

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

Niniejsze warunki ubezpieczenia mają zastosowanie do umów Otwartego Ubezpieczenia na Życie VIP, zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „POLISA-ŻYCIE” Spółka Akcyjna, zwane dalej „POLISA- ŻYCIE” S.A.

§ 1.

Ilekrót w niniejszych warunkach ubezpieczenia użyto określenia:

- 1) **Ubezpieczający** – rozumie się przez to agenta „POLISA-ŻYCIE” S.A., który zorganizował grupę osób, na rzecz których zawarł umowę ubezpieczenia;
- 2) **Ubezpieczony** – rozumie się przez to pełnoletnią osobę fizyczną, posiadającą pełną zdolność do czynności prawnych, której życie i zdrowie są objęte ochroną ubezpieczeniową;
- 3) **Beneficjent** – rozumie się przez to osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego;
- 4) **Małżonek** – rozumie się przez to osobę, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia;
- 5) **Konkubent** – rozumie się przez to osobę, z którą Ubezpieczony prowadzi wspólne gospodarstwo domowe przez okres co najmniej dwóch lat i obie osoby są stanu wolnego; za konkubenta nie uważa się byłego małżonka Ubezpieczonego;
- 6) **Dzieci** – rozumie się przez to dzieci własne, przysposobione i pasierbowe;
- 7) **Rodzic** – rozumie się przez to rodzica Ubezpieczonego/małżonka Ubezpieczonego nie pozbawionego władzy rodzicielskiej lub ojczyma i macochę Ubezpieczonego/małżonka Ubezpieczonego;
- 8) **Ojczym, Macocha** – rozumie się przez to osobę pozostającą w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia w związku małżeńskim z rodzicem Ubezpieczonego lub małżonka Ubezpieczonego, a także wdowcem lub wdową odpowiednio po rodzicu Ubezpieczonego lub małżonka Ubezpieczonego;
- 9) **Reprezentant Ubezpieczonych** – rozumie się przez to agenta „POLISA-ŻYCIE” S.A. lub pracownika „POLISA-ŻYCIE” S.A. uprawnionego do wykonywania czynności związanych z obsługą umowy ubezpieczenia, w zakresie wskazanym w niniejszych ogólnych warunkach. Reprezentantem Ubezpieczonych uprawnionym do obsługi danej umowy ubezpieczenia jest Ubezpieczający o ile „POLISA-ŻYCIE” S.A. nie wyznaczy do pełnienia tej funkcji innej osoby;
- 10) **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.;
- 11) **nieszczęśliwy wypadek** – rozumie się przez to zdarzenie nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależnie od woli Ubezpieczonego/osób o których mowa w pkt. 4)-8), w następstwie którego Ubezpieczony/osoba o której mowa w pkt. 4)-8) zmarł, doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu lub które stanowi przyczynę rehabilitacji lub pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. W rozumieniu niniejszych ogólnych warunków do kategorii nieszczęśliwego wypadku nie zalicza się wypadków zaistniałych przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową oraz zawału serca lub udaru mózgu;
- 12) **wypadek komunikacyjny** – rozumie się przez to szczególny przypadek nieszczęśliwego wypadku, następujący z udziałem jakiegokolwiek pojazdu w ruchu drogowym (w tym szynowym), powietrznym lub 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: kołowy, szynowy, latający lub pływający oraz wypadki zaistniałe podczas wsiadania lub wysiadania z pojazdu, którym przemieszczał się lub chciał przemieścić się Ubezpieczony;
- 13) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – rozumie się przez to zaburzenie czynności uszkodzonego układu, narządu, organu, powodujące jego trwałą dysfunkcję, będące następstwem: nieszczęśliwego wypadku, wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu (w rozumieniu definicji pkt 14) lit b) i c)), jeżeli dany wypadek, zawał serca lub udar mózgu 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, potwierdzony dokumentacją medyczną z badaniem histopatologicznym,
 - b) **zawał serca** – rozumiany jako martwica części mięśnia sercowego spowodowana niedokrwieniem, potwierdzona dokumentacją medyczną o wystąpieniu: objawów klinicznych, świeżych typowych zmian w zapisie EKG, znamiennej dla zawału podwyższeniu specyficznych enzymów (z typową dynamiką zmian), oraz badaniami potwierdzającymi skutki martwicy mięśnia sercowego pod postacią stwierdzonej w badaniu USG akinezy ściany mięśnia sercowego;
 - c) **udar mózgu** – rozumiany jako nagły incydent mózgowonaczyniowy powodujący neurologiczne następstwa oraz trwałe zmiany w tkance mózgowej, potwierdzone w badaniach neuroobrazowych TC i/lub MRI, spowodowane wylewem, zawałem lub zatorem i manifestujący się trwałymi neurologicznymi objawami ogniskowymi. Pojęcie nie obejmuje przemijających zespołów niedokrwiniowych oraz wylewów podopajęczynówkowych, spowodowanych pęknięciem tętniaka mózgu.
 - d) **niewydolność nerek** – rozumiana jako schyłkowe stadium choroby nerek rozumiane jako nieodwracalna, przewlekła niewydolność obu nerek (niezależnie od przyczyny), wymagająca regularnych dializ (hemodializ lub dializ otrzewnowych) lub przeprowadzenia transplantacji nerki, potwierdzona dokumentacją medyczną uzasadniającą rozpoznanie kliniczne oraz zastosowane leczenie (dializy lub przeszczep). Rozpoznanie niewydolności nerek winno nastąpić w okresie odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” S.A.;

