzupełniającej.

Art. 6

1. Suma ubezpieczenia umowy uzupełniającej jest równa sumie ubezpieczenia właściwej dla umowy podstawowej i jest wskazana w polisie.

2. Wszelkie zmiany wysokości sumy ubezpieczenia właściwej dla umowy podstawowej pociągają za sobą odpowiednią zmianę wysokości sumy ubezpieczenia właściwej dla niniejszej umowy uzupełniającej.

3. Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia właściwej dla umowy uzupełniającej bez jednoczesnej zmiany wysokości sumy ubezpieczenia właściwej dla umowy podstawowej nie jest możliwa.

Art. 7

1. Z tytułu trwałego całkowitego inwalidztwa, o którym mowa w art. 3 ust. 1 pkt 2, Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu sumę ubezpieczenia w wysokości obowiązującej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku.

2. Z tytułu trwałego częściowego inwalidztwa, o którym mowa w art. 3 ust. 1 pkt 3, Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej na podstawie wykazu, określonego w art. 9, jako odpowiedni procent sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku.

3. Wypłata świadczenia z tytułu umowy uzupełniającej następuje przy odpowiednim zastosowaniu postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia umowy podstawowej, w części dotyczącej wypłaty świadczenia, z tym zastrzeżeniem, że do wypłaty świadczenia z tytułu umowy uzupełniającej niezbędne jest przekazanie Towarzystwu dodatkowo dokumentów medycznych lub innych, potwierdzających trwałe całkowite lub trwałe częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego.

Art. 8

1. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpieczonego (z wyłączeniem badań genetycznych) przez lekarza lub zakład opieki zdrowotnej, wskazane przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa, w celu podjęcia decyzji o wypłacie świadczenia z tytułu umowy uzupełniającej.

2. Ubezpieczony zobowiązany jest do poddania się badaniom, o których mowa w ust. 1, w terminie trzech miesięcy od wezwania ze strony Towarzystwa, pod rygorem utraty prawa do świadczenia.

Art. 9

1. W przypadku świadczenia z tytułu trwałego częściowego inwalidztwa, Towarzystwo wypłaca kwotę wyliczoną jako odpowiedni procent sumy ubezpieczenia właściwej dla umowy uzupełniającej, zgodnie z poniższą tabelą:

UTRATA CZĘŚCI CIAŁA

procent sumy ubezpieczenia

Kończyny górnej:

– na wysokości stawu barkowego 70%

– na wysokości ramienia, to jest pomiędzy stawem barkowym a łokciowym 65%

– na wysokości przedramienia, to jest pomiędzy stawem łokciowym a nadgarstkowym 60%

– na wysokości stawu nadgarstkowego (utrata dłoni) 55%

Kciuka na wysokości stawu śródrečno-paliczkowego 20%

Palca wskazującego na wysokości stawu śródrečno-paliczkowego . . 10%

Innego palca ręki na wysokości stawu śródrečno-paliczkowego . . 5%

Kończyny dolnej:

– na wysokości stawu biodrowego 70%

– na wysokości uda, to jest pomiędzy stawem biodrowym a kolanowym 60%

– na wysokości podudzia, to jest pomiędzy stawem kolanowym a skokowym 50%

– na wysokości stawu skokowego (utrata stopy) 40%

Dużego palca u nogi na wysokości stawu śródstopno-paliczkowego . . 5%

Innego palca u nogi na wysokości stawu śródstopno-paliczkowego 2%

UTRATA ZMYŚŁÓW

procent sumy ubezpieczenia

Całkowita utrata wzroku obuoczną 100%

Całkowita utrata wzroku w jednym oku 50%

Całkowita utrata słuchu obuustronna 60%

Całkowita utrata słuchu w jednym uchu 30%

2. W razie utraty więcej niż jednej części ciała lub więcej niż jednego zmysłu, odpowiednie pozycje wykazu podlegają sumowaniu, najwyżej jednak do wysokości 100% sumy ubezpieczenia.

3. W przypadku utraty co najmniej dwóch części ciała w obrębie tej samej kończyny, będącej następstwem tego samego nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo będzie zobowiązane do wypłaty świadczenia w wysokości równej największej wartości za jedną z utraconych części ciała. Przepis ten nie dotyczy wypłaty świadczenia z tytułu utraty palców u ręki.

4. W przypadku kolejnej utraty w obrębie tej samej kończyny, procent sumy ubezpieczenia, należny z tytułu niniejszej umowy uzupełniającej, zostanie pomniejszony o procent sumy ubezpieczenia wypłacony z tytułu wcześniejszej utraty części danej kończyny.

Art. 10

1. W razie zajścia jednego lub więcej wypadków w okresie obowiązywania umowy uzupełniającej, łączna wartość wypłat, obliczona na podstawie tabeli określonej w art. 9, nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia ostatniego nieszczęśliwego wypadku.

2. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu trwałego całkowitego inwalidztwa będącego następstwem trwałego częściowego inwalidztwa, za które wcześniej wypłacono świadczenie, suma ubezpieczenia wypłacana z tytułu trwałego całkowitego inwalidztwa zostanie pomniejszona o wartość wcześniejszej wypłaty z tytułu trwałego częściowego inwalidztwa.



Art. 11

Składka z tytułu umowy uzupełniającej wskazana jest w polisie i jest płatna jako część składki należnej z tytułu całej umowy ubezpieczenia (umowy podstawowej i umów uzupełniających), co oznacza, że:

- 1) wszelkie zmiany wysokości i częstotliwości opłacania składki z tytułu umowy uzupełniającej są możliwe łącznie z odpowiednimi zmianami składki z tytułu umowy podstawowej;
- 2) wszelkie zmiany wysokości i częstotliwości opłacania składki z tytułu umowy podstawowej pociągają za sobą odpowiednie zmiany wysokości lub częstotliwości opłacania składki z tytułu umowy uzupełniającej.

Art. 12

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do pisemnego wypowiedzenia umowy uzupełniającej, przy czym umowa uzupełniająca ulega rozwiązaniu z dniem poprzedzającym najbliższy dzień wymagalności składki, następujący po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy uzupełniającej.
2. Umowa uzupełniająca ulega również rozwiązaniu:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy podstawowej;
 - 2) z pierwszym dniem następującym po rocznicy umowy przypadającej bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego 60 lat;

3) z najbliższym dniem wymagalności składki następującym po wypłacie świadczenia z tytułu:

- a) trwałego całkowitego inwalidztwa;
- b) trwałego częściowego inwalidztwa, powodującej, iż łączna wartość wypłat z tego tytułu osiągnie 100% sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia ostatniego nieszczęśliwego wypadku.

Art. 13

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU do umowy uzupełniającej stosuje się odpowiednio postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy podstawowej.

Art. 14

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zatwierdzone przez Zarząd Towarzystwa uchwałą z dnia 21 listopada 2008 roku, wchodzi w życie z dniem 1 grudnia 2008 roku.

PREZES ZARZĄDU


Tomasz Telejko

CZŁONEK ZARZĄDU


Przemysław Majewski

BENEFIA TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE S.A. VIENNA INSURANCE GROUP OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UZUPEŁNIAJĄCEGO NA WYPADEK UTRATY ZDOLNOŚCI OPŁACANIA SKŁADEK W NASTĘPSTWIE TRWAŁEGO CAŁKOWITEGO INWALIDZTWA

Art. 1

1. Zawarcie umowy ubezpieczenia uzupełniającego na wypadek utraty zdolności opłacania składek w następstwie trwałego całkowitego inwalidztwa (dalej – umowa uzupełniająca), regulowanej niniejszymi ogólnymi warunkami ubezpieczenia (dalej – OWU), może nastąpić wyłącznie pod warunkiem zawarcia umowy podstawowej.
2. Zawarcie umowy uzupełniającej może nastąpić tylko wówczas, gdy Ubezpieczony jest jednocześnie Ubezpieczającym.
3. Zawarcie umowy uzupełniającej może nastąpić tylko jednocześnie z zawarciem umowy podstawowej, pod warunkiem ukończenia przez Ubezpieczonego 18 roku życia, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Jeżeli Ubezpieczający w chwili zawarcia umowy podstawowej nie ukończył 18 lat, może zawrzeć umowę uzupełniającą w okresie pomiędzy 18 a 19 rokiem życia. W takim przypadku postanowienia art. 6–12 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy podstawowej stosuje się odpowiednio.

Art. 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Umowa uzupełniająca obejmuje swoim zakresem utratę zdolności do opłacania składek przez Ubezpieczającego, będącą następstwem jego trwałego całkowitego inwalidztwa.
3. Trwałe całkowite inwalidztwo, w rozumieniu OWU, oznacza uszkodzenie ciała lub zmysłu Ubezpieczonego, które uniemożliwiło Ubezpieczonemu wykonywanie lub podejmowanie jakiegokolwiek pracy lub działalności zarobkowej przed okresem co najmniej 6 miesięcy, o ile po upływie tego okresu stan zdrowia Ubezpieczonego wskazuje, iż pozostanie on nadal całkowicie i trwale niezdolny do wykonywania jakiegokolwiek pracy lub podejmowania jakiegokolwiek działalności zarobkowej.

Art. 3

1. W przypadku zawarcia umowy uzupełniającej łącznie z umową podstawową, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy uzupełniającej

rozpoczyna się z dniem określonym w polisie jako początek ubezpieczenia.

2. W przypadku zawarcia umowy uzupełniającej w trakcie trwania umowy podstawowej, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy uzupełniającej rozpoczyna się z dniem wystawienia pierwszej polisy potwierdzającej zawarcie umowy uzupełniającej; dzień ten uznaje się również za datę zawarcia umowy uzupełniającej.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy uzupełniającej kończy się z dniem jej rozwiązania.

