

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

Niniejsze warunki ubezpieczenia mają zastosowanie do umów Uniwersalnego Grupowego Ubezpieczenia Dzieci i Młodzieży SCHOLAR 2011, zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „POLISA-ŻYCIE” Spółka Akcyjna, zwane dalej „POLISA-ŻYCIE” S.A.

§ 1.

Illeokroć w niniejszych warunkach ubezpieczenia użyto określenia:

- 1) **Ubezpieczający** - rozumie się przez to Jednostkę Organizacyjną lub inny podmiot, będący stroną umowy ubezpieczenia, zawartej na rzecz osób uczęszczających do Jednostki Organizacyjnej (będącej Ubezpieczającym lub wskazanej przez inny podmiot, będący stroną umowy);
- 2) **Ubezpieczony** - rozumie się przez to osobę, która w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia nie ukończyła 30 roku życia:
 - a) dziecko uczęszczające do przedszkola,
 - b) ucznia lub studenta Jednostki Organizacyjnej, który pobiera w niej w sposób ciągły i nieprzerwany naukę w systemie dziennym, wieczorowym lub zaocznym,
 - c) uczestnika zajęć prowadzonych w jednostce pozaszkolnej, o której mowa w pkt 3) lit. f);
- 3) **Jednostka Organizacyjna** - rozumie się przez to:
 - a) przedszkola,
 - b) szkoły podstawowe, gimnazja i szkoły ponadgimnazjalne ogólnokształcące i zawodowe oraz szkoły artystyczne określone w przepisach ustawy o systemie oświaty,
 - c) państwowe i niepaństwowe szkoły wyższe określone w Ustawie o szkolnictwie wyższym,
 - d) szkoły wyższe określone w ustawie o wyższym szkolnictwie wojskowym oraz szkoły wyższe określone w ustawie o wyższych szkołach zawodowych,
 - e) szkoły wyższe i wyższe seminaria duchowne prowadzone przez Kościół katolicki oraz szkoły wyższe i wyższe seminaria duchowne prowadzone przez inne związki wyznaniowe nieobjęte ustawą o szkolnictwie wyższym,
 - f) jednostki oświatowe, kulturalne, harcerskie lub sportowe, z wyłączeniem klubów sportowych.
- 4) **Beneficjent** - rozumie się przez to wskazaną przez Ubezpieczonego osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu;
- 5) **Przedstawiciel ustawowy** - rozumie się przez to osobę, która reprezentuje interesy osoby nieposiadającej pełnej zdolności do czynności prawnych. Przedstawicielami ustawowymi osoby, która nie ukończyła 18 roku życia są jego rodzice, chyba że sąd postanowił inaczej;
- 6) **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.;
- 7) **Nieszczęśliwy wypadek** - rozumie się przez to zdarzenie nagle, niezależne od woli Ubezpieczonego, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony zmarł, doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu lub które stanowi przyczynę pobytu Ubezpieczonego w szpitalu lub poddania Ubezpieczonego rehabilitacji. W rozumieniu niniejszych ogólnych warunków do kategorii nieszczęśliwego wypadku nie zalicza się wypadków zaistniałych przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową;
- 8) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** - rozumie się przez to zaburzenie czynności uszkodzonego układu, narządu lub organu, powodujące jego trwałą dysfunkcję;
- 9) **Poważne zachorowanie** - rozumie się przez to zachorowanie na poniżej wskazane jednostki chorobowe, pod warunkiem, że w terminie 30 dni od stwierdzenia wystąpienia zachorowania nie nastąpił zgon Ubezpieczonego:
 - a) **nowotwór złośliwy** - rozumiany jako proces niekontrolowanego wzrostu komórek patologicznych, które stały się niepodatne na mechanizmy regulacyjne organizmu, naciekają tkanki i narządy oraz dają odległe przerzuty. Pojęcie obejmuje również białaczki (za wyjątkiem białaczki limfatycznej), chłoniaki oraz nowotwory mózgu wymagające zabiegu operacyjnego. Pojęcie nie obejmuje: nowotworów skóry za wyjątkiem czerniaka (odpowiedzialność rozpoczyna się od 3 stopnia skali wg Clarka), I okresu ziarnicy złośliwej (choroba Hodgkina – zmiany ograniczone do jednego węzła chłonnego), I stopnia raka prostaty (T1NoMo), nowotworów łagodnych, nieinwazyjnych (wykazujących jedynie cechy wczesnego złośliwienia - in situ) oraz nowotworów współistniejących z wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV). Dla zaliczenia 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, znamiennym dla zawału podwyższeniem specyficznych enzymów (z typową dynamiką zmian) oraz badaniami potwierdzającymi skutki martwicy mięśnia sercowego pod postacią stwierdzonej w badaniu USG akinezyji ściany mięśnia sercowego. Roshczenie powinno zawierać pełną dokumentację z leczenia szpitalnego;
