



OGÓLNE WARUNKI UNIWERSALNEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE „RODZINA 2000”

Niniejsze warunki ubezpieczenia mają zastosowanie do umów Uniwersalnego Grupowego Ubezpieczenia na Życie „RODZINA 2000”, zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „POLISA-ŻYCIE” Spółka Akcyjna, zwane dalej „POLISA-ŻYCIE”.

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

§ 1.

Ilekróć 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,
- 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 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,
- 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 Ubezpieczonego,
 - b) konkubent, pod warunkiem, że prowadzi z Ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe przez okres co najmniej dwóch lat, a ubezpieczony oraz konkubent nie pozostają w formalnym związku małżeńskim z inną osobą,
 - c) dzieci własne, przysposobione lub pasierbowie (jeśli nie żyje matka lub ojciec pasierba nie będąca / będący małżonkiem Ubezpieczonego),
 - d) rodzice Ubezpieczonego i rodzice małżonka Ubezpieczonego, lub ojczym albo macocha Ubezpieczonego i jego / jej małżonka, jeżeli nie żyje odpowiednio naturalny ojciec lub matka.
- 7) **standardowa grupa ubezpieczonych** - rozumie się przez to grupę pracowników przystępujących do Uniwersalnego Grupowego Ubezpieczenia na Życie „RODZINA 2000”, spełniającą następujące wymagania:
 - a) Grupę stanowi co najmniej 21 pracowników,
 - b) Grupa stanowi nie mniej niż:
 - 50% ogółu zatrudnionych, jeżeli ubezpieczeniem zostaje objęta grupa od 21 do 100 pracowników,
 - 40% ogółu zatrudnionych (i nie mniej niż 51 osób), jeżeli ubezpieczeniem zostaje objęta grupa od 101 do 500 pracowników,
 - 30% ogółu zatrudnionych (i nie mniej niż 201 osób), jeżeli ubezpieczeniem zostaje objęta grupa od 501 do 1000 pracowników,
 - 25% ogółu zatrudnionych (i nie mniej niż 301 osób), jeżeli ubezpieczeniem zostaje objęta grupa powyżej 1000 pracowników.
 - c) Odsetek osób niepełnosprawnych w grupie nie przekracza 30%.
- 8) **niestandardowa grupa ubezpieczonych** - rozumie się przez to grupę pracowników przystępujących do Uniwersalnego Grupowego Ubezpieczenia na Życie „RODZINA 2000”, spełniającą podstawowy warunek przystąpienia do ubezpieczenia zawarty w § 3 niniejszych o.w.u. i nie spełniającą wymagań opisanych powyżej (§ 1.7).
- 9) **suma ubezpieczenia** - rozumie się przez to określoną w umowie ubezpieczenia kwotę pieniężną, na podstawie której ustalana jest wysokość świadczeń wypłacanych przez „POLISĘ-ŻYCIE”,
- 10) **nieszczęśliwy wypadek** - rozumie się przez to zdarzenie nagłe, niezależne od woli Ubezpieczonego, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony zmarł lub doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu. W przypadku stosowania definicji **nieszczęśliwego wypadku** przy świadczeniu z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu za nieszczęśliwy wypadek uważa się również zawał serca, o ile u Ubezpieczonego przed objęciem go ochroną ubezpieczeniową nie zdiagnozowano lub nie leczono choroby wieńcowej.
- 11) **okres karencji** - rozumie się przez to okres ograniczonej odpowiedzialności „POLISY-ŻYCIE”,
- 12) **trwały uszczerbek na zdrowiu** - rozumie się przez to zaburzenie czynności uszkodzonego układu, narządu lub organu, powodujące jego trwałą dysfunkcję,
- 13) **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. Pojęcie obejmuje również czerniaka, białaczkę (za wyjątkiem przewlekłej białaczki limfocytarnej), chłoniaki oraz wszelkie nowotwory mózgu wymagające zabiegu operacyjnego. Pojęcie nie obejmuje: nowotworów łagodnych, nieinwazyjnych oraz zmian nowotworowych współistniejących z obecnością wirusa HIV. Dla zaliczenia przez „POLISĘ-ŻYCIE” tej jednostki chorobowej do grupy objętej ochroną ubezpieczeniową, musi ona zostać potwierdzona badaniem histopatologicznym,
 - b) zawał serca - rozumiany jako martwica części mięśnia sercowego spowodowana niedokrwieniem. Dla zaliczenia przez „POLISĘ-ŻYCIE” tej jednostki chorobowej do grupy objętej ochroną ubezpieczeniową, musi ona zostać potwierdzona dokumentacją o wystąpieniu objawów klinicznych, zmian w obrazie EKG (cechy świeżego zawału) oraz podwyższenia poziomu enzymów specyficznych dla zawału mięśnia sercowego, jak również dokumentacją leczenia szpitalnego.
 - c) udar mózgu - rozumiany jako nagłe wystąpienie objawów ogniskowych wywołanych zaburzeniami krążenia mózgowego

trwające powyżej 24 godzin, objawiające się trwałymi zmianami w centralnym układzie nerwowym i powodujące określone trwałe zmiany w tkance mózgowej (jej zniszczenie spowodowane wylewem, zawałem zatorowym lub niezatorowym). Dla zaliczenia przez „POLISĘ-ŻYCIE” tej jednostki chorobowej do grupy objętej ochroną ubezpieczeniową, musi być ona udokumentowana badaniami neurologa oraz badaniami pomocniczymi (CT mózgu).

