

**OGÓLNE WARUNKI
INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE „BEZPIECZNA FIRMA”**

**OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE „BEZPIECZNA FIRMA”**

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

Niniejsze warunki ubezpieczenia mają zastosowanie do umów Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie „BEZPIECZNA FIRMA”, zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „POLISA-ŻYCIE” Spółka Akcyjna, zwane dalej „POLISA-ŻYCIE” S.A.

§1

Ileokroć w niniejszych warunkach ubezpieczenia użyto określenia:

- 1) **Beneficjent** – rozumie się przez to osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, wskazaną przez Ubezpieczającego;
- 2) **Dziecko** – rozumie się przez to dziecko własne Ubezpieczonego, przysposobione lub pasierba;
- 3) **Małżonek Ubezpieczonego** – rozumie się przez to osobę objętą ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy Ubezpieczenia, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 4) **nieszczęśliwy wypadek** - rozumie się przez to zdarzenie nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego, w następstwie którego Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego doznał obrażeń ciała lub zmarł. W rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, do kategorii nieszczęśliwego wypadku nie zalicza się wypadków zaistniałych przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową oraz zawału serca lub udaru mózgu;
- 5) **ochrona ubezpieczeniowa** – rozumie się przez to zobowiązanie „POLISA-ŻYCIE” S.A. do wypłaty świadczenia w razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, w okresie odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” S.A.;
- 6) **okres ubezpieczenia** - rozumie się przez to okres 2 lat, liczony od daty początku odpowiedzialności wskazanej w polisie, a następnie każdy kolejny okres 2 lat, liczony od upływu okresu poprzedniego;
- 7) **okres polisowy** – rozumie się przez to okres rozpoczynający się od daty początku odpowiedzialności wskazanej w polisie, a następnie każdy kolejny taki okres, liczony od upływu okresu poprzedniego w zależności od wybranej przez Ubezpieczającego częstotliwości opłacania składki; okresem polisowym może być miesiąc, kwartał, półrocze lub rok;
- 8) **oparzenie** – rozumie się przez to uszkodzenie skóry oraz znajdujących się pod jej powierzchnią tkanek na skutek działania wysokiej temperatury, substancji chemicznych, promieniowania jonizującego lub prądu elektrycznego;
- 9) **polisa** – rozumie się przez to dokument wystawiony przez „POLISA-ŻYCIE” S.A. potwierdzający zawarcie Umowy Ubezpieczenia;
- 10) **poważne zachorowanie** – rozumie się przez to następujące jednostki chorobowe:
 - a) **zawał serca** – rozumiany jako martwica części mięśnia sercowego spowodowana niedokrwieniem. Dla zaliczenia przez „POLISA-ŻYCIE” S.A. tej jednostki chorobowej do grupy poważnych zachorowań, rozpoznanie w każdym przypadku musi być potwierdzone dokumentacją medyczną o wystąpieniu: objawów klinicznych, świeżych typowych zmian w EKG, zmiennym dla zawału podwyższeniu 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,
 - b) **udar mózgu** – rozumiany jako nagły incydent mózgonaczyniowy 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 niedokrwiennych oraz wylewów podopajęczynokowych spowodowanych pęknięciem tętniaka mózgu. Dla zaliczenia przez „POLISA-ŻYCIE” S.A. 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 – potwierdzające trwałe zmiany w tkance mózgowej),
 - c) **nowotwór złośliwy** – rozumiany jako proces niekontrolowanego wzrostu 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 limfoblastycznej), chłoniaki oraz nowotwory mózgu wymagające zabiegu operacyjnego. Pojęcie nie obejmuje: nowotworów skóry za wyjątkiem czerniaka (odpowiedzialność rozpoczyna się od 3 stopnia skali Clarka), I okresu ziarnicy złośliwej (choroba Hodgkina – zmiany ograniczone do

