

**OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO  
UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW  
- PLUS-**

**I. POSTANOWIENIA OGÓLNE**

**§ 1**

**(postanowienia ogólne)**

Na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo – Kredytowych z siedzibą w Sopocie, zwane dalej „Towarzystwem” zawiera ze spółdzielczą kasą oszczędnościowo – kredytową, zwaną dalej „SKOK”, bądź „Ubezpieczającym” umowę grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków – PLUS (dalej: umowa ubezpieczenia).

**§ 2**

Umowa ubezpieczenia jest zawierana przez Ubezpieczającego w formie grupowej na cudzy rachunek, ze wskazaniem Ubezpieczonych.

**§ 3**

1. W porozumieniu z Ubezpieczającym do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
2. W przypadku określonym w ust. 1, Towarzystwo zobowiązane jest przedstawić Ubezpieczającemu różnicę między treścią umowy ubezpieczenia a OWU w formie pisemnej przed zawarciem umowy ubezpieczenia. W razie niedopełnienia tego obowiązku, Towarzystwo nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego. Przepisu tego nie stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych w drodze negocjacji.

**§ 4**

**(definicje)**

W rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia termin oznacza:

- 1) **Nieszczęśliwy Wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego Ubezpieczony niezależnie od swej woli, doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł,
- 2) **Okres Ubezpieczenia** – okres, w którym Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu umowy ubezpieczenia,
- 3) **Polisa** – dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia między Ubezpieczającym a Towarzystwem,
- 4) **Szpital** - zakład opieki zdrowotnej przeznaczony do przyjmowania i leczenia osób, których stan zdrowia wymaga stałej, całodobowej obserwacji lub opieki lekarskiej i pielęgniarskiej. Za szpital nie uznaje się domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, ośrodków leczenia psychicznie chorych, domowej opieki pielęgniarskiej, hospicjów onkologicznych, ośrodków leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych, alkoholowych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych ani ośrodków wypoczynkowych,
- 5) **Ubezpieczający** – spółdzielczą kasę oszczędnościowo – kredytową, która zawiera z Towarzystwem umowę grupowego ubezpieczenia na cudzy rachunek, na podstawie niniejszych OWU i zobowiązana jest do opłacenia składki,
- 6) **Ubezpieczony** – osobę fizyczną - członka SKOK, na rachunek którego została zawarta umowa ubezpieczenia grupowego,
- 7) **Uposażony** – wskazaną przez Ubezpieczonego osobę uprawnioną do odbioru świadczenia na wypadek zgonu Ubezpieczonego.

**II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA**

**§ 5**

**(przedmiot ubezpieczenia)**

Przedmiotem ubezpieczenia jest:

- 1) zgon Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, zaistniałego w Okresie Ubezpieczenia,
- 2) zgon Ubezpieczonego zaistniały w Okresie Ubezpieczenia w następstwie zawału serca lub udaru mózgowego,

- 3) pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, zaistniałego w Okresie Ubezpieczenia.

### **§ 6 (zakres ubezpieczenia)**

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje:

- 1) zgon Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku zaistniałego w Okresie Ubezpieczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub poza jej granicami, jeżeli nastąpił nie później niż przed upływem 12 miesięcy od daty zajścia Nieszczęśliwego Wypadku,
- 2) zgon Ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgowego, który nastąpił w Okresie Ubezpieczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub poza jej granicami, z zastrzeżeniem § 7 ust. 2,
- 3) trwający co najmniej 48 godzin pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub poza jej granicami w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku zaistniałego w Okresie Ubezpieczenia, jeżeli rozpoczął się nie później niż przed upływem 12 miesięcy od daty zaistnienia Nieszczęśliwego Wypadku.