Art. 4

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu umowy uzupełniającej w przypadku, gdy trwałe całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego nastąpiło, w sposób bezpośredni lub pośredni, na skutek:

- 1) okoliczności wskazanych w ogólnych warunkach ubezpieczenia umowy podstawowej jako ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa;
- 2) zdarzeń związanych z odbywaniem służby wojskowej w siłach zbrojnych polskich lub obcych;
- 3) zdarzenia związane ze skażeniem radioaktywnym lub skażeniem chemicznym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego, promieniotwórczość lub działania środków chemicznych;
- 4) 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;
- 5) 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;



6) 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;

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

8) samookaleczenia się Ubezpieczonego lub świadomego i celowego spowodowania przez Ubezpieczonego rozstroju zdrowia jego organizmu.

Art. 5

1. Świadczenie Towarzystwa z tytułu umowy uzupełniającej, polega na przejściu przez Towarzystwo obowiązku opłacania składek w wysokości określonej w polisie obowiązującej w dniu podjęcia przez Towarzystwo decyzji o przejściu opłacania składek.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, ponoszone jest przez Towarzystwo do końca okresu trwałego całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego, chyba że wcześniej nastąpi rozwiązanie umowy ubezpieczenia.

3. Do dnia przejścia przez Towarzystwo opłacania składek regularnych, obowiązek ten spoczywa na Ubezpieczającym, przy czym, w przypadku przejścia opłacania składek regularnych, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu równowartość składek lub ich część opłaconych za okres od początku siódmego miesiąca trwałego całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego do dnia przejścia opłacania składek.

4. Poczynając od daty przejścia przez Towarzystwo obowiązku opłacania składek, składki nie mogą być w jakikolwiek sposób podwyższone.

5. Wniosek o przejście opłacania składek zostanie rozpatrzony pod warunkiem opłacania wszystkich zaległych składek regularnych.

Art. 6

1. Towarzystwo spełnia świadczenie na podstawie pisemnego wniosku o przejście opłacania składek, który powinien być sporządzony w miarę możliwości na formularzu Towarzystwa.

2. Spełnianie świadczenia z tytułu umowy uzupełniającej następuje przy odpowiednim zastosowaniu postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia umowy podstawowej, w części dotyczącej wypłaty świadczenia, z tym zastrzeżeniem, że do wniosku o przejście opłacania składek niezbędne jest doręczenie Towarzystwu następujących dokumentów, potwierdzających trwałe całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego:

1) zwolnień lekarskich potwierdzających nieprzerwaną i co najmniej sześciomiesięczną niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania lub podejmowania jakiegokolwiek pracy lub działalności zarobkowej;

2) decyzji właściwego organu rentowego w sprawie przyznania renty z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy;

3) innych dokumentów wskazanych przez Towarzystwo, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości świadczenia.

Art. 7

1. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do skierowania Ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne (z wyłączeniem badań genetycznych) wskazane przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa, w celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do świadczenia. Ubezpieczony zobowiązany jest do poddania się tym badaniom, w terminie trzech miesięcy od wezwania ze strony Towarzystwa, pod rygorem utraty prawa do świadczenia.

2. W przypadku, gdy Ubezpieczonemu nie zostanie przyznana renta, o której mowa w art. 6 ust. 2 pkt 2, z przyczyn innych niż stan jego

zdrowia, jak również w innych uzasadnionych wypadkach, Towarzystwo może przejść opłacanie składek po upływie terminu wskazanego w art. 2 ust. 3, pod warunkiem poddania się Ubezpieczonego badaniom, o których mowa w ust. 1, na podstawie wyników tych badań.

Art. 8

W oparciu o dokumenty, informacje i wyniki badań, o których mowa w art. 6 i 7, Towarzystwo podejmuje decyzję o przejściu lub odmowie przejścia opłacania składek regularnych w terminie 30 dni od otrzymania wskazanych wyżej dokumentów i informacji. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zakresu odpowiedzialności Towarzystwa okazało się niemożliwe, Towarzystwo jest zobowiązane do podjęcia decyzji w terminie 14 dni od dnia wyjaśnienia tych okoliczności.

Art. 9

W okresie przejścia opłacania składek, Towarzystwo jest uprawnione do żądania od Ubezpieczonego przekazania dokumentów lub poddania się badaniom medycznym potwierdzających utrzymywanie się trwałego całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego. W takim przypadku, postanowienia art. 6 i 7 stosuje się odpowiednio, przy czym niedostarczenie wskazanych dokumentów lub odmowa poddania się badaniom w terminie 30 dni od wezwania ze strony Towarzystwa może skutkować utratą prawa do dalszego opłacania składek przez Towarzystwo.

