OGÓLNE WARUNKI
BANKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA ŻYCIE
SILVER
Dla Banków Spółdzielczych
(wyciąg)

§1

Ilekroć w niniejszych warunkach ubezpieczenia użyto określenia:

1) **Ubezpieczający** - rozumie się przez to Bank;
2) **Ubezpieczony** - rozumie się przez to posiadającą pełną zdolność do czynności prawnych pełnoletnią osobę fizyczną, której życie i zdrowie są objęte ochroną ubezpieczeniową;
3) **Beneficjent -** rozumie się przez to osobę lub osoby uprawnione do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego;
4) **suma ubezpieczenia -** rozumie się przez to kwotę pieniężną, będącą podstawą wymiaru świadczeń wypłacanych przez „POLISA-ŻYCIE" S.A. z tytułu wystąpienia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową;
5) **nieszczęśliwy wypadek**- rozumie się przez to zdarzenie nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego, w następstwie którego Ubezpieczony zmarł, doznał trwałego inwalidztwa, lub które stanowi przyczynę pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. W rozumieniu niniejszych ogólnych warunków udar mózgu i zawał serca nie są zaliczane do kategorii nieszczęśliwego wypadku;
6) **wypadek lądowy** - rozumie się przez to szczególny przypadek nieszczęśliwego wypadku, następujący z udziałem jakiegokolwiek pojazdu w ruchu drogowym lub szynowym, w następstwie którego Ubezpieczony zmarł. W rozumieniu niniejszych ogólnych warunków pojęcie to obejmuje również wypadki zaistniałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez jakikolwiek pojazd kołowy lub szynowy będący w ruchu oraz wypadki zaistniałe podczas wsiadania lub wysiadania z pojazdu, którym przemieszczał się lub chciał przemieścić się Ubezpieczony;
7) **wypadek lotniczy** - rozumie się przez to szczególny przypadek nieszczęśliwego wypadku, następujący z udziałem pojazdu w ruchu powietrznym, w następstwie którego Ubezpieczony zmarł. W rozumieniu niniejszych ogólnych warunków pojęcie to obejmuje również wypadki zaistniałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez jakikolwiek pojazd latający oraz wypadki zaistniałe podczas wsiadania lub wysiadania z pojazdu latającego, którym przemieszczał się lub chciał przemieścić się Ubezpieczony;
8) **wypadek wodny** - rozumie się przez to szczególny przypadek nieszczęśliwego wypadku, następujący z udziałem jakiegokolwiek pojazdu pływającego w ruchu wodnym, w następstwie którego Ubezpieczony zmarł. W rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków pojęcie to obejmuje również wypadki zaistniałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez jakikolwiek pojazd pływający oraz wypadki zaistniałe podczas wsiadania lub wysiadania z pojazdu pływającego, którym przemieszczał się lub chciał przemieścić się Ubezpieczony;
9) **zgon chorobowy**- rozumie się przez to zgon w wyniku udaru mózgu lub zawału serca,
10) **trwałe inwalidztwo w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – rozumie się przez to wystąpienie u Ubezpieczonego któregokolwiek ze zdarzeń wymienionych w § 2 ust. 5.
11) **poważne zachorowanie** - rozumie się przez to następujące jednostki chorobowe:

a) **nowotwór złośliwy** - rozumiany jako proces niekontrolowanego rozrostu komórek patologicznych, które stały się niepodatne na mechanizmy regulacyjne organizmu, naciekają tkanki i narządy oraz dają odległe przerzuty. Pojęcie obejmuje również białaczki (za wyjątkiem białaczki limfatycznej), chłoniaki oraz nowotwory mózgu wymagające zabiegu operacyjnego. Pojęcie nie obejmuje: nowotworów skóry za wyjątkiem czerniaka (odpowiedzialność rozpoczyna się od 3 stopnia skali wg Clarka), I okresu ziarnicy złośliwej (choroba Hodgkina – zmiany ograniczone do jednego węzła chłonnego), I stopnia raka prostaty ($T_1N_oM_o$), 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 stwierdzanej w badaniu USG akinezy ściany mięśnia sercowego. Roszczenie powinno zawierać pełną dokumentację z leczenia szpitalnego. Pojęcie nie obejmuje: ostrego zespołu bez uniesienia odcinka ST ale ze wzrostem specyficznych enzymów, tj. zawału non-Q,