- e) **pomostowanie naczyń wieńcowych (by-pass)** – rozumiane jako zabieg chirurgicznego otwarcia klatki piersiowej w celu korekcji jednej lub więcej tętnic wieńcowych (zweżonych lub zablokowanych) poprzez wszczepienie pomostów aortalno – wieńcowych (CABG). Pojęcie nie obejmuje: angioplastyki oraz innych zabiegów na naczyniach wieńcowych;
- f) **transplantacja jednego z głównych narządów** – rozumiana jako zabieg operacyjny polegający na przeszczepieniu serca, płuca, wątroby, trzustki, jelita cienkiego, szpiku kostnego lub nerki, jeżeli Ubezpieczony jest biorcą, potwierdzony dokumentacją medyczną stwierdzającą jego dokonanie;
- g) **ciężkie oparzenie** – rozumiane jako oparzenie trzeciego stopnia (zniszczenie całej grubości skóry) dotyczące co najmniej 20% powierzchni ciała Ubezpieczonego;
- h) **śpiączka** – rozumiana jako 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;
- i) **wystąpienie choroby Creutzfeldta-Jakoba.**
- 15) **szpital** – działający w kraju lub za granicą publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całonocowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych, zatrudniającego kwalifikowaną kadrę lekarską oraz personel pomocniczy w okresie ciągłym; w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków pojęcie szpitala nie oznacza: domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjów, oddziałów dziennych, hoteli przyszpitalnych; a także oddziałów szpitalnych, ośrodków lub innych jednostek organizacyjnych: rehabilitacyjnych, rekonwalescencyjnych, dla nerwowo i psychicznie chorych, opieki paliatywnej, sanatoryjnych, uzdrowiskowych, leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych lub alkoholowych;
- 16) **rehabilitacja** – rozumie się przez to, konieczność dalszego leczenia lub rehabilitacji leczniczej Ubezpieczonego w celu przywrócenia zdolności do pracy, występująca po upływie 182 dni (180 dni w przypadku rolników) pobierania przez Ubezpieczonego zasiłku chorobowego. Dla uznania zdarzenia za rehabilitację w rozumieniu Ogólnych Warunków Ubezpieczenia wymagany będzie przedstawienie decyzji, wydanej na podstawie orzeczenia lekarza orzecznika ZUS (lekarza regionalnego inspektora orzecznictwa lekarskiego KRUS w przypadku Ubezpieczonych będących rolnikami), o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego oraz dokumentacji potwierdzającej bezpośredni związek przyczynowy rehabilitacji z wystąpieniem nieszczęśliwego wypadku;
- 17) **dzień pobytu w szpitalu** – rozumie się przez to każdy dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, z uwzględnieniem dnia przyjęcia do szpitala i dnia wypisu ze szpitala;
- 18) **rocznica polisy** – rozumie się przez to każdą rocznicę zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 19) **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 częstotliwości opłacania składek może być miesiąc, kwartał, półrocze lub rok.
- 20) **sporty ekstremalne** – rozumie się przez to: sporty wodne – jet skiing, hydrospid, 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, akrobacje powietrzne, bungee jumping, dream jumping, free jumping, free gul, loty balonowe, paragliding/paralotniarstwo, wspinaczka skałkowa, zjazdy linowe; sporty ziemne – ewolucja na deskorolkach, lyżworolkach i BMX-ach, handbike, cross i rajd konny, Krav Maga, paintball (jeśli uczestnicy nie są członkami klubu lub nie posiadają stroju ochronnego), sandboarding, saneczki uliczne, strzelanie poza strzelnicą, zorbing.