Art. 10

Składka z tytułu umowy uzupełniającej wskazana jest w polisie i jest płatna jako część składki należnej z tytułu całej umowy ubezpieczenia (umowy podstawowej i umów uzupełniających), co oznacza, że:

1) wszelkie zmiany wysokości i częstotliwości opłacania składki z tytułu umowy uzupełniającej są możliwe łącznie z odpowiednimi zmianami składki z tytułu umowy podstawowej;

2) wszelkie zmiany wysokości i częstotliwości opłacania składki z tytułu umowy podstawowej pociągają za sobą odpowiednie zmiany wysokości lub częstotliwości opłacania składki z tytułu umowy uzupełniającej.

Art. 11

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do pisemnego wypowiedzenia umowy uzupełniającej, przy czym umowa uzupełniająca ulega rozwiązaniu z dniem poprzedzającym najbliższy dzień wymagalności składki następujący po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy uzupełniającej.

2. Umowa uzupełniająca ulega rozwiązaniu również:

1) z dniem rozwiązania umowy podstawowej;

2) z pierwszym dniem następującym po rocznicy umowy przypadającej bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego 60 lat.

Art. 12

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU do umowy uzupełniającej stosuje się odpowiednio postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy podstawowej.

Art. 13

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zatwierdzone przez Zarząd Towarzystwa uchwałą z dnia 21 listopada 2008 roku, wchodzi w życie z dniem 1 grudnia 2008 roku.

PREZES ZARZĄDU


Tomasz Telejko

CZŁONEK ZARZĄDU


Przemysław Majewski



BENEFIA TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE S.A. VIENNA INSURANCE GROUP OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UZUPEŁNIAJĄCEGO NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO

Art. 1

1. Zawarcie umowy ubezpieczenia uzupełniającego na wypadek leczenia szpitalnego (dalej – umowa uzupełniająca), regulowanej niniejszymi ogólnymi warunkami ubezpieczenia (dalej – OWU), może nastąpić wyłącznie pod warunkiem zawarcia umowy podstawowej, do końca okresu obowiązywania umowy podstawowej
2. Umowa uzupełniająca może być zawarta albo łącznie z umową podstawową, albo później, w trakcie trwania umowy podstawowej w rocznicę umowy.
3. Zawarcie umowy uzupełniającej w trakcie trwania umowy podstawowej jest możliwe pod warunkiem opłacenia wszystkich zaległych składek oraz dokonywane jest przy odpowiednim zastosowaniu postanowień art. 6 -12 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy podstawowej.
4. Zawarcie umowy uzupełniającej może nastąpić, jeżeli Ubezpieczony ukończył 15 lat i nie ukończył 58 lat.

Art. 2

1. Terminy użyte w niniejszych OWU i innych dokumentach związanych z umową uzupełniającą oznaczają:
 - 1) **choroba** – stan organizmu, polegający na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego, nie ograniczający się tylko do zmian miejscowych, lecz również powodujący zmiany czynności całego ustroju;
 - 2) **pobyt w szpitalu** – udokumentowany, w sposób określony w niniejszych OWU, pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, służący przywróceniu zdrowia Ubezpieczonego, trwający nieprzerwanie co najmniej 7 dni; leczenie rehabilitacyjne oraz pobyt sanatoryjny nie są traktowane jako pobyt w szpitalu;
 - 3) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, niezależne od woli Ubezpieczonego, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego Ubezpieczony rozpoczął pobyt w szpitalu najpóźniej w 180 dniu od zajścia tego zdarzenia i nieprzerwanie kontynuował ten pobyt co najmniej przez 7 dni; za nieszczęśliwy wypadek nie jest uważany w szczególności udar mózgu (wylew) i zawał serca;
 - 4) **szpital** – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący zgodnie z odpowiednimi przepisami prawnymi działalność na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, którego zadaniem jest leczenie pacjentów z jednoczesnym zapewnieniem całodobowej opieki nad chorymi w pomieszczeniach specjalnie przystosowanych do tego celu, zatrudniający wykwalifikowany personel medyczny; za szpital nie uważa się sanatorium, uzdrowiska, szpitala uzdrowskiego, ośrodków leczenia odwykowego, ośrodków rehabilitacyjnych;
 - 5) **uszkodzenie ciała** – obrażenia, których Ubezpieczony doznał wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Pozostałe pojęcia należy rozumieć zgodnie z definicjami zawartymi w ogólnych warunkach ubezpieczenia umowy podstawowej.

Art. 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą lub uszkodzeniem ciała w rozumieniu niniejszych OWU.