 - 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 ztorem i manifestujący się neurologicznymi objawami ogniskowymi. Pojęcie nie obejmuje przemijających zespołów niedokrwiniowych oraz wylewów podjączyniowych, 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 naczyńiach wieńcowych** – zabieg chirurgicznego otwarcia klatki piersiowej (przeprowadzony w krążeniu pozaustrojowym) w celu korekcji jednej lub więcej tętnic wieńcowych (zweńczonych lub zablokowanych) poprzez wszczepienie pomostów aortalno - wieńcowych (CABG). Konieczność dokonania zabiegu musi być potwierdzona badaniem angiograficznym. Pojęcie nie obejmuje angioplastyki oraz innych zabiegów na naczyńiach wieńcowych,
 - f) **transplantacja jednego z głównych narządów** – zabieg operacyjny polegający na przeszczepieniu serca, płuca, wątroby, trzustki, jelita cienkiego, szpiku kostnego lub nerki, jeżeli Ubezpieczony jest biorcą. Dla zaliczenia powyższych zabiegów do grupy poważnych zachorowań, muszą one być potwierdzone dokumentacją medyczną uzasadniającą ich dokonanie,
 - g) **ciężkie oparzenie** - rozumie się przez to oparzenie trzeciego stopnia (zniszczenie całej grubości skóry) dotyczące co najmniej 20% powierzchni ciała Ubezpieczonego,
 - h) **śpiączka** - rozumie się przez to stan utraty przytomności, wymagający zastosowania przez co najmniej 96 godzin systemu podtrzymującego życie, z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne i wewnętrzne procesy regulacyjne oraz zanikiem odruchów fizjologicznych. W rozumieniu niniejszych ogólnych warunków pojęcie śpiączki nie obejmuje: przypadków śpiączki wywołanych spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających, bądź nadużyciem leków,
 - i) **wystąpienie choroby Creutzfeldta-Jakoba.**
- 10) **Nadużycie leków** - rozumie się przez to używanie leków lub parafarmaceutyków w dawkach przekraczających zalecenia lekarza lub producenta;
 - 11) **Szpital** - działający w kraju lub zagranicą publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych, zatrudniającej 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 pielęgniarzkiej, 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;
 - 12) **Dzień pobytu w szpitalu** - rozumie się przez to każdą pełną dobę pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, liczoną jako dobę zegarową (od godziny 0:00);
 - 13) **Rehabilitacja** – rozumie się przez to rehabilitację leczniczą Ubezpieczonego będącą kontynuacją leczenia szpitalnego, prowadzoną całodobowo w warunkach stacjonarnych w oddziale rehabilitacyjnym szpitala, trwającą minimum 14 dni i rozpoczynaną bezpośrednio po leczeniu szpitalnym;
 - 14) **Sporty ekstremalne** - rozumie się przez to: **sporty wodne** - jet-skiing, hydroskid, kanioning, kitesurfing, nurkowanie, ocean rafting, rafting, samotne wyprawy morskie i oceaniczne, surfing, wakeboarding, wędkarstwo pełnomorskie, white water, windsurfing; **sporty zimowe** - Freeskiing, mono-ski, snowboard poza trasami narciarskimi, wyprawy polarne i wysokogórskie; sporty powietrzne - abseiling, akrobacja powietrzna, bungee jumping, dream jumping, free jumping, free gul, loty balonowe, paragliding/paralotniarstwo, wspinaczka skałkowa, zjazdy linowe; **sporty ziemne** - ewolucje na deskorolkach, łyżworolkach i BMX-ach, quady, handbike, cross i rajd konny, Krav Maga, off-road, paintball jeśli uczestnicy nie są członkami klubu lub nie posiadają stroju ochronnego, rajdy samochodowe i motocyklowe, sandboarding, saneczki uliczne, strzelanie poza strzelnicą, zorbing.

