

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE - OPTIMUM -

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych Spółka Akcyjna zwane dalej "Towarzystwem" zawiera umowy grupowego ubezpieczenia na życie oraz umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie z osobami fizycznymi, osobami prawnymi, jednostkami organizacyjnymi nie będącymi osobami prawnymi, którym ustawa przyznaje zdolność prawną, organizacjami samorządowymi, spółdzielniami lub innymi organizacjami społecznymi posiadającymi osobowość prawną, zwanymi dalej „Ubezpieczającym”.
2. Umowa grupowego ubezpieczenia na życie (dalej: podstawowa umowa ubezpieczenia) zawarta na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia (zwanych dalej również „OWU”), jest umową grupową zawartą na cudzy rachunek ze wskazaniem i za zgodą osób, na rachunek których została zawarta.
3. W porozumieniu z Ubezpieczającym do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
4. W przypadku określonym w ust. 3, 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.

§ 2 (definicje)

W rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia termin:

- 1) **członek grupy** – oznacza osobę zatrudnioną przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, mianowania, wyboru, powołania, umowy o pracę nakładczą, spółdzielczej umowy o pracę w pełnym lub niepełnym wymiarze pracy, osobę współpracującą na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia, jeżeli jest objęta ubezpieczeniem społecznym z tego tytułu oraz osobę zatrudnioną na podstawie umowy zawartej w wyniku powołania lub wyboru do organu reprezentującego osobę prawną, w tym kontraktu menedżerskiego, a także członka spółdzielni, stowarzyszenia, organizacji samorządowej, organizacji społecznych pod warunkiem, że umowa ubezpieczenia przewiduje obejmowanie ochroną ubezpieczeniową tych członków,
- 2) **data wymagalności** – oznacza datę, do której zgodnie z umową ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki ubezpieczeniowej; jeżeli nie umówiono się inaczej, datą wymagalności składki jest ostatni dzień miesiąca poprzedzający miesiąc, za który należna jest składka ubezpieczeniowa,
- 3) **nieszczęśliwy wypadek** – nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego Ubezpieczony niezależnie od swej woli, doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł.

Za nieszczęśliwy wypadek w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków nie uznaje się:

- zawału mięśnia sercowego,
- udaru mózgu,
- infekcji,
- innych chorób, w tym występujących nagle,

- 4) **okres karencji** – okres braku odpowiedzialności Towarzystwa występujący w sytuacjach wskazanych w umowie ubezpieczenia,
- 5) **polisa** – dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia między Ubezpieczającym a Towarzystwem,
- 6) **rocznica polisy** – każda kolejna rocznica wskazanego w polisie dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, przy czym za rocznicę dnia 29 lutego uważa się dzień 28 lutego następnego roku polisowego. W przypadku, gdy w roku polisowym występuje dzień 29 lutego, za rocznicę polisy uważa się dzień 29 lutego,
- 7) **rok polisowy** – oznacza okres 12 miesięcy liczonych od dnia rocznicy polisy do dnia poprzedzającego kolejną rocznicę polisy,
- 8) **świadczenie ubezpieczeniowe** – oznacza kwotę pieniężną, którą Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu lub osobie uprawnionej w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
- 9) **ubezpieczenie** – oznacza zarówno ubezpieczenie grupowe, jak i ubezpieczenie indywidualnie kontynuowane,
- 10) **ubezpieczenie grupowe** – oznacza umowę ubezpieczenia zawartą na rachunek członków grupy, którzy wyrazili zgodę na przystąpienie do umowy ubezpieczenia,
- 11) **ubezpieczenie indywidualnie kontynuowane** – oznacza umowę zawartą przez osobę fizyczną na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, po zakończeniu wobec tej osoby ochrony ubezpieczeniowej w ubezpieczeniu grupowym,
- 12) **Ubezpieczony** – wskazana w umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie lub zdrowie jest przedmiotem umowy ubezpieczenia, będąca członkiem grupy,
- 13) **Uposażony** – oznacza wskazaną przez Ubezpieczonego osobę uprawnioną do odbioru świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek jego śmierci.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot ubezpieczenia)

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

§ 4 (zakres ubezpieczenia, możliwość zmiany)

1. Ubezpieczenie może być zawarte :
 - 1) **w zakresie podstawowym** – w którym odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego, z zachowaniem ograniczeń wynikających z niniejszych OWU,
 - 2) **w zakresie rozszerzonym** – w którym odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie dodatkowych świadczeń, zgodnie z postanowieniami odpowiednich Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia.
2. Za zgodą Towarzystwa możliwe jest obowiązywanie u jednego Ubezpieczającego, w tym samym czasie, więcej niż jednego ubezpieczenia grupowego, zawartego na podstawie niniejszych OWU, z zastrzeżeniem § 9 ust. 2.
3. Jeżeli umowa ubezpieczenia nie przewiduje inaczej, w sytuacji opisanej w ust. 2, członkowie grupy mogą dokonywać wyboru jednego z obowiązujących u Ubezpieczającego ubezpieczeń grupowych. Zmiana ubezpieczenia grupowego może nastąpić na wniosek Ubezpieczonego nie częściej niż jeden raz w roku polisowym (brany jest pod uwagę rok polisowy ubezpieczenia

