



**OGÓLNE WARUNKI TERMINOWEGO
UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE MONO PLUS**

**OGÓLNE WARUNKI
TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE MONO PLUS**

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

Niniejsze warunki ubezpieczenia mają zastosowanie do umów Terminowego Ubezpieczenia na Życie MONO PLUS, zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „POLISA-ŻYCIE” Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, zwane dalej „POLISA-ŻYCIE” S.A.

§ 1.

Ileokroć w niniejszych warunkach ubezpieczenia użyto określenia:

- 1) **Ubezpieczający** - rozumie się przez to stronę zawartą z „POLISA-ŻYCIE” S.A. umowy ubezpieczenia, zobowiązaną do opłacania składek;
- 2) **Ubezpieczony** - rozumie się przez to osobę fizyczną, której życie i zdrowie są objęte ochroną ubezpieczeniową; **w rozumieniu niniejszych warunków ubezpieczenia Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym.**
- 3) **Beneficjent** - rozumie się przez to osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego;
- 4) **suma ubezpieczenia** - rozumie się przez to określoną w umowie ubezpieczenia kwotę pieniężną, na podstawie której ustalana jest wysokość świadczeń wypłacanych przez „POLISA-ŻYCIE” S.A.;
- 5) **nieszczęśliwy wypadek** - rozumie się przez to zdarzenie nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli Ubezpieczonego, w następstwie którego Ubezpieczony zmarł, doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu lub które stanowi przyczynę pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. W rozumieniu niniejszych ogólnych warunków udar mózgu i zawał serca nie są zaliczane do kategorii nieszczęśliwego wypadku;
- 6) **wypadek lądowy** - rozumie się przez to szczególny przypadek **nieszczęśliwego wypadku**, następujący z udziałem jakiegokolwiek pojazdu w ruchu drogowym lub szynowym, w następstwie którego nastąpił zgon Ubezpieczonego. W rozumieniu niniejszych ogólnych warunków pojęcie to obejmuje również wypadki powstałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez jakikolwiek pojazd kołowy lub szynowy będący w ruchu oraz wypadki zaistniałe podczas wsiadania lub wysiadania z pojazdu, którym przemieszczał się lub chciał przemieścić się Ubezpieczony;
- 7) **wypadek lotniczy** - rozumie się przez to szczególny przypadek **nieszczęśliwego wypadku**, następujący z udziałem pojazdu w ruchu powietrznym, w następstwie którego nastąpił zgon Ubezpieczonego. W rozumieniu niniejszych ogólnych warunków pojęcie to obejmuje również wypadki powstałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez jakikolwiek pojazd latający oraz wypadki zaistniałe podczas wsiadania lub wysiadania z pojazdu latającego, którym przemieszczał się lub chciał przemieścić się Ubezpieczony;
- 8) **wypadek wodny** - rozumie się przez to szczególny przypadek **nieszczęśliwego wypadku**, następujący z udziałem jakiegokolwiek pojazdu pływającego w ruchu wodnym, w następstwie którego nastąpił zgon Ubezpieczonego. W rozumieniu niniejszych ogólnych warunków pojęcie to obejmuje również wypadki powstałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez jakikolwiek pojazd pływający oraz wypadki zaistniałe podczas wsiadania lub wysiadania z pojazdu pływającego, którym przemieszczał się lub chciał przemieścić się Ubezpieczony;
- 9) **zgon chorobowy** - rozumie się przez to zgon w wyniku udaru mózgu lub zawału serca;
- 10) **trwały uszczerbek na zdrowiu** - rozumie się przez to zaburzenie czynności uszkodzonego układu, narządu, organu, powodujące jego trwałą dysfunkcję, będącą następstwem nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” S.A.;
- 11) **poważne zachorowanie** - rozumie się przez to następujące jednostki chorobowe:
 - a) **nowotwór złośliwy** - rozumiany jako proces niekontrolowanego rozrostu komórek patologicznych, które stały się niepodatne na mechanizmy regulacyjne organizmu, naciekają tkanki i narządy oraz dają odległe przerzuty. Pojęcie obejmuje również białaczki (za wyjątkiem białaczki limfatycznej), chłoniaki oraz nowotwory mózgu wymagające zabiegu operacyjnego. *Pojęcie nie obejmuje:* nowotworów skóry za wyjątkiem czerniaka (odpowiedzialność rozpoczyna się od 3 stopnia skali wg Clarka), I okresu ziarnicy złośliwej (choroba Hodgkina – zmiany ograniczone do jednego węzła chłonnego), I stopnia raka prostaty (T1NoMo), nowotworów łagodnych, nieinwazyjnych (wykazujących jedynie cechy wczesnego złośliwienia - in situ) oraz nowotworów współistniejących z wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV). Dla zaliczenia tej jednostki chorobowej do grupy poważnych zachorowań, rozpoznanie musi być potwierdzone dokumentacją medyczną z badaniem histopatologicznym,
 - b) **zawał serca** – rozumiany jako martwica części mięśnia sercowego spowodowana niedokrwieniem. Dla zaliczenia tej jednostki chorobowej do

