

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA Z TYTUŁU LECZENIA SZPITALNEGO

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia z tytułu świadczenia szpitalnego 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) **Ubezpieczony** - osobę, która przystąpiła do ubezpieczenia podstawowego oraz do ubezpieczenia dodatkowego na podstawie niniejszych ogólnych warunków;
- 4) **Współubezpieczony** – Dziecko Ubezpieczonego oraz Małżonek lub Konkubent/-ina Ubezpieczonego, który ukończył 18 i nie przekroczył 65 lat;
- 5) **Dziecko** - dziecko własne lub przysposobione w wieku do 18 lat. Określenie dziecko niepełnoletnie obejmuje także pełnoletnie dziecko własne lub przysposobione w wieku do 25 lat i uczęszczające do szkoły, oraz każde pełnoletnie dziecko własne lub przysposobione, które z uwagi na swoje upośledzenie lub chorobę nie mogło rozpocząć pracy zawodowej i pozostaje pod opieką i na utrzymaniu Ubezpieczonego.
- 6) **Małżonek** – osoba, z którą Ubezpieczony pozostawał w związku małżeńskim w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 7) **Konkubent/-ina** - osoba, z którą Ubezpieczony w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, prowadził wspólne gospodarstwo oraz od co najmniej 12-nastu miesięcy posiadał wspólny adres zameldowania
- 8) **Ubezpieczenie podstawowe** – rodzinne ubezpieczenie na życie;
- 9) **Okres ubezpieczenia** – okres dwunastu miesięcy, na który została zawarta umowa ubezpieczenia podstawowego wraz z umowami ubezpieczeń dodatkowych.
- 10) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego Ubezpieczony, niezależnie od swej woli, doznał trwałego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się chorób zawodowych i wszelkich innych chorób lub stanów chorobowych, nawet takich, które występują nagle oraz uszkodzeń krążków międzykręgowych, krwawień wewnętrznych i zewnętrznych, zawału serca, wylewu i udaru mózgu;
- 11) **Uszkodzenie ciała** – obrażenia, których doznał Ubezpieczony w okresie ubezpieczenia;
- 12) **Choroba** – stan polegający na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego, który nie ogranicza się tylko do zmian miejscowych, lecz powoduje zawsze zmiany czynności całego ustroju;
- 13) **Nadużycie leków** – używanie leków lub parafarmaceutyków w dawkach przekraczających zalecenia lekarza lub producenta;
- 14) **Uzależnienie** – stan psychiczny, a w określonych przypadkach również fizyczny, polegający na przymusie przyjmowania różnych substancji, często charakteryzujący się koniecznością zwiększenia zażywanych dawek w celu osiągnięcia zamierzonego efektu;
- 15) **Szpital** – działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadający odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych i wykonywania zabiegów chirurgicznych i zatrudniający w pełnym wymiarze godzin zawodowy, kwalifikowany personel medyczny, prowadzący dla każdego pacjenta dzienny rejestr medyczny (dostępny dla Towarzystwa). Za szpital uważa się również samodzielną jednostkę organizacyjną nie posiadającą w nazwie słowa „szpital” ale pełniącą zadania określone dla szpitala, do której Ubezpieczony został skierowany przez lekarza lub przeniesiony bezpośrednio ze szpitala w celu kontynuacji leczenia szpitalnego. Za szpital nie zostanie uznana żadna z instytucji o charakterze innym niż leczniczy, ani będąca jednym z następujących obiektów: sanatorium, uzdrowisko, szpital uzdrowski, domu opieki, dom starców, dom wychowawczy, ośrodek rehabilitacyjny, hospicjum, ośrodek leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych czy alkoholowych;
- 16) **Pobyt w szpitalu** – stały pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w celu leczenia przez okres minimum 4 dni. Za jeden dzień pobytu w szpitalu rozumie się pobyt, który trwa przynajmniej 24 godziny.

- 17) **Operacja** – zabieg chirurgiczny z przecięciem tkanek, wykonany choremu w trakcie jego pobytu w szpitalu i przeprowadzony w ramach bloku operacyjnego, w znieczuleniu ogólnym lub przewodowym (z wyłączeniem zabiegów endoskopowych)

§ 2.

Przedmiotem ubezpieczenia jest:

- 1) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem powodującym uszkodzeniem ciała w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia dodatkowego;
- 2) pobyt Współubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem powodującym uszkodzeniem ciała w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia dodatkowego
- 3) operacja chirurgiczna w okresie ubezpieczenia, jeżeli wskazaniem do niej był nieszczęśliwy wypadek, który zaistniał w okresie ubezpieczenia.

§ 3.