- jednego węzła chłonnego), I stopnia raka prostaty (T₁N₀M₀), nowotworów łagodnych, nieinwazyjnych (wykazujących jedynie cechy wczesnego złośliwienia – in situ) oraz nowotworów współistniejących z wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV). Dla zaliczenia przez „POLISA-ŻYCIE” S.A. tej jednostki chorobowej do grupy poważnych zachorowań, rozpoznanie musi być potwierdzone dokumentacją medyczną z badaniem histopatologicznym,
 - d) **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,
 - e) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek rozumiane jako nieodwracalna, przewlekła niewydolność obu nerek (niezależnie od przyczyny) wymagająca regularnych dializ (hemodializ lub dializ otrzewnowych) lub przeprowadzenia transplantacji nerek. Dla zaliczenia przez „POLISA-ŻYCIE” S.A. tej jednostki chorobowej do grupy poważnych zachorowań, musi być ona potwierdzona dokumentacją medyczną uzasadniającą rozpoznanie kliniczne oraz zastosowane leczenie (dializy lub przeszczep),
 - f) **transplantacja jednego z głównych narządów wewnętrznych** – zabieg operacyjny polegający na przeszczepieniu serca, płuca, wątroby, trzustki, jelita cienkiego, szpiku kostnego lub nerki, jeżeli Ubezpieczony jest biorcą. Do zaliczenia powyższych zabiegów do grupy poważnych zachorowań, muszą być one potwierdzone dokumentacją medyczną potwierdzającą ich wykonanie,
 - g) **zabieg na naczyniach wieńcowych** – zabieg chirurgiczny otwarcia klatki piersiowej (w krążeniu pozaustrojowym) w celu korekcy obu tętnic wieńcowych (zwięzonych lub zablokowanych) poprzez wszczepienie pomostów aortalno – wieńcowych (CABG). Konieczność dokonania zabiegu musi być potwierdzona badaniem angiograficznym. Pojęcie to nie obejmuje angioplastyki oraz innych zabiegów na naczyniach wieńcowych,
 - h) **oponiak** - nowotwór wewnątrzczaszkowy wychodzący z komórek meningeocelialnych (opon mózgowo-rdzeniowych), cechujący się powolnym ekspansywnym wzrostem, bez histologicznych cech złośliwości. Dla uznania przez „POLISA-ŻYCIE” S.A. tej jednostki chorobowej do grupy poważnych zachorowań wymagane jest potwierdzenie rozpoznania klinicznego choroby przez lekarza specjalistę neurologa lub neurochirurga oraz badaniem neuroobrazowym dwufazowym TK głowy lub MR,
 - i) **choroba Parkinsona** - choroba układu pozapiramidowego, której istotą jest postępujący zanik komórek istoty czarnej śródmózgowia, charakteryzująca się: wystąpieniem co najmniej dwóch kluczowych ruchowych objawów choroby (spowolnienie ruchowe, wzmożenie napięcia mięśniowego, drżenie spoczynkowe), brakiem objawów uszkodzenia innych układów nerwowych, stwierdzeniem wyraźnej poprawy po podaniu lewodopy lub agonisty receptora dopaminergicznego. Dla uznania przez „POLISA-ŻYCIE” S.A. tej jednostki chorobowej do grupy poważnych zachorowań wymagane jest: wystąpienie objawów choroby przed 60 rokiem życia oraz potwierdzenie choroby (rozpoznanie kliniczne) przez lekarza specjalistę II ° (neurologa, neurochirurga). Rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone badaniem neuroobrazowym TK lub MR. Wystąpienie drżenia samoistnego nie jest uznawane za objaw choroby Parkinsona. Objawy „zespołu Parkinsona” towarzyszące innym stanom chorobowym (guzy, miażdżyca, kiła, urazy, zatrucia CO, nadużywanie leków) nie jest uznawane za chorobę Parkinsona,
 - j) **łagodny guz mózgu** - nowotwór cechujący się powolnym wzrostem, brakiem naciekania okolicznych tkanek, brakiem zdolności wnikania do naczyń, dawania przerzutów oraz wznowy, czyli nawrotu po leczeniu. Rozrost nowotworowy o budowie histologicznej zbliżonej do tkanki prawidłowej, z reguły posiadającej łącznotkankową torebkę. Dla uznania przez „POLISA-ŻYCIE” S.A. tej jednostki chorobowej do grupy poważnych zachorowań wymagane jest udokumentowanie istnienia rozrostu nowotworowego (Rtg, TK lub MR głowy), łagodnego przebiegu klinicznego (często bezobjawowego) oraz potwierdzenia braku złośliwości histologicznej (badanie histopatologiczne pobranej tkanki nowotworowej),
 - k) **paraliż** - całkowite porażenie czterokończynowe pochodzenia mózgowego (0 ° – 1 ° wg skali Lovette'a). Pojęcie nie obejmuje zmian pourazowych oraz wad wrodzonych i rozwojowych, np. tętniaki;
- 11) **Pracodawca** – (zakład pracy) – rozumie się przez to osoby fizyczne, prawne, jednostki organizacyjne nie posiadające osobowości prawnej, jeżeli zatrudniają pracowników;
 - 12) **rocznica polisy** – rozumie się przez to każdą kolejną rocznicę określoną w polisie daty początku okresu ubezpieczenia;

- 13) **Rodzic Ubezpieczonego** – rozumie się przez to rodzica Ubezpieczonego lub ojczyma i macochę Ubezpieczonego jeżeli w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego, nie żyje odpowiednio ojciec lub matka Ubezpieczonego;
- 14) **Rodzic Małżonka Ubezpieczonego** – rozumie się przez to rodzica Małżonka Ubezpieczonego lub ojczyma i macochę Małżonka Ubezpieczonego jeżeli w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego, nie żyje odpowiednio ojciec lub matka Małżonka Ubezpieczonego;
- 15) **rok polisowy** – rozumie się przez to okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy; pierwszy rok polisowy rozpoczyna się od daty początku okresu ubezpieczenia;
- 16) **suma ubezpieczenia** – rozumie się przez to określoną w Umowie Ubezpieczenia kwotę, na podstawie której określane są wysokości świadczeń ubezpieczeniowych, wypłacanych w przypadku zajścia zdarzeń ubezpieczeniowych określonych w Umowie Ubezpieczenia;
- 17) **trwale inwalidztwo** – rozumie się przez to uszkodzenie części ciała wymienionych w Tabeli Trwałego Inwalidztwa stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych OWU;
- 18) **Ubezpieczający** – rozumie się przez to stronę zawartą z „POLISA-ŻYCIE” S.A. Umowy Ubezpieczenia, zobowiązaną do opłacania składki;
- 19) **Ubezpieczenie grupowe** – rozumie się przez to Grupowe Ubezpieczenie na Życie „BEZPIECZNA FIRMA”, zawarte przez Pracodawcę na rzecz Ubezpieczonego;
- 20) **Ubezpieczony** – rozumie się przez to osobę fizyczną, której życie i zdrowie jest objęte ochroną ubezpieczeniową; w rozumieniu niniejszych warunków ubezpieczenia Ubezpieczony jest jednocześnie Ubezpieczającym;
- 21) **Umowa Ubezpieczenia** – rozumie się przez to umowę ubezpieczenia zawartą na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;
- 22) **Współubezpieczony** – rozumie się przez to Małżonka Ubezpieczonego, Dziecko Ubezpieczonego, Rodzica Ubezpieczonego, Rodzica Małżonka Ubezpieczonego;
- 23) **wypadek komunikacyjny** – rozumie się przez to szczególny przypadek nieszczęśliwego wypadku, następujący z udziałem jakiegokolwiek pojazdu w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, w następstwie którego Ubezpieczony zmarł; w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia pojęcie to obejmuje również wypadki zaistniałe w czasie gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez jakikolwiek pojazd będący w ruchu oraz wypadki zaistniałe podczas wsiadania i wysiadania z pojazdu, którym przemieszczał się lub chciał się przemieścić Ubezpieczony; w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia do kategorii wypadku komunikacyjnego nie zalicza się wypadków zaistniałych przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową;
- 24) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – rozumie się przez to wskazane w Umowie Ubezpieczenia, przypadki, których zaistnienie uprawnia do występowania z roszczeniem o spełnienie świadczenia;
- 25) **złamanie kości** – rozumie się przez to przerwanie ciągłości niezmięnionej patologicznie tkanki kostnej, w wyniku nieszczęśliwego wypadku, wymienione w Tabeli Złamań, stanowiącej Załącznik nr 2 do niniejszych OWU;
- 26) **zwichnięcie** – rozumie się przez to urazowe przemieszczenie się jednej powierzchni stawowej w stosunku do drugiej, wymienione w Tabeli Zwichnięć, stanowiącej Załącznik nr 3 do niniejszych OWU;
- 27) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – rozumie się przez to zaburzenie czynności uszkodzonego układu, narządu, organu, powodujące jego trwałą dysfunkcję, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