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 2.

1. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia w przypadku zajścia co najmniej jednego ze zdarzeń ubezpieczeniowych, zgodnie z wybranym wariantem ubezpieczenia.

Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego	variant I	variant II
	Wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia	Wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia
zgon Ubezpieczonego	50%	100%
zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, oprócz świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego)	50%	50%
zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego (świadczenie płatne dodatkowo, oprócz świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego oraz zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku)	50%	50%
trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	0,5% za 1% uszczerbku	0,75% zł za 1% uszczerbku
trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu	0,125% za 1% uszczerbku	0,25 % za 1% uszczerbku

zgon małżonka/konkubenta w wyniku nieszczęśliwego wypadku	12,5%	25%
zgon dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku	6,25%	12,5%
Zgon rodziców lub macochy/ojczyma Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	1,25%	2,5%
zgon rodziców lub macochy/ojczyma małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	1,25%	2,5%
poważne zachorowanie Ubezpieczonego	2,5%	5%
pobyt Ubezpieczonego na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej OIOM	0,1% za 1 dzień pobytu	0,2% za 1 dzień pobytu
pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	0,05% za 1 dzień pobytu	0,1% za 1 dzień pobytu
rehabilitacja ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	2%	2%

- Osoby, którym udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa w ramach Otwartego Ubezpieczenia na Życie VIP objęte są programem „Pakiet Usług Assistance” organizowanym przez „POLISA-ŻYCIE” S.A.
- Dla każdego rocznego okresu trwania odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” S.A. względem danego Ubezpieczonego maksymalny łączny okres za jaki wypłacane jest świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem wynosi 21 dni, zaś dla świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu na „OIOM” – 14 dni.
- W przypadku zajścia jednego nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest wyłącznie jedno świadczenie z tytułu rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

UMOWA UBEZPIECZENIA **warunki zawarcia umowy ubezpieczenia** **§ 3.**

Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta, jeżeli do ubezpieczenia przystępuje grupa licząca co najmniej 3 uprawnione do tego osoby.

zasady zawarcia umowy ubezpieczenia **§ 4.**

- Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, składanego na formularzu „POLISA-ŻYCIE” S.A.
- We wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia Ubezpieczający określa:
 - sumę ubezpieczenia,
 - wariant ubezpieczenia,
 - sposób opłacania składki,
 - liczbę osób przystępujących do ubezpieczenia.
- Do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia należy dołączyć:
 - podpisane przez osoby przystępujące do grupy deklaracje zgody,
 - wykaz imienny osób przystępujących do ubezpieczenia,
 - potwierdzenie wpłacenia pierwszej składki ubezpieczeniowej.
- Deklaracja zgody jest dokumentem potwierdzającym wolę przystąpienia do ubezpieczenia na określonych warunkach (w tym określającym sumę ubezpieczenia), zawierającym podstawowe informacje o aktualnym stanie zdrowia Ubezpieczonego oraz wskazującym Beneficjenta.
- Ubezpieczony ma prawo samodzielnie w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać Beneficjenta.
- Deklaracje zgody osób przystępujących do grupy, podpisywane w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia Reprezentant Ubezpieczonych zobowiązany jest składać wraz z comiesięcznym rozliczeniem składki.
- Reprezentant Ubezpieczonych 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 do grupy w bieżącym okresie polisowym lub występujących z grupy z końcem poprzedniego okresu polisowego.
- Z zastrzeżeniem postanowień ust. 10, wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz potwierdzenie wpłacenia pierwszej składki ubezpieczeniowej stanowi podstawę do wystawienia polisy ubezpieczeniowej.
- Jeżeli deklaracja zgody lub wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny „POLISA-ŻYCIE” S.A. wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia, względnie do sporządzenia nowej deklaracji zgody lub wniosku.
- 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.

