



SUPER GWARANCJA

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z OPCJĄ FUNDUSZY „SUPER GWARANCJA”

2004

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

Niniejsze warunki ubezpieczenia mają zastosowanie do umów Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Opcją Funduszy SUPER GWARANCJA, zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „POLISA-ŻYCIE” Spółka Akcyjna, zwane dalej „POLISA-ŻYCIE” S.A.

§ 1.

Ilekcć w niniejszych warunkach ubezpieczenia użyto określenia:

- 1) **Ubezpieczający** - rozumie się przez to pracodawcę – stronę umowy ubezpieczenia;
- 2) **Ubezpieczony** - rozumie się przez to pracownika zatrudnionego przez Ubezpieczającego, którego życie i zdrowie są objęte ochroną ubezpieczeniową; na zasadach określonych w § 4 ust. 8 Ubezpieczonym może być także małżonek pracownika zatrudnionego przez Ubezpieczającego;
- 3) **Pracodawca** (zakład pracy) - rozumie się przez to osoby fizyczne, prawne, jednostki organizacyjne nie posiadające osobowości prawnej, jeżeli zatrudniają pracowników;
- 4) **Pracownik** - rozumie się przez to osobę zatrudnioną przez pracodawcę na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, kontraktu menedżerskiego lub spółdzielczej umowy o pracę; za pracownika uważa się również członka rolniczej spółdzielni produkcyjnej, osobę wykonującą pracę nakładczą na podstawie pisemnej umowy z pracodawcą jako nakładczą, osobę fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, osobę zatrudnioną na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia, jeżeli jest objęta ubezpieczeniem społecznym z tego tytułu, osobę zatrudnioną na podstawie umowy zawartej w następstwie wyboru lub powołania do organu reprezentującego oraz członka jednostki organizacyjnej, będącej Ubezpieczającym;
- 5) **Beneficjent** - rozumie się przez to osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego;
- 6) **Współubezpieczony** - rozumie się przez to osobę objętą na mocy niniejszej umowy ochroną ubezpieczeniową; Współubezpieczonymi są: a) małżonek, b) konkubent, pod warunkiem, że prowadzi z Ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe przez okres co najmniej dwóch lat i obie osoby są stanu wolnego, c) dzieci własne, przysposobione lub pasierbowie, d) rodzice Ubezpieczonego i rodzice małżonka Ubezpieczonego, lub ojczym albo macocha Ubezpieczonego i jego małżonka;
- 7) **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.;
- 8) **nieszczęśliwy wypadek** - rozumie się przez to zdarzenie nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego/Współubezpieczonego, w następstwie którego Ubezpieczony/Współubezpieczony zmarł, doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu lub które stanowi przyczynę pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. W rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków do kategorii nieszczęśliwego wypadku nie zalicza się wypadków zaistniałych przed datą objęcia Ubezpieczonego/Współubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową oraz zawału serca lub udaru mózgu;
- 9) **wypadek lądowy** - rozumie się przez to szczególny przypadek nieszczęśliwego wypadku, następujący z udziałem jakiegokolwiek pojazdu w ruchu drogowym lub szynowym, w następstwie którego Ubezpieczony zmarł. W rozumieniu niniejszych ogólnych warunków pojęcie to obejmuje również wypadki zaistniałe 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;
- 10) **wypadek lotniczy** - rozumie się przez to szczególny przypadek nieszczęśliwego wypadku, następujący z udziałem pojazdu w ruchu powietrznym, w następstwie którego Ubezpieczony zmarł. W rozumieniu niniejszych ogólnych warunków pojęcie to obejmuje również wypadki zaistniałe 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;
- 11) **wypadek wodny** - rozumie się przez to szczególny przypadek nieszczęśliwego wypadku, następujący z udziałem jakiegokolwiek pojazdu pływającego w ruchu wodnym, w następstwie którego Ubezpieczony zmarł. W rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków pojęcie to obejmuje również wypadki zaistniałe 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;
- 12) **zgon chorobowy** - rozumie się przez to zgon w wyniku udaru mózgu lub zawału serca;
- 13) **trwały uszczerbek na zdrowiu** - rozumie się przez to zaburzenie czynności uszkodzonego układu, narządu, organu, powodujące jego trwałą dysfunkcję, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie trwania odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” S.A.;
- 14) **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 (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,
- b) **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 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 niedokrwiennych oraz wylewów podpajęczynówkowych, 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),
- d) **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),
- e) **zabieg na naczyniach wieńcowych** – zabieg chirurgicznego otwarcia klatki piersiowej (w krążeniu pozaustrojowym) w celu korekcji obu tętnic wieńcowych (zwężonych lub zablokowanych) poprzez wszczepienie 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 śpiączka nie obejmuje: przypadków śpiączki wywołanych spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających, bądź nadużyciem leków,
- i) **wystąpienie choroby Creutzfeldta-Jakoba**
- 15) **szpital** - działający w kraju lub zagranicą państwowy lub niepaństwowy zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa 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 pielęgniarstwa, hospicjów; a także oddziałów szpitalnych, ośrodków lub innych jednostek organizacyjnych: rehabilitacyjnych, rekonwalescencyjnych, dla nerwowo lub psychicznie chorych, sanatoryjnych, uzdrowiskowych, leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych lub alkoholowych;
- 16) **dzień pobytu w szpitalu** - rozumie się przez to każdą pełną dobę pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, liczoną jako dobę zegarową (od godziny 0:00);
- 17) **osierocenie dziecka** - rozumie się przez to zgon Ubezpieczonego, który nastąpił:
- przed ukończeniem przez dziecko 18 roku życia,
 - przed ukończeniem przez dziecko 24 roku życia – jeżeli kontynuuje naukę w szkole działającej na podstawie ustawy
 - szkolnictwie wyższym lub ustawy o wyższych szkołach zawodowych,
 - bez względu na wiek dziecka - jeżeli dziecko jest niezdolne do podjęcia jakiegokolwiek pracy zarobkowej
- 18) **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.