- Stosownie do zakresu ochrony ubezpieczeniowej określonego w polisie, przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego i życie Współubezpieczonych.
- Zakres ochrony ubezpieczeniowej uzależniony jest od wieku Ubezpieczonego i obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe w zależności od rodzaju pakietu określonego w ust. 3
- Z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową „POLISA-ŻYCIE” S.A. wypłaca osobom uprawnionym następujące świadczenia:
 - Pakiet I** stosuje się do Ubezpieczonych, którzy ukończyli 19 i nie ukończyli 50 roku życia i obejmuje:
 - zgon Ubezpieczonego - 100% sumy ubezpieczenia,
 - zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nastąpił nie później niż 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku będącego jego bezpośrednią i wyłączną przyczyną – dodatkowo 100% sumy ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w lit. a),
 - zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, jeżeli nastąpił nie później niż 180 dni od daty wypadku komunikacyjnego będącego jego bezpośrednią i wyłączną przyczyną – dodatkowo 50% sumy ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w lit. a) i b),
 - zgon Małżonka Ubezpieczonego 100% sumy ubezpieczenia,
 - zgon Małżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku - jeżeli nastąpił nie później niż 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku będącego jego bezpośrednią i wyłączną przyczyną – dodatkowo 50%, niezależnie od wypłaty na podstawie lit. d),
 - narodziny Dziecka Ubezpieczonego – 10% sumy ubezpieczenia,
 - zgon Dziecka Ubezpieczonego – 10% sumy ubezpieczenia,
 - Pakiet II** stosuje się do Ubezpieczonych, którzy ukończyli 50 i nie ukończyli 60 roku życia i obejmuje:
 - zgon Ubezpieczonego - 100% sumy ubezpieczenia,
 - zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nastąpił nie później niż 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku będącego jego bezpośrednią i wyłączną przyczyną – dodatkowo 100% sumy ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w lit. a),
 - zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, jeżeli nastąpił nie później niż 180 dni od daty wypadku komunikacyjnego będącego jego bezpośrednią i wyłączną przyczyną – dodatkowo 50% sumy ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w lit. a) i b),
 - zgon Małżonka Ubezpieczonego 100% sumy ubezpieczenia,
 - zgon Małżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku - jeżeli nastąpił nie później niż 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku będącego jego bezpośrednią i wyłączną przyczyną – dodatkowo 50%, niezależnie od wypłaty na podstawie pkt. d),
 - zgon Dziecka Ubezpieczonego – 10% sumy ubezpieczenia,
 - osierocenie Dziecka Ubezpieczonego – 10% sumy ubezpieczenia dla każdego Dziecka Ubezpieczonego,
 - wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania – 30% sumy ubezpieczenia,
 - trwale inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku - w wysokości określonej w Tabeli Trwałego Inwalidztwa, stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych OWU,
 - złamania kości u Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – w wysokości określonej w Tabeli Złamań, stanowiącej Załącznik nr 2 do niniejszych OWU,
 - zwichnięcia u Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – w wysokości określonej w Tabeli Złamań, stanowiącej Załącznik nr 3 do niniejszych OWU,
 - oparzenia Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku - w wysokości określonej w Tabeli Rozległości Oparzenia, stanowiącej Załącznik nr 4 do niniejszych OWU;
 - Pakiet III** stosuje się do Ubezpieczonych, którzy ukończyli 60 i nie ukończyli 65 roku życia i obejmuje:
 - zgon Ubezpieczonego - 100% sumy ubezpieczenia,
 - zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nastąpił nie później niż 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku będącego jego bezpośrednią i wyłączną przyczyną – dodatkowo 100% sumy ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w lit. a),
 - zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, jeżeli nastąpił nie później niż 180 dni od daty wypadku komunikacyjnego będącego jego bezpośrednią i wyłączną przyczyną – dodatkowo 50% sumy ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w lit. a) i b),
 - zgon Małżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku - jeżeli nastąpił nie później niż 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku będącego jego bezpośrednią i wyłączną przyczyną – dodatkowo 50% sumy ubezpieczenia,
 - Pakiet IV** stosuje się do Ubezpieczonych, którzy ukończyli 65 rok życia i obejmuje:
 - zgon Ubezpieczonego - 100% sumy ubezpieczenia,