- grupy poważnych zachorowań, rozpoznanie w każdym przypadku musi być potwierdzone dokumentacją medyczną o wystąpieniu: objawów klinicznych, świeżych typowych zmian w zapisie EKG, znamienym dla zawału podwyższeniem specyficznych enzymów (z typową dynamiką zmian) oraz badaniami potwierdzającymi skutki martwicy mięśnia sercowego pod postacią stwierdzonej w badaniu USG akinezy ściany mięśnia sercowego. Roszczenie powinno zawierać pełną dokumentację z leczenia szpitalnego. *Pojęcie nie obejmuje:* ostrego zespołu bez uniesienia odcinka ST ale ze wzrostem specyficznych enzymów, tj. zawału non-Q,
- c) **udar mózgu** - rozumiany jako nagły incydent mózgowonaczyniowy powodujący neurologiczne następstwa trwające co najmniej 24 godziny oraz trwałe zmiany w tkance mózgowej spowodowane wylewem, zawałem lub zatorem, i manifestujący się neurologicznymi objawami ogniskowymi. *Pojęcie nie obejmuje* przemijających zespołów niedokrwienych oraz wylewów podpajęczynówkowych, spowodowanych pęknięciem tętniaka mózgu. Dla zaliczenia tej jednostki chorobowej do grupy poważnych zachorowań wymagane jest potwierdzenie trwającego co najmniej 3 miesiące deficytu neurologicznego (dokumentacja z leczenia szpitalnego i/lub ambulatoryjnego oraz badania neuroobrazowe TC i/lub MRI),
 - d) **niewydolność nerek** - schyłkowe stadium choroby nerek rozumiane jako nieodwracalna, przewlekła niewydolność obu nerek (niezależnie od przyczyny), wymagająca regularnych dializ (hemodializ lub dializ przezynowych) lub przeprowadzenia transplantacji nerek. Dla zaliczenia tej jednostki chorobowej do grupy poważnych zachorowań, musi być ona potwierdzona dokumentacją medyczną uzasadniającą rozpoznanie kliniczne oraz zastosowane leczenie (dializy lub przeszczep),
 - e) **zabieg na naczyniach wieńcowych** - zabieg chirurgicznego otwarcia klatki piersiowej (w krążeniu pozaustrojowym) w celu korekcji obu tętnic wieńcowych (zwązonych lub zablokowanych) poprzez wszczęcie pomostów aortalno-wieńcowych (CABG). Konieczność dokonania zabiegu musi być potwierdzona badaniem angiograficznym. *Pojęcie nie obejmuje:* angioplastyki oraz innych zabiegów na naczyniach wieńcowych,
 - f) **transplantacja jednego z głównych narządów** - zabieg operacyjny polegający na przeszczepieniu serca, płuca, wątroby, trzustki, jelita cienkiego, szpiku kostnego lub nerki, jeżeli Ubezpieczony jest biorcą. Dla zaliczenia powyższych zabiegów do grupy poważnych zachorowań, muszą one być potwierdzone dokumentacją medyczną uzasadniającą ich dokonanie,
 - g) **ciężkie oparzenie** - rozumie się przez to oparzenie trzeciego stopnia (zniszczenie całej grubości skóry) dotyczące co najmniej 20% powierzchni ciała Ubezpieczonego,
 - h) **śpiączka** - rozumie się przez to stan utraty przytomności, wymagający zastosowania przez co najmniej 96 godzin systemu podtrzymującego życie, z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne i wewnętrzne procesy regulacyjne oraz zanikiem odruchów fizjologicznych. W rozumieniu niniejszych ogólnych warunków pojęcie śpiączki nie obejmuje: przypadków śpiączki wywołanych spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających, bądź nadużyciem leków,
 - i) **wystąpienie choroby Creutzfeldta-Jakoba.**
- 12) **szpital** – działający w kraju lub zagranicą publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całonocowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych, zatrudniający kwalifikowaną kadrę lekarską oraz personel pomocniczy w okresie ciągłym. W rozumieniu niniejszych ogólnych warunków pojęcie szpital nie oznacza: domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, domowej opieki pielęgniarstwie, hospicjów; a także oddziałów szpitalnych, ośrodków lub innych jednostek organizacyjnych: rehabilitacyjnych, rekonwalescencyjnych, dla nerwowo lub psychicznie chorych, uzdrowskich sanatoryjnych, leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych lub alkoholowych;
 - 13) **dzień pobytu w szpitalu** - rozumie się przez to każdą pełną dobę pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, liczoną jako dobę zegarową (od godziny 0:00);
 - 14) **osierocenie dziecka** - rozumie się przez to zgon Ubezpieczonego, który nastąpił:
 - a) przed ukończeniem przez dziecko 18 roku życia,
 - b) przed ukończeniem przez dziecko 24 roku życia - jeżeli kontynuuje naukę w szkole, działającej na podstawie ustawy o szkolnictwie wyższym lub ustawy o wyższych szkołach zawodowych,
 - c) bez względu na wiek dziecka - jeżeli dziecko jest niezdolne do podjęcia jakiegokolwiek pracy zarobkowej;
 - 15) **okres polisowy** – okres rozpoczynający się w dniu początku odpowiedzialności, a następnie w odpowiednim dniu każdego kolejnego okresu obowiązywania umowy; okresem polisowym, o którym mowa wyżej, w zależności od wybranej przez Ubezpieczającego częstotliwości opłacania składek może być miesiąc, kwartał, półrocze lub rok.