polisa ubezpieczeniowa **§ 5.**

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

czas trwania umowy ubezpieczenia **§ 6.**

- Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 36 miesięcy kalendarzowych.
- Umowa ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 36 – miesięczne okresy ubezpieczenia o ile w terminie nie później niż 90 dni przed upływem każdego 36-miesięcznego okresu ubezpieczenia „POLISA-ŻYCIE” S.A. nie złoży Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu za pośrednictwem Reprezentanta Ubezpieczonych (w sytuacji, gdy Reprezentant Ubezpieczonych nie jest jednocześnie Ubezpieczającym) oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia na kolejny okres skutkuje wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych z ostatnim dniem poprzedniego 36-miesięcznego okresu ubezpieczenia.

odstąpienie od umowy Ubezpieczenia **§ 7.**

- Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od dnia zawarcia umowy.
- O odstąpieniu od umowy Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować „POLISA-ŻYCIE” S.A. na piśmie.
- Odstąpienie Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia jest skuteczne od dnia otrzymania przez „POLISA-ŻYCIE” S.A. pisemnej informacji o odstąpieniu.
- Odstąpienie od umowy nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku wpłacenia składki za czas trwania odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” S.A.
- W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia „POLISA-ŻYCIE” S.A. zwraca Ubezpieczającemu składkę ubezpieczeniową za niewykorzystany okres ochrony.
- W sytuacji, o której mowa w ust. 5, postanowienia §17 ust.14, 15 stosuje się odpowiednio.

wypowiedzenie umowy ubezpieczenia **§ 8.**

- Umowę ubezpieczenia Ubezpieczający może wypowiedzieć na piśmie w każdym czasie jej obowiązywania.
- Wypowiedzenie, o którym mowa w ust. 1 jest skuteczne na ostatni dzień miesiąca, w którym złożone zostało oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia.
- Ubezpieczony może wystąpić z grupy objętej ochroną ubezpieczeniową w każdym momencie, ze skutkiem na ostatni dzień okresu polisowego, w którym złożone zostało oświadczenie o wystąpieniu.
- Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia lub wystąpienie z grupy nie zwalnia od obowiązku wpłacania składki za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
- W przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia lub wystąpienia z grupy przez Ubezpieczonego „POLISA-ŻYCIE” S.A. zwraca składkę ubezpieczeniową za niewykorzystany okres ochrony.
- W sytuacji, o której mowa w ust. 5, postanowienia §17 ust.14, 15 stosuje się odpowiednio.

SUMA UBEZPIECZENIA **§ 9.**

- Suma ubezpieczenia wynosi 100.000 PLN.
- Suma ubezpieczenia jest jednakowa dla wszystkich Ubezpieczonych w grupie.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA I SPOSÓB PŁATNOŚCI **§ 10.**