c) **udar mózgu** - rozumiany jako nagły incydent mózgowonaczyniowy powodujący neurologiczne następstwa trwające co najmniej 24 godziny oraz trwałe zmiany w tkance mózgowej spowodowane wylewem, zawałem lub zatorem i manifestujący się neurologicznymi objawami ogniskowymi. Pojęcie nie obejmuje przemijających zespołów niedokrwiennych oraz wylewów podpajęczynówkowych, spowodowanych pęknięciem tętniaka mózgu. Dla zaliczenia przez „POLISA-ŻYCIE" S.A. tej jednostki chorobowej do grupy poważnych zachorowań wymagane jest potwierdzenie trwającego co najmniej 3 miesiące deficytu neurologicznego (dokumentacja z leczenia szpitalnego i/lub ambulatoryjnego oraz badania neuroobrazowe TC i/lub MRI),

d) **niewydolność nerek** - schyłkowe stadium choroby nerek rozumiane jako nieodwracalna, przewlekła niewydolność obu nerek (niezależnie od przyczyny), wymagająca regularnych dializ (hemodializ lub dializ otrzewnowych) lub przeprowadzenia transplantacji nerek. Dla zaliczenia przez „POLISA-ŻYCIE" S.A. tej jednostki chorobowej do grupy poważnych zachorowań, musi być ona potwierdzona dokumentacją medyczną uzasadniającą rozpoznanie kliniczne oraz zastosowane leczenie (dializy lub przeszczep),

e) **zabieg na naczyniach wieńcowych** – zabieg chirurgicznego otwarcia klatki piersiowej (w krążeniu pozaustrojowym) w celu korekcji obu tętnic wieńcowych (zwężonych lub zablokowanych) poprzez wszczepienie pomostów aortalno - wieńcowych (CABG). Konieczność dokonania zabiegu musi być potwierdzona badaniem angiograficznym. Pojęcie nie obejmuje: angioplastyki oraz innych zabiegów na naczyniach wieńcowych,

f) **transplantacja jednego z głównych narządów** - zabieg operacyjny polegający na przeszczepieniu serca, płuca, wątroby, trzustki, jelita cienkiego, szpiku kostnego lub nerki, jeżeli Ubezpieczony jest biorcą. Dla zaliczenia powyższych zabiegów do grupy poważnych zachorowań, muszą one być potwierdzone dokumentacją medyczną uzasadniającą ich dokonanie,

g) **ciężkie oparzenie** - rozumie się przez to oparzenie trzeciego stopnia (zniszczenie całej grubości skóry) dotyczące co najmniej 20% powierzchni ciała Ubezpieczonego,

h) **śpiączka** - rozumie się przez to stan utraty przytomności, wymagający zastosowania przez co najmniej 96 godzin systemu podtrzymującego życie, z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne i wewnętrzne procesy regulacyjne oraz zanikiem odruchów fizjologicznych. W rozumieniu niniejszych ogólnych warunków pojęcie śpiączka nie obejmuje: przypadków śpiączki wywołanych spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających, bądź nadużyciem leków,

i) wystąpienie choroby Creutzfeldta-Jakoba

12) **szpital** - działający w kraju lub zagranicą państwowy lub niepaństwowy zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych, zatrudniający kwalifikowaną kadrę lekarską oraz personel pomocniczy w okresie ciągłym; w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków pojęcie szpital nie oznacza: domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, domowej opieki pielęgniarskiej, 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;

13) **dzień pobytu w szpitalu** - rozumie się przez to każdą pełną dobę pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, liczoną jako dobę zegarową (od godziny 0:00);

14) **trwała całkowita niezdolność do pracy** - rozumie się przez to utratę zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej, w rozumieniu obowiązujących przepisów o zaopatrzeniu emerytalnym i ubezpieczeniu społecznym, potwierdzoną decyzją odpowiedniego organu rentowego. Pojęcie to obejmuje również całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji.

