

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

Niniejsze warunki ubezpieczenia mają zastosowanie do umów Uniwersalnego Grupowego Ubezpieczenia Dzieci i Młodzieży SCHOLAR 2015, zawieranych przez „POLISA-ŻYCIE” Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, zwane dalej „POLISA-ŻYCIE”.

§ 1.

Ilećroć 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 Jednostki Organizacyjnej,
 - 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. e);
- 3) **Jednostka Organizacyjna** - rozumie się przez to:
 - a) przedszkola,
 - b) szkoły podstawowe, gimnazja i szkoły ponadgimnazjalne (zawodowe, technika, ogólnokształcące, policealne) oraz szkoły artystyczne w rozumieniu przepisów ustawy o systemie oświaty,
 - c) publiczne i niepubliczne szkoły wyższe określone w ustawie prawo o szkolnictwie wyższym,
 - d) szkoły wyższe i wyższe seminaria duchowne prowadzone przez Kościół katolicki oraz szkoły wyższe i wyższe seminaria duchowne prowadzone przez inne związki wyznaniowe nieobjęte ustawą prawo o szkolnictwie wyższym,
 - e) 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) **Rodzic** - rozumie się przez to rodzica Ubezpieczonego lub osobę, która przysposobiła Ubezpieczonego lub ojczyma i macochę Ubezpieczonego, jeżeli w dniu zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia nie żyje odpowiednio ojciec lub matka Ubezpieczonego;
- 7) **Suma ubezpieczenia** - rozumie się przez to określoną w umowie ubezpieczenia kwotę pieniężną, na podstawie której ustalana jest wysokość świadczeń wypłacanych przez „POLISA-ŻYCIE”;
- 8) **Nieszczęśliwy wypadek** - rozumie się przez to zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli. W rozumieniu niniejszych ogólnych warunków do kategorii nieszczęśliwego wypadku nie zalicza się chorób, w tym również występujących nagle lub ujawnionych w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub stanowiących przyczynę nieszczęśliwego wypadku, a także czynników chorobotwórczych wywołujących choroby (bakterie, wirusy lub pasożyty);
- 9) **wypadek komunikacyjny** - rozumie się przez to szczególnie przypadek nieszczęśliwego wypadku, mający miejsce na drodze, w postaci zderzenia pojazdu z osobami, przedmiotami, zwierzętami lub innym pojazdami;
- 10) **droga** - rozumie się przez to wydzielony pas terenu składający się z jezdni, pobocza, chodnika, drogi dla pieszych lub drogi dla rowerów, łącznie z torowiskiem pojazdów szynowych znajdującym się w obrębie tego pasa, przeznaczony do ruchu lub postoju pojazdów, ruchu pieszych, jazdy wierzchem lub pędzenia zwierząt;
- 11) **Trwałe inwalidztwo** - rozumie się przez to uszkodzenie części ciała wymienionych w §2 ust. 3 pkt 2) lit. n);
- 12) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** - rozumie się przez to zaburzenie czynności uszkodzonego układu, narządu lub organu, powodujące jego trwałą dysfunkcję;
- 13) **Poważne zachorowanie** - rozumie się przez to 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 rozrostu komórek patologicznych, które stały się niepodatne na mechanizmy regulacyjne organizmu i charakteryzujący się możliwością naciekania tkanek i narządów oraz tworzenia odległych przerzutów, potwierdzony dokumentacją medyczną np. badaniem histopatologicznym lub badaniem cytologicznym;
 - b) **zawał serca** - rozumiany jako martwica części mięśnia sercowego spowodowana niedokrwieniem, potwierdzona dokumentacją medyczną o wystąpieniu: objawów klinicznych, świeżych typowych zmian w zapisie EKG, znamienym dla zawału podwyższeniem specyficznych enzymów (z typową dynamiką zmian), oraz badaniami potwierdzającymi skutki martwicy mięśnia sercowego pod postacią stwierdzonej w badaniu USG akinezy ściany mięśnia sercowego;
 - 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 niedokrwiennych oraz wylewów pod-pajęczynówkowych, spowodowanych pęknięciem tętniaka mózgu;