ZAKRES OCHRONY I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§ 2.

1. „POLISA-ŻYCIE” S.A. udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie podstawowym lub rozszerzonym.
2. 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:

- 1) w zakresie podstawowym (obligatoryjnym): z tytułu zgonu Ubezpieczonego **50%-100%** sumy ubezpieczenia;
- 2) w zakresie rozszerzonym (ryzyka do wyboru):
 - a) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego): **50%-200%** sumy ubezpieczenia;
 - b) z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku za każdy orzeczony 1% trwałego uszczerbku: **0,5%-2%** sumy ubezpieczenia;
 - c) z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania: **10%-30%** sumy ubezpieczenia;
 - d) z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, za każdy dzień pobytu trwającego 4 lub więcej dni, jeżeli pobyt w szpitalu nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem: **0,05%-0,5%** sumy ubezpieczenia;
 - e) z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, za każdy dzień pobytu trwającego 3 lub więcej dni, jeżeli pobyt spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem: **0,05%-1%** sumy ubezpieczenia;
 - f) z tytułu rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku - **500,00 zł**.
4. Osoby, którym udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa w zakresie obejmującym zdarzenie o którym mowa w ust. 3 pkt 2) lit. f), objęte są programem „Pakiet Usług Assistance” organizowanym przez „POLISA-ŻYCIE” S.A. zgodnie z Regulaminem Uczestnictwa.

UMOWA UBEZPIECZENIA warunki zawarcia umowy ubezpieczenia

§ 3.

Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta, jeżeli do ubezpieczenia przystępuje grupa licząca co najmniej 20 osób, określonych w § 1 pkt 2).

zasady zawierania umowy ubezpieczenia

§ 4.

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, skierowanego do „POLISA-ŻYCIE” S.A.
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) informacje o grupie przystępujących do ubezpieczenia zgodnie z wymaganiami zawartymi we wniosku.
3. Do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia należy dołączyć:
 - 1) wykaz imienny przystępujących do ubezpieczenia;
 - 2) inne dokumenty, których do zawarcia umowy ubezpieczenia zażąda na piśmie „POLISA-ŻYCIE” S.A.
4. Pełnoletni Ubezpieczony lub przedstawiciel ustawowy niepełnoletniego Ubezpieczonego ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia ustanowić, zmienić lub odwołać Beneficjenta (-ów) w formie pisemnej. Powyższe czynności są skuteczne od dnia otrzymania przez „POLISA-ŻYCIE” S.A. pisma o ustanowieniu, zmianie lub odwołaniu Beneficjenta.
5. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny „POLISA-ŻYCIE” S.A. wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia, względnie do sporządzenia nowego wniosku.
6. Ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia mogą zostać objęte również osoby nie wskazane w wykazie, o którym mowa w ust. 3 pkt 1) po łącznym spełnieniu następujących warunków:
 - a) przystępujący nie uczęszczał do Jednostki Organizacyjnej w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia w stosunku do grupy Ubezpieczonych;
 - b) przystępujący zadeklarował wolę objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej umowy ubezpieczenia nie później niż w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia przez niego zajęć w Jednostce Organizacyjnej;
 - c) dane przystępującego zostały przekazane do „POLISA – ŻYCIE” S.A. w formie wykazu imiennego osób przystępujących do ubezpieczenia;
 - d) za przystępującego została opłacana składka ubezpieczeniowa.
7. „POLISA-ŻYCIE” S.A. zastrzega sobie prawo zaproponowania zawarcia umowy na warunkach szczególnych lub odrzucenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