## **III. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI**

### **§ 7 (ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności)**

1. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona, gdy zgon lub pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu nastąpiły bezpośrednio lub pośrednio:
  - 1) wskutek działań wojennych, zamieszek, powstań oraz przewrotów wojskowych,
  - 2) wskutek zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym i radiologicznym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepiania jądrowego lub promieniotwórczość,
  - 3) w wyniku umyślnego popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub czynu, który jest zgodnie z prawem kwalifikowany jako przestępstwo, chociażby jego popełnienie, wskutek śmierci Ubezpieczonego, nie zostało stwierdzone wyrokiem sądowym,
  - 4) wskutek czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy i terroryzmu,
  - 5) uprawiania przez Ubezpieczonego amatorsko lub wyczynowo niebezpiecznych sportów, w tym w szczególności: nurkowania, alpinizmu, speleologii, baloniarstwa, lotniarstwa, szybownictwa, lotnictwa (pilotaż sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), skoków spadochronowych, wyścigów samochodowych, motocyklowych, gokartów, sportów motorowodnych, sportów walki, skoków na gumowej linie,
  - 6) samookaleczenia się Ubezpieczonego,
  - 7) działania Ubezpieczonego pod wpływem, w stanie lub warunkach choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych i choroby układu nerwowego,
  - 8) zatrucia się Ubezpieczonego spowodowanego spożywaniem alkoholu lub środków odurzających bądź działania Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości albo działania Ubezpieczonego pod wpływem innych środków odurzających, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,
  - 9) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiedniego dokumentu uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu wymaganego odrębnymi przepisami.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli w okresie 60 dni od daty złożenia deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia, nastąpi zgon Ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgowego (karencja).

## **IV. RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ**

### **§ 8 (rodzaje i wysokość świadczeń)**

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku lub zawału serca bądź udaru mózgowego, Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej do świadczenia przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.

2. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, Ubezpieczonemu przysługuje zryczałtowane dzienne świadczenie szpitalne w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia za każdy dzień pobytu w Szpitalu, z zastrzeżeniem postanowień § 9.

## **§ 9**

### **(pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu)**

1. Z tytułu pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, Ubezpieczonemu przysługuje dzienne świadczenie szpitalne, płatne za okres od pierwszego dnia pobytu w Szpitalu, nie dłużej jednak niż przez okres 60 dni w związku z następstwami Nieszczęśliwego Wypadku (ograniczenie czasowe dotyczy jednego zdarzenia).
2. Wymaganym dowodem zakończenia pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu jest karta leczenia szpitalnego lub inny dokument jednoznacznie potwierdzający wypisanie ze Szpitala; jeżeli pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu miał miejsce poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, przedłożony Towarzystwu dokument potwierdzający pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu winien być przetłumaczony na język polski przez tłumacza przysięgłego (nie dotyczy dokumentu wystawionego w języku łacińskim).
3. Świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu nie przysługuje, jeżeli Ubezpieczony w okresie pobytu w Szpitalu zmarł.
4. Jeżeli w jednym dniu Ubezpieczony był pacjentem dwu lub większej liczby Szpitali, Towarzystwo wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za ten dzień tylko jeden raz, z uwzględnieniem wyłączeń zawartych w niniejszych warunkach.

## **V. SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA**

### **§ 10**

#### **(suma ubezpieczenia)**

- 1 Sumę ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia w jednakowej wysokości dla wszystkich Ubezpieczonych objętych umową ubezpieczenia.
- 2 Suma ubezpieczenia stanowi podstawę do określenia wysokości świadczeń oraz obliczenia wysokości składek ubezpieczeniowych.
- 3 Wysokość sumy ubezpieczenia jest niezmienna przez cały okres trwania umowy ubezpieczenia.

### **§ 11**

#### **(zasady wyznaczania i płatności składki ubezpieczeniowej)**

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej wylicza się zgodnie z zasadami matematyki aktuarialnej i jej wysokość zależy od wysokości sumy ubezpieczenia, okresu ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego, stopnia ryzyka jakie poniesie Towarzystwo po rozpoczęciu odpowiedzialności ubezpieczeniowej oraz kosztów zawarcia i obsługi ubezpieczenia.
2. Składkę ubezpieczeniową oblicza się na podstawie obowiązującej taryfy składek, która stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.
3. W odniesieniu do każdej osoby przystępującej do ubezpieczenia, składka opłacana jest z góry za cały, określony dla tej osoby, okres ubezpieczenia.
4. Ubezpieczający jest obowiązany opłacać Towarzystwu należne składki ubezpieczeniowe za każdą osobę, która przystąpiła do umowy ubezpieczenia, i przekazywać Towarzystwu w terminie do 5 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni.
5. Warunkiem uznania wpłaty składki za dokonaną jest:
  - 1) wpłynięcie kwoty składki na właściwy rachunek Towarzystwa lub pośrednika,
  - 2) opatrzenie polecenia dokonania wpłaty składki informacjami pozwalającymi na jednoznaczną identyfikację tej wpłaty, a w szczególności numerem polisy.
6. Za skutki braku możliwości przypisania wpłaty do umowy ubezpieczenia, z powodu niedopełnienia obowiązku wskazanego w ust. 5, Towarzystwo nie będzie ponosiło odpowiedzialności, a wpłacone środki zostaną przypisane do Umowy niezwłocznie po uzyskaniu od Ubezpieczającego wymaganych informacji i wpłynięciu środków na właściwy rachunek Towarzystwa.