- 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 nerki, potwierdzona dokumentacją medyczną uzasadniającą rozpoznanie kliniczne oraz zastosowane leczenie (dializy lub przeszczep);
- e) **pomostowanie naczyń wieńcowych (by-pass)** - rozumiane jako zabieg chirurgicznego otwarcia klatki piersiowej w celu korekcyjnej jednej lub więcej tętnic wieńcowych (zweńczonych lub zablokowanych) poprzez wszczepienie pomostów aortalno - wieńcowych (CABG);
- 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;
- i) **wystąpienie choroby Creutzfeldta-Jakoba;**
- j) **wszczepienie sztucznej zastawki serca** - rozumie się przez to pierwotne wszczepienie sztucznej zastawki serca wskutek wad nabytych, zabieg przeprowadzony w krążeniu pozaustrojowym. Pojęcie nie obejmuje wymiany zastawki, wszczepienia zastawki biologicznej oraz innych zabiegów na zastawkach;
- k) **utrata wzroku** - rozumie się przez to całkowitą i nieodwracalną utratę widzenia obuooczego w wyniku choroby, nie podlegającą korekcyjnej w rezultacie zabiegów medycznych. Wystąpienie ślepoty musi być potwierdzone kartą informacyjną z leczenia szpitalnego. W celu potwierdzenia całkowitej utraty wzroku konieczne jest przeprowadzenie specjalistycznego badania okulistycznego. Ślepotą nie może podlegać korekcyjnej za pomocą zabiegów medycznych i zaopatrzeniem optycznym;
- l) **utrata słuchu** - rozumie się przez to całkowitą i nieodwracalną utratę słuchu w obydwu uszach w wyniku choroby, nie podlegającą korekcyjnej w rezultacie zabiegów medycznych. Wystąpienie głuchoty musi być potwierdzone kartą informacyjną z leczenia szpitalnego. W celu potwierdzenia całkowitej utraty słuchu konieczne jest przeprowadzenie specjalistycznego badania laryngologicznego. Utrata słuchu nie może podlegać korekcyjnej za pomocą zabiegów medycznych i aparatem słuchowym.
- m) **utrata mowy** - rozumie się przez to nieodwracalną, całkowitą utratę zdolności mowy na skutek przewlekłej choroby i/lub resekcji krani, oraz uszkodzenia ośrodków mowy w mózgu. Dla uznania zasadności roszczenia, utrata zdolności mowy musi trwać nieprzerwanie przez okres co najmniej sześciu miesięcy;
- n) **kleszczowe zapalenie opon mózgowych i mózgu** - rozumie się przez to ostrą chorobę wirusową wywołaną przez wirusa z rodziny Flaviviridae przenoszoną przez kleszcze, powodującą infekcję ośrodkowego układu nerwowego. W celu potwierdzenia rozpoznania konieczna jest karta informacyjna z leczenia szpitalnego zawierająca potwierdzenie wystąpienia typowych objawów klinicznych zapalenia mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych oraz stwierdzenie zmian zapalnych o typie wirusowym w płynie mózgowo-rdzeniowym i dodatni wynik badania serologicznego potwierdzający obecność swoistych przeciwciał;
- o) **borelioza** - rozumie się przez to chorobę wywołaną przez krętek Borrelia burgdorferi, charakteryzującą się zróżnicowanym obrazem klinicznym, zależnym od okresu choroby i stopnia zajęcia poszczególnych układów ciała: skóry, układu nerwowego, mięśnia sercowego lub układu stawowego, potwierdzoną dokumentacją medyczną zawierającą rozpoznanie kliniczne choroby oraz wynikiem badań serologicznych potwierdzających zakażenie, wykonanych jedną z dwóch metod: testu immunoenzymatycznego (ELISA), potwierdzonego metodą Western-blot, i/lub badania wykrywającego obecność kwasów nukleinowych krętką;
- p) **wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW B)** - rozumie się przez to zmiany chorobowe mięszu wątroby wywołane toksycznym działaniem wirusa HBV, rozpoznane na podstawie objawów klinicznych choroby w dokumentacji leczenia szpitalnego (4-6 tygodniowy pobyt w oddziale obserwacyjno-zakaźnym) i badaniami laboratoryjnymi świadczącymi o uszkodzeniu wątroby na tle infekcji wirusowej – stężenie bilirubiny w surowicy krwi, AlAT i AspAT (od kilkuset j. do kilku tysięcy j.), obecność antygenu wirusa, fosfataza zasadowa, GGTP, LAP, czynniki krzepnięcia (protrombina), markery serologiczne zakażenia (HbsAg+, HbeAg+, anty-HbcIgm+++);
- q) **HIV** - rozumie się przez to ludzki wirus upośledzenia odporności – immunodeficyt wywołany działaniem retrowirusa HIV, potwierdzony pozytywnymi wynikami badań surowicy krwi: obecność przeciwciał anti-HIV (metoda ELISA), wykrycie przeciwciał anti-HIV każdorazowo potwierdzone testem Western blot, spadek limfocytów CD4 < 500 komórek/μl, celem eliminacji wyniku „fałszywie dodatniego”, zakażenie wirusem HIV winno być potwierdzone poprzez dwukrotne wykonanie w odstępie trzech miesięcy ww. badania krwi;
- r) **sepsa vs posocznica** - rozumie się przez to zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej (SIRS) wywołany zakażeniem bakteryjnym (infekcją), powodującym powstanie powikłań w postaci ropni w narządach mięszowych, potwierdzona rozpoznaniem klinicznym w dokumentacji leczenia szpitalnego, obecnością specyficznego patogenu w badaniach mikrobiologicznych, tj. dodatnim wynikiem badania posiewowego krwi, powikłaniami w badaniach obrazowych;