- b) zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nastąpił nie później niż 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku będącego jego bezpośrednią i wyłączną przyczyną – dodatkowo 100% sumy ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w lit. a).
4. W przypadku, gdy zakres ochrony ubezpieczeniowej w ubezpieczeniu grupowym jest szerszy od właściwego dla wieku Ubezpieczonego zakresu ochrony dopuszczalnego w ramach niniejszej Umowy Ubezpieczenia, następuje jego ograniczenie stosownie do zakresu określonego w ust. 3.
 5. W przypadku, gdy zakres ochrony ubezpieczeniowej w ubezpieczeniu grupowym jest węższy od właściwego dla wieku Ubezpieczonego zakresu ochrony dopuszczalnego w ramach niniejszej Umowy Ubezpieczenia, następuje ograniczenie zakresu określonego w ust. 3, do zakresu wynikającego z ubezpieczenia grupowego.
 6. Zakres ochrony ubezpieczeniowej ulega zmianie zgodnie z postanowieniami ust. 3., z pierwszym dniem okresu polisowego, następującego po zmianie wieku Ubezpieczonego.

UMOWA UBEZPIECZENIA warunki zawarcia Umowy Ubezpieczenia

§ 3

Umowa Ubezpieczenia może zostać zawarta, jeżeli spełnione zostaną łącznie warunki określone w § 14 Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „BEZPIECZNA FIRMA”.

zasady zawarcia Umowy Ubezpieczenia

§ 4

1. Umowę Ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia, składanego na formularzu „POLISA-ŻYCIE” S.A.
2. We wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczający określa sposób opłacania składki.
3. We wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczający ma prawo do wskazania Beneficjenta.
4. Ubezpieczający ma prawo w każdym czasie trwania Umowy Ubezpieczenia zmienić lub odwołać Beneficjenta.
5. Jeżeli wniosek o zawarcie Umowy Ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, „POLISA-ŻYCIE” S.A. wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia, względnie do sporządzenia nowego wniosku.
6. „POLISA-ŻYCIE” S.A. zastrzega sobie prawo zaproponowania zawarcia Umowy Ubezpieczenia na warunkach szczególnych lub odrzucenia wniosku bez podania przyczyny.

polisa ubezpieczeniowa

§ 5.

1. Zawarcie Umowy Ubezpieczenia „POLISA-ŻYCIE” S.A. potwierdza wystawieniem polisy.
2. Umowę Ubezpieczenia uważa się za zawartą z dniem początku odpowiedzialności wskazanym na polisie.

czas trwania umowy ubezpieczenia

§ 6.

1. Umowa Ubezpieczenia zawierana jest na okres 2 lat, z możliwością przedłużenia na kolejne 2-letnie okresy ubezpieczenia.
2. W przypadku, gdy nie później niż 30 dni przed dniem zakończenia każdego 2-letniego okresu ubezpieczenia, żadna ze stron umowy nie złoży oświadczenia o nieprzedłużeniu Umowy Ubezpieczenia lub „POLISA-ŻYCIE” S.A. nie złoży propozycji przedłużenia Umowy na zmienionych warunkach, ulega ona przedłużeniu.
3. Nieprzyjęcie przez Ubezpieczającego zaproponowanej zmiany warunków ubezpieczenia skutkuje nieprzedłużeniem Umowy Ubezpieczenia na kolejny okres.

odstąpienie od umowy Ubezpieczenia

§ 7.

1. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy Ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty zawarcia Umowy.
2. O odstąpieniu od umowy Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować „POLISA-ŻYCIE” S.A. na piśmie.
3. Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia jest skuteczne od dnia otrzymania przez „POLISA-ŻYCIE” S.A. informacji o odstąpieniu.
4. Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku opłacenia składki za czas trwania odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” S.A.
5. W przypadku odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia „POLISA-ŻYCIE” S.A. zwraca Ubezpieczającemu składkę ubezpieczeniową za niewykorzystany okres ochrony.
6. W sytuacji, o której mowa w ust. 5, postanowienia §15 ust. 32 i ust. 33 stosuje się odpowiednio.

wypowiedzenie umowy ubezpieczenia

§ 8.

1. Umowę Ubezpieczenia może wypowiedzieć na piśmie Ubezpieczający w każdym czasie jej obowiązywania.
2. Wypowiedzenie jest skuteczne na ostatni dzień miesiąca następującego po miesiącu, w którym złożone zostało oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia.
3. Wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia nie zwalnia od obowiązku opłacania składki za okres wypowiedzenia.
4. W przypadku wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia „POLISA-ŻYCIE” S.A. zwraca składkę ubezpieczeniową za niewykorzystany okres ochrony.
5. W sytuacji, o której mowa w ust. 4, postanowienia §15 ust. 32 i ust. 33 stosuje się odpowiednio.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 9.

Wysokość sumy ubezpieczenia stanowi 80% sumy ubezpieczenia obowiązującej w ubezpieczeniu grupowym.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA I SPOSÓB PŁATNOŚCI

§ 10.