- „POLISA-ŻYCIE” S.A. udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie podstawowym lub rozszerzonym.
- Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia w przypadku zajścia co najmniej jednego ze zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w ust 3.

3. Z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową „POLISA-ŻYCIE” S.A. wypłaca osobom uprawnionym następujące rodzaje świadczeń w wysokości odpowiadającej procentowi sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia:
- 1) w zakresie podstawowym (obligatoryjnym): z tytułu zgonu Ubezpieczonego 50%-500%
 - 2) z zakresie rozszerzonym (ryzyka do wyboru):
 - a) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego) 10%-500%
 - b) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego oraz świadczenia, o którym mowa w lit. a, jeżeli ryzyko to znajduje się w wybranym zakresie ochrony) 10%-200%
 - c) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku lotniczego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego oraz świadczenia, o którym mowa w lit. a, jeżeli ryzyko to znajduje się w wybranym zakresie ochrony) 10%-200%
 - d) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku wodnego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego oraz świadczenia, o którym mowa w lit. a, jeżeli ryzyko to znajduje się w wybranym zakresie ochrony) 10%-200%
 - e) z tytułu chorobowego zgonu Ubezpieczonego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego) 10%-200%
 - f) z tytułu zgonu Ubezpieczonego powodującego osierocenie dziecka (bez względu na liczbę dzieci) 10%-100%
 - g) z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku:
 - za każdy orzeczony 1% uszczerbku na zdrowiu 1-5%
 - za 100% orzeczonego uszczerbku na zdrowiu 100-500%
 - 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 wybrany a przyczyną zgonu był udar mózgu lub zawał serca) 10%-50%
 - 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% - 0,5%
 - j) z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, za każdy dzień pobytu trwającego 4 lub więcej dni, jeśli pobyt spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem 0,1% - 1,0%
 - k) z tytułu narodzin dziecka Ubezpieczonemu 5%-50%, jednak nie więcej niż 5.000 PLN - zmiana co 1%
 - l) z tytułu narodzin martwego dziecka Ubezpieczonemu 10%-50%, jednak nie więcej niż 5.000 PLN
 - m) z tytułu zgonu małżonka/ konkubenta Ubezpieczonego 10%-100%
 - n) z tytułu zgonu małżonka/ konkubenta Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo oprócz świadczenia, o którym mowa powyżej) 10%-50%, jednak nie więcej niż 5.000 PLN
 - o) z tytułu zgonu dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Ubezpieczonego 10%-50%, jednak nie więcej niż 5.000 PLN
 - p) z tytułu zgonu dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo oprócz świadczenia, o którym mowa powyżej) 10%-50%, jednak nie więcej niż 5.000 PLN
 - r) z tytułu zgonu rodziców lub macochy/ojczyrna Ubezpieczonego 5%-50%, jednak nie więcej niż 5.000 PLN - zmiana co 1%
 - s) z tytułu zgonu rodziców lub macochy/ojczyrna małżonka Ubezpieczonego 5%-50%, jednak nie więcej niż 5.000 PLN - zmiana co 1%
 - t) z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania u małżonka Ubezpieczonego pod warunkiem, że w terminie 30 dni od stwierdzenia jego wystąpienia nie nastąpił zgon małżonka Ubezpieczonego 10%-50%, jednak nie więcej niż 5.000 PLN
 - u) z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania u dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Ubezpieczonego pod warunkiem, że w terminie 30 dni od stwierdzenia jego wystąpienia nie nastąpił zgon dziecka 10%-50%, jednak nie więcej niż 5.000 PLN
4. Dla każdego okresu rocznego trwania odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE S.A. z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu nie spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, maksymalny łączny okres za jaki wypłacane jest świadczenie z tego tytułu wynosi 90 dni, zaś dla świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem - 21 dni.
5. 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

warunki zawarcia umowy ubezpieczenia

§ 3.

Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta, jeżeli do ubezpieczenia przystępuje grupa licząca co najmniej 5 uprawnionych do tego osób.