- s) **wścieklizna** - rozumie się przez to śmiertelną chorobę wirusową, wywołaną przez wirus Rabies virus (RABV) drogą zakażenia bezpośredniego, wymagającą hospitalizacji i leczenia szczepionkami i/lub antybiotykami, potwierdzoną wystąpieniem typowych objawów klinicznych schorzenia przez lekarza medycyny, zdarzeniem pokąsania przez zwierzę, którego zakażenie zostało potwierdzone przez lekarza weterynarii;
- t) **teżec** - rozumie się przez to zakażenie przyrannę zarodnikami laseczki teżca (*Clostridium tetani*), poparte dodatnim wywiadem co do skałeczeń oraz objawami klinicznymi, wymagające hospitalizacji i leczenia immunoglobuliną przeciwtężcową i antybiotykami;
- u) **bąblowiec mózgu (bąblowica, ekinokokoza)** - rozumie się przez to chorobę pasożytniczą wywołaną przez tasiemca, powodującą powstanie torbieli (cysty) umiejscowionej w mózgu, dającą kliniczne objawy guza mózgu, wymagającą leczenia operacyjnego i zastosowania chemioterapii przeciwpasożytniczej, potwierdzoną rozpoznaniem klinicznym w dokumentacji leczenia szpitalnego, dodatnim wynikiem badania parazytologicznego materiału pozyskanego drogą biopsji torbieli lub śródoperacyjnie oraz zastosowaniem chemioterapii;
- 14) **Nadużycie leków** - rozumie się przez to używanie leków lub parafarmaceutyków w dawkach przekraczających zalecenia lekarza lub producenta;
- 15) **Szpital** - działający w kraju lub zagranicą publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej w rozumieniu odpowiednich przepisów, a w przypadku braku takich regulacji, 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;
- 16) **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;
- 17) **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 rozpoczętą bezpośrednio po leczeniu szpitalnym;
- 18) **Złamanie** - rozumie się przez to urazowe przerwanie ciągłości tkanki kostnej, przez złamanie rozumie się również urazowe złuszczenie chrząstek nasadowych. Złamaniem otwartym jest złamanie z przerwaniem ciągłości skóry w okolicy złamanej kości. Złamaniem zamkniętym jest złamanie, gdy skóra w okolicy złamania jest nienaruszona;
- 19) **Zwichnięcie stawu** - rozumie się przez to urazowe całkowite przemieszczenie jednej powierzchni stawowej w stosunku do drugiej, potwierdzone badaniem obrazowym;
- 20) **Bójka** - starcie trzech albo więcej osób wzajemnie zadających sobie rany, z których każda występuje w podwójnym charakterze - jako napadnięty i jako napastnik;
- 21) **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, whitewater, windsurfing; sporty zimowe - Freeskiing, mono-ski, snowboard poza trasami narciarskimi, wyprawy polarne i wysokogórskie; sporty powietrzne - abseiling, akrobacje powietrzne, bungy jumping, dream jumping, free jumping, free gull, loty balonowe, paragliding/paralotniarstwo, wspinaczka skałkowa, zjazdy linowe; sporty ziemne - ewolucje na deskorolkach, tyżworkach 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;
- 22) **Pakiet urazowy** - rozumie się przez to pakiet zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową obejmujący: wstrząśnienie mózgu skutkujące pobylem w szpitalu trwającym co najmniej trzy dni, złamanie, zwichnięcie stawu, oparzenie, odmrożenie;
- 23) **Wstrząśnienie mózgu** - rozumie się przez to pourazowe zaburzenie czynności mózgu, którego głównym objawem jest krótkotrwała utrata przytomności z towarzyszącą niepamięcią wsteczną lub następczą;
- 24) **Oparzenie** - rozumie się przez to uszkodzenie skóry, tkanek pod nią leżących na skutek działania wysokiej temperatury, substancji chemicznych, promieniowania jonizującego lub prądu elektrycznego;
- 25) **Odmrożenie** - rozumie się przez to uszkodzenie skóry, tkanek pod nią leżących na skutek działania niskiej temperatury;
- 26) **Lekkie obrażenie ciała** - rozumie się przez to następstwo urazu ciała wymagające interwencji lekarskiej w placówce medycznej, dalszego leczenia oraz co najmniej jednej wizyty kontrolnej u lekarza, które nie daje się zakwalifikować jako trwałe uszkodzenie na zdrowiu (z wyłączeniem interwencji stomatologicznej);
- 27) **Ciąża wysokiego ryzyka** - rozumie się przez to nagle lub dające się przewidzieć powikłania ciążowe stanowiące zagrożenie dla zdrowia lub życia kobiety ciężarnej. Rozpoznanie w każdym przypadku musi być potwierdzone dokumentacją medyczną (karta informacyjna leczenia szpitalnego, historia choroby z przebiegu leczenia) o wystąpieniu następujących czynników wysokiego ryzyka: 1) łożysko przodujące lub nisko usadowione z objawami krwawienia, 2) poród przedwczesny - przed 36 tyg. ciąży, 3) niewydolność ciążowa - szybka wymagająca założenia szwu naszyjkowego lub pessaria, 4) niepowściągliwe wymioty ciężarnych - utrzymujące się powyżej 14 tyg. ciąży, przebiegające z odwodnieniem, zaburzeniami metabolicznymi i czynności wątroby, 5) gestoza EHP (tzw. stan przedzucawkowy), 6) rzucawka - z drgawkami toniczno-klonicznymi, 7) zespół HELLP, 8) krwawienie w drugiej połowie ciąży, 9) ciąża wielopłodowa od 23 tygodnia ciąży, 10) współistniejące zaburzenia metaboliczne w postaci cukrzycy insulinozależnej.
- 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 (Pakiet I i/ lub Pakiet II): **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**;
- g) z tytułu zgonu rodzica Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego: **10% - 250%** sumy ubezpieczenia;
- h) z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego zdarzenia wchodzącego w zakres Pakietu urazowego: **50,00 zł - 250,00 zł** (świadczenie ustalane jako wielokrotność 50,00 zł);
- i) z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego lekkiego obrażenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku: **50,00 zł - 100,00 zł** (świadczenie ustalane jako wielokrotność 10,00 zł);
- j) z tytułu zatrucia Ubezpieczonego gazami skutkującego pobylem w szpitalu trwającym co najmniej jeden dzień:
- z utratą przytomności **10% - 25%** sumy ubezpieczenia,
 - bez utraty przytomności **50%** świadczenia określonego dla zatrucia z utratą przytomności,
- k) z tytułu porażenia Ubezpieczonego prądem skutkującego pobylem w szpitalu trwającym co najmniej jeden dzień:
- z utratą przytomności **10% - 25%** sumy ubezpieczenia,
 - bez utraty przytomności **50%** świadczenia określonego dla porażenia prądem z utratą przytomności,
- l) z tytułu pogryzienia Ubezpieczonego przez psa skutkującego pobylem w szpitalu trwającym co najmniej jeden dzień **10% - 25%** sumy ubezpieczenia;
- m) z tytułu utonięcia Ubezpieczonego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego oraz świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku): **50% - 200%** sumy ubezpieczenia;
- n) z tytułu powstania trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – świadczenia wymienione w Tabeli nr 1:

Tabela nr 1

L.p.	Rodzaj trwałego inwalidztwa	Wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia
1.	Całkowita utrata wzroku	100%
2.	Utrata wzroku w jednym oku	50%
3.	Całkowita utrata słuchu	60%
4.	Utrata słuchu w jednym uchu	30%
5.	Paraliż całkowity obu stron	100%
6.	Paraliż całkowity jednej strony ciała	70%
7.	Utrata przez amputację lub całkowitą utratą 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 ręki	5%
g)	Jednej kończyny dolnej przez wyluszczenie jej w stawie biodrowym	60%
h)	Jednej kończyny dolnej poniżej stawu biodrowego, 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 śródstopia	30%
m)	Jednego palucha	5%
n)	Innego palca stopy	2%
8.	Całkowita utrata jednego płuca, jednej nerki, wątroby, śledziony, macicy; oraz żołądka lub jelita – wymagające stałego odżywiania pozajelitowego	15%

- o) z tytułu złamania – świadczenie stanowiące iloczyn 20% sumy ubezpieczenia oraz wskaźnika procentowego dla złamań, wymienionego w Tabeli nr 2:

Tabela nr 2

L.p.	Rodzaj złamania	Wskaźnik procentowy
1.	Złamanie kości czaszki (podstawy, sklepienia, twarzoczaszki), złamanie kości miednicy (z wyjątkiem izolowanych złamań kości lonowej lub kulszowej, krzyżowej oraz ogonowej) oraz kości w obrębie stawu biodrowego (panewka stawu, nasady bliższej kości udowej, złamania podkrętarzowe i przekrętarzowe)	
a)	otwarte	32%
b)	zamknięte	24%

ZAKRES OCHRONY I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§ 2.