- d) niewydolność nerek - rozumiana jako przewlekłe i nieodwracalne zniszczenie miąższu nerek (niezależnie od przyczyny), wymagające stałej dializoterapii lub przeszczepu (dokonanego na podstawie decyzji Krajowego Ośrodka Transplantologii). Dla zaliczenia przez „POLISĘ-ŻYCIE” tej jednostki chorobowej do grupy objętej ochroną ubezpieczeniową, musi być ona udokumentowana rozpoznaniem klinicznym.

Dla potrzeb niniejszych warunków do grupy **poważnych zachorowań** nie zalicza się wymienionych wyżej jednostek chorobowych, zdiagnozowanych lub leczonych przed rozpoczęciem okresu odpowiedzialności „POLISY-ŻYCIE” lub zaliczanych w określonych przypadkach do kategorii chorób zawodowych.

- 14) **nadużycie leków** - rozumie się przez to używanie leków lub parafarmaceutyków w dawkach przekraczających zalecenia lekarza lub producenta.
- 15) **osierocenie dziecka** - rozumie się przez to zgon Ubezpieczonego, który nastąpił:
- 1) przed ukończeniem przez dziecko 18 roku życia,
 - 2) przed ukończeniem przez dziecko 24 roku życia - jeżeli kontynuuje ono naukę,
 - 3) bez względu na wiek dziecka - jeżeli dziecko jest niezdolne do podjęcia jakiegokolwiek pracy zarobkowej.
- 16) **szpital** - rozumie się przez to działający w oparciu o właściwe przepisy 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 szpital nie oznacza: domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, domowej opieki pielęgniarskiej, hospicjów onkologicznych, ośrodków leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych czy alkoholowych. Szpitalem mogą być natomiast ośrodki rekonwalescencyjne, rehabilitacyjne lub sanatoryjne, o ile Ubezpieczony przebywa tam w celu poprawy lub przywrócenia jego stanu zdrowia naruszonego bezpośrednio na skutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku.
- 17) **dzień pobytu w szpitalu** - rozumie się przez to każdą rozpoczętą dobę pozostawiania ubezpieczonego w szpitalu, liczoną jako dobę zegarową (od godziny 0:00).

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 2.

1. „POLISA-ŻYCIE” udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie podstawowym lub rozszerzonym.
2. Odpowiedzialność „POLISY-ŻYCIE” polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia w przypadku zajścia co najmniej jednego ze zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi są:
 - 1) w zakresie podstawowym:
 - zgon Ubezpieczonego,
 - 2) w zakresie rozszerzonym:
 - zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - zgon Ubezpieczonego powodujący osierocenie dzieci,
 - zgon współmałżonka / konkubenta Ubezpieczonego,
 - zgon rodziców, macochy albo ojczyma Ubezpieczonego lub

jego współmałżonka,

- zgon dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Ubezpieczonego,
- narodziny martwego dziecka Ubezpieczonemu,
- powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania,
- narodziny dziecka Ubezpieczonemu,
- pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w granicach Rzeczypospolitej Polskiej (spowodowany uszkodzeniem ciała powstałym w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub chorobą) oraz poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej (spowodowany uszkodzeniem ciała powstałym w następstwie nieszczęśliwego wypadku poza granicami R.P.).

UMOWA UBEZPIECZENIA

warunki zawarcia umowy ubezpieczenia

§ 3.

Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta, jeżeli do ubezpieczenia przystępuje grupa co najmniej 3 pracowników.

zasady zawierania umowy ubezpieczenia

§ 4.

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, skierowanego do „POLISY-ŻYCIE” na formularzu „POLISY-ŻYCIE”.
2. We wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia Ubezpieczający podaje:
 - 1) wybrany zakres ochrony ubezpieczeniowej (jednakowy dla wszystkich Ubezpieczonych w grupie),
 - 2) sumę ubezpieczenia (jednakową dla wszystkich Ubezpieczonych w grupie),
 - 3) liczbę pracowników zatrudnionych i liczbę pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - 4) informacje o grupie przystępujących do ubezpieczenia i jej członkach, zgodnie z wymaganiami zawartymi we wniosku.
3. Do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia należy dołączyć:
 - 1) podpisane przez przystępujących do ubezpieczenia deklaracje zgody,
 - 2) wykaz imienny pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - 3) potwierdzenie wpłacenia zaliczki na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej (kwota zaliczki winna być równa wysokości przewidywanej składki),
 - 4) inne dokumenty, których do zawarcia umowy ubezpieczenia zażąda na piśmie „POLISA-ŻYCIE”.
4. Deklaracja zgody jest dokumentem potwierdzającym wolę przystąpienia pracownika do ubezpieczenia i upoważniającym Ubezpieczającego do potrącania składki ubezpieczeniowej z części wynagrodzenia lub wypłacanych zasiłków (w przypadku, gdy składki opłacane są z wynagrodzenia lub zasiłków pracowników) oraz wskazującym Beneficjenta (-ów).
5. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać Beneficjenta (-ów).
6. Deklaracje zgody pracowników nowo przystępujących do ubezpieczenia podpisywane w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest składać wraz z comiesięcznym rozliczeniem składki.
7. Potwierdzenie wpłacenia zaliczki na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej stanowi podstawę do wystawienia polisy ubezpieczeniowej.

8. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, „POLISA-ŻYCIE” wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia względnie do sporządzenia nowego wniosku.
9. „POLISA-ŻYCIE” zastrzega sobie prawo do odrzucenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
10. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został przez „POLISA-ŻYCIE” odrzucony, „POLISA-ŻYCIE” zobowiązana jest do pisemnego poinformowania Ubezpieczającego o tej decyzji (wraz z podaniem jej przyczyn) oraz zwrotu wpłaconej zaliczki na poczet pierwszej składki w ciągu 7 dni od daty podjęcia decyzji.

zawarcie umowy ubezpieczenia i początek odpowiedzialności

§ 5.

1. „POLISA-ŻYCIE” potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia wystawieniem polisy.
2. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z dniem wystawienia polisy. Datą wystawienia polisy nie może być wcześniejsza od daty uznania kwotą należnej zaliczki na poczet pierwszej składki wskazanego rachunku bankowego „POLISA-ŻYCIE”.
3. Z zastrzeżeniem postanowień dotyczących okresów karencji odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” rozpoczyna się:
 - 1) w stosunku do przystępujących do ubezpieczenia, których deklaracje zgody zostały dołączone do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i za których wpłacona została zaliczka na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej - od dnia wskazanego na polisie, lecz nie wcześniej niż od dnia następnego po dniu uznania wskazanego rachunku „POLISA-ŻYCIE” kwotą zaliczki na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej,
 - 2) w przypadkach innych niż opisany w pkt. 1 - od pierwszego dnia miesiąca, za który wpłacona została składka za Ubezpieczonego.

czas trwania umowy ubezpieczenia

§ 6.

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na czas nieokreślony.
2. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem wygaśnięcia odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE”.

odstąpienie od umowy ubezpieczenia

§ 7.

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie:
 - 1) 7 dni od daty zawarcia umowy, jeżeli jest osobą prawną lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej,
 - 2) 30 dni od daty zawarcia umowy, jeżeli jest osobą fizyczną.
2. O odstąpieniu od umowy Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Centralę „POLISA-ŻYCIE” na piśmie.
3. Wraz z informacją o odstąpieniu od umowy, Ubezpieczający jest zobowiązany do zwrotu oryginału polisy.
4. Odstąpienie od umowy nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku opłacenia ubezpieczenia za czas trwania odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE”.

wypowiedzenie umowy ubezpieczenia

§ 8.

1. Umowę ubezpieczenia może wypowiedzieć na piśmie:
 - 1) Ubezpieczający w każdym czasie jej obowiązywania, jeżeli opłaca składki za Ubezpieczonych - wypowiedzenie staje się skuteczne na ostatni dzień trzeciego miesiąca następującego po

miesiącu, w którym złożone zostało oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia,

- 2) Ubezpieczający w każdym czasie jej obowiązywania pod warunkiem uzyskania pisemnej zgody na dokonanie wypowiedzenia wyrażonej przez co najmniej 75% Ubezpieczonych, jeżeli składki opłacane są przez Ubezpieczonych - wypowiedzenie staje się skuteczne na ostatni dzień trzeciego miesiąca następującego po miesiącu, w którym złożone zostało oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia,
- 3) „POLISA-ŻYCIE” w każdym czasie jej obowiązywania, w przypadku nie wpłacenia przez Ubezpieczającego należnych składek w terminie do ostatniego dnia miesiąca, za który powinna zostać zapłacona składka. W tym przypadku „POLISA-ŻYCIE” ma prawo wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym. Jeżeli w czasie miesiąca, za który nie wpłynęła składka nie nastąpiło żadne ze zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, „POLISA-ŻYCIE” może odstąpić od wymogu zawartego poniżej w ust. 2 i uznać, iż odpowiedzialność wobec Ubezpieczającego wygasa z ostatnim dniem miesiąca, za który została opłacona składka.
2. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku wpłacania składki za okres wypowiedzenia.

koniec odpowiedzialności

§ 9.

1. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” w stosunku do Ubezpieczonego i Współubezpieczonych wygasa:
 - 1) po upływie terminu wypowiedzenia umowy,
 - 2) po upływie 1 miesiąca, licząc od końca miesiąca kalendarzowego, za który została wpłacona ostatnia składka:
 - a) w czasie zatrudnienia Ubezpieczonego przez Ubezpieczającego,
 - b) w okresie indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia,
 - c) w przypadku ustania stosunku pracy wskutek przejścia Ubezpieczonego na zaopatrzenie emerytalne lub rentowe, lub z przyczyn leżących po stronie Ubezpieczającego, jeżeli należne za Ubezpieczonego składki wpłacane były przez okres co najmniej 6 miesięcy,
 - d) w przypadku ustania stosunku pracy z przyczyn innych niż wymienione w § 9.1.2.c., jeżeli należne za Ubezpieczonego składki wpłacane były przez okres co najmniej 12 miesięcy,
 Jeżeli w czasie miesiąca, za który nie wpłynęła składka nie nastąpiło żadne ze zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, „POLISA-ŻYCIE” może odstąpić od wymogu zawartego w § 8.2. i uznać, iż odpowiedzialność wobec Ubezpieczającego wygasa z ostatnim dniem miesiąca, za który została opłacona składka.
 - 3) z końcem miesiąca kalendarzowego, w którym ustał stosunek pracy z przyczyn innych niż wymienione w § 9.1.2.d., jeżeli należne za Ubezpieczonego składki wpłacane były przez okres krótszy niż 12 miesięcy,
 - 4) z końcem miesiąca kalendarzowego, w którym ustał stosunek pracy z przyczyn wymienionych w § 9.1.2.c., jeżeli należne za Ubezpieczonego składki wpłacane były przez okres krótszy niż 6 miesięcy.
 - 5) w przypadku wyjazdu Ubezpieczonego za granicę na stałe lub na czas nieokreślony - z chwilą przekroczenia granicy,
 - 6) w okresie wypowiedzenia umowy ubezpieczenia - z upływem ostatniego miesiąca kalendarzowego, za który wpłacono składkę, najpóźniej z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia,
 - 7) w dniu zgonu Ubezpieczonego,