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:
 - 1) zakres ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) sumę ubezpieczenia,
 - 3) liczbę osób przystępujących do ubezpieczenia.
3. Do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia należy dołączyć:
 - 1) podpisane przez osoby przystępujące do grupy deklaracje zgody,
 - 2) wykaz imienny osób przystępujących do ubezpieczenia.
4. Deklaracja zgody jest dokumentem potwierdzającym wolę przystąpienia do ubezpieczenia oraz wskazującym Beneficjenta.
5. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać Beneficjenta.
6. Deklaracje zgody osób przystępujących do grupy, podpisywane w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest składać wraz z comiesięcznym rozliczeniem składki w terminie o którym mowa w ust. 7.
7. Ubezpieczający jest zobowiązany w terminie do 3 dnia roboczego każdego okresu polisowego przekazać do „POLISA-ŻYCIE” S.A. informacje o liczbie osób objętych ochroną ubezpieczeniową oraz dane osób przystępujących lub występujących z grupy w bieżącym okresie polisowym.
8. Ubezpieczonym, w rozumieniu niniejszych OWU, może zostać małżonek Ubezpieczonego na warunkach obowiązujących w grupie, do której przystępuje Ubezpieczony, po spełnieniu łącznie następujących warunków:
 - 1) małżonek Ubezpieczonego złoży deklarację zgody równocześnie z deklaracją zgody małżonka, będącego pracownikiem Ubezpieczającego,
 - 2) Ubezpieczony wyrazi zgodę na potrącanie z jego wynagrodzenia składki ubezpieczeniowej za małżonka.
9. Potwierdzenie wpłacenia pierwszej składki ubezpieczeniowej stanowi podstawę do wystawienia polisy ubezpieczeniowej.
10. 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.
11. W stosunku do grupy lub poszczególnych Ubezpieczonych, „POLISA-ŻYCIE” S.A. zastrzega sobie prawo zaproponowania zawarcia umowy ubezpieczenia na warunkach szczególnych lub odrzucenia wniosku bez podania przyczyny.
12. Zawarcie dwóch lub więcej umów niniejszego ubezpieczenia w ramach jednego zakładu pracy jest możliwe, jeżeli liczebność najmniejszej grupy objętej ochroną ubezpieczeniową wynosi co najmniej 21 osób, będących pracownikami Ubezpieczającego.
13. Deklaracja zgody nie wywołuje skutków prawnych, jeżeli została złożona przez osobę:
 - 1) nie spełniającą warunków, o których mowa w § 1 pkt 2;

- 2) przebywającą na zwolnieniu lekarskim;
- 3) ubezpieczoną w tej samej lub innej grupie w ramach ubezpieczenia SUPER GWARANCJA.

polisa ubezpieczeniowa

§ 5.

1. „POLISA-ŻYCIE” S.A. potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia wystawieniem polisy.
2. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z dniem wskazanym na polisie.

czas trwania umowy ubezpieczenia

§ 6.

Umowę ubezpieczenia zawiera się na czas nieokreślony.

odstąpienie od umowy ubezpieczenia

§ 7.

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie:
 - 1) 7 dni od daty zawarcia umowy, jeżeli jest przedsiębiorcą,
 - 2) 30 dni od daty zawarcia umowy, jeżeli jest osobą fizyczną.
2. O odstąpieniu od umowy Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Centralę „POLISA-ŻYCIE” S.A. na piśmie.
3. Odstąpienie od umowy nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku wpłacenia składki za czas trwania odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” S.A.
4. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia „POLISA-ŻYCIE” S.A. zwraca Ubezpieczającemu składkę ubezpieczeniową za niewykorzystany okres ochrony.
5. Zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony dokonywany jest przelewem na rachunek bankowy. Koszt przelewu ponosi „POLISA-ŻYCIE” S.A.
6. Na wniosek Ubezpieczającego kwota składki za niewykorzystany okres ochrony, pomniejszona o faktyczne koszty przekazu, jest przesyłana przekazem pocztowym na adres wskazany w oświadczeniu o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia.

wypowiedzenie umowy ubezpieczenia

§ 8.

1. Umowę ubezpieczenia może wypowiedzieć na piśmie:
 - 1) Ubezpieczający w każdym czasie jej obowiązywania, jeżeli opłaca składki za Ubezpieczonych,
 - 2) Ubezpieczający - jeżeli składki z tytułu umowy opłacane są przez Ubezpieczonych - w każdym czasie jej obowiązywania pod warunkiem uzyskania pisemnej zgody na dokonanie wypowiedzenia wyrażonej przez taką liczbę Ubezpieczonych, że grupa przestanie spełniać wymóg, o którym mowa w § 3,
 - 3) „POLISA-ŻYCIE” S.A. - w sytuacji, o której mowa w § 10 ust. 15.
2. Wypowiedzenie, o którym mowa w ust. 1 jest skuteczne na ostatni dzień miesiąca następującego po miesiącu, w którym złożone zostało oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia.

3. Na zasadach określonych w ustępach poprzedzających, każdy Ubezpieczony może wystąpić z grupy objętej ochroną ubezpieczeniową.
4. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia lub wystąpienie z grupy nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku wpłacania składki za okres wypowiedzenia.
5. W przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia lub wystąpienia z grupy przez Ubezpieczonego „POLISA-ŻYCIE” S.A. zwraca składkę ubezpieczeniową za niewykorzystany okres ochrony.
6. Zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony dokonywany jest przelewem na rachunek bankowy. Koszt przelewu ponosi „POLISA-ŻYCIE” S.A.
7. Na wniosek Ubezpieczającego, kwota składki za niewykorzystany okres ochrony, pomniejszona o faktyczne koszty przekazu, jest przesyłana przekazem pocztowym na adres wskazany w oświadczeniu o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 9.