- Składka ubezpieczeniowa obliczana jest zgodnie z obowiązującą w dniu złożenia wniosku „Taryfą składek do Otwartego Ubezpieczenia na Życie VIP”.
- Wysokość składek dla poszczególnych ryzyk dla grupy Ubezpieczonych jest ustalana według następujących kryteriów:
 - wysokość świadczenia z tytułu danego ryzyka,
 - okresy karencji stosowane w odniesieniu do określonych ryzyk.
- Wysokości składek i świadczeń dla poszczególnych ryzyk podane są na polisie ubezpieczeniowej.
- Składka ubezpieczeniowa jest sumą składek za poszczególne ryzyka.
- Składka ubezpieczeniowa obliczana jest bez uwzględnienia stopy technicznej.
- Składka ubezpieczeniowa jest opłacana przez Ubezpieczonych.
- Reprezentant Ubezpieczonych zobowiązany jest do pobrania pierwszej składki i wpłacenia jej na wskazany przez „POLISA-ŻYCIE” S.A. rachunek bankowy oraz do przedkładania listy osób przystępujących do grupy, za które składka została wpłacona.
- Ubezpieczający we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia określa sposób opłacania składki:
 - miesięcznie,
 - kwartalnie,
 - półrocznie,
 - rocznie.
- Składka ubezpieczeniowa płatna jest z góry w terminie:
 - do dnia poprzedzającego pierwszy dzień odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia – w przypadku pierwszej składki ubezpieczeniowej;
 - do ostatniego dnia okresu polisowego, za który została opłacona poprzednia składka ubezpieczeniowa – w przypadku kolejnych składek ubezpieczeniowych.
- Reprezentant Ubezpieczonych może w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia wystąpić do „POLISA-ŻYCIE” S.A. z pisemnym wnioskiem o zmianę sposobu opłacania składki. W sytuacji, gdy Reprezentant Ubezpieczonych nie jest jednocześnie Ubezpieczającym powyższy wniosek winien być złożony za zgodą wszystkich Ubezpieczonych.
- Nowy sposób opłacania składki obowiązuje od pierwszej rocznicy polisy następującej po złożeniu wniosku, o którym mowa w ust. 10.
- W przypadku nieopłacenia w terminie należnej składki, „POLISA – ŻYCIE” S.A. wezwie Ubezpieczonego do zapłaty składki wyznaczając dodatkowy 7 dniowy termin jej zapłaty.
- Nieopłacenie należnej składki przez Ubezpieczonego w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 12 uważa się za jego rezygnację z obejmowania ochroną ubezpieczeniową ze skutkiem natychmiastowym na dzień, w którym upłynął termin zapłaty składki, określony zgodnie z zasadami, o których mowa w ust. 9.
- W przypadku opłacenia zaległej składki w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust.12 „POLISA – ŻYCIE” S.A. udziela ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu z zachowaniem ciągłości odpowiedzialności.

UMOWA DODATKOWA **§ 11.**

Z pierwszym dniem każdego okresu polisowego, na zasadach określonych odrębnie, Reprezentant Ubezpieczonych może rozszerzyć zakres ochrony o umowę gromadzenia środków w ramach ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych oferowanych przez „POLISA-ŻYCIE” S.A. W sytuacji, gdy Reprezentant Ubezpieczonych nie jest jednocześnie Ubezpieczającym powyższy wniosek o rozszerzenie zakresu ochrony winien być złożony za zgodą Ubezpieczonych.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI
§ 12.

1. Z zastrzeżeniem postanowień § 13, odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca, za który wpłacona została składka za Ubezpieczonego, lecz nie wcześniej, niż od dnia następnego po opłaceniu składki.
2. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. w stosunku do Ubezpieczonego wygasa:
 - 1) z upływem 36-miesięcznego okresu ubezpieczenia, w przypadku nieprzedłużenia umowy na kolejny okres;
 - 2) po upływie terminu związanego z wypowiedzeniem umowy lub wystąpieniem z grupy;
 - 3) w dniu, o którym mowa w § 7 ust. 3;
 - 4) w dniu, o którym mowa w § 10 ust. 13;
 - 5) w dniu zgonu Ubezpieczonego;
 - 6) z ostatnim dniem okresu polisowego, w którym Ubezpieczony ukończył 69 rok życia.

KARENCEJE
§ 13.

1. W okresie karencji odpowiedzialność „POLISA- ŻYCIE” S.A. ograniczona jest do wypłaty świadczenia z tytułu:
 - 1) zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego;
 - 3) powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 4) powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu,
 - 5) zgonu małżonka/konkubenta Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 6) zgonu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 7) zgonu rodziców lub macochy/ojczyma Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 8) zgonu rodziców lub macochy/ojczyma małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 9) pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na „OIOM” w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 10) pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 11) rehabilitacji 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) z tytułu zgonu Ubezpieczonego – 3 miesiące,
 - 2) z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego lub pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na „OIOM” z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek – 6 miesięcy.
3. Okresy karencji, o których mowa w ustępach poprzedzających nie mają zastosowania w stosunku do ryzyk znajdujących się w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, którą objęty był dany Ubezpieczony przez okres co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających pierwszy dzień ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia.
4. Zniesienie okresów 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. 4:
 - a) uprawniony do otrzymania świadczenia zobowiązany jest do udokumentowania objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przed pierwszym dniem odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” S.A. oraz faktu jej wygaśnięcia,
 - b) 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, świadczenie wypłacane jest w wysokości świadczenia przysługującego z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI
§ 14.

1. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. jest wyłączona w przypadku wystąpienia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, będących wynikiem:
 - 1) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa;
 - 2) działań wojennych, zamieszek, lokautów, strajków, rozruchów, stanu wyjątkowego i wojennego.
2. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. z tytułu zgonu (Ubezpieczonego, małżonka/konkubenta Ubezpieczonego, dziecka Ubezpieczonego, rodziców lub macochy/ojczyma Ubezpieczonego) powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na „OIOM”, rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku jest wyłączona w przypadkach będących wynikiem:
 - 1) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu w stanie po użyciu alkoholu, pod wpływem narkotyków lub innych podobnie działających środków;
 - 2) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych i ważnych uprawnień;
 - 3) katastrofy statków powietrznych innych niż samoloty komunikacyjne eksploatowane przez koncesjonowanych przewoźników, gdy osoba, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe była członkiem załogi lub pasażerem statku powietrznego;
 - 4) uprawiania następujących dyscyplin sportu:
 - a) sportów powietrznych i lotniczych,
 - b) sportów walki,
 - c) sportów motorowych, motocyklowych i motorowodnych,
 - d) wszelkich form alpinizmu,
 - e) speleologii,
 - f) skoków do wody,
 - g) sportów ekstremalnych.

- 5) popełnienia samobójstwa w okresie pierwszych 24 miesięcy, licząc od pierwszego dnia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia;
- 6) ostrego lub przewlekłego zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających, bądź nadużyciem leków;
- 7) działania osoby, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe, znajdującej się w stanie nietrzeźwości;
- 8) samookaleczenia.
3. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego jest wyłączona w przypadku, gdy zdarzenie nastąpiło w związku z pełnieniem przez Ubezpieczonego służby wojskowej.
4. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku jest wyłączona w przypadku:
 - 1) wystąpienia u Ubezpieczonego chorób infekcyjnych i zawodowych,
 - 2) typowych uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem,
 - 3) wystąpienia dyskopatii i/lub przepuklin jądra miążdżystego oraz przepuklin wysiłkowych,
 - 4) gdy zdarzenie nastąpiło w związku z pełnieniem przez Ubezpieczonego służby wojskowej.
5. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na „OIOM” jest wyłączona w przypadku:
 - 1) leczenia: chorób zawodowych oraz ich skutków, następstw skażenia jonizującego lub chemicznego, następstw zdarzeń powstałych na skutek pełnienia przez Ubezpieczonego służby wojskowej;
 - 2) wystąpienia padaczki i leczeniem jej następstw;
 - 3) pobytu rehabilitacyjnego;
 - 4) pobytu w ramach prewencji rentowej.
6. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. z tytułu poważnego zachorowania nowotwór złośliwy jest wyłączona w przypadku nowotworów:
 - 1) białaczki limfatycznej i/lub limfoblastycznej),
 - 2) skóry za wyjątkiem czerniaka (odpowiedzialność rozpoczyna się od 3 stopnia skali wg Clarka),
 - 3) nowotworów łagodnych, nieinwazyjnych (wykazujących jedynie cechy wczesnego złośliwienia – in situ),
 - 4) nowotworów współistniejących z wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV).
7. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. z tytułu poważnego zachorowania w postaci śpiączki jest wyłączona w przypadku śpiączek wywołanych spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających, bądź nadużyciem leków.

INDYWIDUALNA KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA
§ 15.