## **VI. UMOWA UBEZPIECZENIA**

### **§ 12**

#### **(podstawa zawarcia umowy ubezpieczenia)**

1. Podstawą zawarcia umowy ubezpieczenia jest złożenie przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na formularzu stosowanym przez Towarzystwo.

2. Przed złożeniem przez Ubezpieczającego wniosku ubezpieczeniowego o zawarcie umowy ubezpieczenia (oferty), Towarzystwo przekazuje podmiotowi, który zamierza zawrzeć umowę ubezpieczenia, formularz wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, ogólne warunki ubezpieczenia oraz inne obowiązujące formularze.

### **§ 13**

#### **(czas trwania umowy ubezpieczenia)**

Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres jednego roku.

### **§ 14**

#### **(warunki przystępowania do umowy ubezpieczenia)**

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na rachunek Ubezpieczonych, którzy w dniu przystępowania do ubezpieczenia nie ukończyli 65 roku życia.
2. Osoby spełniające warunki określone w ust. 1 mogą przystąpić do ubezpieczenia poprzez złożenie deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia.

### **§ 15**

#### **(polisa)**

1. Na dowód zawarcia umowy ubezpieczenia Towarzystwo wystawia dokument ubezpieczenia - polisę.
2. Z datą doręczenia polisy dochodzi do zawarcia umowy ubezpieczenia, chyba że strony umówią się inaczej.
3. Jeżeli polisa zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, Towarzystwo zobowiązane jest zwrócić Ubezpieczającemu uwagę na piśmie przy doręczeniu polisy, wyznaczając mu co najmniej siedmiodniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku przez Towarzystwo, zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie są skuteczne, a umowa ubezpieczenia jest zawarta zgodnie z warunkami oferty.
4. W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego, o którym mowa w ust. 3, uważa się, że umowa doszła do skutku zgodnie z treścią polisy ubezpieczeniowej, od następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
5. W przypadku zgłoszenia przez Ubezpieczającego sprzeciwu, o którym mowa w ust. 3, uważa się że umowa ubezpieczenia nie doszła do skutku a odpowiedzialność Towarzystwa nie rozpoczęła się, chyba że strony dojdą do porozumienia co do warunków umowy ubezpieczenia. W przypadku nie dojścia do skutku umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu dokonane wpłaty na poczet składek ubezpieczeniowych.

## **VII. CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIANOŚCI TOWARZYSTWA**

### **§ 16**

#### **(początek odpowiedzialności)**

1. Jeżeli strony nie umówiły się inaczej, odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od dnia następnego po zawarciu umowy ubezpieczenia; w odniesieniu do poszczególnych osób przystępujących do ubezpieczenia, odpowiedzialność rozpoczyna się od dnia następnego po złożeniu deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po opłaceniu składki ubezpieczeniowej.
2. W odniesieniu do każdego Ubezpieczonego, okres odpowiedzialności Towarzystwa wynosi 12 miesięcy.

### **§ 17**

#### **(obejmowanie ubezpieczeniem osób po zawarciu umowy ubezpieczenia)**

1. W czasie trwania ubezpieczenia grupowego Ubezpieczający może objąć umową ubezpieczenia dodatkowe osoby należące do grupy określonej w umowie przekazując Towarzystwu deklaracje zgody osób przystępujących do ubezpieczenia oraz dodatkowe składki ubezpieczeniowe.
2. Informacje w sprawie rozszerzenia liczby Ubezpieczonych, Ubezpieczający przekazuje Towarzystwu wraz z okresowym rozliczeniem składek w terminach określonych w § 20 ust. 1.