- 8) z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku - w dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 65 roku życia.
 - 9) z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania - w dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 60 roku życia.
 - 10) z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu - w dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 65 roku życia.
2. Odpowiedzialność „POLISY-ŻYCIE” ulega zawieszeniu:
- 1) na okres przebywania Ubezpieczonego na urlopie macierzyńskim lub wychowawczym oraz bezpłatnym,
 - 2) na okres odbywania przez Ubezpieczonego służby wojskowej, nie zawiesza się odpowiedzialności, jeżeli w powyższych przypadkach (pkt. 1. i 2.) należne za Ubezpieczonego składki opłacane są przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczony opłaca składkę ze środków własnych, za pośrednictwem Ubezpieczającego.
 - 3) od dnia wymagalności składki, jeżeli składką nie została zapłacona w terminie.

Zawieszenie odpowiedzialności, o którym mowa powyżej (pkt. 3.) kończy się w chwili opłaty przez Ubezpieczającego zaległej składki, bądź po upływie terminu wypowiedzenia umowy związanego z nieopłaceniem składki (patrz § 9.1.1.)

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 10.

1. Suma ubezpieczenia ustalana jest przez strony przy zawarciu umowy ubezpieczenia.
2. Suma ubezpieczenia nie może być mniejsza niż 1.000 zł.
3. Maksymalna wysokość sumy ubezpieczenia nie może przekroczyć dziesięciokrotności miesięcznego wynagrodzenia pracowników w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w przedostatnim miesiącu przed miesiącem, w którym zawarto umowy ubezpieczenia (publikowanego przez GUS na podstawie art. 56 ust. 1. i art. 57 ust. 2 ustawy - Prawo bankowe) i jest zaokrąglana wwyż do pełnych 100 zł.
4. Suma ubezpieczenia jest jednakowa dla wszystkich Ubezpieczonych w grupie.
5. Ubezpieczający może wystąpić do „POLISY-ŻYCIE” z pisemnym wnioskiem o podwyższenie sumy ubezpieczenia. Jednakże w przypadku, gdy składki opłacane są z wynagrodzenia Ubezpieczonych, do wniosku należy załączyć pisemną zgodę wszystkich Ubezpieczonych.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA I SPOSÓB PŁATNOŚCI

§ 11.

1. Składka ubezpieczeniowa wyliczana jest indywidualnie dla każdej umowy ubezpieczenia.
2. Składkę ubezpieczeniową określa się kwotowo po uwzględnieniu zakresu ochrony ubezpieczeniowej, wysokości sumy ubezpieczenia oraz innych danych podanych przez przystępujących do ubezpieczenia we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
3. Składka ubezpieczeniowa jest opłacana przez Ubezpieczającego lub przez Ubezpieczonego.
4. 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 zawartego w deklaracji zgody.
5. Składka ubezpieczeniowa płatna jest miesięcznie w terminie do 12 dnia każdego miesiąca za bieżący miesiąc kalendarzowy obowiązywania umowy.
6. Ubezpieczający zobowiązany jest do wpłacania składki na wskazany przez „POLISY-ŻYCIE” rachunek bankowy.

7. Składkę uważa się za wpłaconą w dniu uznania rachunku kwotą należnej składki. *Wpłyn składki*
8. Przy wpłacaniu składki każdy rozpoczęty miesiąc kalendarzowy uważa się za miesiąc pełny.
9. Ubezpieczający nie jest upoważniony do pobierania i opłacania składek od osób, które nie są jego pracownikami. W przypadku, jeśli składki takie zostałyby wpłacone na konto „POLISY-ŻYCIE”, podlegają one zwrotowi Ubezpieczającemu bez żadnych skutków prawnych dla „POLISY-ŻYCIE”.
10. „POLISA-ŻYCIE” zastrzega sobie prawo do ponownej oceny ryzyka w grupie Ubezpieczonych 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) w każdym momencie trwania umowy ubezpieczenia, w przypadku innych zmian, na skutek których grupa objęta ochroną ubezpieczeniową przestała spełniać co najmniej jeden z warunków określonych w § 1.7. niniejszych warunków ubezpieczenia (stała się grupą niestandardową),
 - 3) po każdym pełnych 12-stu miesiącach trwania umowy ubezpieczenia, o ile będzie to uzasadnione innymi zmianami w grupie Ubezpieczonych (w szczególności dotyczy to istotnych zmian poziomu szkodowości w grupie).