1. Indywidualnie kontynuować ubezpieczenie może Ubezpieczony, w stosunku do którego ochrona ubezpieczeniowa udzielana w ramach grupowej umowy ubezpieczenia wygasa w związku z ukończeniem przez niego 69 roku życia i który objęty był ochroną ubezpieczeniową z tytułu grupowej umowy ubezpieczenia nieprzerwanie przez okres co najmniej 5 lat.
2. Reprezentant Ubezpieczonych 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 czas nieokreślony.
4. Osoby wymienione w ust. 1 występują z wnioskiem o indywidualną kontynuację ubezpieczenia na formularzu „POLISA-ŻYCIE” S.A., za pośrednictwem Reprezentanta Ubezpieczonych lub bezpośrednio do „POLISA-ŻYCIE” S.A.
5. Wniosek o indywidualną kontynuację ubezpieczenia oraz zapłata pierwszej składki ubezpieczeniowej powinny wpłynąć do „POLISA-ŻYCIE” S.A. przed upływem 1 miesiąca licząc od końca okresu, za który wpłacona została za Ubezpieczonego ostatnia składka należna z tytułu grupowej umowy ubezpieczenia. Po upływie tego terminu prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia wygasa.
6. Suma ubezpieczenia w umowie indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia wynosi 10.000 zł.
7. Zakres ochrony ubezpieczeniowej w umowie indywidualnej kontynuacji zależy jest od wariantu ubezpieczenia umowy grupowej w ramach, której udzielana była Ubezpieczonemu ochrona ubezpieczeniowa zgodnie z poniższą tabelą:

Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego	warant I	warant II
	Wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia	Wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia
zgon Ubezpieczonego	100%	150%
zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, oprócz świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego)	100%	150%

8. W trakcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, wysokości składek ubezpieczeniowych dla poszczególnych ryzyk ustalone na dzień zawarcia umowy obowiązują w całym okresie ubezpieczenia.
9. Składka ubezpieczeniowa płatna jest w terminie:
 - 1) 7 dni licząc od dnia złożenia wniosku o indywidualną kontynuację – w przypadku pierwszej składki ubezpieczeniowej;
 - 2) do ostatniego dnia okresu polisowego, za który została opłacona poprzednia składka ubezpieczeniowa, za ochronę ubezpieczeniową udzielaną w następnym okresie polisowym – w przypadku kolejnych składek ubezpieczeniowych.
10. Zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia potwierdzone zostaje polisą, którą „POLISA-ŻYCIE” S.A. doręcza osobie indywidualnie kontynuującej ubezpieczenie.

11. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. z tytułu indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia wskazanego na polisie, lecz nie wcześniej niż od dnia następnego po złożeniu wniosku i wpłaceniu pierwszej składki.
12. Z chwilą zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, Ubezpieczony staje się jednocześnie Ubezpieczającym.
13. W kwestiach nieregulowanych w niniejszym rozdziale, pozostałe postanowienia warunków ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.
14. Postanowienia ust. §4 ust. 10 nie dotyczą zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia w sytuacji, gdy wniosek o indywidualną kontynuację złożony został przez Ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 1 oraz zgodnie z zasadami wskazanymi ust. 5.

OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA ŚWIADCZEŃ § 16.

1. W przypadku wystąpienia wszystkich zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, innych niż wymienione w ust. 2, uprawnionym do świadczenia jest Ubezpieczony.
2. W przypadku zgonu Ubezpieczonego (niezależnie od przyczyny), uprawnionym do świadczenia jest Beneficjent.
3. Wskazanie osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia staje się bezskuteczne, jeżeli umyślnie przyczyniła się ona do śmierci 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 lub notarialnym akcie poświadczenia dziedziczenia.