1. Suma ubezpieczenia ustalana jest przez strony przy zawarciu umowy ubezpieczenia.
2. Suma ubezpieczenia nie może być mniejsza niż 3.000 PLN.
3. Maksymalną wysokość sumy ubezpieczenia określa aktualna „Taryfa składek do Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Opcją Funduszy SUPER GWARANCJA”.
4. Suma ubezpieczenia jest jednakowa dla wszystkich Ubezpieczonych w grupie.
5. Ubezpieczający może wystąpić do „POLISA-ŻYCIE” S.A. z pisemnym wnioskiem o podwyższenie sumy ubezpieczenia lub dodanie do zakresu ochrony nowych ryzyk.
6. W sytuacji, o której mowa w ust. 5:
 - 1) składka obliczana jest zgodnie z obowiązującą w dniu złożenia wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia „Taryfą składek do Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Opcją Funduszy SUPER GWARANCJA”;
 - 2) „POLISA-ŻYCIE” S.A. może zaproponować podwyższenie sumy ubezpieczenia na warunkach szczególnych lub odrzucić wniosek;
 - 3) w stosunku do grup liczących mniej niż 21 pracowników Ubezpieczającego lub indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia ma zastosowanie karencja, o której mowa w § 13 ust. 2, na różnicę świadczeń, - w okresie której świadczenia wypłacane są w wysokości przysługującej przed podwyższeniem.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA I SPOSÓB PŁATNOŚCI

§ 10.

1. Składka obliczana jest zgodnie z obowiązującą w dniu złożenia wniosku „Taryfą składek do Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Opcją Funduszy SUPER GWARANCJA”.
2. Wysokość składek dla poszczególnych ryzyk dla grupy Ubezpieczonych jest ustalana według następujących kryteriów:
 - a) liczebność grupy,

- b) wysokość świadczenia z tytułu danego ryzyka,
- c) struktura wiekowa i płciowa Ubezpieczonych,
- d) zawody wykonywane przez Ubezpieczonych.

3. Wysokości składek i świadczeń dla poszczególnych ryzyk podane są na polisie ubezpieczeniowej.
4. Składka ubezpieczeniowa jest sumą składek za poszczególne ryzyka.
5. Składka ubezpieczeniowa obliczana jest bez uwzględnienia stopy technicznej.
6. Minimalna wysokość składki miesięcznej za ubezpieczonego wynosi 15 złotych.
7. Składka ubezpieczeniowa może być opłacana przez:
 - 1) Ubezpieczającego,
 - 2) Ubezpieczonego,
 - 3) w ustalonych częściach przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego.
8. Jeżeli składka jest opłacana przez Ubezpieczonych, Ubezpieczający jest obowiązany do potrącania składek w odpowiedniej wysokości z wynagrodzenia za pracę oraz wypłacanych zasiłków, na podstawie upoważnienia z deklaracji zgody.
9. Składka ubezpieczeniowa płatna jest:
 - 1) miesięcznie - w terminie do 12 dnia miesiąca polisowego za bieżący miesiąc polisowy obowiązywania umowy;
 - 2) kwartalnie - w terminie do 12 dnia pierwszego miesiąca każdego kwartału polisowego, za bieżący kwartał polisowy obowiązywania umowy;
 - 3) półrocznie - w terminie do 12 dnia pierwszego miesiąca każdego półrocza polisowego, za bieżące półrocze polisowe obowiązywania umowy;
 - 4) rocznie - w terminie do 12 dnia pierwszego miesiąca każdego roku polisowego obowiązywania umowy ubezpieczenia, za bieżący rok polisowy obowiązywania umowy.
10. Ubezpieczający zobowiązany jest do wpłacania składki na wskazany przez „POLISA-ŻYCIE” S.A. rachunek bankowy.
11. Ubezpieczający nie jest upoważniony do przyjmowania (opłacania) składek od osób (za osoby), które przestały być jego pracownikami, a także od współmałżonków tych osób. W razie wpłacenia takich składek, podlegają one zwrotowi, nie wywołując skutków prawnych dla „POLISA-ŻYCIE” S.A.
12. „POLISA-ŻYCIE” S.A. zastrzega sobie prawo do ponownej oceny ryzyka i dokonania zmian w zawartej umowie, w postaci zmiany wysokości składki:
 - 1) w każdym momencie trwania umowy ubezpieczenia, jeżeli liczebność grupy Ubezpieczonych spadnie poniżej 75 % stanu pierwotnego,
 - 2) po upływie 2 lat od daty początku odpowiedzialności oraz po każdym następnym 3 latach od ostatniej waloryzacji, jeżeli będzie to uzasadnione istotnym zwiększeniem ryzyka ubezpieczeniowego, wynikającego z przeprowadzonej przez Towarzystwo analizy poziomu szkodowości produktu lub struktury wieku w grupie.
13. W sytuacji, o której mowa w ust. 12 nowa wysokość składki dla poszczególnych ryzyk zostanie obliczona według następujących kryteriów:
 - 1) liczebność grupy,