### **§ 18**

#### **(zakończenie odpowiedzialności)**

1. Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się:
  - 1) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego,
  - 2) z upływem okresu wypowiedzenia przez Ubezpieczającego umowy ubezpieczenia względem wszystkich lub poszczególnych Ubezpieczonych.
2. Ponadto w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych, odpowiedzialność kończy się:

- 1) z upływem okresu odpowiedzialności Towarzystwa, wskazanego w deklaracji zgody,
- 2) z dniem śmierci Ubezpieczonego.

## **VIII. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA**

### **§ 19**

#### **(odstąpienie, wypowiedzenie oraz inne przypadki rozwiązania umowy)**

1. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, przez złożenie Towarzystwu pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia; odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia – ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego.
3. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej w odniesieniu do ostatniego Ubezpieczonego objętego ochroną z tytułu umowy ubezpieczenia.
4. Umowa ubezpieczenia może zostać również rozwiązana na podstawie porozumienia stron.

## **IX. PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY**

### **§ 20**

#### **(obowiązki Ubezpieczającego w trakcie trwania umowy ubezpieczenia)**

1. Ubezpieczający jest obowiązany:
  - 1) udostępnić Ubezpieczonym, przed odebraniem od nich deklaracji zgody, obowiązujące ogólne warunki ubezpieczenia wraz z załącznikami,
  - 2) informować Towarzystwo o zmianie wszelkich danych dotyczących Ubezpieczającego, Ubezpieczonych i Uposażonych,
  - 3) przysyłać, w terminie do 10 dnia każdego następnego miesiąca za miesiąc poprzedni, następujące dokumenty:
    - a) miesięczne rozliczenia wpłaconych składek ubezpieczeniowych, sporządzone na formularzu Towarzystwa,
    - b) wykaz osób nowo przystępujących do ubezpieczenia wraz z ich deklaracjami zgody.
2. W czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa, Towarzystwu przysługuje prawo do kontrolowania obsługi ubezpieczenia wykonywanej przez Ubezpieczającego, którego członkowie są objęci ochroną ubezpieczeniową.

### **§ 21**

#### **(obowiązki Towarzystwa)**

1. W przypadku zaistnienia zdarzeń określonych w § 5 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczeń zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 7.
2. Obowiązek Towarzystwa określony w ust. 1, powstaje nie wcześniej niż z datą początku ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w § 16.

## **X. OSOBA UPRAWNIONA DO ŚWIADCZENIA**

### **§ 22**

#### **(zasady wyznaczania Uposażonego i innych osób uprawnionych do świadczenia)**

1. Zgodnie z niniejszymi ogólnymi warunkami ubezpieczenia, Uposażonych wskazuje Ubezpieczony.
2. Ubezpieczony może wskazać imiennie jednego lub więcej Uposażonych.
3. Wskazanie Uposażonego może nastąpić zarówno przy zawarciu umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej trwania.
4. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych, a nie oznaczył ich udziału w kwocie świadczenia – uważa się, że ich udziały są równe.
5. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać Uposażonego. Zmiana lub odwołanie Uposażonego następuje w momencie wpłynięcia tego zawiadomienia do Towarzystwa.
6. Z zastrzeżeniem ust. 7, jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma imiennie wyznaczonego Uposażonego, świadczenie ubezpieczeniowe otrzymują członkowie rodziny zmarłego w następującej kolejności:
  - 1) małżonek – otrzymuje świadczenie ubezpieczeniowe w całości,

- 2) dzieci – otrzymują świadczenie ubezpieczeniowe w równych częściach,
  - 3) rodzice – otrzymują świadczenie ubezpieczeniowe w równych częściach,
  - 4) inni spadkobiercy zmarłego – otrzymują świadczenie ubezpieczeniowe w równych częściach, po przedłożeniu prawomocnego dokumentu stwierdzającego nabycie spadku.
7. W razie braku Uposażonego, z przysługującego świadczenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaca, w granicach sumy ubezpieczenia, w pierwszym rzędzie udowodnione oryginałami rachunków koszty pogrzebu osobie, która te koszty poniosła, chyba że koszty te zostały pokryte z ubezpieczenia społecznego lub z innego tytułu.