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 2.

1. „POLISA-ŻYCIE” S.A. udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie podstawowym lub rozszerzonym.
2. „POLISA-ŻYCIE” S.A. obejmuje ochroną ubezpieczeniową ryzyko zajścia zdarzeń, o których mowa w ust. 3.
3. Z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową „POLISA-ŻYCIE” S.A. wypłaca osobom uprawnionym następujące rodzaje świadczeń:
 - 1) w zakresie podstawowym (obligatoryjnym):

| | |
|-------------------------------|-------------------------|
| z tytułu zgonu Ubezpieczonego | 100% sumy ubezpieczenia |
|-------------------------------|-------------------------|

- 2) w zakresie rozszerzonym (ryzyka do wyboru):

| | |
|--|--|
| a) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego) | 30%-100% sumy ubezpieczenia |
| b) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku, lądowego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego oraz świadczenia o którym mowa w pkt 2 lit. a, o ile znajduje się w wybranym zakresie ochrony) | 30%-100% sumy ubezpieczenia |
| c) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku, lotniczego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego oraz świadczenia o którym mowa w pkt 2 lit. a, o ile znajduje się w wybranym zakresie ochrony) | 30%-100% sumy ubezpieczenia |
| d) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku, wodnego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego oraz świadczenia o którym mowa w pkt 2 lit. a, o ile znajduje się w wybranym zakresie ochrony) | 30%-100% sumy ubezpieczenia |
| e) z tytułu chorobowego zgonu Ubezpieczonego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego) | 30%-100% sumy ubezpieczenia |
| f) z tytułu zgonu Ubezpieczonego powodującego osierocenie dziecka (bez względu na liczbę dzieci) | 30%-100% sumy ubezpieczenia |
| g) z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku: - za każdy orzeczony 1% uszczerbku na zdrowiu - za orzeczone 100% uszczerbku na zdrowiu | 0,5% - 4% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 600 złotych za 1% uszczerbku 50% - 400% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 60.000 złotych za 100% uszczerbku |
| h) z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, pod warunkiem, że w terminie 30 dni od stwierdzenia jego wystąpienia nie nastąpił zgon Ubezpieczonego (w przypadku zgonu Ubezpieczonego w terminie 30 dni od stwierdzenia wystąpienia poważnego zachorowania płatne jest świadczenie z zakresu podstawowego oraz z tytułu zgonu chorobowego, o ile został | 10%-50% sumy ubezpieczenia |

| | |
|---|--------------------------------|
| wybrany, a przyczyną zgonu był udar mózgu lub zawał serca) | |
| i) z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu - za każdy dzień pobytu trwającego 4 lub więcej dni, jeżeli pobyt nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem | 0,1% - 0,3% sumy ubezpieczenia |
| j) z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu - za każdy dzień pobytu trwającego 4 lub więcej dni, jeżeli pobyt spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem | 0,1% - 0,6% sumy ubezpieczenia |
| k) z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej („OIOM”) – za każdy dzień pobytu | 0,1% - 0,9% sumy ubezpieczenia |
| l) wystąpienie u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek | 100% sumy ubezpieczenia |

4. W każdym roku polisowym maksymalny łączny okres za jaki wypłacane jest świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wynosi:
 - 1) 90 dni - dla pobytu w szpitalu, o którym mowa w ust. 3 pkt 2 lit. i,
 - 2) 21 dni - dla pobytu w szpitalu, o którym mowa w ust. 3 pkt 2 lit. j,
 - 3) 14 dni - dla pobytu w szpitalu na oddziale „OIOM”, o którym mowa w ust.3 pkt 2 lit. k.
5. Maksymalna łączna kwota świadczeń wypłaconych w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu (bez względu na przyczynę) stanowi równowartość 100% sumy ubezpieczenia.
6. W sytuacji, o której mowa w ust. 5 ochrona ubezpieczeniowa z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wygasa, zaś łączna składka ubezpieczeniowa zostaje pomniejszona o składki z tytułów, o których mowa w ust. 3 pkt 2 lit. i, j oraz k, począwszy od następnego okresu polisowego, następującego po wygaśnięciu ochrony.
7. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania wygasa w dniu zajścia tego zdarzenia ubezpieczeniowego, zaś łączna składka ubezpieczeniowa zostaje pomniejszona o składkę z tytułu, o którym mowa w ust. 3 pkt 2 lit. h, począwszy od następnego okresu polisowego, następującego po wygaśnięciu ochrony.
8. W przypadku zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku spełniającego łącznie definicję dwóch lub więcej wypadków (lądowego, lotniczego lub wodnego), wypłacane jest świadczenie łączne z tytułu zakresu podstawowego, świadczenia, o którym mowa w ust. 3 pkt 2 lit. a (o ile znajduje się w wybranym zakresie ochrony) oraz jednego z trzech wypadków, wskazanego przez osobę uprawnioną.