1. Niniejsze ogólne warunki przewidują wypłatę świadczenia za następujące zdarzenia:
 - a) świadczenie za każdy dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, spowodowany chorobą,
 - b) świadczenie za każdy dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem,
 - c) świadczenie za każdy dzień pobytu Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem,
 - d) świadczenie za każdy dzień pobytu Małżonka lub Konkubenta/-iny Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem,
 - e) świadczenie za operację przebytą przez Ubezpieczonego,
 - f) świadczenie za operację przebytą przez Dziecko Ubezpieczonego,
 - g) świadczenie za operację przebytą przez Małżonka lub Konkubenta/-inę Ubezpieczonego.
2. Jeżeli wskazaniem do pobytu w szpitalu jest nieszczęśliwy wypadek Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu:
 - a) kwotą wskazaną w polisie przez pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu
 - b) kwotą wskazaną w polisie od 15 dnia pobytu w szpitalu.
3. Liczba dni pobytu w szpitalu podlega kumulacji i w okresie ubezpieczenia nie może wynosić więcej niż 100 dni.
4. Wyboru świadczeń, z których ma składać się zakres ubezpieczenia w niniejszym ubezpieczeniu dokonuje Ubezpieczający i określa je we wniosku o zawarcie ubezpieczenia. Ubezpieczający nie ma prawa wyboru świadczenia określonego w ust. 1 pkt.a, jeśli nie wybierze świadczenia określonego w ust. 1 pkt. b. Ubezpieczający nie ma też prawa do wyboru poszczególnych świadczeń dotyczących Współubezpieczonych, jeśli nie wybierze tych świadczeń dla Ubezpieczonego.
5. Wysokość poszczególnych świadczeń określona jest w polisie, przy czym świadczenie za przebyta operację nie może przekroczyć 20% świadczenia za zgon Ubezpieczonego w ubezpieczeniu podstawowym.

§ 4.

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.

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.

§ 6.

1. Jeśli strony nie umówią się inaczej odpowiedzialność Towarzystwo w ubezpieczeniu dodatkowym w odniesieniu do poszczególnego Ubezpieczonego rozpoczyna się po 30 dniach od daty opłacenia pierwszej składki za Ubezpieczonego.
2. Karencja 30 dni nie ma zastosowania jeżeli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem.
3. 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.
4. Koniec odpowiedzialności w stosunku do Ubezpieczonego określony w ust. 3 pkt. 1) automatycznie kończy odpowiedzialność w stosunku do Współubezpieczonego, mimo, że nie osiągnął on wieku 65 lat.

§ 7.

1. Wysokość składki ustala się oddzielnie dla każdego ze świadczeń wymienionych w § 3 ust. 1 niniejszych ogólnych warunków. 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 musi być przedstawiona stronie przeciwnej najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu ubezpieczenia.
4. Terminy opłacania składki dla ubezpieczenia dodatkowego są takie same jak dla ubezpieczenia podstawowego i określone są w polisie.
5. Świadczenia z ubezpieczenia dodatkowego wypłacane są wyłącznie Ubezpieczonemu.

§ 8.

1. Ubezpieczony powinien wystąpić o świadczenie z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego zaraz po zakończeniu okresu leczenia szpitalnego lub przebytej operacji.
2. Jeżeli pobyt w szpitalu jest dłuższy niż 30 dni Ubezpieczony może wystąpić z wnioskiem o częściową wypłatę świadczenia, pod warunkiem przedstawienia dokumentów wymaganych przez Towarzystwo.
3. Występując do Towarzystwa o świadczenie z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego Ubezpieczony powinien dołączyć do wniosku:
 - a) zaświadczenie stwierdzające pobyt w szpitalu lub przebytą operację (karta informacyjna leczenia szpitalnego) wraz z określeniem czasu hospitalizacji, przyczyny;
 - b) wszelką posiadaną dokumentację medyczną,
 - c) kopię dowodu osobistego,
 - d) inną dokumentację, o którą poprosi Towarzystwo.

§ 9.

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli pobyt w szpitalu lub operacja spowodowane zostały:
 - 1) samookaleczeniem 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) wykonywaniem rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich nie wynikających z zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) leczeniem nie zleconym przez lekarza;
 - 5) ciążą, usuwaniem ciąży, porodem i położeniem - poza przypadkami, gdy zdiagnozowano ciążę wysokiego ryzyka oraz powikłania okresu porodu, stanowiące zagrożenie dla życia kobiety;
 - 6) leczeniem obrażeń i skutków chorobowych doznanych na skutek działań wojennych; czynnego udziału w rozruchach lub zamieszkach; katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne lub napromieniowanie,
 - 7) operacjami plastycznymi, kosmetycznymi lub uzupełniającymi uzębienie, z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałymi w okresie trwania ubezpieczenia dodatkowego,
 - 8) skutków obrażeń doznanych wskutek popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa,
 - 9) zdarzeniem będącym następstwem spożycia przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego alkoholu,
 - 10) leczeniem zatruc spowodowanych spożywaniem alkoholu, substancji uważanych za nielegalne, narkotyków lub innych środków uzależniających,

- 11) profesjonalnym i wyczynowym uprawianiem sportu, uprawianiem sportów niebezpiecznych takich jak: sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, sporty lotnicze, wspinaczka skałkowa i górską, speleologia, nurkowanie, skoki do wody,
 - 12) pełnieniem zasadniczej służby wojskowej.
2. Towarzystwo nie odpowiada ponadto za leczenie zabiegów dokonywanych w sanatoriach i ośrodkach rehabilitacyjnych, placówkach leczenia odwykowego.

§ 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 11/15/05 z dnia 06 kwietnia 2005. i obowiązują do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 15 kwietnia 2005 r.