Art. 4

1. Umowa uzupełniająca zawierana jest na okres 5 lat, chyba że umowa podstawowa zawarta jest na krótszy okres.
2. Umowa uzupełniająca może być przedłużana na kolejne okresy pięcioletnie, przy zastosowaniu następujących zasad:
 - 1) Towarzystwo, najpóźniej na 30 dni przed kolejną piątą rocznicą umowy, zawiadomi Ubezpieczającego o możliwości przedłużenia umo-

- wy uzupełniającej na kolejne pięć lat, podając warunki, na jakich to przedłużenie może być dokonane. Ubezpieczający może zrezygnować z możliwości przedłużenia, o którym mowa powyżej;
- 2) o rezygnacji, o której mowa w pkt 1, Ubezpieczający obowiązany jest poinformować Towarzystwo w formie pisemnej, najpóźniej na 14 dni przed najbliższą rocznicą umowy;
- 3) nie przekazanie przez Ubezpieczającego rezygnacji, o której mowa w pkt 2, w terminie i formie określonych w pkt 2, uważa się za wyrażenie zgody na przedłużenie umowy uzupełniającej na kolejny pięcioletni okres, na warunkach zaproponowanych przez Towarzystwo w zawiadomieniu, o którym mowa w pkt 1.

Art. 5

1. W przypadku zawarcia umowy uzupełniającej łącznie z umową podstawową, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy uzupełniającej rozpoczyna się z dniem określonym w polisie jako początek ubezpieczenia.
2. W przypadku zawarcia umowy uzupełniającej w trakcie trwania umowy podstawowej, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy uzupełniającej rozpoczyna się z dniem wystawienia pierwszej polisy potwierdzającej zawarcie umowy uzupełniającej; dzień ten uznaje się również za datę zawarcia umowy uzupełniającej.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy uzupełniającej kończy się z dniem jej rozwiązania.

Art. 6

1. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu umowy uzupełniającej, jeżeli choroba zaistniała w okresie:
 - 1) do 30 dni od dnia początku ubezpieczenia, w razie zawarcia umowy uzupełniającej łącznie z umową podstawową;
 - 2) do 3 miesięcy od dnia wystawienia pierwszej polisy zawierającej umowę uzupełniającą, w razie zawarcia umowy uzupełniającej w trakcie trwania umowy podstawowej.
2. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego porodem lub powikłaniami ciąży, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu umowy uzupełniającej, jeżeli związany z tym pobyt w szpitalu zaistniał w okresie 12 miesięcy od rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu umowy uzupełniającej.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu umowy uzupełniającej w przypadku, gdy pobyt Ubezpieczonego w szpitalu nastąpił, w sposób bezpośredni lub pośredni, na skutek:
 - 1) okoliczności wskazanych w ogólnych warunkach ubezpieczenia umowy podstawowej jako ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 2) zdarzeń związanych z odbywaniem służby wojskowej w siłach zbrojnych polskich lub obcych;
 - 3) zdarzenia związanego ze skażeniem radioaktywnym lub skażeniem chemicznym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego, promieniotwórczość lub działania środków chemicznych;
 - 4) 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;
 - 5) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez dokumentów uprawniających do kierowania lub używania danego pojazdu albo 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;

6) 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;

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

8) samookaleczenia się Ubezpieczonego lub świadomego i celowego spowodowania przez Ubezpieczonego rozstroju zdrowia jego organizmu.

4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli pobyt ten trwał w dniu zawarcia umowy uzupełniającej lub jeżeli Ubezpieczony w tym dniu był już skierowany na leczenie szpitalne.

Art. 7

Niezależnie od postanowień art. 6, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu umowy uzupełniającej i nie wypłaci sumy ubezpieczenia z tytułu pobytu w szpitalu, jeżeli pobyt ten miał na celu:

1) przeprowadzenie leczenia lub zabiegów stomatologicznych, poza przypadkami, gdy są one następstwem wypadku, w którym Ubezpieczony doznał także innych obrażeń ciała;

2) leczenie nerwic, AIDS, uzależnień od alkoholu lub środków odurzających;

3) przeprowadzenie operacji plastycznych lub zabiegów kosmetycznych, za wyjątkiem przypadków, gdy mają one na celu usunięcie następstw nieszczęśliwego wypadku, któremu uległ Ubezpieczony w okresie ubezpieczenia na podstawie niniejszej umowy uzupełniającej.

Art. 8

1. Wysokość sumy ubezpieczenia właściwej dla niniejszej umowy uzupełniającej jest określona w polisie i oznacza wysokość kwoty przysługującej Ubezpieczonemu lub innej osobie uprawnionej za każdy pełny dzień pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem art. 9.

2. Wysokość sumy ubezpieczenia właściwej dla niniejszej umowy uzupełniającej jest niezmienna przez cały czas trwania umowy uzupełniającej.

Art. 9

1. Suma ubezpieczenia właściwa dla niniejszej umowy uzupełniającej wypłacana jest za każdy dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, w przypadku gdy nieprzerwany pobyt w szpitalu wynosi co najmniej 7 dni, z zastrzeżeniem postanowień kolejnych ustępów.

2. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku suma ubezpieczenia właściwa dla niniejszej umowy uzupełniającej wypłacana jest za każdy dzień pobytu w szpitalu, poczynając od pierwszego dnia, z zastrzeżeniem postanowień kolejnych ustępów. W takim przypadku wysokość świadczenia za pierwsze 14 dni pobytu w szpitalu zostanie wypłacona w podwójnej wysokości.

3. Suma ubezpieczenia przysługująca z tytułu niniejszej umowy uzupełniającej wypłacana jest maksymalnie za 90 dni następujących w okresie pomiędzy kolejnymi rocznicami umowy.

4. Jeżeli nieprzerwany pobyt w szpitalu trwa dłużej niż 90 dni, Towarzystwo wypłaci sumę ubezpieczenia za 90 dni.

5 Każdy rozpoczęty dzień pobytu w szpitalu uważa się za pełny, jeśli Ubezpieczony był pacjentem szpitala o godzinie 24:00 w tym dniu.

Art. 10

Składka z tytułu umowy uzupełniającej wskazana jest w polisie i jest płatna jako część składki należnej z tytułu całej umowy ubezpieczenia (umowy podstawowej i umów uzupełniających), co oznacza, iż:

1) zmiany częstotliwości opłacania składki z tytułu umowy uzupełniającej są możliwe jedynie łącznie z odpowiednimi zmianami częstotliwości opłacania składki z tytułu umowy podstawowej;

2) zmiany częstotliwości opłacania składki z tytułu umowy podstawowej pociągają za sobą odpowiednie zmiany częstotliwości opłacania składki z tytułu umowy uzupełniającej.

Art. 11

1. Świadczenie z tytułu niniejszej umowy uzupełniającej równe jest iloczynowi dziennej sumy ubezpieczenia właściwej dla tej umowy uzupełniającej i liczby pełnych dni nieprzerwanego pobytu w szpitalu Ubezpieczonego.

2. Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia złożonego na formularzu Towarzystwa.

3. Do wniosku należy dołączyć:

1) skierowanie na leczenie szpitalne wystawione przez uprawnionego lekarza;

2) kartę informacyjną pobytu w szpitalu;

3) w przypadku nieszczęśliwego wypadku – raport policyjny lub raport BHP, o ile taki raport został sporządzony;

4) inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo.

4. W pozostałym zakresie do wypłaty świadczenia stosuje się odpowiednio postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy podstawowej, w części dotyczącej wypłaty świadczenia.

Art. 12

1. Uprawnionym do świadczenia z tytułu niniejszej umowy uzupełniającej jest Ubezpieczony, który prawo do świadczenia nabywa z ostatnim dniem pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.

2. Jeżeli Ubezpieczony zmarł w trakcie pobytu w szpitalu, a okres tego pobytu uprawniał do naliczenia świadczenia z tytułu niniejszej umowy uzupełniającej, prawo do tego świadczenia przysługuje osobom uprawnionym do świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, wskazanym na mocy odpowiednich postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia umowy podstawowej.

Art. 13

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do pisemnego wypowiedzenia umowy uzupełniającej, przy czym umowa uzupełniająca ulega rozwiązaniu z dniem poprzedzającym najbliższy dzień wymagalności składki następującej po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy uzupełniającej.

2. Umowa uzupełniająca ulega również rozwiązaniu:

1) z dniem rozwiązania umowy podstawowej;

2) z pierwszym dniem następującym po rocznicy umowy przypadającej bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego 60 lat.

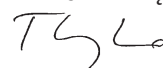
Art. 14

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU do umowy uzupełniającej stosuje się odpowiednio postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy podstawowej.

Art. 15

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zatwierdzone przez Zarząd Towarzystwa uchwałą z dnia 21 listopada 2008 roku, wchodzi w życie z dniem 1 grudnia 2008 roku.

PREZES ZARZĄDU


Tomasz Telejko

CZŁONEK ZARZĄDU


Przemysław Majewski



BENEFIA TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE S.A. VIENNA INSURANCE GROUP

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UZUPEŁNIAJĄCEGO NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

Art. 1

1. Zawarcie umowy ubezpieczenia uzupełniającego na wypadek poważnego zachorowania (dalej – umowa uzupełniająca), regulowanej niniejszymi ogólnymi warunkami ubezpieczenia (dalej – OWU), może nastąpić wyłącznie pod warunkiem zawarcia umowy podstawowej.
2. Zawarcie umowy uzupełniającej może nastąpić wyłącznie jednocześnie z zawarciem umowy podstawowej.
3. Zawarcie umowy uzupełniającej może nastąpić, jeżeli ubezpieczony ukończył 15 lat i nie ukończył 58 lat.