UMOWA UBEZPIECZENIA

- wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia -

§ 3.

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do udzielenia odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
3. W celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, ustalenia prawa do świadczenia lub wysokości tego świadczenia „POLISA-ŻYCIE” S.A. może zażądać, aby Ubezpieczony poddał się badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych.
4. Koszt badań lekarskich zleconych przez „POLISA-ŻYCIE” S.A., o których mowa w ust. 3 ponosi „POLISA-ŻYCIE” S.A..
5. „POLISA-ŻYCIE” S.A. zastrzega sobie prawo zaproponowania zawarcia umowy ubezpieczenia na warunkach szczególnych lub odrzucenia wniosku.
6. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny „POLISA-ŻYCIE” S.A. wezwie Ubezpieczającego do sporządzenia nowego wniosku lub jego uzupełnienia.

- warunki zawarcia umowy ubezpieczenia -

§ 4.

Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta jeżeli zostaną spełnione łącznie następujące warunki:

- 1) Ubezpieczający ma pełną zdolność do czynności prawnych,
- 2) Ubezpieczający ukończył 18 rok życia i nie ukończył 64 roku życia,
- 3) wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia nie został odrzucony,
- 4) Ubezpieczający opłacił składkę.

- okres ubezpieczenia -

§ 5.

1. Okres ubezpieczenia określa się w latach polisowych.

- Umowę ubezpieczenia zawiera się na czas oznaczony, określony w pełnych latach polisowych, nie krótszy niż 1 rok i nie dłuższy niż do końca roku polisowego, w którym Ubezpieczony ukończy 65 rok życia.

- wskazanie Beneficjenta -

§ 6.

- Ubezpieczający ma prawo do wskazania Beneficjenta we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
- Ubezpieczający może wskazać więcej niż jednego Beneficjenta i określić procentowo udział Beneficjentów w kwocie świadczenia. Jeżeli udział poszczególnych Beneficjentów w świadczeniu nie zostanie określony, to przyjmuje się, że udziały są równe.
- Ubezpieczający może w każdym czasie zmienić lub odwołać Beneficjenta, wyznaczyć dalszych Beneficjentów, a także zmieniać udziały poszczególnych Beneficjentów w kwocie świadczenia.

polisa ubezpieczeniowa –

§ 7.

„POLISA-ŻYCIE” S.A. potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia wystawieniem polisy.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 8.

- Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. rozpoczyna się od dnia wskazanego na polisie, nie wcześniej jednak niż następnego dnia po dacie uznania wskazanego rachunku kwotą pierwszej składki ubezpieczeniowej.
- „POLISA-ŻYCIE” S.A. ponosi ograniczoną odpowiedzialność, polegającą na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, jeżeli w okresie od następnego dnia po dacie uznania wskazanego rachunku kwotą pierwszej składki ubezpieczeniowej, do 7 dnia po dacie wysłania Ubezpieczającemu polisy, dnia rezygnacji Ubezpieczającego z zawarcia umowy ubezpieczenia lub odrzucenia przez „POLISA-ŻYCIE” S.A. wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, nastąpił zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
- Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. kończy się w dniu wygaśnięcia umowy ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 9.

- Sumę ubezpieczenia ustalają strony umowy ubezpieczenia przy zawieraniu umowy ubezpieczenia z przedziału od 20.000 do 100.000 złotych
- Na co najmniej dwa miesiące polisowe przed rocznicą polisy Ubezpieczający może wystąpić z wnioskiem o podwyższenie aktualnej sumy ubezpieczenia.
- Zadeklarowana przez Ubezpieczającego podwyższona suma ubezpieczenia nie może być wyższa od maksymalnej wysokości sumy ubezpieczenia.
- „POLISA-ŻYCIE” S.A. zastrzega możliwość zaproponowania podwyższenia sumy ubezpieczenia na warunkach szczególnych lub odrzucenia wniosku, po dokonaniu analizy ryzyka ubezpieczeniowego.
- Podwyższenie sumy ubezpieczenia następuje w pierwszą rocznicę polisy następującą po dacie złożenia wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia.
- „POLISA-ŻYCIE” S.A. potwierdza podwyższenie sumy ubezpieczenia aneksem do umowy ubezpieczenia.