## **XI. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH**

### **§ 23**

#### **(wymagane dokumenty)**

Ubezpieczony, Uposażony lub osoba występująca z roszczeniem, zobowiązana jest przedłożyć Towarzystwu dokumenty uzasadniające roszczenie, a w szczególności:

- 1) zgłoszenie roszczenia (na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
- 2) w przypadku zgonu Ubezpieczonego: skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczonego oraz kartę statystyczną do karty zgonu Ubezpieczonego z podaną przyczyną zgonu,
- 3) dokumentację niezbędną do zbadania okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku i leczenia jego skutków,
- 4) własny dokument tożsamości,
- 5) kartę leczenia szpitalnego lub inny dokument potwierdzający wypisanie ze szpitala, z zastrzeżeniem treści § 9 ust. 2.

### **§ 24**

#### **(potwierdzenie otrzymania zawiadomienia o szkodzie)**

W terminie 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia o szkodzie Towarzystwo informuje o tym fakcie Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, o ile nie są osobami występującymi z zawiadomieniem oraz informuje w formie pisemnej lub drogą elektroniczną osobę występującą z roszczeniem wypłaty świadczenia o wykazie dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.

### **§ 25**

#### **(termin realizacji świadczenia)**

1. Towarzystwo wypłaca należne świadczenie w ciągu 30 dni od daty zgłoszenia o zajściu zdarzenia.
2. Jeżeli w terminie określonym w ust. 1 ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia jest niemożliwe, świadczenie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
3. Jeżeli w terminie określonym w ust. 1 nie zostanie wypłacone świadczenie, Towarzystwo zobowiązane jest zawiadomić pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części oraz wypłacić bezsporną część świadczenia.

### **§ 26**

#### **(prawo wglądu do akt)**

Towarzystwo udostępnia na wniosek Ubezpieczającego, Ubezpieczonego bądź osoby uprawnionej do świadczenia informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia. Osobom tym przysługuje prawo wglądu do akt szkodowych i sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów szkodowych.

### **§ 27**

#### **(odwołanie od decyzji Towarzystwa)**

1. Jeżeli Ubezpieczony lub inna osoba uprawniona do świadczenia nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa co do odmowy wypłaty świadczenia lub jego wysokości może, w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia, zwrócić się do Zarządu Towarzystwa o ponowne rozpatrzenie sprawy i zmianę stanowiska, co nie narusza uprawnień tej osoby do dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
2. Zarząd Towarzystwa ustosunkuje się do odwołania osoby uprawnionej do świadczenia wysyłając pisemną odpowiedź w terminie 30 dni od daty wpływu odwołania.
3. W zawiadomieniu o ograniczeniu wysokości świadczenia lub odmowie jego wypłaty Towarzystwo pouczy zainteresowane osoby o trybie dochodzenia roszczeń.

## **XII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

## § 28

### (zasady korespondencji)

1. Wypowiedzenia, odstąpienia oraz wszelkie inne zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do świadczenia powinny być dostarczone Towarzystwu na piśmie, pod rygorem nieważności, za pokwitowaniem przyjęcia lub przesyłane listem poleconym.
2. Pismo skierowane przez Towarzystwo do Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego pod ostatni znany Towarzystwu adres, wywiera skutki prawne po upływie 30 dni od dnia wysłania, nawet jeśli adresat nie zapoznał się z treścią pisma.

## § 29

### (przepisy zewnętrzne)

W sprawach nie uregulowanych niniejszymi ogólnymi warunkami ubezpieczenia mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy prawa, w szczególności przepisy kodeksu cywilnego oraz ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

## § 30

### (skargi, zażalenia i spory sądowe)

1. Zasady opisane w § 27 ust. 1 i 2 stosowane są odpowiednio w odniesieniu do skarg i zażeń składanych przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub osobę uprawnioną do świadczenia w związku z umową ubezpieczenia.
2. Spory wynikające z umów ubezpieczenia będą rozstrzygane przez sąd według właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia.

## § 31

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 16 lipca 2007 roku przez Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 10 sierpnia 2007 roku.

GRZEGORZ BUCZKOWSKI



PREZES ZARZĄDU

KRZYSZTOF KOSZNIK



WICEPREZES ZARZĄDU

KATARZYNA BIERANOWSKA



CZŁONEK ZARZĄDU