Na wniosek Ubezpieczającego zamiast nowej wysokości składek może zostać zmieniona suma ubezpieczenia lub zakres ochrony ubezpieczeniowej.

Odmowa przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonych udzielenia informacji, których w związku z ponowną oceną ryzyka w grupie zażąda „POLISA-ŻYCIE” albo nie przyjęcie przez Ubezpieczającego zwiększonej składki, obniżonej sumy ubezpieczenia lub zawężonego zakresu ochrony ubezpieczeniowej skutkuje rozwiązaniem umowy ubezpieczenia w terminie oznaczonym przez „POLISY-ŻYCIE”.

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI „POLISY-ŻYCIE” (KARENCJA)

§ 12.

1. W okresie karencji odpowiedzialność „POLISY-ŻYCIE” ograniczona jest do wypłaty świadczenia wyłącznie z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następnym:
 - 1) nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) zawału serca, o ile u Ubezpieczonego przed objęciem go ochroną ubezpieczeniową nie zdiagnozowano lub nie leczono choroby wieńcowej,
 - 3) udaru mózgu i innych jednostek chorobowych zaliczanych przez medycynę do zdarzeń nagłych, wywołanych przyczyną zewnętrzną.
2. Okres karencji dla ryzyka wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania wynosi 9 miesięcy, licząc od daty początku odpowiedzialności „POLISY-ŻYCIE” w stosunku do każdego Ubezpieczonego, bez względu na liczebność grupy objętej ochroną ubezpieczeniową.
3. Okres karencji dla ryzyka narodzin dziecka Ubezpieczonemu wynosi 9 miesięcy, licząc od daty początku odpowiedzialności „POLISY-ŻYCIE” w stosunku do każdego Ubezpieczonego, bez względu na liczebność grupy objętej ochroną ubezpieczeniową.
4. Okres karencji dla ryzyka pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wynosi 90 dni, licząc od daty początku odpowiedzialności „POLISY-ŻYCIE” w stosunku do Ubezpieczonego, bez względu na liczebność grupy objętej ochroną ubezpieczeniową (w okresie tym odpowiedzialność „POLISY-ŻYCIE” ograniczona jest wyłącznie do ochrony ubezpieczeniowej).

- niowej z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na skutek nieszczęśliwego wypadku).
5. Okresy te mogą zostać anulowane lub skrócone, o ile Ubezpieczony udokumentuje ciągłość ubezpieczenia (objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez inny zakład ubezpieczeń w zakresie grupowych ubezpieczeń na życie) w okresie bezpośrednio poprzedzającym zawarcie umowy ubezpieczenia z „POLISĄ-ŻYCIE”. Anulowanie bądź skrócenie okresu karencji obowiązywać będzie jedynie w przypadku ryzyk analogicznych do zawartych w ogólnych warunkach Uniwersalnego Grupowego Ubezpieczenia na Życie „RODZINA 2000” „POLISY-ŻYCIE”.
 6. Okres karencji dla pozostałych ryzyk objętych umową ubezpieczenia wynosi 6 miesięcy licząc od daty początku odpowiedzialności „POLISY-ŻYCIE” w stosunku do każdego Ubezpieczonego, gdy Ubezpieczony:
 - 1) jest pracownikiem, który był zatrudniony przez pracodawcę w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności „POLISY-ŻYCIE”, o którym mowa w § 5.3.1 warunków ubezpieczenia, a przystąpił do ubezpieczenia w ramach niestandardowej grupy ubezpieczenia bądź też dołączył później do grupy objętej karencją,
 - 2) jest pracownikiem, który był zatrudniony przez pracodawcę w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności „POLISY-ŻYCIE”, o którym mowa w § 5.3.1. warunków ubezpieczenia, a przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od tej daty,
 7. Ubezpieczonego, który został zatrudniony przez Pracodawcę po dniu rozpoczęcia odpowiedzialności „POLISY-ŻYCIE”, o którym mowa w § 5.3.1. warunków ubezpieczenia i przystąpił do ubezpieczenia, obowiązują okresy karencji wymienione powyżej w ust. 2 do 4 liczone od dnia początku odpowiedzialności „Polisy-Życia” w stosunku do niego.
 8. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia obowiązuje okres 6-ciomiesięcznej karencji na wszystkie ryzyka dla wszystkich Ubezpieczonych należących do grupy (bez względu na jej rodzaj), w którym odpowiedzialność „POLISY-ŻYCIE” ogranicza się do wysokości poprzedniej sumy ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI „POLISY-ŻYCIE”

§ 13.

1. Odpowiedzialność „POLISY-ŻYCIE” jest wyłączona całkowicie w przypadku wystąpienia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, będących wynikiem:
 - 1) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
 - 2) działań wojennych, zamieszek, lokautów, strajków, rozruchów, stanu wyjątkowego i wojennego,
 - 3) zabójstwa Ubezpieczonego (Współubezpieczonego) dokonane przez Beneficjenta.
2. Odpowiedzialność „POLISY-ŻYCIE” 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,