Art. 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Umowa uzupełniająca obejmuje zakresem ubezpieczenia następujące zdarzenia w życiu Ubezpieczonego:
 - 1) **zawał serca** – pierwszy w życiu epizod w rozumieniu martwicy części mięśnia serca, wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru 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 stężenia enzymów sercowych we krwi. Ubezpieczeniem nie są objęte:
 - a) zawały bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI) przebiegające tylko ze wzrostem stężenia troponin;
 - b) epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris);
 - 2) **udar mózgu** – nagle, ogniskowe uszkodzenie mózgu wskutek zaburzeń krążenia mózgowego, krwotoku, zakrzepu, zatoru naczyń mózgowych lub podpajęczynówkowych, powodujące nagle wystąpienie trwałego deficytu neurologicznego wymagającego hospitalizacji. Rozpoznanie musi być obiektywnie potwierdzone badaniem lekarskim i badaniem obrazowym: tomografią komputerową lub rezonansem magnetycznym. Ubezpieczeniem nie są objęte:
 - a) epizody przemijającego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (TIA);
 - b) uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego spowodowane zewnętrznym urazem;
 - 3) **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 Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Ubezpieczeniem nie są objęte:
 - a) 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;
 - b) wczesny rak gruczołu krokowego (T1N0M0 wg klasyfikacji TNM);
 - c) czerniak złośliwy w stopniu zaawansowania IA (o grubości ≤ 1 mm, poziom II lub III bez owrzodzeń) według klasyfikacji AJCC z 2002;
 - d) nadmierne rogowacenie skóry, rak podstawno-komórkowy skóry i rak kolczysto-komórkowy skóry;
 - e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
 - 4) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, powodujące nieodwracalne upośledzenie czynności obu nerek, stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki;
 - 5) **operacja pomostowania naczyń wieńcowych** – operacja chirurgiczna przy otwartej klatce piersiowej, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego, operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przepro-

wadzona wskutek zalecenia specjalisty kardiologa. Ubezpieczeniem nie są objęte wszystkie nie chirurgiczne metody udrażniania tętnic wieńcowych wykonywanych od strony naczyń światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujące techniki cewnikowania naczyń wieńcowych: angioplastyka, techniki laserowe, aterektoomia;

6) **przeszczep** Ubezpieczonemu jako biocy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:

a) serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka;
b) 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.

7) **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna obuoczna utrata wzroku spowodowana chorobą lub urazem. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;

8) **łagodne nowotwory mózgu** – wewnątrzczaszkowy zagrażający życiu, niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwały ubytek neurologiczny.

3. Za datę zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem Towarzystwo przyjmuje:

1) w przypadku zawału serca, udaru mózgu, nowotworu złośliwego, niewydolności nerek, łagodnych nowotworów mózgu i utraty wzroku – datę postawienia diagnozy, potwierdzającej zgodność odpowiedniej jednostki chorobowej z definicją przyjętą przez Towarzystwo, przez lekarza specjalistę danej dziedziny;

2) w przypadku operacji pomostowania naczyń wieńcowych i w przypadku przeszczepu Ubezpieczonemu jako biocy jednego ze wskazanych narządów – datę odpowiedniego zabiegu chirurgicznego.

Art. 3

1. Umowa uzupełniająca zawierana jest na okres 5 lat.
2. Umowa uzupełniająca może być przedłużana na kolejne okresy pięcioletnie, przy zastosowaniu następujących zasad:
 - 1) Towarzystwo, najpóźniej na 30 dni przed kolejną piątą rocznicą umowy, zawiadomi Ubezpieczającego o możliwości przedłużenia umowy uzupełniającej na kolejne pięć lat, podając warunki, na jakich to przedłużenie może być dokonane. Ubezpieczający może zrezygnować z możliwości przedłużenia, o którym mowa powyżej;
 - 2) o rezygnacji, o której mowa w pkt 1, Ubezpieczający obowiązany jest poinformować Towarzystwo w formie pisemnej, najpóźniej na 14 dni przed najbliższą rocznicą umowy;
 - 3) nie przekazanie przez Ubezpieczającego rezygnacji, o której mowa w pkt 2, w terminie i formie określonych w pkt 2, uważa się za wyrażenie zgody na przedłużenie umowy uzupełniającej na kolejny pięcioletni okres, na warunkach zaproponowanych przez Towarzystwo w zawiadomieniu, o którym mowa w pkt 1.

Art. 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy uzupełniającej rozpoczyna się z początkiem 91 dnia następującego po dniu określonym w polisie jako początek ubezpieczenia (karencja).
2. Karencji nie stosuje się w przypadku przedłużenia umowy uzupełniającej na kolejne okresy, stosownie do postanowień art. 3 ust. 2.



3. Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się z ostatnim dniem trwania umowy uzupełniającej, chyba że wcześniej nastąpi jej zakończenie, z przyczyn wskazanych w ust. 4.

4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy uzupełniającej kończy się z dniem jej rozwiązania lub z dniem wypłaty świadczenia z tytułu zajścia któregośkolwiek ze zdarzeń określonych w art. 2 ust. 2.