§2

1. Odpowiedzialność "POLISA-ŻYCIE" S.A. polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia w przypadku zajścia któregokolwiek ze zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w ust 2.
2. Z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową „POLISA-ŻYCIE" S.A. wypłaca osobom uprawnionym następujące rodzaje świadczeń:
   1) z tytułu zgonu naturalnego - 100% sumy ubezpieczenia,
   2) z tytułu zgonu w wyniku nieszczęśliwego wypadku - 200% sumy ubezpieczenia,
   3) z tytułu zgonu w wyniku wypadku lądowego - 300% sumy ubezpieczenia,
   4) z tytułu zgonu w wyniku wypadku lotniczego - 300% sumy ubezpieczenia,
   5) z tytułu zgonu w wyniku wypadku wodnego - 300% sumy ubezpieczenia,
   6) z tytułu zgonu chorobowego – 150% sumy ubezpieczenia,
   7) z tytułu powstania trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku – do 100% sumy ubezpieczenia,
   8) z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania, pod warunkiem, że w terminie 30 dni od stwierdzenia jego wystąpienia nie nastąpił zgon Ubezpieczonego (w przypadku zgonu Ubezpieczonego w terminie 30 dni od stwierdzenia wystąpienia poważnego zachorowania płatne jest świadczenie z tytułu zgonu naturalnego lub z tytułu zgonu chorobowego, o ile przyczyną zgonu był udar mózgu lub zawał serca) – 20% sumy ubezpieczenia,
   9) z tytułu trwałej całkowitej niezdolności do pracy – 50% sumy ubezpieczenia.
   10) z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli pobyt spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem – 1 % sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu.
3. W przypadku zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku spełniającego łącznie definicję dwóch lub więcej ryzyk, wypłacane jest jedno świadczenie, z tytułu ryzyka gwarantującego wypłatę najwyższego świadczenia.

4. Dla każdego rocznego okresu trwania odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE" S.A. w stosunku do danego Ubezpieczonego, maksymalny łączny okres za jaki wypłacane jest świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku wynosi 21 dni.
5. Szczegółowa wysokość świadczeń z tytułu powstania trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku (w procentach sumy ubezpieczenia):

1. Całkowita utrata wzroku	100%
2. Utrata wzroku w jednym oku	38%
3. Całkowita utrata słuchu	50%
4. Utrata słuchu w jednym uchu	25%
5. Całkowite porażenie czterokończynowe (utrwalone)	100%
6. Całkowite porażenie połowicze (utrwalone)	70%
7. Utrata przez amputację lub całkowita utrata funkcji:	
a) jednego ramienia powyżej stawu łokciowego	65%
b) jednego ramienia poniżej stawu łokciowego	60%
c) jednej dłoni poniżej nadgarstka	50%
d) jednego kciuka	20%
e) jednego palca wskazującego	10%
f) innego palca dłoni	5%
g) jednej kończyny dolnej przez wyłuszczenie jej w stawie biodrowym	60%
h) jednej kończyny dolnej poniżej stawu biodrowego, a powyżej stawu kolanowego	50%
i) jednej kończyny dolnej na poziomie stawu kolanowego	50%
j) jednej kończyny dolnej w obrębie podudzia	45%
k) jednej całej stopy	40%
l) jednej stopy w obrębie stawu Choparta lub Lisfranka	35%
ł) jednej stopy w obrębie śródstopia	30%
m) jednego palucha	5%
n) innego palca stopy	2%

§3

1. Przystąpienie osoby fizycznej do ubezpieczenia następuje po osobistym wypełnieniu, podpisaniu i złożeniu deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia w placówce Ubezpieczającego oraz opłaceniu w tej placówce jednorazowej składki rocznej.
2. Deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia jest dokumentem potwierdzającym wolę przystąpienia do ubezpieczenia.
3. W ramach bankowych ubezpieczeń grupowych na życie, prowadzonych przez Ubezpieczającego, w okresie każdego 12 miesięcznego okresu ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczony może być wyłącznie jednokrotnie objęty ochroną ubezpieczeniową.
4. Osoba, która złożyła deklarację przystąpienia do ubezpieczenia może w terminie do ostatniego dnia roboczego, poprzedzającego dzień początku odpowiedzialności, o którym mowa w §9 ust. 1, złożyć w placówce Ubezpieczającego pisemne oświadczenie woli o rezygnacji z przystąpienia do ubezpieczenia.