- 4) uprawiania następujących dyscyplin sportu:
 - szybownictwa, lotnictwa - w tym paralotnictwa, spadochroniarstwa,
 - nurkowania,
 - sportów walki,
 - sportów motorowych, motocyklowych i motorowodnych,
 - wszelkich form alpinizmu,
 - speleologii
 - 5) popełnienia samobójstwa w okresie pierwszych 24 miesięcy trwania umowy ubezpieczenia,
 - 6) zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających, bądź nadużyciem leków,
 - 7) samookaleczenia,
 - 8) choroby zawodowej,
 - 9) wystąpienia wysiłkowego wypadnięcia dysku lub przepukliny wysiłkowej.
3. Odpowiedzialność „POLISY-ŻYCIE” z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu jest wyłączona w przypadku wystąpienia następujących zdarzeń:
 - 1) gdy Ubezpieczony podczas pobytu w szpitalu zmarł,
 - 2) pobytu Ubezpieczonego w szpitalu związanego z:
 - a) leczeniem wad wrodzonych oraz ich skutków,
 - b) leczeniem chorób zawodowych oraz ich skutków,
 - c) wystąpieniem padaczki i leczeniem jej następstw,
 - d) chorobami psychicznymi,
 - e) nosicielstwem wirusa HIV i leczeniem wszelkich chorób będących tego faktu następstwem, wystąpieniem pełnoobjawowego AIDS,
 - f) rutynowymi badaniami lekarskimi oraz badaniami okresowymi (tzw. pobytem obserwacyjnym),
 - g) leczeniem następstw skażenia chemicznego lub jonizującego,
 - h) ciążą i porodem (wyjątek stanowi pobyt w szpitalu kobiet w ciąży, u których stwierdzono ciążę wysokiego ryzyka oraz kobiet z komplikacjami poporodowymi),
 - i) zabiegami chirurgii kosmetycznej (wyjątek stanowi pobyt w szpitalu w celu usunięcia w drodze chirurgii plastycznej lub kosmetycznej następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie obowiązywania ubezpieczenia),
 - j) leczeniem stomatologicznym poza klinikami chirurgii szczękowej.
 - 3) pobytu Ubezpieczonego w szpitalu podczas okresu pełnienia przez Ubezpieczonego służby wojskowej.
 4. W przypadku wystąpienia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, w czasie których Ubezpieczony znajdował się w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub podobnie działających środków odpowiedzialność „POLISY-ŻYCIE” ogranicza się wyłącznie do wypłaty świadczenia z podstawowego zakresu ochrony ubezpieczeniowej (z tytułu zgonu), o ile Ubezpieczony na skutek zdarzenia zmarł (z zastrzeżeniem ust. 2.1.).

INDYWIDUALNA KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA

§ 14.

1. O indywidualną kontynuację ubezpieczenia ubiegać się może:
 - 1) Ubezpieczony, który przestał być pracownikiem Ubezpieczającego z powodu likwidacji lub restrukturyzacji zakładu pracy pod warunkiem, że należna składka była opłacana za Ubezpieczonego przez okres co najmniej 6 miesięcy,

- 2) Ubezpieczony, który przestał być pracownikiem Ubezpieczającego z innych niż podany w pkt. 1 powodów pod warunkiem, że należna składka była opłacana za Ubezpieczonego przez okres co najmniej 12 miesięcy,
- 3) wdowa / wdowiec (konkubina / konkubent) po Ubezpieczonym pod warunkiem, że należna składka była opłacana za Ubezpieczonego przez okres co najmniej 12 miesięcy.
2. 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.
3. 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.
4. W przypadku indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia zakres ochrony ubezpieczeniowej zostaje ograniczony do następujących ryzyk:
 - 1) w zakresie podstawowym:
 - zgonu Ubezpieczonego,
 - 2) w zakresie rozszerzonym:
 - zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - zgonu Ubezpieczonego powodującego osierocenie dzieci,
 - zgonu współmałżonka / konkubenta Ubezpieczonego.
5. Osoby wymienione w § 14.1. występują z wnioskiem o indywidualną kontynuację ubezpieczenia na formularzu „POLISY-ŻYCIE”, za pośrednictwem Ubezpieczającego lub bezpośrednio w „POLISIE-ŻYCIE”.
6. Zaliczkę na poczet pierwszej składki Ubezpieczony zobowiązany jest wpłacić nie później niż w dniu złożenia wniosku o indywidualną kontynuację ubezpieczenia (kwota zaliczki winna być równa wysokości przewidywanej składki).
7. Każdą kolejną składkę Ubezpieczony wpłaca miesięcznie w terminie do 12 dnia każdego miesiąca za bieżący miesiąc kalendarzowy obowiązywania umowy.
8. Zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia potwierdzone zostaje odrębną polisą.
9. Odpowiedzialność „POLISY-ŻYCIE” z tytułu indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia następnego po dniu, w którym złożony został wniosek o indywidualną kontynuację ubezpieczenia, lecz nie wcześniej niż od dnia następnego po dniu uznania wskazanego rachunku „POLISY-ŻYCIE” kwotą zaliczki na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej.
10. Wysokość składki ubezpieczeniowej określa „POLISA-ŻYCIE” na podstawie indywidualnej oceny wniosku o indywidualną kontynuację ubezpieczenia.
11. „POLISA-ŻYCIE” zastrzega sobie prawo do zastosowania w stosunku do Ubezpieczonego indywidualnej taryfikacji składki.
12. Osoby indywidualnie kontynuujące ubezpieczenie mogą wystąpić do „POLISY-ŻYCIE” z wnioskiem o podwyższenie sumy ubezpieczenia. Wraz z podwyższeniem sumy ubezpieczenia określona zostaje nowa składka.
13. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia ma zastosowanie 6-miesięczny okres karencji na wszystkie ryzyka, podczas którego świadczenia wypłacane są w wysokości odnoszącej się do sumy ubezpieczenia przed dokonaniem jej podwyższenia.
14. Ubezpieczony, który nabył prawo do indywidualnej kontynuacji, a umowa ubezpieczenia grupowego w zakładzie pracy była zawarta z odstępstwami od niniejszych warunków, może kontynuować ubezpieczenie zachowując sumę ubezpieczenia jaka obowiązywała w ostatnim miesiącu zatrudnienia z zastrzeżeniem, że składka będzie opłacana zgodnie z ustaloną przez „POLISĘ-ŻYCIE” indywidualną taryfikacją.
15. W kwestiach nie uregulowanych w niniejszym rozdziale, pozostałe postanowienia warunków ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§ 15.