- 2) wysokość świadczenia z tytułu danego ryzyka,
 - 3) struktura wiekowa i płciowa Ubezpieczonych,
 - 4) zawody wykonywane przez Ubezpieczonych,
 - 5) poziom szkodowości grupy Ubezpieczonych dla danego ryzyka,
 - 6) poziom szkodowości całego produktu SUPER GWARANCJA dla danego ryzyka.
14. Na wniosek Ubezpieczającego, zamiast nowej wysokości składek, może zostać zmieniona suma ubezpieczenia lub zakres ochrony ubezpieczeniowej.
15. Odmowa przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonych udzielenia informacji, których w związku z ponowną oceną ryzyka w grupie zażąda „POLISA-ŻYCIE” S.A. albo nieprzyjęcie przez Ubezpieczającego zwiększonej składki, obniżonej sumy ubezpieczenia lub zawężonego zakresu ochrony ubezpieczeniowej - skutkuje wypowiedzeniem umowy przez „POLISA-ŻYCIE” S.A., na zasadach określonych w § 8.

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. Z zastrzeżeniem postanowień § 14 odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca za który wpłacona została pierwsza składka, pod warunkiem, że pierwsza składka została wpłacona w terminie do 12 dnia miesiąca, w którym ma się rozpocząć odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A.
2. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. w stosunku do Ubezpieczonego i Współubezpieczonych wygasa:
 - 1) po upływie terminu związanego z wypowiedzeniem umowy lub wystąpieniem z grupy,
 - 2) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony przestał być pracownikiem Ubezpieczającego (pod warunkiem, że składka za dany miesiąc została opłacona),
 - 3) po upływie 2 miesięcy zawieszenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 3 pkt 3.
 - 4) w przypadku wyjazdu za granicę na stałe - z chwilą przekroczenia granicy,
 - 5) w dniu zgonu Ubezpieczonego,
 - 6) z tytułu zgonu chorobowego, powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania oraz z tytułu pobytu w szpitalu, jeżeli pobyt nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem - w dniu ukończenia przez osobę objętą ochroną ubezpieczeniową 65 roku życia.
3. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. ulega zawieszeniu:
 - 1) na okres przebywania Ubezpieczonego na urlopie macierzyńskim, wychowawczym lub bezpłatnym,

- 2) na okres odbywania przez Ubezpieczonego zasadniczej służby wojskowej,
 - 3) od pierwszego dnia następującego po dniu, w którym składka stała się wymagalna, jeżeli nie została zapłacona w terminie lub została zapłacona w wysokości niższej, niż wysokość składki wynikająca z liczby osób, które mają zostać ochroną ubezpieczeniową w danym okresie polisowym.
4. Nie zawiesza się odpowiedzialności, jeżeli w przypadkach opisanych w ust. 3 pkt 1 i 2 należne za Ubezpieczonego składki opłacane są przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego opłaca składkę ze środków własnych, za pośrednictwem Ubezpieczającego.
 5. Zawieszenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 3 pkt 3 dotyczy wszystkich Ubezpieczonych, trwa maksymalnie 2 miesiące i kończy się z dniem:
 - 1) wznowienia przez Ubezpieczającego opłaty składki - odpowiedzialność zostaje wznowiona z dniem uznania wskazanego rachunku „POLISA-ŻYCIE” S.A. kwotą zaległych składek,
 - 2) wygaśnięcia umowy, które następuje po upływie dwumiesięcznego terminu na zapłacenie zaległych składek, z ostatnim dniem, za który została opłacona składka.

KARENCCJA

§ 13.

1. W okresie karencji odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. ograniczona jest do wypłaty świadczenia z tytułu:
 - 1) zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego,
 - 3) zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku lotniczego,
 - 4) zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku wodnego,
 - 5) chorobowego zgonu Ubezpieczonego,
 - 6) pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, jeśli pobyt spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 7) narodzin martwego dziecka Ubezpieczonemu,
 - 8) powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 9) zgonu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 10) zgonu małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
2. Okresy karencji liczone są począwszy od pierwszego dnia odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” S.A. w stosunku do Ubezpieczonego i wynoszą:
 - 1) świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego; zgonu dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Ubezpieczonego - 3 miesiące
 - 2) świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego, powodującego osierocenie dziecka; wystąpienia poważnego zachorowania u Ubezpieczonego; wystąpienia poważnego zachorowania u małżonka Ubezpieczonego; wystąpienia poważnego zachorowania u dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Ubezpieczonego; pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli pobyt nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem; zgonu małżonka/konkubenta Ubezpieczonego; zgonu rodziców

lub macochy/ojczyrna Ubezpieczonego; zgonu rodziców lub macochy/ojczyrna małżonka Ubezpieczonego - 6 miesięcy