zawarcie umowy ubezpieczenia i początek odpowiedzialności

§ 5.

1. „POLISA-ŻYCIE” S.A. potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia wystawieniem polisy.
2. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z pierwszym dniem odpowiedzialności z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia, wskazanym na polisie.
3. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. rozpoczyna się:
 - 1) od dnia wskazanego na polisie- w stosunku do Ubezpieczonych wskazanych w wykazie imiennym osób przystępujących do ubezpieczenia, o którym mowa w § 4 ust. 3 pkt 1);
 - 2) od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym została opłacona składka za Ubezpieczonego- w stosunku do Ubezpieczonych, którzy przystąpili do ubezpieczenia po dniu, o którym mowa w pkt 1).

czas trwania umowy ubezpieczenia

§ 6.

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 12 miesięcy.
2. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na który została zawarta.

wypowiedzenie i odstąpienie od umowy ubezpieczenia

§ 7.

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni, od dnia zawarcia umowy.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie ze skutkiem na ostatni dzień trzeciego miesiąca następującego po miesiącu, w którym złożone zostało oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia.
3. O wypowiedzeniu lub odstąpieniu od umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Centralę „POLISA-ŻYCIE” S.A. na piśmie.
4. Odstąpienie Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia jest skuteczne od dnia otrzymania przez „POLISA-ŻYCIE” S.A. pisemnej informacji o odstąpieniu.
5. Wypowiedzenie lub odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku opłacenia składki za czas trwania odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” S.A.
6. W przypadku wypowiedzenia lub odstąpienia od umowy ubezpieczenia „POLISA-ŻYCIE” S.A. zwraca Ubezpieczającemu składkę ubezpieczeniową za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.
7. W sytuacji, o której mowa w ust. 6, postanowienia § 15 ust. 13, 14 stosuje się odpowiednio.

koniec odpowiedzialności

§ 8.

Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. w stosunku do Ubezpieczonego wygasa:

- 1) po upływie okresu, na jaki umowa została zawarta;
- 2) z upływem okresu wypowiedzenia, o którym mowa w §7 ust. 2;
- 3) w dniu, o którym mowa w § 7 ust. 4 lub § 12 ust. 2;
- 4) w dniu zgonu Ubezpieczonego;
- 5) w dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 30 roku życia.

SZCZEGÓLWE ZASADY DOTYCZĄCE UMOWY UBEZPIECZENIA ZAWARTEJ NA RZECZ NIEPEŁNOLETNIEGO UBEZPIECZONEGO

§ 9.

1. Umowę ubezpieczenia, o której mowa w niniejszych warunkach ubezpieczenia, można zawrzeć, z zastrzeżeniem przepisów niniejszego paragrafu, również na rzecz osoby niepełnoletniej.
2. Wszystkich czynności faktycznych i prawnych, związanych z umową ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1, dokonuje w imieniu osoby niepełnoletniej jej przedstawiciel ustawowy.
3. Osoba, na rzecz której zawierana jest umowa ubezpieczenia (Ubezpieczony) za pośrednictwem przedstawiciela ustawowego musi:
 - 1) spełniać warunki, o których mowa w § 1 pkt 2);
 - 2) mieć nieukończone 18 lat.
4. Ubezpieczony od dnia ukończenia 18 roku życia i uzyskania pełnej zdolności do czynności prawnych ma prawo do wskazania jednej lub więcej osób uprawnionych do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego – Beneficjenta (-ów).
5. Brak skierowanego do „POLISA-ŻYCIE” S.A. pisma odnośnie wskazania Beneficjenta (-ów) oznacza, że Ubezpieczony nie zamierza zmieniać dyspozycji złożonych wcześniej w jego imieniu przez przedstawiciela ustawowego.
6. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym rozdziale pozostałe postanowienia warunków ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 10.