- „POLISA-ŻYCIE” udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie podstawowym lub rozszerzonym.
- Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia w przypadku zajścia co najmniej jednego ze zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w ust. 3.
- Z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową „POLISA-ŻYCIE” wypłaca osobom uprawnionym następujące rodzaje świadczeń:
 - w zakresie podstawowym (obligatoryjnym): z tytułu zgonu Ubezpieczonego **10%-100%** sumy ubezpieczenia;
 - w zakresie rozszerzonym (ryzyka do wyboru):
 - z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia z zakresu podstawowego): **50%-200%** sumy ubezpieczenia;

2.	Złamania kości udowej, kości piętowej:	
	a) otwarte	32%
	b) zamknięte	24%
3.	Złamania kości podudzia, obojczyka, kostki, łokcia, kości ramiennej lub przedramiennej (w tym nadgarstka):	
	a) otwarte	24%
	b) zamknięte	16%
4.	Złamanie zuchwy:	
	a) otwarte	32%
	b) zamknięte	16%
5.	Złamania łopatki, rzepki, mostka, śródreżca (poza palcami i nadgarstkiem), stopy (z wyjątkiem palców i pięty):	
	a) otwarte	24%
	b) zamknięte	16%
6.	Złamania kręgosłupa:	
	a) złamania trzonów	16%
	b) złamania wyrostków poprzecznych, kolczystych i łuków kręgowych	8%
7.	Złamania żeber (dwóch lub więcej), kości ogonowej, szczęki, nosa, izolowane złamania krętarzy, kości łonowej, kulszowej, krzyżowej, ogonowej, talerza biodrowego:	
	a) otwarte	16%
	b) zamknięte	8%
8.	Złamania palca lub palców stopy, palca lub palców ręki:	
	a) jednego palca	4%
	b) dwóch lub więcej palców	8%
9.	Utrata zębów stałych	4% za każdy zab, łącznie nie więcej niż 16%

p) z tytułu zwichnięcia stawu – świadczenie stanowiące iloczyn 20% sumy ubezpieczenia oraz wskaźnika procentowego dla zwichnięć, wymienionego w Tabeli nr 3:

Tabela nr 3

L.p.	Rodzaj zwichnięcia	Wskaźnik procentowy
1.	Zwichnięcie stawu biodrowego	40%
2.	Zwichnięcie stawu kolanowego	40%
3.	Zwichnięcie stawu skokowego	16%
4.	Zwichnięcie stawu ramiennego	16%
5.	Zwichnięcie stawu łokciowego	16%
6.	Zwichnięcie kciuka	8%
7.	Zwichnięcie palca ręki II - V – za każdy palec	4%
8.	Zwichnięcie palca stopy – za każdy palec	2%

4. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu poważnego zachorowania obejmuje następujące pakiety jednostek chorobowych:

1) Pakiet I:

- nowotwór złośliwy,
- zawał serca,
- udar mózgu,
- niewydolność nerek,
- pomostowanie naczyń wieńcowych (by-pass),
- transplantacja jednego z głównych narządów,
- ciężkie oparzenie,
- śpiączka,
- wystąpienie choroby Creutzfeldta-Jakoba,

2) Pakiet II:

- wszczepienie sztucznej zastawki serca,
- utrata wzroku,
- utrata słuchu,
- utrata mowy,
- kleszczowe zapalenie opon mózgowych i mózgu,
- borelioza,
- wirusowe zapalenie wątroby typu B będące wynikiem transfuzji lub dializy,
- zakażenie wirusem HIV będące wynikiem transfuzji lub dializy,
- sepsa vs. posocznica,
- wścieklizna,
- tężec,
- bólłowic mózgu.

5. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie może jednocześnie obejmować powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz któregośkolwiek ze zdarzeń ubezpieczeniowych: trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, złamanie lub zwichnięcie stawu.

6. 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” zgodnie z Regulaminem Uczestnictwa.

7. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” w zakresie zdarzeń będących wynikiem nieszczęśliwego wypadku nie obejmuje zdarzeń będących wynikiem wypadków zaistniałych przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

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.

- Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, skierowanego do „POLISA-ŻYCIE”.
- We wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia Ubezpieczający podaje:
 - wybrany zakres ochrony ubezpieczeniowej (jednakowy dla wszystkich Ubezpieczonych w grupie);
 - sumę ubezpieczenia (jednakową dla wszystkich Ubezpieczonych w grupie);
 - informacje o grupie przystępujących do ubezpieczenia zgodnie z wymaganiami zawartymi we wniosku.
- Do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia należy dołączyć:
 - wykaz imienny przystępujących do ubezpieczenia;
 - inne dokumenty, których do zawarcia umowy ubezpieczenia zażąda na piśmie „POLISA-ŻYCIE”.
- 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” pisma o ustanowieniu, zmianie lub odwołaniu Beneficjenta.
- Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny „POLISA-ŻYCIE” wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia, względnie do sporządzenia nowego wniosku.
- Ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia mogą zostać objęte również osoby nie wskazane w wykazie, o którym mowa w ust. 3 pkt 1) po łącznym spełnieniu następujących warunków:
 - przystępujący nie uczęszczał do Jednostki Organizacyjnej w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia w stosunku do grupy Ubezpieczonych;
 - przystępujący zadeklarował wolę objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia nie później niż w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia przez niego zajęć w Jednostce Organizacyjnej;
 - dane przystępującego zostały przekazane do „POLISA-ŻYCIE” w formie wykazu imiennego osób przystępujących do ubezpieczenia;
 - za przystępującego została opłacana składka ubezpieczeniowa.
- „POLISA-ŻYCIE” zastrzega sobie prawo zaproponowania zawarcia umowy na warunkach szczególnych lub odrzucenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

zawarcie umowy ubezpieczenia i początek odpowiedzialności § 5.

- „POLISA-ŻYCIE” potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia wystawieniem polisy.
- Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z pierwszym dniem odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia, wskazanym na polisie.
- Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” rozpoczyna się:
 - 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);
 - 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.

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

wypowiedzenie i odstąpienie od umowy ubezpieczenia § 7.

- 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.
- 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.
- O wypowiedzeniu lub odstąpieniu od umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować „POLISA-ŻYCIE” na piśmie.
- Odstąpienie Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia jest skuteczne od dnia otrzymania przez „POLISA-ŻYCIE” pisemnej informacji o odstąpieniu.
- Wypowiedzenie lub odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku opłacenia składki za czas trwania odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE”.
- W przypadku wypowiedzenia lub odstąpienia od umowy ubezpieczenia „POLISA-ŻYCIE” zwraca Ubezpieczającemu składkę ubezpieczeniową za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.
- W sytuacji, o której mowa w ust. 6, postanowienia § 15 ust. 19, 20 stosuje się odpowiednio.

koniec odpowiedzialności § 8.

- Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” w stosunku do Ubezpieczonego wygasa:
- po upływie okresu, na jaki umowa została zawarta;
 - 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.

SZCZEGÓLNE 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 nieukończony 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” pisma odnośnie wskazania Beneficjenta (-ów) oznacza, że Ubezpieczony nie zamierza zmieniać dyspozycji złożonych wcześniej w jego imieniu przez przedstawiciela ustawowego.
6. W sprawach nieregulowanych 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 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 2015”.
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. Jeżeli składka jest opłacana przez Ubezpieczonych, Ubezpieczający jest obowiązany do pobrania od nich składki oraz prowadzenia odpowiedniej dokumentacji potwierdzającej fakt wpłacenia składki.
8. Składka ubezpieczeniowa płatna jest jednorazowo, w terminie do 60 dni, licząc od pierwszego dnia odpowiedzialności.
9. Na wniosek Ubezpieczającego możliwe jest rozłożenie płatności składki na dwie równe raty. Pierwsza rata płatna jest w terminie, o którym mowa w ust. 8, druga rata w terminie do dnia, w którym upływa 6 miesięcy od pierwszego dnia odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE”.
10. Za Ubezpieczonego objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu 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.
11. Ubezpieczający zobowiązany jest do wpłacania składki na wskazany przez „POLISA-ŻYCIE” rachunek bankowy.
12. 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” wezwie Ubezpieczającego do zapłaty składki wyznaczając dodatkowy 7 dniowy termin do jej zapłaty.
2. 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”: ze skutkiem na dzień, w którym druga rata składki stała się wymagalna (§ 11 ust. 9) - 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” 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” jest wyłączona w przypadku wystąpienia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, będących wynikiem popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego, działań wojennych, stanu wy-