1. W trakcie obowiązywania pierwszej Umowy Ubezpieczenia składka ubezpieczeniowa za udzielaną ochroną jest równa wysokości składki należnej za Ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia grupowego.
2. Wysokości składek i świadczeń dla poszczególnych ryzyk podane są na polisie ubezpieczeniowej.
3. Składka ubezpieczeniowa jest sumą składek za poszczególne ryzyka.
4. Składka ubezpieczeniowa obliczana jest bez uwzględnienia stopy technicznej.
5. Ubezpieczający we wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia określa sposób opłacania składki:
 - 1) miesięcznie;
 - 2) kwartalnie;
 - 3) półrocznie;
 - 4) rocznie.
6. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać składkę na wskazany przez „POLISA-ŻYCIE” S.A. rachunek bankowy.
7. Pierwsza składka ubezpieczeniowa płatna jest nie później niż do dnia złożenia wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia.
8. Składka ubezpieczeniowa płatna jest z góry, najpóźniej do ostatniego dnia okresu polisowego, poprzedzającego kolejny okres polisowy udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
9. Ubezpieczający może w każdym czasie obowiązywania Umowy Ubezpieczenia wystąpić do „POLISA-ŻYCIE” S.A. z pisemnym wnioskiem o zmianę sposobu opłacania składki.
10. Nowy sposób opłacania składki obowiązuje od pierwszego dnia okresu polisowego następującego po złożeniu wniosku, o którym mowa w ust. 9.
11. W przypadku nieopłacenia w terminie należnej składki „POLISA-ŻYCIE” S.A. wezwie Ubezpieczającego do zapłaty składki wyznaczając dodatkowo 7 dniowy termin jej zapłaty.
12. Jeżeli składka nie zostanie opłacona w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 11 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.
13. W przypadku opłacenia zaległej składki w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 11 „POLISA-ŻYCIE” S.A. udziela ochrony ubezpieczeniowej z zachowaniem ciągłości odpowiedzialności ubezpieczeniowej.

UMOWA DODATKOWA

§ 11.

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.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 12.

1. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. rozpoczyna się od dnia wskazanego na polisie, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po złożeniu wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia i opłaceniu składki.
2. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. w stosunku do Ubezpieczonego wygasa:
 - 1) z dniem odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia;
 - 2) po upływie terminu związanego z wypowiedzeniem Umowy Ubezpieczenia;
 - 3) po upływie każdego 2-letniego okresu ubezpieczenia w przypadku złożenia przez którąkolwiek ze stron oświadczenia o nieprzedłużeniu Umowy Ubezpieczenia;
 - 4) w sytuacji, o której mowa w § 6 ust. 3;
 - 5) w dniu o którym mowa w § 10 ust. 12;
 - 6) w dniu zgonu Ubezpieczonego.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 13.

- Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. jest wyłączona jeżeli bezpośrednia przyczyna powodująca wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową została rozpoznana przed pierwszym dniem odpowiedzialności.
- Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. jest wyłączona w przypadku wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową, będących wynikiem:
 - popelnienia lub usiłowania popelnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - działań wojennych, zamieszek, lokautów, strajków rozruchów, stanu wojennego i wyjątkowego;
 - popelnienia samobójstwa w okresie 24 miesięcy kalendarzowych, licząc od pierwszego dnia ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu Umowy Ubezpieczenia;
 - zatrucia spowodowanego spożyciem/spożywaniem alkoholu, użyciem/używaniem narkotyków lub innych środków odurzających, bądź nadużyciem leków, w szczególności skutkującego uszkodzeniami narządów wewnętrznych (np. mózgu, trzustki, wątroby) oraz zespołem zależności alkoholowej;
 - działania/zaniechania po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, bądź nadużyciem leków;
 - samookaleczenia.
- Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. z tytułu: zgonu Ubezpieczonego/Małżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego, trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wystąpienia u Ubezpieczonego złamania, zwichnięcia lub oparzenia w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jest wyłączona jeżeli wypadek był wynikiem:
 - prowadzenia przez Ubezpieczonego/Małżonka Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu drogowego po użyciu alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków;
 - prowadzenia przez Ubezpieczonego/Małżonka Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu drogowego bez wymaganych i ważnych uprawnień lub bez świadectwa kwalifikacyjnego pojazdu;
 - katastrofy statków powietrznych innych niż samoloty komunikacyjne eksploatowane przez koncesjonowanych przewoźników, gdy Ubezpieczony/Małżonka Ubezpieczonego był członkiem załogi lub pasażerem statku powietrznego;
 - uprawiania następujących sportów:
 - szybownictwa, lotniarstwa – w tym paralotniarstwa, spadochroniarstwa,
 - sportów lotniczych,
 - nurkowania,
 - sportów walki,
 - sportów motorowych, motocyklowych i motorowodnych,
 - wszelkich form alpinizmu,
 - speleologii,
 - sportów ekstremalnych.
- Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, jest wyłączona w przypadkach będących wynikiem:
 - samookaleczenia niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
 - nadużycia alkoholu, środków odurzających lub farmaceutycznych, z wyjątkiem zażywania zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - AIDS;
 - radiacji, reakcji jądrowej, skażenia radioaktywnego;
 - działania trucizny, trujących gazów lub oparów;
 - zdarzenia ubezpieczeniowego, w przypadku którego, z ustaleń dokonanych przez „POLISA-ŻYCIE” S.A., bądź informacji podanych przez Ubezpieczonego, wynika, że odnośnie jednostek chorobowych, o które zakład ubezpieczeń zapytywał we wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia, Ubezpieczony otrzymał diagnozę choroby bądź zalecenie leczenia operacyjnego lub był świadomy wystąpienia choroby lub konieczności przeprowadzenia leczenia operacyjnego przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy Ubezpieczenia. W takim przypadku „POLISA-ŻYCIE” S.A. ponosi odpowiedzialność zgodnie z poniższymi wykluczeniami:

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Wykluczenie z zakresu ochrony
zawał serca	zawał serca, zabieg na naczyniach wieńcowych, transplantacja jednego z głównych narządów, udar mózgu
udar mózgu	udar mózgu, zawał serca, zabieg na naczyniach wieńcowych, transplantacja jednego z głównych narządów, śpiączka
nowotwór złośliwy	nowotwór złośliwy, transplantacja jednego z

	głównych narządów
śpiączka	śpiączka, udar mózgu
niewydolność nerek	niewydolność nerek, transplantacja jednego z głównych narządów, zawał serca, udar mózgu, śpiączka
transplantacja jednego z głównych narządów	transplantacja jednego z głównych narządów, nowotwór złośliwy, niewydolność nerek, śpiączka
zabieg na naczyniach wieńcowych	zawał serca, zabieg na naczyniach wieńcowych, transplantacja jednego z głównych narządów, udar mózgu
oponiak	oponiak, łagodny guz mózgu, paraliż, udar mózgu, śpiączka
łagodny guz mózgu	łagodny guz mózgu, paraliż, udar mózgu, śpiączka
paraliż	paraliż, udar mózgu, śpiączka
choroba Parkinsona	choroba Parkinsona, paraliż, udar mózgu, śpiączka

OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA ŚWIADCZEŃ

§ 14.