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 o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową „POLISA-ŻYCIE” S.A. informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” S.A. lub wysokości świadczenia.
4. W zależności od zdarzenia, stanowiącego podstawę zgłoszenia roszczenia, dokumentami, o których mowa w ust. 3 są w szczególności: odpis skrócony aktu zgonu, dokument potwierdzający przyczynę zgonu (np. karta statystyczna do karty zgonu), dokumenty potwierdzające datę wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, okoliczności zajścia zdarzenia oraz potwierdzające związek przyczynowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ochrony, dokumentacja potwierdzająca powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu, dokumenty wskazujące związek przyczynowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu, a powstaniem trwałego uszczerbku na zdrowiu, dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie poważnego zachorowania oraz przebieg jego leczenia, karta informacyjna leczenia szpitalnego.
5. Wszelkie dokumenty roszczeniowe winny mieć postać oryginału bądź kopii uwierzytelnionej przez uprawnionego przedstawiciela „POLISA-ŻYCIE” S.A., Ubezpieczającego, osobę występującą z roszczeniem, organ właściwy do potwierdzania dokumentów za zgodność lub osobę wykonującą zawód zaufania publicznego.
6. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego ustala „POLISA-ŻYCIE” S.A. po przedstawieniu zaświadczenia lekarskiego o zakończeniu leczenia. „POLISA-ŻYCIE” S.A. może, w uzasadnionych przypadkach, wydać orzeczenie wstępne, określające minimalny procent trwałego uszczerbku, który po zakończeniu leczenia może zostać podwyższony.
7. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się obowiązującą w dniu zawarcia umowy „Tabele norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku”.
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.
10. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” S.A. albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
11. Jeżeli świadczenie nie zostało wypłacone w terminie, o którym mowa w ust. 9 „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.
12. 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.
13. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 15, świadczenia wypłacane z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia nie podlegają pomniejszeniu o dodatkowe opłaty.
14. Wypłaty świadczeń dokonywane są przelewem na rachunek bankowy. Koszt przelewu ponosi „POLISA-ŻYCIE” S.A.
15. Na wniosek osoby uprawnionej kwota świadczenia, pomniejszona o faktyczne koszty przekazu, jest przesyłana przekazem pocztowym na adres wskazany w zgłoszeniu roszczenia.
16. Jeżeli Ubezpieczony lub Beneficjent nie zgadza się z dokonanymi ustaleniami w kwestii wysokości przyznanego świadczenia lub odmową zaspokojenia roszczenia, ma prawo zgłosić do Zarządu „POLISA-ŻYCIE” S.A. żądanie ponownego rozpatrzenia roszczenia w terminie 30 dni od daty otrzymania oświadczenia w tej sprawie.
17. Powyższe uprawnienie nie koliduje z prawem dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE § 18.

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu lub osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia 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 „POLISA-ŻYCIE”.
4. Ubezpieczający, Ubezpieczony oraz osoba uprawniona do otrzymania świadczenia posiada również prawo do złożenia skargi lub zażalenia do Rzecznika Ubezpieczonych.
5. Powództwo o roszczenia wynikające z niniejszej umowy można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia.
6. Spory wynikające z niniejszej umowy mogą być również rozwiązywane w sposób polubowny, w szczególności przez Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego.
7. Umowa ubezpieczenia nie podlega wykupowi.
8. Z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia nie przysługują premie, rabaty lub udziały w zyskach.
9. Na pisemny wniosek Reprezentanta Ubezpieczonych 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. W sytuacji, gdy Reprezentant Ubezpieczonych nie jest jednocześnie Ubezpieczającym powyższy wniosek winien być złożony za zgodą wszystkich Ubezpieczonych.
10. W sytuacji, o której mowa w ust. 9, jeżeli wniosek o dokonanie zmiany złożony został przez Reprezentanta Ubezpieczonych, będącego Ubezpieczającym, przed dokonaniem przez strony zmian warunków zawartej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do poinformowania Ubezpieczonych 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 Ubezpieczonego, 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.
11. Ubezpieczający oraz Ubezpieczeni są zobowiązani informować „POLISA-ŻYCIE” S.A. o każdorazowej zmianie adresu, na który należy kierować przeznaczoną dla Ubezpieczającego/Ubezpieczonego korespondencję.
12. Wszelkie zmiany w umowie ubezpieczenia powinny być dokonywane w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
13. 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.
14. Wszelkie oświadczenia woli związane z niniejszą umową wymagają dla swej ważności zachowania formy pisemnej.
15. Wszelkie opłaty związane z płatnościami składki, a także ze świadczeniami z tytułu umowy ubezpieczenia, o ile są wymagane, obciążają Ubezpieczonego.
16. Niniejsze warunki ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 15 kwietnia 2013 roku.
17. Niniejsze Ogólne Warunki Otwartego Ubezpieczenia na Życie VIP zatwierdzone zostały Uchwałą nr 01/09/2013 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „POLISA-ŻYCIE” S.A. z dnia 05 marca 2013 roku.

Za Zarząd „POLISA-ŻYCIE” S.A.