Z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową „POLISA-ŻYCIE” wypłaca osobom uprawnionym następujące rodzaje świadczeń w wysokości odpowiadającej procentowi sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.

1. W zakresie podstawowym:

1) z tytułu zgonu Ubezpieczonego:	100%
-----------------------------------	------

2. W zakresie rozszerzonym:

1) z tytułu zgonu ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku: (świadczenie płatne dodatkowo, oprócz świadczenia z zakresu podstawowego)	100%
2) z tytułu zgonu Ubezpieczonego powodującego osierocenie dzieci (bez względu na ich liczbę):	100%
3) z tytułu zgonu małżonka / konkubenta:	100%
4) z tytułu zgonu rodziców Ubezpieczonego i rodziców małżonka Ubezpieczonego, lub ojczyma albo macochy Ubezpieczonego i jego / jej małżonka (jeżeli nie żyje ojciec lub matka):	do 20 %
5) z tytułu zgonu dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba, któremu przysługiwałoby świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego powodującego osierocenie dziecka:	do 40 %
6) z tytułu zgonu dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba, któremu nie przysługiwałoby świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego powodującego osierocenie dziecka:	do 30 %
7) z tytułu zgonu noworodka:	do 30 %
8) z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku: - za każdy 1 % trwałego uszczerbku: - za 100 % trwałego uszczerbku:	do 4 % do 400 %

9) z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego, 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 jedynie świadczenie z zakresu podstawowego):	do 30 %
10) z tytułu narodzin dziecka Ubezpieczonemu:	do 20 %
11) z tytułu pobytu Ubezpieczonego szpitalu:	
a) od 5 do 21 dnia nieprzerwanego pobytu w szpitalu, jeśli pobyt był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem:	do 1 % za dzień pobytu (od 5-tego dnia włącznie do 21 dnia)
b) od 22 dnia nieprzerwanego pobytu w szpitalu, jeśli pobyt był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem:	do 0,5 % za dzień pobytu (od 22-tego dnia włącznie wzwyż)
c) od 5 dnia nieprzerwanego pobytu w szpitalu, jeśli pobyt był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej i pobyt nastąpił w szpitalu poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej:	do 0,5 % za dzień pobytu (od 5-tego dnia włącznie wzwyż)
d) od 5 dnia nieprzerwanego pobytu w szpitalu, jeśli pobyt był spowodowany chorobą:	do 0,5 % za dzień pobytu (od 5-tego dnia włącznie wzwyż)

§ 16.

- Ubezpieczający w porozumieniu z „POLISĄ-ŻYCIE” i na wniosek wszystkich pracowników przystępujących do umowy ubezpieczenia może ustalić inny, niż podany w § 2. zakres ochrony oraz inną, ale nie większą, niż określona w § 15. wysokość świadczeń w przypadku następujących świadczeń zakresu rozszerzonego:
 - zgon rodziców, matki albo ojczyzna Ubezpieczonego lub jego współmałżonka,
 - zgon dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Ubezpieczonego,
 - narodziny martwego dziecka Ubezpieczonemu,
 - powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania,
 - narodziny dziecka Ubezpieczonemu,
 - pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany uszkodzeniem ciała powstałym w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub chorobą.
- Ustalenia innej niż podana w § 15.1. niniejszych warunków ubezpieczenia wysokości świadczenia oferowanego w zakresie rozszerzonym można dokonać podczas zawierania umowy ubezpieczenia lub po upływie każdego 12 miesięcy trwania ubezpieczenia, w formie zgodnej z § 20. niniejszych warunków ubezpieczenia.
- Przy ustalaniu zmienionej wysokości świadczeń oferowanych w zakresie rozszerzonym wymienionych w § 15.2, pkt. 1 - 10 stosuje się zaokrąglenie do 1 %.
- Przy ustalaniu zmienionej wysokości świadczenia oferowanego w zakresie rozszerzonym wymienionego w § 15.2, pkt. 11 (pobyt Ubezpieczonego w szpitalu) stosuje się zaokrąglenie do 0,1 %.

OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA ŚWIADCZEŃ „POLISY-ŻYCIE”

§ 17.

- W przypadku zgonu Współubezpieczonego, urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu, trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego oraz wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania uprawnionym do świadczenia jest Ubezpieczony.
- W przypadku zgonu Ubezpieczonego uprawnionym do świadczenia jest Beneficjent.