- W przypadku wystąpienia wszystkich zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, innych niż wymienione w ust. 2 i ust. 5, uprawnionym do świadczenia jest Ubezpieczony.
- Uprawnionym do świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego jest Beneficjent.
- Wskazanie osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia staje się bezskuteczne, jeżeli umyślnie przyczyniła się ona do śmierci Ubezpieczonego.
- W przypadku braku wskazania Beneficjenta albo gdy Beneficjent w chwili zgonu Ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje osobom powołanym do spadku po Ubezpieczonym, w częściach określonych w postanowieniu sądu o stwierdzeniu nabycia spadku.
- Jeżeli Ubezpieczający nie zdecyduje inaczej, osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego powodującego osierocenie jest dziecko (dzieci) Ubezpieczonego.
- W imieniu Dziecka, które nie ukończyło 18-ego roku życia, występuje jego przedstawiciel ustawowy.

ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZENIA

§ 15.

- „POLISA-ŻYCIE” S.A. wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia, dokonanego w wyniku własnych ustaleń poczynionych w postępowaniu, o którym mowa niżej, ugody zawartej z osobą uprawnioną do otrzymania świadczeń lub prawomocnego orzeczenia sądu.
- Osoba uprawniona składa zawiadomienie o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową na formularzu „POLISA-ŻYCIE” S.A. do Centrali, Regionalnego Biura Handlowego „POLISA-ŻYCIE” S.A. lub innej jednostki organizacyjnej „POLISA-ŻYCIE” S.A.
- W terminie do 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia, „POLISA-ŻYCIE” S.A. podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonego roszczenia i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” S.A. lub wysokości świadczenia.
- Wszelkie dokumenty roszczeniowe winny mieć postać oryginału bądź kopii uwierzytelnionej notarialnie lub przez uprawnionego pracownika „POLISA-ŻYCIE” S.A.
- W przypadku poważnego zachorowania, „POLISA-ŻYCIE” S.A. wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie, pod warunkiem, że w terminie 30 dni od stwierdzenia wystąpienia którejkolwiek z chorób wymienionych w § 1 pkt 10) lit. a, b, c, d, e, h, i, j, k lub daty zabiegu wymienionego w § 1 pkt 10) lit. f, g nie nastąpi zgon Ubezpieczonego.
- W przypadku wystąpienia trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego, „POLISA-ŻYCIE” S.A. wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w Tabeli Trwałego Inwalidztwa, stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych OWU.
- W przypadku zajścia w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej jednego lub więcej nieszczęśliwych wypadków powodujących trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego, suma wypłaconych świadczeń z tytułu trwałego inwalidztwa nie może przekroczyć łącznie 100% sumy ubezpieczenia – w trakcie każdego 12 miesięcznego okresu ubezpieczenia w stosunku do Ubezpieczonego.

8. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego złamania kości „POLISA-ŻYCIE” S.A. wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w Tabeli Złamań, stanowiącej Załącznik nr 2 do niniejszych OWU.
9. W przypadku zajścia u Ubezpieczonego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej jednego lub więcej nieszczęśliwych wypadków powodujących złamania, suma wypłaconych świadczeń z tytułu złamań nie może przekroczyć łącznie 100% sumy ubezpieczenia - w trakcie każdego 12 miesięcznego okresu ubezpieczenia w stosunku do Ubezpieczonego.
10. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego zwichnięcia „POLISA-ŻYCIE” S.A. wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w Tabeli Zwichnięć, stanowiącej Załącznik nr 3 do niniejszych OWU.
11. W przypadku zwichnięcia nawykowego stawu, „POLISA-ŻYCIE” S.A. wypłaca świadczenie tylko raz, z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego, które spowodowało nawyk, o ile wystąpiło w okresie odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” S.A.
12. W przypadku zajścia u Ubezpieczonego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej jednego lub więcej nieszczęśliwych wypadków powodujących zwichnięcia, suma wypłaconych świadczeń z tytułu zwichnięć nie może przekroczyć łącznie 100% sumy ubezpieczenia - w trakcie każdego 12 miesięcznego okresu ubezpieczenia w stosunku do Ubezpieczonego.
13. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego oparzenia, „POLISA-ŻYCIE” S.A. wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w Tabeli Rozległości Oparzenia, stanowiącej Załącznik nr 4 do niniejszych OWU.
14. W przypadku zajścia w okresie ubezpieczenia jednego lub więcej nieszczęśliwych wypadków powodujących oparzenie, suma wypłaconych świadczeń z tytułu oparzeń nie może przekroczyć łącznie 100% sumy ubezpieczenia - w trakcie każdego 12 miesięcznego okresu ubezpieczenia w stosunku do Ubezpieczonego.
15. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego „POLISA-ŻYCIE” S.A. wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie określone w §2 ust. 3 pkt 1) lit. p lub § 2 ust. 3 pkt 2 lit.m.
16. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego ustala się po przedstawieniu zaświadczenia lekarskiego o całkowitym zakończeniu leczenia, 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. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się „Tabele norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku”, zatwierdzonej Uchwałą Zarządu nr 98/2004 z dnia 26 maja 2004 roku.
17. Orzeczenie lekarskie o stopniu trwałego uszczerbku na zdrowiu wydawane jest nie wcześniej, niż po upływie:
 - 1) 12 miesięcy od daty powstania urazu – po ciężkich urazach neurologicznych lub złamaniach powikłanych,
 - 2) 6 miesięcy od daty powstania urazu – w przypadku urazów neurologicznych lub po poważnych urazach ortopedycznych (np. złamanie podudzia, uda, kręgosłupa, itp.),
 - 3) 3 miesięcy od daty powstania urazu – w przypadkach innych niż wymienione w pkt 1) i pkt 2) – np. urazy chirurgiczne lub ortopedyczne.
18. 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.
19. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku organu, narządu lub układu, których funkcje przed 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 wypadkiem.
20. W przypadku zajścia u Ubezpieczonego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej więcej niż jednego nieszczęśliwego wypadku powodującego trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego łączna suma wypłaconych świadczeń z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie może przekroczyć wartości należnej za 100% orzeczonego uszczerbku na zdrowiu.
21. W przypadku zgonu Ubezpieczonego dokumentami, o których mowa w ust. 3 są w szczególności:
 - 1) odpis skrócony aktu zgonu;
 - 2) dokument potwierdzający przyczynę zgonu (np. karta statystyczna do karty zgonu).
22. W przypadku zgonu Ubezpieczonego/Małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego dokumentami, o których mowa w ust. 3 są w szczególności:
 - 1) odpis skrócony aktu zgonu;
 - 2) dokument potwierdzający przyczynę zgonu (np. karta statystyczna do karty zgonu);
 - 3) dokumenty potwierdzające związek przyczynowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a zgonem Ubezpieczonego/Małżonka Ubezpieczonego oraz opisujące okoliczności wystąpienia tego wypadku (np. protokół BHP, notatka policyjna, dokument końcowy w sprawie – Postanowienie Prokuratury wraz z uzasadnieniem, Wyrok Sądu wraz z uzasadnieniem, dokument określający stan trzeźwości Ubezpieczonego w chwili wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, o ile nie wynika to z otrzymanych dokumentów);
 - 4) dokument uprawniający Ubezpieczonego/Małżonka Ubezpieczonego do prowadzenia pojazdu mechanicznego bądź innego pojazdu drogowego oraz dokument kwalifikacyjny pojazdu, jeśli zgon Ubezpieczonego/Małżonka Ubezpieczonego nastąpił w wyniku wypadku komunikacyjnego;
23. W przypadku trwałego inwalidztwa, złamania lub zwichnięcia oraz oparzenia Ubezpieczonego, dokumentami niezbędnymi do ustalenia świadczenia są w szczególności:
 - 3) trwałego inwalidztwo:
 - a) dokumentacja medyczna stwierdzająca powstanie trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego,
 - b) dokumenty wskazujące związek przyczynowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a powstaniem trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego
 - 4) złamania kości lub zwichnięcia:
 - a) dokumentacja medyczna potwierdzająca złamanie kości lub zwichnięcie,
 - b) opis radiologiczny,
 - c) dokumenty wskazujące związek przyczynowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a złamaniem kości lub zwichnięciem.
 - 5) oparzenia:
 - a) dokumentacja medyczna opisująca rodzaj i stopień oparzenia,
 - b) dokumenty wskazujące związek przyczynowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a oparzeniem.
24. W przypadku poważnego zachorowania Ubezpieczonego, dokumentami niezbędnymi do ustalenia świadczenia jest w szczególności dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie poważnego zachorowania oraz przebieg jego leczenia.
25. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego dokumentami niezbędnymi do ustalenia świadczenia są w szczególności:
 - a) dokumenty wskazujące związek przyczynowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a powstaniem trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego oraz opisujące okoliczności zajścia zdarzenia (np.: protokół BHP, notatka policyjna, Postanowienie Prokuratury wraz z uzasadnieniem, Wyrok Sądu wraz z uzasadnieniem);
 - b) dokumenty medyczne potwierdzające udzielenie pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku (np.: karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego; karta informacyjna leczenia szpitalnego; historia choroby...);
 - c) dokumenty medyczne z okresu leczenia;
 - d) zaświadczenie lekarskie o całkowitym zakończeniu leczenia.
26. W zależności od okoliczności „POLISA-ŻYCIE” S.A. może zażądać innych dokumentów niezbędnych do stwierdzenia zasadności roszczenia, a w szczególności dokumentów potwierdzających wystąpienie i okoliczności zdarzenia.
27. „POLISA-ŻYCIE” S.A. spełnia świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
28. 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.
29. Jeżeli świadczenie nie zostało wypłacone w terminie, o którym mowa w ust. 27, „POLISA-ŻYCIE” S.A. zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczenia w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
30. 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.
31. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 33, świadczenia wypłacane z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie podlegają pomniejszeniu o dodatkowe opłaty.
32. Wypłaty świadczeń dokonywane są przelewem na rachunek bankowy lub bezpośrednio osobie uprawnionej do świadczenia. Koszt przelewu ponosi „POLISA-ŻYCIE” S.A.
33. Na wniosek osoby uprawnionej, kwota świadczenia, pomniejszona o faktyczne koszty przekazu jest przesyłana przekazem pocztowym na adres wskazany w zgłoszeniu roszczenia.
34. Jeżeli Ubezpieczony lub Beneficjent 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.
35. Powyższe uprawnienie nie koliduje z prawem dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
36. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania Ubezpieczonego lub Beneficjenta.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 16.