5. W sytuacji, o której mowa w ust. 4 Ubezpieczający dokonuje zwrotu składki pomniejszonej o opłatę administracyjną w wysokości 5% w terminie 30 dni.

§4

1. Okres ochrony ubezpieczeniowej każdego Ubezpieczonego trwa 12 miesięcy i przedłuża się po opłaceniu składki w ostatnim jego miesiącu, na kolejny 12 - miesięczny okres ochrony, nie dłużej jednak niż na okres 36 miesięcy.
2. Przed upływem 36 miesięcznego okresu ubezpieczenia „POLISA-ŻYCIE" S.A. może zaproponować Ubezpieczonemu zawarcie nowej umowy przystąpienia do ubezpieczenia.
3. Przystąpienie do ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 2 odbywa się w placówce Ubezpieczającego.

§5

1. Ubezpieczony może wskazać Beneficjenta.
2. Ubezpieczony może wskazać więcej niż jednego Beneficjenta i określić procentowo udział Beneficjentów w kwocie świadczenia. Jeżeli udział poszczególnych Beneficjentów w świadczeniu nie zostanie określony, to przyjmuje się, że ich udziały są równe.
3. Ubezpieczony może w każdym czasie zmienić lub odwołać Beneficjenta, wyznaczyć dalszych Beneficjentów, a także zmieniać udziały poszczególnych Beneficjentów w kwocie świadczenia.
4. Czynności określonych w ustępach 1 - 3 Ubezpieczony dokonuje wypełniając „druk wyznaczenia Beneficjentów", który przekazuje osobiście lub listownie do „POLISA-ŻYCIE" S.A.

§6

Objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową potwierdza się wystawieniem Certyfikatu Ochrony Ubezpieczeniowej.

§7

Suma ubezpieczenia wynosi 10.000 zł (słownie: dziesięć tysięcy złotych).

§8

1. Składka ubezpieczeniowa jest niezależna od wieku i płci Ubezpieczonego i wynosi 375 zł (słownie: trzysta siedemdziesiąt pięć złotych).
2. Składka ubezpieczeniowa obliczana jest bez zastosowania stopy technicznej.
3. Składka ubezpieczeniowa jest sumą składek za poszczególne ryzyka:
   1) zgon naturalny – składka cząstkowa wynosi 121,92 złotych,
   2) zgon w wyniku nieszczęśliwego wypadku – składka cząstkowa wynosi 13,93 złotych,
   3) zgon w wyniku wypadku lądowego– składka cząstkowa wynosi 4,64 złotych,
   4) zgon w wyniku wypadku lotniczego– składka cząstkowa wynosi 0,09 złotych,
   5) zgon w wyniku wypadku wodnego– składka cząstkowa wynosi 0,09 złotych,
   6) zgon chorobowy – składka cząstkowa wynosi 20,35 złotych,
   7) powstanie trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku – składka cząstkowa wynosi 23,98 złotych,
   8) wystąpienie poważnego zachorowania – składka cząstkowa wynosi 41,36 złotych,
   9) wystąpienie trwałej całkowitej niezdolności do pracy – składka cząstkowa wynosi 118,07 złotych,
   10) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli pobyt spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem – składka cząstkowa wynosi 30,57 złotych.

4. Składka ubezpieczeniowa jest opłacana przez Ubezpieczonego z góry za 12 – miesięczny okres ochrony i nie podlega zwrotowi, z zastrzeżeniem postanowień § 3 ust.4 i 5.
5. Rezygnacja Ubezpieczonego z udzielanej mu ochrony ubezpieczeniowej dokonywana jest poprzez nieopłacenie składki za kolejny okres ochrony.