- obniżenie sumy ubezpieczenia-

§ 10.

- Na zasadach określonych w niniejszym paragrafie dopuszczalne jest obniżenie sumy ubezpieczenia i składki.
- Uprawnienie, o którym mowa powyżej, przysługuje Ubezpieczającemu, który opłaca składkę okresowo, po co najmniej dwóch latach nieprzerwanego opłacania składek.
- Obniżenia, o którym mowa w ust. 1 dokonuje Ubezpieczający w formie pisemnej, poprzez zadeklarowanie sumy ubezpieczenia w nowej wysokości na co najmniej 2 miesiące przed rocznicą polisy.
- Zadeklarowana przez Ubezpieczającego obniżona suma ubezpieczenia nie może być niższa od wysokości minimalnej sumy ubezpieczenia.
- „POLISA-ŻYCIE” S.A. informuje Ubezpieczającego o nowej wysokości składki na co najmniej 1 miesiąc przed rocznicą polisy.
- Nowe wysokości sumy ubezpieczenia i składki obowiązują od rocznicy polisy.
- „POLISA-ŻYCIE” S.A. potwierdza obniżenie sumy ubezpieczenia aneksem do umowy ubezpieczenia.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 11.

- Wysokości składek dla poszczególnych ryzyk ustalana jest po dokonaniu oceny ryzyka, według następujących kryteriów:
 - wysokość świadczenia z tytułu danego ryzyka,
 - wiek,
 - pleć,
 - okres na jaki zawierana jest umowa ubezpieczenia,
 - wykonywany zawód,

- informacje o stanie zdrowia zawarte we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia,
- wyniki badań lekarskich, o ile Ubezpieczony został skierowany na badania przez „POLISA-ŻYCIE” S.A.

- Wysokości składek i świadczeń dla poszczególnych ryzyk podane są na polisie ubezpieczeniowej.
- Składka ubezpieczeniowa jest sumą składek za poszczególne ryzyka.
- Składka obliczana jest zgodnie z obowiązującą w dniu złożenia wniosku „Taryfą Składek Terminowego Ubezpieczenia na Życie MONO PLUS”.
- Ubezpieczony ma obowiązek niezwłocznego pisemnego poinformowania „POLISA-ŻYCIE” S.A. o zmianie wykonywanego zawodu.
- W przypadku zmiany zawodu przez Ubezpieczonego „POLISA-ŻYCIE” S.A. zastrzega sobie prawo do powtórnej kalkulacji składki za poszczególne ryzyka ubezpieczeniowe znajdujące się w zakresie ochrony, lub do odmowy udzielenia ochrony w zakresie jednego lub kilku ryzyk.
- Składka ubezpieczeniowa obliczana jest przy uwzględnieniu stopy technicznej wynoszącej 2%.
- W przypadku podwyższenia lub obniżenia sumy ubezpieczenia następuje ponowne obliczenie składek za poszczególne ryzyka na zasadach określonych w ust.1.
- W przypadku, o którym mowa w ust. 8 składka obliczana jest zgodnie z „Taryfą Składek Terminowego Ubezpieczenia na Życie MONO PLUS” obowiązującą w dniu złożenia wniosku o podwyższenie lub obniżenie sumy ubezpieczenia.
- Minimalna miesięczna składka ubezpieczeniowa wynosi 20 złotych lub odpowiednią wielokrotność tej kwoty, w przypadku wyboru okresów polisowych, o których mowa w ust. 16 pkt 1 lit. b-d.
- Minimalna wysokość składek opłacanych jednorazowo za cały okres ubezpieczenia określona jest w „Taryfie Składek do Terminowego Ubezpieczenia na Życie MONO PLUS”.
- Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać składkę z góry, w terminie do pierwszego dnia okresu polisowego, następującego po okresie polisowym za który opłacona została poprzednia składka.
- W przypadku nieopłacenia w terminie należnej składki, „POLISA-ŻYCIE” S.A. wezwie Ubezpieczającego do zapłaty składki wyznaczając dodatkowy 7 dniowy termin jej zapłaty.
- Jeżeli składka nie zostanie opłacona w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 13 umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego wraz z ustaniem odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” S.A. ze skutkiem na ostatni dzień okresu polisowego, za który została opłacona ostatnia składka.
- W przypadku opłacenia zaległej składki w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 13 „POLISA-ŻYCIE” S.A. udziela ochrony ubezpieczeniowej z zachowaniem ciągłości odpowiedzialności ubezpieczeniowej.
- Ubezpieczający we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia określa częstotliwość opłacania składki. Składka ubezpieczeniowa może być opłacana:
 - okresowo:
 - miesięcznie,
 - kwartalnie,
 - półrocznie,
 - rocznie;
 - jednorazowo za cały okres ubezpieczenia.
- Ubezpieczający może wnioskować o zmianę częstotliwości opłacania składki.
- Nowa częstotliwość opłacania składki obowiązuje od pierwszej rocznicy polisy następującej po złożeniu wniosku, o którym mowa w ust. 17.
- W przypadku odstąpienia lub wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, „POLISA-ŻYCIE” S.A. zwraca Ubezpieczającemu część składki ubezpieczeniowej na niewykorzystany okres ochrony.
- W sytuacji, o której mowa w ust. 19, postanowienia § 18 ust. 16 i 17 stosuje się odpowiednio.

WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

- odstąpienie od umowy ubezpieczenia -

§ 12.

- Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty zawarcia umowy.
- O odstąpieniu od umowy Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować „POLISA-ŻYCIE” S.A. na piśmie.
- Odstąpienie Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia jest skuteczne od dnia otrzymania przez „POLISA-ŻYCIE” S.A. pisemnej informacji o odstąpieniu.
- Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku opłacenia składki za czas udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

- wypowiedzenie umowy ubezpieczenia -

§ 13.

- Ubezpieczający może pisemnie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym miesiącu polisowym, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
- Wypowiedzenie jest skuteczne z ostatnim dniem miesiąca polisowego następującego po miesiącu polisowym, w którym złożone zostało oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia.

3. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku opłacenia składki za czas trwania odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” S.A. w okresie wypowiedzenia.

§ 14.

Umowa ubezpieczenia wygasa w dniu:

- 1) odstąpienia Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia,
- 2) w którym wypowiedzenie umowy ubezpieczenia stało się skuteczne,
- 3) zgonu Ubezpieczonego,
- 4) upływu okresu, na który umowa została zawarta,
- 5) orzeczenia 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (jeśli ryzyko znajdowało się w wybranym zakresie ochrony),
- 6) orzeczenia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek,
- 7) o którym mowa w § 11 ust. 14.

UMOWA FUNDUSZY

§ 15.

Z pierwszym dniem każdego okresu polisowego, na zasadach określonych odrębnie, Ubezpieczający może rozszerzyć zakres ochrony o umowę gromadzenia środków w ramach ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych oferowanych przez „POLISA-ŻYCIE” S.A.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 16.

1. „POLISA-ŻYCIE” S.A. nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową osób wykonujących następujące zawody: pilota-oblatywacza, pilota niekoncesjonowanych linii lotniczych, akrobata, kaskadera, funkcjonariusza oddziału specjalnego policji, wojska i straży granicznej, pletwonurka, nurka bądź robotnika kesonowego, wymagające prowadzenia wszelkiego rodzaju akcji ratowniczych.
2. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. jest wyłączona w przypadku wystąpienia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, będących wynikiem popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego, działań wojennych, stanu wyjątkowego i wojennego, udziału Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, skażenia chemicznego, radioaktywnego, jonizującego lub katastrofy nuklearnej, popełnienia samobójstwa w okresie pierwszych 24 miesięcy trwania umowy ubezpieczenia, zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu (stężenie alkoholu we krwi przekraczające 3%), używaniem narkotyków lub innych środków odurzających, bądź nadużyciem leków.
3. W okresie pierwszych trzech lat, licząc od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. jest wyłączona, jeżeli we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia Ubezpieczony podał informacje nieprawdziwe, w szczególności zataił chorobę.
4. „POLISA-ŻYCIE” S.A. nie wypłaca świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu, jeżeli przyczyna powyższych zdarzeń wystąpiła przed pierwszym dniem odpowiedzialności.
5. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. z tytułu zgonu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu lub pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku jest wyłączona w przypadkach będących wynikiem:
 - 1) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu drogowego po użyciu alkoholu (od 0,2‰ stężenia alkoholu we krwi), pod wpływem narkotyków lub innych podobnie działających środków,
 - 2) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu drogowego bez wymaganych i ważnych uprawnień lub bez świadectwa kwalifikacyjnego pojazdu,
 - 3) katastrofy statków powietrznych innych niż samoloty komunikacyjne eksploatowane przez koncesjonowanych przewoźników, gdy Ubezpieczony był członkiem załogi lub pasażerem statku powietrznego,
 - 4) działania Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości (od 0,5‰ stężenia alkoholu we krwi), pod wpływem narkotyków lub środków farmakologicznych, nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie ze wskazaniem ich użycia,
 - 5) uprawiania następujących dyscyplin sportu: powietrznych, lotniczych, nurkowania, sportów walki, sportów motorowych, motocyklowych i motorowodnych, wszelkich form alpinizmu, speleologii, sportów ekstremalnych oraz wszelkich dyscyplin sportu uprawianych wyczynowo.
6. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu jest wyłączona w przypadku wystąpienia chorób infekcyjnych i zawodowych, następstw błędów w sztuce lekarskiej, wystąpienia dyskopatii i/lub przepuklin jądra miazdżystego oraz przepuklin wsiłkowych.
7. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. z tytułu pobytu w szpitalu, o którym mowa w § 2 ust. 3 pkt 2 lit i, j lub k jest wyłączona w przypadku wystąpienia pobytu w szpitalu związanego z:
 - 1) leczeniem: wad wrodzonych oraz ich skutków, chorób zawodowych oraz ich skutków, następstw błędów w sztuce lekarskiej, stomatologicznym poza

klinikami chirurgii szczękowej, zaburzeń psychicznych i zachowania, bezpłodności;