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. Umowa Ubezpieczenia nie podlega wykupowi.
5. Z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie przysługują premie, rabaty lub udziały w zyskach.

6. 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 Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.
7. Ubezpieczający jest zobowiązany informować „POLISA-ŻYCIE” S.A. o każdorazowej zmianie adresu, na który należy kierować przeznaczoną dla Ubezpieczającego korespondencję.
8. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych, powszechnie obowiązujących aktów prawnych.
9. Wszelkie zmiany w umowie ubezpieczenia powinny być dokonywane w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
10. 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.
11. Wszelkie oświadczenia woli związane z niniejszą umową wymagają dla swej ważności zachowania formy pisemnej.
12. Wszelkie opłaty związane z płatnościami składki, a także ze świadczeniami acz tytułu umowy ubezpieczenia, o ile są wymagane, obciążają Ubezpieczającego.
13. Niniejsze warunki ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 11 września 2007r.
14. Niniejsze Ogólne Warunki Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie „BEZPIECZNA FIRMA” zatwierdzone zostały Uchwałą nr 165/2007 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „POLISA-ŻYCIE” S.A. z dnia 11 września 2007 roku.

Za Zarząd „POLISA-ŻYCIE” S.A.

Andrzej Szewcuk



Michał

ZALĄCZNIK NR 1
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE „BEZPIECZNA FIRMA”

TABELA TRWAŁEGO INWALIDZTWA

L.p.	Rodzaj trwałego inwalidztwa	Wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia
1.	Całkowita utrata wzroku	100%
2.	Utrata wzroku w jednym oku	50%
3.	Całkowita utrata słuchu	60%
4.	Utrata słuchu w jednym uchu	30%
5.	Paraliż całkowity obustronny	100%
6.	Paraliż całkowity jednej strony ciała	70%
7.	Utrata przez amputację lub całkowita utrata funkcji:	
a)	Jednego ramienia powyżej stawu łokciowego	65%
b)	Jednego ramienia poniżej stawu łokciowego	60%
c)	Jednej dłoni poniżej nadgarstka	50%
d)	Jednego kciuka	20%
e)	Jednego palca wskazującego	10%
f)	Innego palca dłoni	5%
g)	Jednej kończyny dolnej przez wyluszczenie jej w stawie biodrowym	60%
h)	Jednej kończyny dolnej poniżej stawu biodrowego, powyżej stawu kolanowego	50%
i)	Jednej kończyny dolnej na poziomie stawu kolanowego	50%
j)	Jednej kończyny dolnej w obrębie podudzia	45%
k)	Jednej całej stopy	40%
l)	Jednej stopy w obrębie śródstopia	30%
m)	Jednego palucha	5%
n)	Innego palca stopy	2%

ZAŁĄCZNIK NR 2
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE „BEZPIECZNA FIRMA”

TABELA ZŁAMAŃ

Lp.	Rodzaj złamania	Wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia
1.	Złamanie kości czaszki (podstawy, sklepienia, twarzoczaszki), złamania kości miednicy (z wyjątkiem izolowanych złamań kości łonowej lub kulszowej, krzyżowej oraz ogonowej) oraz kości w obrębie stawu biodrowego (panewka stawu, nasady bliższej kości udowej, złamania przezkrętarzowe, złamania podkrętarzowe)	
a)	otwarte	10%
b)	zamknięte	6%
2.	Złamania kości udowej, pięty:	
a)	otwarte	8%
b)	zamknięte	6%
3.	Złamania kości podudzia, obojczyka, kostki, łokcia, kości ramiennej lub przedramiennej (w tym nadgarstka):	
a)	otwarte	8%
b)	zamknięte	6%
4.	Złamanie żuchwy	
a)	otwarte	8%
b)	zamknięte	4%
5.	Złamania łopatki, rzepki, mostka, śródreżca (poza palcami i nadgarstkiem), stopy (z wyjątkiem palców i pięty):	
a)	otwarte	6%
b)	zamknięte	4%
6.	Złamania kręgosłupa	
a)	złamania trzonów	4%
c)	złamania wyrostków poprzecznych, kolczystych i łuków kręgowych	2%
7.	Złamania żeber, kości ogonowej, szczęki, nosa, izolowane złamania krętarzy, kości łonowej, kulszowej, krzyżowej, ogonowej, talerza biodrowego.	
a)	otwarte	4%
b)	zamknięte	2%
8.	Złamania palca lub palców u nóg, palca lub palców dłoni:	
a)	jednego palca	1%
b)	dwóch lub więcej palców	2%
9.	utrata zębów stałych	1%
a)	Łącznie nie więcej niż	4%

ZAŁĄCZNIK NR 3
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE „BEZPIECZNA FIRMA”

TABELA ZWICHNIĘĆ

Lp.	Rodzaj zwichnięcia	Wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia
1.	Zwichnięcie stawu biodrowego	12%
2.	Zwichnięcie stawu kolanowego	10%
3.	Zwichnięcie stawu skokowego	6%
4.	Zwichnięcie stawu ramiennego	6%
5.	Zwichnięcie stawu łokciowego	6%
6.	Zwichnięcie kciuka lub palucha	2%
7.	Zwichnięcie palca II- V – za każdy palec	1%

ZAŁĄCZNIK NR 4
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE „BEZPIECZNA FIRMA”

TABELA ROZLEGŁOŚCI OPARZENIA

Rozległość oparzenia	Wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia
Od 1% do 15% powierzchni całego ciała	20
Od 16% do 30% powierzchni całego ciała	50
Powyżej 30% powierzchni całego ciała	100