jątkowego 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” z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, powstania trwałego inwalidztwa w wyniku nieszczęśliwego wypadku, powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, wystąpienia u Ubezpieczonego zdarzenia objętego zakresem Pakietu urazowego, wystąpienia u Ubezpieczonego lekkiego obrażenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku, złamań i zwichnięć stawów lub rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku jest wyłączona w przypadkach będących wynikiem:
 - 1) prowadzenia przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub po użyciu alkoholu, pod wpływem narkotyków lub innych podobnie działających środków pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu;
 - 2) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych i ważnych uprawnień;
 - 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, sportów walki, sportów motorowych, motocyklowych i motorowodnych, wszelkich form alpinizmu, speleologii oraz sportów ekstremalnych (z wyłączeniem sytuacji, gdy uprawianie danej dyscypliny wynika z udziału Ubezpieczonego w obowiązkowych zajęciach sportowych prowadzonych przez Jednostkę Organizacyjną);
 - 5) udziału Ubezpieczonego w bójce (z wyjątkiem działania w obronie koniecznej).
3. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” z tytułu powstania trwałego inwalidztwa w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku jest wyłączona w przypadku wystąpienia chorób infekcyjnych i zawodowych, wystąpienia dyskopatii i/lub przepuklin jądra miazdzystego oraz przepuklin wysiłkowych.
4. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” 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, stomatologicznych 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, prowadzeniem jakiegokolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego;
 - 6) pobytem sanatoryjnym lub uzdrowiskowym;
 - 7) leczeniem uzależnień oraz schorzeń spowodowanych nadużyciem alkoholu, narkotyków, leków psychotropowych;
 - 8) świadczeniem zdrowotnym: opiekuńczym, pielęgnacyjnym, paliatywnym, hospicyjnym, opieki długoterminowej;
 - 9) pobytem w ramach prewencji rentowej;
 - 10) ciążą i porodem (wyjątek stanowi pobyt w szpitalu kobiet w ciąży, u których stwierdzono ciążę wysokiego ryzyka oraz kobiet z komplikacjami porodowymi lub poporodowymi);
 - 11) zabiegami chirurgii plastycznej (wyjątek stanowi pobyt w szpitalu w celu usunięcia w drodze chirurgii plastycznej następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie obowiązywania ubezpieczenia).
5. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” 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).
6. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” z tytułu poważnego zachorowania w postaci śpiączki jest wyłączona w przypadku śpiączek wywołanych spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających, bądź nadużyciem leków.
7. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” z tytułu poważnego zachorowania w postaci utraty wzroku oraz słuchu jest wyłączona w przypadku wad wrodzonych i rozwojowych.
8. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” z tytułu zwichnięcia stawu jest wyłączona w przypadku zwichnięć nawykowych i nawracających.

OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA ŚWIADCZEŃ

§ 14.

1. W przypadku zajścia zdarzeń innych niż wskazane w ust. 2, uprawnionym do otrzymania świadczenia jest Ubezpieczony.
2. W przypadku zgonu Ubezpieczonego (bez względu na przyczynę) 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 przysługujące przedstawicielowi ustawowemu Ubezpieczonego, jeżeli zaś Ubezpieczony nie posiada przedstawiciela ustawowego lub w chwili zgonu był osobą pełnoletnią - osobom powołanym do spadku po Ubezpieczonym, w czę-

ściach określonych w postanowieniu sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub notarialnym akcie poświadczenia dziedziczenia.

ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZENIA

§ 15.