§9

1. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE" S.A. w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym złożył on deklarację przystąpienia do ubezpieczenia i opłacił składkę.
2. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE" S.A. w stosunku do Ubezpieczonego wygasa:
   1) po upływie 36 miesięcy od dnia zawarcia umowy przystąpienia do ubezpieczenia,
   2) z końcem ostatniego dnia okresu, za który została opłacona składka,
   3) z końcem ostatniego dnia okresu, za który została opłacona składka, przypadającego w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 60 rok życia,
   4) w dniu zgonu Ubezpieczonego lub wystąpienia trwałej całkowitej niezdolności do pracy'
   5) w przypadku wypłaty świadczenia lub świadczeń z tytułu powstania trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku w łącznej wysokości 100% sumy ubezpieczenia.
   6) w dniu wystąpienia poważnego zachorowania.

§10

1. Odpowiedzialność "POLISA-ŻYCIE" S.A. jest wyłączona, jeżeli przyczyną powodującą wystąpienie zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową było rozpoznane przed pierwszym dniem odpowiedzialności:
   1) którekolwiek ze schorzeń, wymienionych w deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia;
   2) schorzenie stanowiące podstawę decyzji organu rentowego o przyznaniu świadczenia z tytułu trwałej całkowitej niezdolności do pracy.
2. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE" S.A. jest wyłączona w przypadku wystąpienia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, będących wynikiem popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego, działań wojennych, stanu wyjątkowego i wojennego, udziału Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, skażenia chemicznego, radioaktywnego, jonizującego lub katastrofy nuklearnej, popełnienia samobójstwa w okresie pierwszy 24 miesięcy obowiązywania ubezpieczenia, zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających, bądź nadużyciem leków.
3. „POLISA-ŻYCIE" S.A. nie ponosi odpowiedzialności za wszelkie zdarzenia, będące skutkiem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed dniem złożenia deklaracji przystąpienia.
4. W przypadku zgonu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w § 2 ust. 2 pkt 2,3,4 lub 5, odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE" S.A. ograniczona jest do wypłaty świadczenia z tytułu zgonu naturalnego, jeżeli Ubezpieczony był sprawcą tego wypadku lub nieszczęśliwy wypadek nastąpił w związku z:
   1) prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu bez wymaganych i ważnych uprawnień oraz bez świadectwa homologacji i ważnych badań technicznych pojazdu,
   2) działaniem Ubezpieczonego po spożyciu alkoholu, pod wpływem narkotyków lub środków farmakologicznych, nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie ze wskazaniem ich użycia,
   3) posługiwaniem się przez Ubezpieczonego materiałami wybuchowymi, bronią palną, środkami radioaktywnymi wszelkiego rodzaju,

4) katastrofą statków powietrznych innych niż samoloty komunikacyjne eksploatowane przez koncesjonowanych przewoźników, gdy Ubezpieczony był członkiem załogi lub pasażerem statku powietrznego,
5) uprawianiem sportów wyczynowych i ekstremalnych,
6) amatorskim uprawianiem następujących dyscyplin sportu:
   a) szybownictwa, lotniarstwa - w tym paralotniarstwa, spadochroniarstwa,
   b) sportów lotniczych,
   c) nurkowania,
   d) surfingu i windsurfingu,
   e) sportów walki,
   f) sportów motorowych, motocyklowych i motorowodnych,
   g) wszelkich form alpinizmu,
   h) jeździectwa,
   i) speleologii,
7) wykonywaniem następujących zawodów:
   a) pilota-oblatywacza, pilota nie koncesjonowanych linii lotniczych,
   b) płetwonurka (nurka),
   c) związanych ze służbą w policji, straży granicznej i oddziałach specjalnych wojska,
   d) związanych z prowadzeniem wszelkiego rodzaju akcji ratowniczych,
   e) związanych z pracą na platformach wiertniczych,
   f) związanych z pracą z niebezpiecznymi substancjami,
   g) artysty cyrkowego.