- 2) wystąpieniem padaczki i leczeniem jej następstw, nosicielstwem wirusa HIV i leczeniem wszelkich chorób będących tego faktu następstwem, wystąpieniem pełnoobjawowego AIDS;
- 3) badaniami diagnostycznymi, rutynowymi badaniami lekarskimi, badaniami okresowymi;
- 4) pobytem obserwacyjnym, o ile nie był on spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem;
- 5) ciążą i porodem (wyjątek stanowi pobyt w szpitalu kobiet w ciąży, u których stwierdzono ciążę wysokiego ryzyka oraz kobiet z komplikacjami porodowymi lub poporodowymi);
- 6) zabiegami chirurgii plastycznej (wyjątek stanowi pobyt w szpitalu w celu usunięcia w drodze chirurgii plastycznej następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie obowiązywania ubezpieczenia);
- 7) pobytem Ubezpieczonego w szpitalu w okresie pełnienia przez Ubezpieczonego służby wojskowej,
- 8) pobytem rehabilitacyjnym.

OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA ŚWIADCZEŃ

§ 17.

1. W przypadku wystąpienia wszystkich zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, innych niż wymienione w ust. 2 i 3, uprawnionym do świadczenia jest Ubezpieczony.
2. W przypadku zgonu Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia, uprawnionym do świadczenia jest Beneficjent.
3. Jeżeli Ubezpieczony nie zdecydował inaczej, osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego powodującego osierocenie dziecka jest dziecko (dzieci) Ubezpieczonego.
4. Wskazanie osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia staje się bezskuteczne, jeżeli umyślnie przyczyniła się ona do śmierci Ubezpieczonego.
5. W przypadku braku wskazania Beneficjenta albo gdy Beneficjent w chwili zgonu Ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do świadczenia, świadczenie przysługujące osobom powołanym do spadku po Ubezpieczonym, w częściach określonych w postanowieniu sądu o stwierdzeniu nabycia spadku.

ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZENIA

§ 18.

1. „POLISA-ŻYCIE” S.A. wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia, dokonanego w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu, o którym mowa niżej, ugody zawartej z osobą uprawnioną do otrzymania świadczeń lub prawomocnego orzeczenia sądu.
2. Osoba uprawniona składa zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w formie pisemnej.
3. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia „POLISA-ŻYCIE” S.A. informuje o tym osobę uprawnioną, przeprowadza postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia.
4. W terminie, o którym mowa wyżej „POLISA-ŻYCIE” S.A. informuje pisemnie lub drogą elektroniczną, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.
5. W zależności od zdarzenia, stanowiącego podstawę zgłoszenia roszczenia, dokumentami, o których mowa w ust. 4 są w szczególności: odpis skrócony aktu zgonu, dokument potwierdzający przyczynę zgonu (np. karta statystyczna do karty zgonu), dokumenty wskazujące związek przyczynowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a zgonem Ubezpieczonego, dokumenty wskazujące związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a powstaniem trwałego uszczerbku na zdrowiu, dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie poważnego zachorowania oraz przebieg jego leczenia, karta informacyjna leczenia szpitalnego, dokument potwierdzający związek przyczynowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a pobytem w szpitalu, decyzja organu rentowego o przyznaniu świadczenia z tytułu trwałej całkowitej niezdolności do pracy, dokument stwierdzający przyczynę orzeczenia trwałej całkowitej niezdolności do pracy.
6. Wszelkie dokumenty, o których mowa w ust. 5 winny mieć postać oryginału lub kopii uwierzytelnionej notarialnie lub przez uprawnionego pracownika „POLISA-ŻYCIE” S.A.
7. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego ustala się po przedstawieniu zaświadczenia lekarskiego o całkowitym zakończeniu leczenia i rehabilitacji, nie później jednak, niż po upływie 24 miesięcy od dnia wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
8. Orzeczenie lekarskie o stopniu trwałego uszczerbku wydawane jest nie wcześniej, niż po upływie:
 - 1) 3 miesięcy od daty powstania urazu – po większości urazów chirurgicznych lub ortopedycznych;
 - 2) 6 miesięcy od daty powstania urazu – w przypadku urazów neurologicznych lub po poważnych urazach ortopedycznych (np. złamanie podudzia, uda, kręgosłupa, itp.);
 - 3) 12 miesiącach od daty powstania urazu – po ciężkich urazach neurologicznych lub złamaniach powikłanych.