1. Suma ubezpieczenia ustalana jest przez strony przy zawarciu umowy ubezpieczenia.
2. Suma ubezpieczenia nie może być mniejsza niż 2.000 zł.
3. Suma ubezpieczenia jest jednakowa dla wszystkich Ubezpieczonych w grupie.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA I SPOSÓB PŁATNOŚCI

§ 11.

1. Składka obliczana jest zgodnie z obowiązującą w dniu złożenia wniosku „Taryfą składek do Uniwersalnego Grupowego Ubezpieczenia Dzieci i Młodzieży SCHOLAR 2011”.
2. Wysokość składek dla poszczególnych ryzyk dla grupy Ubezpieczonych jest ustalana według następujących kryteriów:
 - 1) wysokość świadczenia z tytułu danego ryzyka;
 - 2) struktura wiekowa Ubezpieczonych;
 - 3) rodzaj Jednostki Organizacyjnej.
3. Składka ubezpieczeniowa jest opłacana przez Ubezpieczającego lub przez Ubezpieczonych (pełnoletnich lub przedstawicieli ustawowych niepełnoletnich).
4. Wysokości składek i świadczeń dla poszczególnych ryzyk podane są na polisie ubezpieczeniowej.
5. Składka ubezpieczeniowa jest sumą składek za poszczególne ryzyka.

6. Składka ubezpieczeniowa obliczana jest bez uwzględnienia stopy technicznej.
7. Minimalna wysokość składki jednorazowej za Ubezpieczonego wynosi 15 złotych.
8. Za zgodą Zarządu „POLISA – ŻYCIE” S.A. wysokość składki minimalnej, o której mowa w ust. 7 może zostać obniżona.
9. Jeżeli składka jest opłacana przez Ubezpieczonych, Ubezpieczający jest obowiązany do pobrania od nich składki oraz prowadzenia odpowiedniej dokumentacji potwierdzającej fakt wpłacenia składki.
10. Składka ubezpieczeniowa płatna jest jednorazowo, w terminie do 60 dni, licząc od pierwszego dnia odpowiedzialności.
11. Na wniosek Ubezpieczającego możliwe jest rozłożenie płatności składki na dwie równe raty. Pierwsza rata płatna jest w terminie, o którym mowa w ust. 10, druga rata w terminie do dnia, w którym upływa 6 miesięcy od pierwszego dnia odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” S.A.
12. Za Ubezpieczonego objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia na warunkach, o których mowa w § 4 ust. 6 składka ubezpieczeniowa wymagana jest w wysokości składki obowiązującej w grupie z tytułu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej jednemu Ubezpieczonemu, ustalonej proporcjonalnie do okresu udzielanej ochrony.
13. Ubezpieczający zobowiązany jest do wpłacania składki na wskazany przez „POLISA-ŻYCIE” S.A. rachunek bankowy.
14. Składkę uważa się za wpłaconą w dniu uznania rachunku bankowego kwotą należnej składki.

SKUTKI NIEOPŁACENIA SKŁADKI LUB RATY SKŁADKI

§ 12.