4. Wyłączona jest odpowiedzialność z tytułu powstania u Ubezpieczonego trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku, trwałej całkowitej niezdolności do pracy lub pobytu Ubezpieczonego w szpitalu jeżeli były one spowodowane:
   1) samookaleczeniem,
   2) przyczynami, o których mowa w ust. 3.

§11

1. Uprawnionym do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego jest Beneficjent.
2. 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.
3. Uprawnionym do otrzymania świadczenia z tytułu wszystkich ryzyk objętych ochroną ubezpieczeniową, innych niż zgon Ubezpieczonego jest Ubezpieczony.

§12

1. „POLISA-ŻYCIE" S.A. wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia, dokonanego w wyniku własnych ustaleń dokonanych 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.

3. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia „POLISA-ŻYCIE” S.A. informuje o tym osobę uprawnioną, przeprowadza postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia.
4. W terminie, o którym mowa wyżej „POLISA-ŻYCIE” S.A. informuje pisemnie lub drogą elektroniczną, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia zasadności i 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 nieszczęśliwym wypadkiem a zgonem Ubezpieczonego, dokumenty wskazujące okoliczności zgonu chorobowego, dokumentację potwierdzającą powstanie trwałego inwalidztwa u Ubezpieczonego, dokumenty wskazujące związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem, a powstaniem trwałego inwalidztwa, dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie poważnego zachorowania oraz przebieg jego leczenia, decyzja organu rentowego o przyznaniu świadczenia z tytułu trwałej całkowitej niezdolności do pracy, karta informacyjna leczenia szpitalnego, dokument potwierdzający związek przyczynowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a pobytem w szpitalu.
6. Wszelkie dokumenty, o których mowa w ust. 5 winny mieć postać oryginału lub kopii uwierzytelnionej notarialnie lub przez uprawnionego pracownika „POLISA-ŻYCIE” S.A.
7. „POLISA-ŻYCIE” S.A. spełnia świadczenie w terminie 30 dni od dnia otrzymania dokumentów uzasadniających roszczenie, o których mowa w ust. 4.
8. Jeżeli świadczenie nie zostało wypłacone w terminie, o którym mowa wyżej, „POLISA-ŻYCIE” S.A. zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczenia w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
9. 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.
10. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 12, świadczenia wypłacane z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia nie podlegają pomniejszeniu o dodatkowe opłaty.
11. Wypłaty świadczeń dokonywane są przelewem na rachunek bankowy osoby uprawnionej do świadczenia. Koszt przelewu ponosi „POLISA-ŻYCIE” S.A.
12. Na wniosek osoby uprawnionej, kwota świadczenia, pomniejszona o faktyczne koszty przekazu jest przesyłana przekazem pocztowym na adres wskazany w zgłoszeniu roszczenia.
13. Wskazanie osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia staje się bezskuteczne, jeżeli umyślnie przyczyniła się ona do śmierci Ubezpieczonego.
14. W przypadku braku Beneficjenta oraz w sytuacji, o której mowa w ust. 13, świadczenie przysługuje osobom powołanym do spadku po Ubezpieczonym, w częściach określonych w postanowieniu sądu o stwierdzeniu nabycia spadku..
15. Jeżeli osoba uprawniona 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.

§13

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

3. Odpowiedź na skargę lub zażalenie udzielana jest w terminie do 30 dni od daty jej wpływu do Centrali „POLISA-ŻYCIE" S.A. .
4. W przypadku zawarcia umowy o przelew praw z umowy ubezpieczenia, świadczenie z tytułu niniejszej umowy może być przedmiotem cesji.
5. Umowa ubezpieczenia nie podlega wykupowi.
6. Z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia nie przysługują premie, rabaty lub udziały w zyskach.
7. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej, oraz innych, powszechnie obowiązujących aktów prawnych.
8. Wszelkie oświadczenia woli związane z niniejszą umowa wymagają dla swej ważności zachowania formy pisemnej.
9. 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.
10. Wszelkie opłaty związane z płatnościami składki, o ile są wymagane, obciążają Ubezpieczonego.