- 3) świadczenie z tytułu narodzin Ubezpieczonemu dziecka - 9 miesięcy.
3. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 4-8, okresy karencji, o których mowa w ust. 2 pkt 1 i 2, nie mają zastosowania w przypadku ryzyk znajdujących się w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, którą objęty był Ubezpieczony przez okres co najmniej 10 miesięcy bezpośrednio poprzedzających pierwszy dzień odpowiedzialności z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia.
4. Zniesienie karencji na zasadach, o których mowa w ust. 3, następuje pod warunkiem, że po objęciu ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy, Ubezpieczonemu nie przysługuje ochrona ubezpieczeniowa z umowy ubezpieczenia, na którą powołał się w celu zniesienia karencji.
5. W sytuacji, o której mowa w ust. 3:
 - 1) uprawniony do otrzymania świadczenia zobowiązany jest do udokumentowania objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przed pierwszym dniem odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” S.A. oraz faktu jej wygaśnięcia;
 - 2) jeżeli wysokość świadczenia z tytułu ryzyk znajdujących się w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, którą uprzednio objęty był dany Ubezpieczony jest niższa od przysługujących z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia, to w okresie karencji, o którym mowa w ust. 2 pkt 1 i 2, świadczenie wypłacane jest w wysokości świadczenia przysługującego z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia
6. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 7 i 8 okresy karencji, o których mowa w ust. 2 pkt 1 i 2, z wyłączeniem ryzyk zgonu rodziców lub macochy/ojczyrna Ubezpieczonego oraz zgonu rodziców lub macochy/ojczyrna małżonka ubezpieczonego nie mają zastosowania w przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową grupy liczącej więcej niż 20 pracowników Ubezpieczającego.
7. Brak karencji ma zastosowanie do wszystkich ryzyk w przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową grupy liczącej:
 - 1) od 21 do 29 pracowników - jeżeli grupa ta stanowi co najmniej 70% ogółu pracowników zatrudnionych przez Ubezpieczającego;
 - 2) od 30 do 49 pracowników - jeżeli grupa ta stanowi co najmniej 50% ogółu pracowników zatrudnionych przez Ubezpieczającego;
 - 3) od 50 do 69 pracowników - jeżeli grupa ta stanowi co najmniej 30% ogółu pracowników zatrudnionych przez Ubezpieczającego;
 - 4) 70 i więcej pracowników - bez względu na stosunek liczby pracowników przystępujących do ubezpieczenia do ogółu osób zatrudnionych przez Ubezpieczającego.
8. Niezależnie od zwolnienia z okresów karencji, udzielonego na podstawie postanowień ustępów powyższych, okresy karencji mają zastosowanie w stosunku do Ubezpieczonego, gdy:
 - 1) Ubezpieczony jest pracownikiem Ubezpieczającego w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu niniejszej umowy i deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia wpłynęła do „POLISA-ŻYCIE” S.A. po upływie 3 miesięcy od tej daty,

2) Ubezpieczony jest pracownikiem, który został zatrudniony przez Ubezpieczającego po dniu rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia. i deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia wpłynęła do „POLISA-ŻYCIE” S.A. po upływie 3 miesięcy od daty zatrudnienia.

3) Ubezpieczony jest małżonkiem pracownika Ubezpieczającego i jego deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia, składana na podstawie § 4 ust. 8, wpłynęła do „POLISA-ŻYCIE” S.A. równocześnie z deklaracją składaną na zasadach określonych w pkt 1 lub 2

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 14.

1. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. jest wyłączona w przypadku wystąpienia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, będących wynikiem: popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego/Współubezpieczonego przestępstwa umyślnego, działań wojennych, zamieszek, lokautów, strajków, rozruchów, stanu wyjątkowego i wojennego, zabójstwa Ubezpieczonego (Współubezpieczonego) dokonanego przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia - z zastrzeżeniem postanowień § 16 ust. 3, popełnienia samobójstwa w okresie 24 miesięcy, licząc od pierwszego dnia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu/Współubezpieczonemu z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia, zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających, bądź nadużyciem leków, samookaleczenia; wystąpienia dyskopatii i/lub przepuklin jądra miazdżystego oraz przepuklin wysiłkowych.
2. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. z tytułu zgonu Ubezpieczonego / Współubezpieczonych lub powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego jest wyłączona w przypadkach będących wynikiem:
 - 1) prowadzenia przez Ubezpieczonego / Współubezpieczonego znajdującego się pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu drogowego;
 - 2) prowadzenia przez Ubezpieczonego / Współubezpieczonego 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) uprawiania następujących dyscyplin sportu:
 - a) szybownictwa, lotniarstwa - w tym paralotniarstwa, spadochroniarstwa,
 - b) sportów lotniczych,
 - c) nurkowania,
 - d) sportów walki,
 - e) sportów motorowych, motocyklowych i motorowodnych,
 - f) wszelkich form alpinizmu,
 - g) speleologii,
 - h) sportów ekstremalnych.

3. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku:
 - 1) wystąpienia u Ubezpieczonego chorób infekcyjnych i zawodowych;
 - 2) następstw błędów w sztuce lekarskiej;
 - 3) nieszczęśliwego wypadku powstałego na skutek działania Ubezpieczonego znajdującego się w stanie nietrzeźwości.
4. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu (bez względu na przyczynę) jest wyłączona w przypadku:
 - 1) leczenia wad wrodzonych oraz ich skutków;
 - 2) leczenia chorób zawodowych oraz ich skutków;
 - 3) leczenia następstw błędów w sztuce lekarskiej;
 - 4) wystąpienia padaczki i leczenia jej następstw;
 - 5) zaburzeń psychicznych i zachowania;
 - 6) nosicielstwa wirusa HIV i leczenia wszelkich chorób będących tego faktu następstwem, wystąpienia pełnoobjawowego AIDS;
 - 7) rutynowych badań lekarskich, badań okresowych lub diagnostycznych;
 - 8) pobytu obserwacyjnego, o ile nie był on spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 9) leczenia następstw skażenia jonizującego;
 - 10) leczenia następstw skażenia chemicznego nie związanego bezpośrednio ze zdarzeniem objętym ochroną ubezpieczeniową, skutkującym wypłatą świadczenia;
 - 11) ciąży i porodu (wyjątek stanowi pobyt w szpitalu kobiet w ciąży, u których stwierdzono ciążę wysokiego ryzyka oraz kobiet z komplikacjami poporodowymi);
 - 12) zabiegów chirurgii plastycznej (wyjątek stanowi pobyt w szpitalu w celu usunięcia w drodze chirurgii plastycznej następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie obowiązywania ubezpieczenia);
 - 13) leczenia stomatologicznego poza klinikami chirurgii szczękowej;
 - 14) pobytu Ubezpieczonego w szpitalu podczas okresu pełnienia przez Ubezpieczonego służby wojskowej;
 - 15) pobytu rehabilitacyjnego;
 - 16) pobytu w ramach prewencji rentowej;
 - 17) leczeniem następstw nieszczęśliwych wypadków powstałych na skutek działania Ubezpieczonego znajdującego się w stanie nietrzeźwości;
 - 18) zgonu Ubezpieczonego podczas pobytu w szpitalu.
5. „POLISA-ŻYCIE” S.A. nie wypłaca świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli przyczyna powyższych zdarzeń wystąpiła przed pierwszym dniem odpowiedzialności.

INDYWIDUALNA KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA

§ 15.

1. Indywidualnie kontynuować ubezpieczenie może:
 - 1) Ubezpieczony, za którego należna składka była opłacana nieprzerwanie przez okres co najmniej 9 miesięcy;
 - 2) wdowa / wdowiec (konkubina / konkubent) po Ubezpieczonym pod warunkiem, że spełnione zostały łącznie następujące warunki:
 - a) należna składka była opłacana za Ubezpieczonego przez okres co najmniej 9 miesięcy,
 - b) Ubezpieczony był w chwili zgonu członkiem grupy objętej Grupowym Ubezpieczeniem na Życie z Opcją Funduszy SUPER GWARANCJA lub indywidualnie kontynuował to ubezpieczenie,
 - c) zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmował ryzyko zgonu małżonka / konkubenta.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do informowania osób, wymienionych w ust. 1 o przysługującym im prawie do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia oraz pośredniczyć w załatwianiu związanych z tym formalności.
3. Umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z możliwością przedłużenia na kolejne okresy.
4. Osoby wymienione w ust. 1 występują z wnioskiem o indywidualną kontynuację ubezpieczenia na formularzu „POLISA-ŻYCIE” S.A., za pośrednictwem Ubezpieczającego lub bezpośrednio w „POLISA-ŻYCIE” S.A.
5. Wniosek o indywidualną kontynuację ubezpieczenia powinien być złożony przed upływem 1 miesiąca licząc od końca miesiąca, za który wpłacona została ostatnia należna za Ubezpieczonego składka. Po upływie tego terminu prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia wygasa.
6. We wniosku Ubezpieczony określa zakres ochrony ubezpieczeniowej.
7. W przypadku zachowania we wniosku o indywidualną kontynuację ubezpieczenia zakresu ryzyk i świadczeń obowiązujących w grupie, w trakcie pierwszej umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 10 ust. 12 pkt 2, wysokość składki ubezpieczeniowej dla poszczególnych ryzyk nie ulega zmianie.
8. W przypadku zmiany we wniosku o indywidualną kontynuację ubezpieczenia zakresu ryzyk i świadczeń:
 - 1) składka obliczana jest zgodnie z obowiązującą w dniu złożenia wniosku o indywidualną kontynuację ubezpieczenia „Taryfą Składek do Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Opcją Funduszy SUPER GWARANCJA”; na podstawie rzeczywistego wieku wnioskodawcy;
 - 2) „POLISA-ŻYCIE” S.A. może zaproponować zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na warunkach szczególnych lub odrzucić wniosek;
 - 3) ma zastosowanie karencja, o której mowa w § 13 ust. 2, na różnicę świadczeń, w okresie której świadczenia wypłacane są w wysokości przysługującej przed podwyższeniem.
9. Wysokość składki za każdy kolejny pięcioletni okres ochrony, z wyłączeniem pierwszego, jest obliczana w oparciu o następujące kryteria:
 - 1) wiek Ubezpieczonego,
 - 2) płeć Ubezpieczonego,