1. W przypadku nieopłacenia składki lub raty składki w terminie, „POLISA – ŻYCIE” S.A. wezwie Ubezpieczającego do zapłaty składki wyznaczając dodatkowy 7 dniowy termin do jej zapłaty.
2. Jeżeli składka lub rata składki za wszystkich Ubezpieczonych nie zostanie opłacona w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 1
 - 1) umowę ubezpieczenia uważa się za nie zawartą – w przypadku nieopłacenia składki jednorazowej lub pierwszej raty składki;
 - 2) umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego, co powoduje ustanie odpowiedzialności „POLISA – ŻYCIE” S.A.: ze skutkiem na dzień, w którym druga rata składki stała się wymagalna (§ 11 ust. 11) - w przypadku nieopłacenia drugiej raty składki.
3. W przypadku opłacenia zaległej składki lub raty składki w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 1, POLISA-ŻYCIE S.A. ponosi odpowiedzialność również za zdarzenia:
 - 1) zaistniałe w okresie od dnia wskazanego na polisie jako początek odpowiedzialności do dnia zapłaty składki lub pierwszej raty składki;
 - 2) zaistniałe w okresie od dnia wymagalności drugiej raty składki do dnia zapłaty.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 13.

1. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. jest wyłączona w przypadku wystąpienia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, będących wynikiem popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego wykroczenia lub przestępstwa, rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, działań wojennych, stanu wyjątkowego i wojennego, udziału Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, skażenia chemicznego, radioaktywnego, jonizującego lub katastrofy nuklearnej, popełnienia samobójstwa (z wyjątkiem sytuacji, gdy ochrona ubezpieczeniowa jest nieprzerwanie udzielana Ubezpieczonemu z tytułu drugiej lub kolejnych umów ubezpieczenia SCHOLAR lub SUPER SCHOLAR), samookaleczenia, zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, działania Ubezpieczonego, będącego w stanie: po użyciu alkoholu, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających, wywołanym nadużyciem leków.
2. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku jest wyłączona w przypadkach będących wynikiem:
 - 1) prowadzenia przez Ubezpieczonego znajdującego się pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu drogowego,
 - 2) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu drogowego bez wymaganych i ważnych uprawnień lub bez świadectwa kwalifikacyjnego pojazdu,
 - 3) katastrofy statków powietrznych innych niż samoloty komunikacyjne eksploatowane przez koncesjonowanych przewoźników, gdy Ubezpieczony był członkiem załogi lub pasażerem statku powietrznego;
 - 4) uprawiania następujących dyscyplin sportu: powietrznych, lotniczych, nurkowania, sportów walki, sportów motorowych, motocyklowych i motorowodnych, wszelkich form alpinizmu, speleologii;
 - 5) uprawiania sportów ekstremalnych.
3. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku jest wyłączona w przypadku wystąpienia chorób infekcyjnych i zawodowych, wystąpienia dyskopatii i/lub przepuklin jądra miazdżystego oraz przepuklin wysiłkowych, obrażeń doznanych wskutek spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu, narkotyków lub leków.
4. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, o którym mowa w § 2 ust. 3 pkt 2) lit. d) lub e) jest wyłączona w przypadku wystąpienia pobytu w szpitalu związanego z:
 - 1) leczeniem: wad wrodzonych i rozwojowych oraz ich skutków, chorób

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

OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA ŚWIADCZEŃ

§ 14.

1. W przypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, o którym mowa w § 2 ust. 3 pkt 2) lit. d) lub e) lub rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, uprawnionym do otrzymania świadczenia jest Ubezpieczony.
2. W przypadku zgonu Ubezpieczonego uprawnionym do otrzymania świadczenia jest Beneficjent.
3. Wskazanie osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia staje się bezskuteczne, jeżeli umyślnie przyczyniła się ona do zgonu Ubezpieczonego.
4. W przypadku braku wskazania Beneficjenta albo gdy Beneficjent w chwili zgonu Ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do świadczenia, a Ubezpieczony w chwili zgonu był osobą niepełnoletnią świadczenie przysługuje przedstawicielowi ustawowemu Ubezpieczonego, jeżeli zaś Ubezpieczony nie posiada przedstawiciela ustawowego lub w chwili zgonu był osobą pełnoletnią - osobom powołanym do spadku po Ubezpieczonym, w częściach określonych w postanowieniu sądu o stwierdzeniu nabycia spadku.

ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZENIA

§ 15.

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, podejmuje 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 odpowiedzialności „POLISA – ŻYCIE” S.A. lub wysokości 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, dokumentacja potwierdzająca powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu, dokumenty wskazujące związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem, a powstaniem trwałego uszczerbku na zdrowiu, zaświadczenie lekarskie o udzieleniu pierwszej pomocy, opis zdjęć RTG (o ile były wykonane) potwierdzonych przez specjalistę radiologa (w uzasadnionych przypadkach Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć oryginalne zdjęcia RTG), dokumenty potwierdzające zakończenie leczenia, dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie poważnego zachorowania oraz przebieg jego leczenia, karta informacyjna leczenia szpitalnego.
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 całkowitym zakończeniu leczenia, nie później jednak, niż po upływie 24 miesięcy od dnia wypadku, w oparciu o obowiązującą w „POLISA-ŻYCIE” S.A. w dniu orzekania „Tabele norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku”. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
8. 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.
9. „POLISA-ŻYCIE” S.A. spełnia świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
10. Jeżeli świadczenie nie zostało wypłacone w terminie 30 dni, licząc od daty

otrzymania zawiadomienia o wypadku, „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.

11. 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.
12. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 14, świadczenia wypłacane z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia nie podlegają pomniejszeniu o dodatkowe opłaty.
13. Wypłaty świadczeń dokonywane są przelewem na rachunek bankowy wskazany przez osobę uprawnioną. Koszt przelewu ponosi „POLISA-ŻYCIE” S.A.
14. Na wniosek osoby uprawnionej kwota świadczenia, pomniejszona o faktyczne koszty przekazu, jest przesyłana przekazem pocztowym na adres wskazany w zgłoszeniu roszczenia.
15. 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.
16. Powyższe uprawnienie nie koliduje z prawem dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
17. Powództwo o roszczenia wynikające z niniejszej umowy można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania Ubezpieczonego lub Beneficjenta.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 16.

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu lub Beneficjentowi przysługuje prawo do wnoszenia skarg lub zażaleń związanych z wykonaniem przez „POLISA-ŻYCIE” S.A. umowy ubezpieczenia.
2. Skargi i zażalenia rozpatruje Centrala „POLISA-ŻYCIE” S.A.
3. Odpowiedź na skargę lub zażalenie udzielana jest w terminie do 30 dni od daty jej wpływu do Centrali.
4. Umowa ubezpieczenia nie podlega wykupowi.
5. Z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia nie przysługują premie, rabaty lub udziały w zyskach.
6. Na pisemny wniosek Ubezpieczającego i za zgodą Zarządu „POLISA-ŻYCIE” S.A. do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia.
7. W sytuacji, o której mowa w ust. 6, przed dokonaniem przez strony zmian warunków zawartej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do poinformowania Ubezpieczonych lub przedstawicieli ustawowych Ubezpieczonych (w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz osoby niepełnoletniej) o rodzaju zmian wraz z określeniem ich wpływu na wysokość przysługujących świadczeń – w sposób przyjęty do stosowania u Ubezpieczającego. Zmiana umowy ubezpieczenia wymaga uprzedniej zgody Ubezpieczonych lub przedstawicieli ustawowych Ubezpieczonych (w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz osoby niepełnoletniej), która powinna obejmować także wysokość sumy ubezpieczenia. Zmiana umowy dokonana bez zgody Ubezpieczonego nie może naruszać jego praw ani praw osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w razie zgonu Ubezpieczonego.
8. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych powszechnie obowiązujących aktów prawa.
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 Uniwersalnego Grupowego Ubezpieczenia Dzieci i Młodzieży SCHOLAR 2011 zostały zatwierdzone przez Zarząd „POLISA-ŻYCIE” S.A. uchwałą Nr 02/21/2011 z dnia 27 kwietnia 2011 roku.

Jeszek Szewdo.