9. Lekarz – orzecznik „POLISA-ŻYCIE” S.A. może, w uzasadnionych przypadkach, wydać orzeczenie wstępne, określające minimalny procent trwałego uszczerbku, który po zakończeniu leczenia może zostać podwyższony.
 10. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku organu, narządu lub układu, których funkcje przed nieszczęśliwym wypadkiem były już upośledzone, wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się w wysokości różnicy pomiędzy procentem trwałego uszczerbku zaistniałego wskutek nieszczęśliwego wypadku, a procentem trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącym przed nieszczęśliwym wypadkiem.
 11. „POLISA-ŻYCIE” S.A. spełnia świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
 12. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” S.A. albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
 13. Jeżeli świadczenie nie zostało wypłacone w terminie, o którym mowa w ust. 11, „POLISA-ŻYCIE” S.A. zawiadomia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczenia w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
 14. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, „POLISA-ŻYCIE” S.A. informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.
 15. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 17, świadczenia wypłacane z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia nie podlegają pomniejszeniu o dodatkowe opłaty.
 16. Wpłaty świadczeń dokonywane są przelewem na rachunek bankowy osoby uprawnionej do świadczenia. Koszt przelewu ponosi „POLISA-ŻYCIE” S.A.
 17. Na wniosek osoby uprawnionej, kwota świadczenia, pomniejszona o faktyczne koszty przekazu jest przesyłana przekazem pocztowym na adres wskazany w zgłoszeniu roszczenia.
 18. Jeżeli we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia podany został błędnie wiek Ubezpieczonego, suma ubezpieczenia stanowiąca podstawę wymiaru świadczeń z tytułu niniejszej umowy oraz umów dodatkowych zostanie skorygowana do wysokości, jaką Ubezpieczający uzyskałby za płaconą składkę, gdyby wiek podany był prawidłowo.
 19. Jeżeli Ubezpieczony lub osoba uprawniona do otrzymania świadczenia nie zgadza się z dokonanymi ustaleniami w kwestii wysokości przyznanego świadczenia lub odmową zaspokojenia roszczenia, ma prawo zgłosić do Prezesa Zarządu „POLISA-ŻYCIE” S.A. żądanie ponownego rozpatrzenia roszczenia w terminie 30 dni od daty otrzymania oświadczenia w tej sprawie.
 20. Powyższe uprawnienie nie koliduje z prawem dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
 21. Powództwo o roszczenia wynikające z niniejszej umowy można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania Ubezpieczającego lub Beneficjenta.
13. Niniejsze warunki ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 01 lipca 2009 roku i mają zastosowanie do umów zawartych po tej dacie.
 14. Niniejsze Ogólne Warunki Terminowego Ubezpieczenia na Życie MONO PLUS zatwierdzone zostały Uchwałą nr 88/ 2009 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „POLISA-ŻYCIE” S.A. z dnia 17 czerwca 2009 roku.

Za Zarząd „POLISA-ŻYCIE” S.A.

Jeszek Szewdo.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 19.

1. Ubezpieczającemu lub Beneficjentowi przysługuje prawo do wnoszenia skarg lub zażaleń związanych z wykonaniem przez „POLISA-ŻYCIE” S.A. umowy ubezpieczenia.
2. Skargi i zażalenia rozpatruje Centrala „POLISA-ŻYCIE” S.A.
3. Odpowiedź na skargę lub zażalenie udzielana jest w terminie do 30 dni od daty jej wpływu do Centrali.
4. Na pisemny wniosek Ubezpieczającego i za zgodą Zarządu „POLISA-ŻYCIE” S.A., do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych warunkach ubezpieczenia.
5. W przypadku zawarcia umowy o przelew praw z umowy ubezpieczenia, świadczenie z tytułu niniejszej umowy może być przedmiotem cesji.
6. Umowa ubezpieczenia nie podlega wykupowi.
7. Z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia nie przysługują premie, rabaty lub udziały w zyskach.
8. Ubezpieczający jest zobowiązany informować „POLISA-ŻYCIE” S.A. o każdorazowej zmianie adresu, na który należy kierować przeznaczoną dla Ubezpieczającego korespondencję.
9. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych, powszechnie obowiązujących aktów prawnych.
10. Wszelkie oświadczenia woli związane z niniejszą umową wymagają dla swej ważności zachowania formy pisemnej.
11. Zgodnie z postanowieniami art.21 ust.1 pkt.4) ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 1991r. Nr 80, poz.350 z późniejszymi zmianami) oraz art.831 § 3 kodeksu cywilnego (Dz.U. z 1964r. Nr.16, poz.93 z późniejszymi zmianami) wszelkie świadczenia z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia nie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych oraz podatkiem od spadków i darowizn.
12. Wszelkie opłaty związane z płatnościami składki, o ile są wymagane, obciążają Ubezpieczającego.