

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA Z TYTUŁU CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia z tytułu całkowitej niezdolności do pracy stosuje się wyłącznie 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. **Ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenia na życie;
4. **Ubezpieczony** - osobę, która przystąpiła do ubezpieczenia podstawowego oraz do ubezpieczenia dodatkowego;
5. **Niezdolność do pracy** – utrata przez Ubezpieczonego zdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy w wyniku choroby lub wypadku, który nastąpił po przyjęciu do ubezpieczenia;

§ 2.

Przedmiotem ubezpieczenia dodatkowego jest orzeczenie u Ubezpieczonego całkowitej i trwałej niezdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej w dowolnym zawodzie, będącą rezultatem wypadku lub choroby, zgodnie z aktami prawnymi:

- a) ustawą z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. Nr 162, poz. 1118 z późn. zm.),
- b) rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 8 sierpnia 1997 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy do celów rentowych (Dz. U. Nr 99, poz. 612).

§ 3.

1. Z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego, w razie orzeczenia u Ubezpieczonego całkowitej i trwałej niezdolności do pracy, Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu maksymalnie 100% świadczenia za zgon Ubezpieczonego w ubezpieczeniu podstawowym, z zastrzeżeniem ust.2.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do każdego Ubezpieczonego nie obejmuje całkowitej i trwałej niezdolności do pracy orzeczonej w wyniku chorób lub wypadku, które ujawniły się (były diagnozowane lub leczone) u tego Ubezpieczonego przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia dodatkowego.

§ 4.

Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego jest orzeczenie lekarza orzecznika ZUS, zgodnie z aktami prawnymi określonym w § 2.

§ 5.

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

- 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 Towarzystwa w ubezpieczeniu podstawowym.

§ 6.

1. Do ubezpieczenia mogą przystąpić osoby objęte ubezpieczeniem podstawowym, które ukończyły 18 rok życia i nie przekroczyły 65 roku życia.
2. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta pod warunkiem, że grupa będzie liczyła co najmniej 5 osób.

§ 7.

1. Wysokość składki ustala się na zasadach określonych w § 13 ubezpieczenia podstawowego.
2. Wysokość składki pozostaje niezmienna w trakcie trwania okresu ubezpieczenia.
3. Zmiana składki i zakresu ubezpieczenia może być dokonana przy przedłużaniu umowy ubezpieczenia o kolejny okres ubezpieczenia. Propozycja zmian może być przedstawiona przez każdą ze stron, najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu ubezpieczenia.
4. Terminy opłacania składki dla ubezpieczenia dodatkowego są takie same jak dla ubezpieczenia podstawowego i określone są w polisie.
5. Świadczenia z ubezpieczenia dodatkowego wypłacane są Ubezpieczonemu.

§ 8.

1. Występując do Towarzystwa z roszczeniem z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego, Ubezpieczony ma obowiązek załączyć:
 - a. dokładnie wypełniony formularz zgłoszenia świadczenia,
 - b. orzeczenie lekarza orzecznika ZUS
 - c. kopię dowodu osobistego.
2. W razie zaistnienia wątpliwości co do zasadności roszczenia, Towarzystwo skieruje Ubezpieczonego na badania lekarskie.
3. Koszty badań lekarskich pokrywa Towarzystwo.

§ 9.

Towarzystwo nie wypłaci świadczenia, jeżeli całkowita i trwała niezdolność do pracy jest wynikiem:

- 1) samookaleczenia lub próbą samobójstwa,
- 2) wadami wrodzonymi i ich następstwami, padaczką, chorobami psychicznymi, nerwicami, zatruciem alkoholowym, bądź innymi środkami odurzającymi, nosicielstwem wirusa HIV oraz pełno objawowym AIDS,
- 3) obrażeń i chorób doznanych na skutek działań wojennych; czynnego udziału w rozruchach lub zamieszkach; katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne lub napromieniowanie,
- 4) obrażeń doznanych wskutek popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa,
- 5) zdarzenia będącego następstwem spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu,
- 6) profesjonalnego i wyczynowego uprawiania sportu, uprawianiem sportów niebezpiecznych takich jak: sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, sporty lotnicze, wspinaczka skałkowa i górską, speleologia, nurkowanie, skoki do wody,
- 7) pełnienia zasadniczej służby wojskowej.

§ 10.

1. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy Kodeksu cywilnego oraz ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. nr 124 z 2003r. poz. 1151).
2. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu BENEFIA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. nr 7/15/05 z dnia 06 kwietnia 2005r. i obowiązują do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 15 kwietnia 2005r.