- „POLISA-ŻYCIE” 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.
- Osoba uprawniona składa zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową do jednostki organizacyjnej „POLISA-ŻYCIE” w formie pisemnej lub w inny sposób uzgodniony z „POLISA-ŻYCIE”.
- Zawiadomienie dotyczące wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania winno być złożone nie wcześniej niż po upływie 30 dni od stwierdzenia jego wystąpienia.
- W terminie do 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia „POLISA-ŻYCIE” informuje o tym osobę uprawnioną, podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia.
- W terminie, o którym mowa wyżej „POLISA-ŻYCIE” informuje pisemnie lub w inny uzgodniony sposób, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” lub wysokości świadczenia.
- W zależności od zdarzenia stanowiącego podstawę zgłoszenia roszczenia, dokumentami, o których mowa w ust. 5 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 inwalidztwa, trwałego uszczerbku na zdrowiu, złamania, zwichnięcia stawu, zdarzenia wchodzącego w zakres Pakietu urazowego, zatrucia gazami, porażenia prądem, dokumenty wskazujące związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem, a powstaniem trwałego inwalidztwa, trwałego uszczerbku na zdrowiu lub lekkiego obrażenia ciała, dokumenty medyczne potwierdzające udzielenie 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.
- Świadczenia z tytułu złamania lub zwichnięcia stawu ustalane są w oparciu o wymaganą dokumentację medyczną zawierającą:
 - zaświadczenie lekarskie o udzieleniu pierwszej pomocy lub kartę informacyjną z leczenia szpitalnego,
 - opis zdjęć RTG potwierdzonych przez specjalistę radiologa (w uzasadnionych przypadkach Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć oryginalne zdjęcia RTG).
- Wszelkie dokumenty roszczeniowe winny mieć postać oryginału bądź kopii uwierzytelnionej przez uprawnionego przedstawiciela „POLISA-ŻYCIE”, Ubezpieczającego, osobę występującą z roszczeniem, organ właściwy do potwierdzania dokumentów za zgodności lub osobę wykonującą zawód zaufania publicznego. Dokumenty roszczeniowe mogą zostać złożone również w innej uzgodnionej z „POLISA-ŻYCIE” formie.
- W razie utraty lub uszkodzenia organu w sposób określony w Tabeli nr 1 narządu lub układu, którego funkcje przed wypadkiem były już upośledzone, wysokość świadczenia należnego z tytułu powstania trwałego inwalidztwa zostanie pomniejszona odpowiednio o istniejący przed wypadkiem poziom upośledzenia organu, narządu lub układu.
- Jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku nastąpi więcej niż jedno złamanie lub zwichnięcie stawu, łączny wskaźnik procentowy stanowiący podstawę do ustalenia wysokości świadczenia zostanie obliczony jako suma wskaźników określonych odpowiednio w Tabelach: nr 2 - dla złamań i nr 3 - dla zwichnięć, jednak nie więcej niż 100% w ramach każdej z tych Tabel.
- Jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku nastąpi współistnienie złamania i zwichnięcia stawu w zakresie tego samego stawu, „POLISA-ŻYCIE” wypłaci świadczenie wyłącznie za zdarzenie o wyższym wskaźniku procentowym.
- Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego ustalany jest po przedstawieniu zaświadczenia lekarskiego o zakończeniu leczenia.
- 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”.
- 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.
- „POLISA-ŻYCIE” 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.
- Jeżeli świadczenie nie zostało wypłacone w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku, „POLISA-ŻYCIE” zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczenia w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
- Jeżeli świadczenie nie przysługuje, „POLISA-ŻYCIE” informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.
- Z zastrzeżeniem postanowień ust. 20, świadczenia wypłacane z tytułu umowy ubezpieczenia nie podlegają pomniejszeniu o dodatkowe opłaty.
- Wypłaty świadczeń dokonywane są przelewem na rachunek bankowy wskazany przez osobę uprawnioną. Koszt przelewu ponosi „POLISA-ŻYCIE”.
- Na wniosek osoby uprawnionej kwota świadczenia, pomniejszona o faktyczne koszty przekazu, jest przesyłana przekazem pocztowym na adres wskazany w zgłoszeniu roszczenia.
- 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” żądanie ponownego rozpatrzenia roszczenia w terminie 30 dni od daty otrzymania oświadczenia w tej sprawie.
- Powyższe uprawnienie nie koliduje z prawem dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 16.

- Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu lub Beneficjentowi przysługuje prawo do wnoszenia skarg lub zażaleń związanych z wykonaniem przez „POLISA-ŻYCIE” umowy ubezpieczenia.
- Skargi i zażalenia rozpatrywane są przez komórki organizacyjne „POLISA-ŻYCIE” w Siedzibie „POLISA-ŻYCIE”.
- Odpowiedź na skargę lub zażalenie udzielana jest w terminie do 30 dni od daty jej wpływu do „POLISA-ŻYCIE”.
- Ubezpieczający, Ubezpieczony oraz osoba uprawniona do otrzymania świadczenia posiada również prawo do złożenia skargi lub zażalenia do Rzecznika Ubezpieczonych.
- Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia.
- Spory wynikające z umowy ubezpieczenia mogą być również rozwiązywane w sposób polubowny, w szczególności przez Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego.
- Umowa ubezpieczenia nie podlega wykupowi.
- Z tytułu umowy ubezpieczenia nie przysługują premie, rabaty lub udziały w zyskach.
- Na pisemny wniosek Ubezpieczającego i za zgodą Zarządu „POLISA-ŻYCIE” do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia.
- W sytuacji, o której mowa w ust. 9, 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.
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych powszechnie obowiązujących aktów prawa.
- Wszelkie zmiany w umowie ubezpieczenia powinny być dokonywane w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
- 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 umowy ubezpieczenia nie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych oraz podatkiem od spadków.
- Wszelkie oświadczenia woli związane z umową ubezpieczenia wymagają dla swej ważności zachowania formy pisemnej.
- Wszelkie opłaty związane z płatnościami składki lub ze świadczeniami z tytułu umowy ubezpieczenia, o ile są wymagane, obciążają odpowiednio Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego.
- Niniejsze Warunki Uniwersalnego Grupowego Ubezpieczenia Dzieci i Młodzieży SCHOLAR 2015 zostały zatwierdzone przez Zarząd „POLISA-ŻYCIE” Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group Uchwałą nr 08/15/2015 z dnia 28 kwietnia 2015 roku.