- 3) wykonywany przez Ubezpieczonego zawód,
 - 4) informacje o wieku i płci Współubezpieczonych.
10. Pierwszą składkę Ubezpieczony zobowiązany jest wpłacić w dniu złożenia wniosku o indywidualną kontynuację ubezpieczenia.
 11. Każdą kolejną składkę Ubezpieczony wpłaca w terminie do pierwszego dnia następnego okresu polisowego umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.
 12. Zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia potwierdzone zostaje polisą, którą wraz z książeczką opłat składek „POLISA-ŻYCIE” S.A. doręcza osobie indywidualnie kontynuującej ubezpieczenie.
 13. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. z tytułu indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia rozpoczyna się następnego dnia po złożeniu wniosku i wpłaceniu pierwszej składki.
 14. Osoby indywidualnie kontynuujące ubezpieczenie mogą wystąpić do „POLISA-ŻYCIE” S.A. z wnioskiem o podwyższenie sumy ubezpieczenia, na zasadach określonych w §9 ust. 6.
 15. W kwestiach nieuregulowanych w niniejszym rozdziale, pozostałe postanowienia warunków ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA ŚWIADCZEŃ

§ 16.

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 zdecyduje inaczej, osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego powodującego osierocenie dziecka jest dziecko (dzieci) Ubezpieczonego.
4. 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.

ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZENIA

§ 17.

1. „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.
2. Osoba uprawniona składa zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w formie pisemnej do jednostki organizacyjnej „POLISA-ŻYCIE” S.A.
3. W terminie do 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 wypadkiem a zgonem Ubezpieczonego, dokumenty wskazujące okoliczności zgonu chorobowego, dokumentacja potwierdzająca powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu, 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, akt urodzenia dziecka, akt urodzenia dziecka z adnotacją, że dziecko urodziło się martwe; w szczególnych przypadkach i na wniosek „POLISA-ŻYCIE” S.A. - dokument potwierdzający okres zatrudnienia u Ubezpieczającego (np. ZUS ZUA i ZUS RCA).
6. Wszelkie dokumenty roszczeniowe winny mieć postać oryginału bądź 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, 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 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.
11. „POLISA-ŻYCIE” S.A. spełnia świadczenie w terminie 30 dni od dnia otrzymania dokumentów uzasadniających roszczenie, o których mowa w ust. 4.
12. Jeżeli świadczenie nie zostało wypłacone w terminie, o którym mowa wyżej, „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.

13. 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.
14. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 16, świadczenia wypłacane z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia nie podlegają pomniejszeniu o dodatkowe opłaty.
15. Wypłaty świadczeń dokonywane są przelewem na rachunek bankowy. Koszt przelewu ponosi „POLISA-ŻYCIE” S.A.
16. Na wniosek osoby uprawnionej, kwota świadczenia, pomniejszona o faktyczne koszty przekazu jest przesyłana przekazem pocztowym na adres wskazany w zgłoszeniu roszczenia.
17. Wskazanie osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia staje się bezskuteczne, jeżeli umyślnie przyczyniła się ona do śmierci Ubezpieczonego.
18. W przypadku braku wskazania Beneficjenta oraz w sytuacji, o której mowa w ust. 17, świadczenie przysługuje osobom powołanym do spadku po Ubezpieczonym, w częściach określonych w postanowieniu sądu o stwierdzeniu nabycia spadku.
19. 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.
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 Ubezpieczonego lub Beneficjenta.

Zaliczkowa wypłata świadczenia

§ 18.

1. W przypadku gdy wybrany zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje ryzyko pobytu w szpitalu, po upływie 30 dni pobytu w szpitalu Ubezpieczony nabywa prawo do wystąpienia z wnioskiem o dokonanie zaliczkowej wypłaty świadczenia.
2. Do wniosku Ubezpieczony zobowiązany jest załączyć orzeczenie lekarskie stwierdzające, że jego pobyt w szpitalu będzie trwał co najmniej 14 kolejnych dni. Orzeczenie to winno również zawierać informację o przyczynie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
3. Wysokość zaliczkowej wypłaty świadczenia równa jest świadczeniu za okres pobytu w szpitalu do dnia złożenia wniosku, o którym mowa w ust. 1.
4. „POLISA-ŻYCIE” S.A. wypłaca świadczenie zaliczkowe w terminie 7 dni roboczych od otrzymania wniosku z załączonym orzeczeniem lekarskim, o którym mowa w ust. 2

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 19.

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu lub Beneficjentowi przysługuje prawo do wnoszenia skarg lub zażaleń związanych z wykonaniem przez „POLISA-ŻYCIE” S.A. umowy ubezpieczenia.

2. Skargi 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 niniejszej umowy ubezpieczenia nie przysługują premie, rabaty lub udziały w zyskach.
6. Przed każdą rocznicą polisy „POLISA-ŻYCIE” S.A. informuje Ubezpieczającego i Ubezpieczonych o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia.
7. 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.
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 lub ze świadczeniami z tytułu umowy ubezpieczenia, o ile są wymagane, obciążają odpowiednio Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego.
13. Niniejsze warunki ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 16 czerwca 2004 roku
14. Niniejsze Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Opcją Funduszy SUPER GWARANCJA zatwierdzone zostały Uchwałą nr 100/2004 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „POLISA-ŻYCIE” S.A. z dnia 27 maja 2004 roku, oraz uchwałą nr 118/2004 z dnia 16 czerwca 2004 roku.