Art. 5

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu umowy uzupełniającej, w przypadku gdy poważne zachorowanie Ubezpieczonego nastąpiło, w sposób bezpośredni lub pośredni, na skutek:

1) okoliczności wskazanych w ogólnych warunkach ubezpieczenia umowy podstawowej jako ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa;

2) zdarzeń związanych z odbywaniem służby wojskowej w siłach zbrojnych polskich lub obcych;

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

4) 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;

5) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez dokumentów uprawniających do kierowania lub używania danego pojazdu lub 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;

6) 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;

7) samookaleczenia się Ubezpieczonego lub świadomego i celowego spowodowania przez Ubezpieczonego rozstroju zdrowia jego organizmu albo poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;

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

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu umowy uzupełniającej i nie wypłaci świadczenia, jeżeli w terminie 30 dni od daty zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpi śmierć Ubezpieczonego.

Art. 6

1. Suma ubezpieczenia właściwa dla umowy uzupełniającej jest równa 30% sumy ubezpieczenia właściwej dla umowy podstawowej wskazanej w polisie.

2. Wszelkie zmiany wysokości sumy ubezpieczenia właściwej dla umowy podstawowej pociągają za sobą zmianę odpowiednią wysokości sumy ubezpieczenia właściwej dla niniejszej umowy uzupełniającej.

3. Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia właściwej dla umowy uzupełniającej bez jednoczesnej zmiany wysokości sumy ubezpieczenia właściwej dla umowy podstawowej nie jest możliwa.

Art. 7

Z tytułu umowy uzupełniającej Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia właściwej dla umowy uzupełniającej obowiązującej w dacie zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

Art. 8

Wypłata świadczenia z tytułu umowy uzupełniającej następuje przy odpowiednim zastosowaniu postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia umowy podstawowej w części dotyczącej wypłaty świadczenia, z tym zastrzeżeniem, że do wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu umowy uzupełniającej niezbędne jest doręczenie Towarzystwu dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia, w szczególności:

1) karty wypisu ze szpitala;

2) karty leczenia ambulatoryjnego i wyników badań;

3) opinii lekarza prowadzącego;

4) odpisu badania potwierdzającego wystąpienie jednostki chorobowej będącej podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia;

5) innych opinii i wyników badań laboratoryjnych oraz innych dokumentów niezbędnych do określenia tytułu wypłaty.

Art. 9

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do skierowania Ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne (z wyłączeniem badań genetycznych) wskazane przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa, w celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do świadczenia. Ubezpieczony zobowiązany jest do poddania się tym badaniom, w terminie trzech miesięcy od wezwania ze strony Towarzystwa, pod rygorem utraty prawa do świadczenia.

Art. 10

Składka z tytułu umowy uzupełniającej wskazana jest w polisie i jest płatna jako część składki należnej z tytułu całej umowy ubezpieczenia (umowy podstawowej i umów uzupełniających), co oznacza, że:

1) wszelkie zmiany wysokości i częstotliwości opłacania składki z tytułu umowy uzupełniającej są możliwe łącznie z odpowiednimi zmianami składki z tytułu umowy podstawowej;

2) wszelkie zmiany wysokości i częstotliwości opłacania składki z tytułu umowy podstawowej pociągają za sobą odpowiednie zmiany wysokości lub częstotliwości opłacania składki z tytułu umowy uzupełniającej.

Art. 11

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do pisemnego wypowiedzenia umowy uzupełniającej, przy czym umowa uzupełniająca ulega rozwiązaniu z dniem poprzedzającym najbliższy dzień wymagalności składki następujący po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy uzupełniającej.

2. Umowa uzupełniająca ulega również rozwiązaniu:

1) z dniem rozwiązania umowy podstawowej;

2) z pierwszym dniem następującym po rocznicy umowy przypadającej bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego 60 lat;

3) z dniem wypłaty świadczenia z tytułu zajścia któregośkolwiek ze zdarzeń określonych w art. 2 ust. 2.

Art. 12

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU do umowy uzupełniającej stosuje się odpowiednio postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy podstawowej.

Art. 13

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zatwierdzone przez Zarząd Towarzystwa uchwałą z dnia 21 listopada 2008 roku, wchodzi w życie z dniem 1 grudnia 2008 roku.

PREZES ZARZĄDU

Tomasz Telejko

CZŁONEK ZARZĄDU

Przemysław Majewski



BENEFIA TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE S.A. VIENNA INSURANCE GROUP
ZAŁĄCZNIK NR I
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI

Tabela opłat i wartości

Minimalna wysokość składki należnej za umowę ubezpieczenia:

miesięcznie	50 zł
kwartalnie	150 zł
półrocznie	300 zł
rocznie	600 zł

Rabat składki za częstotliwość:

kwartalnie	1 %
półrocznie	2 %
rocznie	4 %

Stopa techniczna obowiązująca przy kalkulacji Taryf składek 3 %

Opłaty:

- za każdorazowe wystosowanie wezwania do zapłaty składki
(potrącana z wypłat i świadczeń) 10 zł

NOTATKI