- W przypadku braku wskazania Beneficjenta albo gdy Beneficjent w chwili zgonu Ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do świadczenia (§ 13), świadczenie przysługuje członkowi rodziny Ubezpieczonego według następującej kolejności:
 - małżonek,
 - dzieci,
 - rodzice,
 - inne osoby, zaliczane na podstawie kodeksu cywilnego do spadkobierców ustawowych Ubezpieczonego.
- W przypadku, o którym mowa w § 17.3., świadczenie wypłacane jest w proporcjach wynikających z przepisów kodeksu cywilnego dotyczących dziedziczenia ustawowego.

ZASADY ZGŁASZANIA ROSZCZEŃ

§ 18.

- Aby otrzymać świadczenie osoba uprawniona powinna złożyć w „POLISIE-ŻYCIE” na formularzu „POLISY-ŻYCIE” zgłoszenie roszczenia z tytułu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia i w zależności od rodzaju zdarzenia dodatkowo załączyć:
 - akt urodzenia dziecka albo akt zgonu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego,
 - dokumenty niezbędne do stwierdzenia nieszczęśliwego wypadku, zgonu, urodzenia, pokrewieństwa, przysposobienia, uczęszczania do szkoły, pobytu w szpitalu, których zażąda „POLISA-ŻYCIE”,
 - orzeczenie lekarskie stwierdzające powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wraz z określeniem procentu uszczerbku,
 - zaświadczenia lekarskie wydane przez lekarza leczącego lub wyznaczonego przez „POLISĘ-ŻYCIE” niezbędne do stwierdzenia wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, których zażąda „POLISA-ŻYCIE”.
 - w przypadku wystąpienia roszczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej - przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego dokumenty wydane przez zagraniczną placówkę służby zdrowia, w której Ubezpieczony przebywał i z których wynika, iż jego pobyt w szpitalu nie zaliczał się do przypadków wymienionych w § 13.

2. Świadczenie z tytułu nieszczęśliwego wypadku ustalane jest po stwierdzeniu istnienia związku przyczynowego pomiędzy wypadkiem a zgonem lub trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego na podstawie przedstawionych dokumentów oraz wyników orzeczeń lekarskich wydanych przez lekarzy wskazanych przez „POLISĘ-ŻYCIE”.
3. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego ustala się po całkowitym zakończeniu leczenia i rehabilitacji, nie wcześniej niż po upływie 3 miesięcy i nie później niż po upływie 24 miesięcy od dnia wypadku. Wcześniejsza lub późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
4. 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.
5. W czasie trwania umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania.
6. Roszczenia z umowy ubezpieczenia przedawniają się z upływem 3 lat. Bieg przedawnienia rozpoczyna się od dnia, w którym roszczenie stało się wymagalne.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 19.

1. „POLISA-ŻYCIE” wypłaca należne świadczenie w terminie 14 dni od dnia otrzymania wszystkich niezbędnych dokumentów uzasadniających roszczenie, z wyjątkiem świadczenia z tytułu poważnego zachorowania, które wypłacane jest w terminie 14 dni po spełnieniu warunku określonego w § 15.2.9. niniejszych warunków ubezpieczenia.
2. Jeżeli „POLISA-ŻYCIE” wypłaciła świadczenie z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, a Ubezpieczony zmarł w trakcie 30 dniowego terminu, o którym mowa w § 15.2.9. niniejszych warunków ubezpieczenia, wówczas ze świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego potrącona zostanie kwota wypłaconego świadczenia z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania.
3. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności „POLISY-ŻYCIE”, w terminach, o których mowa w ust. 1 okazało się niemożliwe, „POLISA-ŻYCIE” wypłaca świadczenie w ciągu 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności.
4. W przypadku odmowy wypłaty świadczenia „POLISA-ŻYCIE” zobowiązana jest uzasadnić na piśmie przyczynę odmowy w terminie, o którym mowa w ustępach poprzedzających.
5. Jeżeli Ubezpieczony nie zgadza się z dokonanymi ustaleniami w kwestii wysokości przyznanego świadczenia lub odmową zaspokojenia roszczenia, ma prawo zgłosić do Prezesa Zarządu TUnŻ „POLISY-ŻYCIE” S.A. żądanie ponownego rozpatrzenia roszczenia w terminie 30 dni od daty otrzymania oświadczenia w tej sprawie.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 20.

1. Na pisemny wniosek Ubezpieczającego i za zgodą Zarządu TUnŻ „POLISA-ŻYCIE” S.A. do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych warunkach ubezpieczenia.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego oraz ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
3. Wszelkie zmiany w umowie ubezpieczenia powinny być dokonywane

w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

4. Korespondencja pomiędzy stronami umowy oraz osobami bezpośrednio zainteresowanymi w przedmiocie niniejszej umowy powinna być prowadzona w formie listu poleconego.
5. Niniejsze warunki ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 6 kwietnia 1999 roku i mają zastosowanie do umów zawartych po tej dacie.
6. Niniejsze Warunki Uniwersalnego Grupowego Ubezpieczenia na Życie „RODZINA 2000” zostały zatwierdzone przez Zarząd TUnŻ „POLISA-ŻYCIE” S.A. uchwałą Nr 17/99, z dnia 16 marca 1999 roku.

Za Zarząd TUnŻ „POLISA-ŻYCIE” S.A.