- grupowego, którym Ubezpieczony jest objęty składając wniosek o zmianę).
4. W sytuacji opisanej w ust. 3, zmiana ubezpieczenia grupowego nastąpi z początkiem najbliższego miesiąca następującego po dniu złożenia przez Ubezpieczonego wniosku w tym zakresie. Zmiana ubezpieczenia grupowego nastąpi pod warunkiem opłacenia składki ubezpieczeniowej w wysokości właściwej dla wybranego ubezpieczenia grupowego oraz pod warunkiem, że Ubezpieczony spełnia warunki do objęcia wybranym ubezpieczeniem grupowym. Po zmianie ubezpieczenia grupowego stosowana będzie karencja w odniesieniu do świadczeń, które nie obowiązywały wobec Ubezpieczonego przed zmianą ubezpieczenia oraz w odniesieniu do części kwot dotychczasowych świadczeń, o które w wyniku zmiany ubezpieczenia grupowego, wzrosła odpowiedzialność Towarzystwa. Karencja będzie stosowana przez okresy przewidziane w niniejszych OWU oraz Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia i będzie obowiązywała od daty zmiany ubezpieczenia grupowego.
 5. W sytuacji opisanej w ust. 2, umowa ubezpieczenia może przewidywać możliwość objęcia członka grupy w jednym czasie odpowiedzialnością Towarzystwa w ramach więcej niż jednego ubezpieczenia grupowego, ale tylko w odniesieniu do umów ubezpieczenia zawartych z tym samym Ubezpieczającym. Jeżeli Ubezpieczony wnioskuje o objęcie go kolejnym ubezpieczeniem grupowym, to rozpoczęcie odpowiedzialności Towarzystwa w ramach tego ubezpieczenia grupowego, następuje z odpowiednim zastosowaniem postanowień ust. 4.
 6. Ubezpieczenie indywidualnie kontynuowane zawierane jest w zakresie zgodnym z przyjętym dla ubezpieczenia grupowego podlegającego kontynuacji, chyba że Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia przewidują szczególne postanowienia w zakresie zasad indywidualnej kontynuacji. Zmiana zakresu w okresie ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego nie jest możliwa.

§ 5 (zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia)

Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa, o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt 2, następuje wówczas, gdy Ubezpieczający, który zawarł umowę ubezpieczenia w zakresie podstawowym (podstawowa umowa ubezpieczenia), zawarł z Towarzystwem dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w odpowiednich Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, za opłatą dodatkowej składki ubezpieczeniowej.

§ 6 (odpowiedzialność Towarzystwa)

Odpowiedzialność Towarzystwa polega na obowiązku wypłaty Uposażonemu lub osobie wskazanej w § 26 ust. 6 i 7 świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości przewidzianej w polisie w razie zajścia zdarzenia w postaci śmierci Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 7 i § 8.

III. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI, KARENCA

§ 7 (ograniczenia odpowiedzialności z tytułu śmierci)

1. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona, gdy śmierć osoby ubezpieczonej nastąpiła 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

- 3) 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, jednak którego popełnienie, wskutek śmierci Ubezpieczonego, nie zostało stwierdzone wyrokiem sądowym,
 - 4) wskutek czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy i terroryzmu,
 - 5) wskutek samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie pierwszych dwóch lat od daty złożenia przez Ubezpieczonego deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia grupowego.
2. W przypadku określonym w § 8 ust. 3 niniejszych OWU, oprócz sytuacji wskazanych w ust. 1 niniejszego paragrafu, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku będącego wynikiem:
 - 1) uprawiania przez Ubezpieczonego amatorsko lub czynowo niebezpiecznych sportów: 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,
 - 2) samookaleczenia się Ubezpieczonego,
 - 3) działania Ubezpieczonego pod wpływem, w stanie lub warunkach choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych i choroby układu nerwowego – o ile miało to wpływ na powstanie szkody,
 - 4) 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, o ile miało to wpływ na powstanie szkody,
 - 5) przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nie należącego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych),
 - 6) poddania się Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 7) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał wymaganych przez obowiązujące przepisy uprawnień do prowadzenia danego pojazdu.

§ 8 (karencja)

1. Karencja ma zastosowanie :
 - a) w odniesieniu do osoby będącej członkiem grupy w dniu wskazanym w polisie jako początek ochrony ubezpieczeniowej, która złożyła deklarację zgody na przystąpienie do ubezpieczenia grupowego po upływie 3 miesięcy od dnia wskazanego w polisie jako początek ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) w odniesieniu do osoby, która w dacie wskazanej w polisie jako początek ochrony ubezpieczeniowej, nie była członkiem grupy (niezależnie od daty złożenia deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia grupowego na życie).
2. Okres karencji wynosi 6 miesięcy. Z zastrzeżeniem § 4 ust. 4, okres karencji liczony jest od daty początku ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w § 19 ust. 1.

3. Karencja określona w ust. 1 nie ma zastosowania w sytuacji, gdy przyczyną śmierci Ubezpieczonego był nieszczęśliwy wypadek, z zastrzeżeniem postanowień § 7 ust. 2.

IV. SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 9 (suma ubezpieczenia)

1. Sumę ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia w jednakowej wysokości dla wszystkich Ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem grupowym.
2. Suma ubezpieczenia w odniesieniu do jednego Ubezpieczonego, niezależnie od ilości umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU – nie może być wyższa niż 50 000 PLN.
3. Suma ubezpieczenia w indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia jest równa sumie ubezpieczenia określonej dla ubezpieczenia grupowego, z tytułu którego Ubezpieczony objęty był odpowiedzialnością Towarzystwa.
4. Suma ubezpieczenia stanowi podstawę do określenia wysokości świadczeń ubezpieczeniowych oraz obliczenia wysokości składek ubezpieczeniowych.
5. Suma ubezpieczenia w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej jest niezmienna, co nie uchybia stosowaniu postanowień § 4.

§ 10 (składka ubezpieczeniowa)

1. Składkę ubezpieczeniową ustala się odrębnie dla każdej umowy ubezpieczenia w jednakowej wysokości dla wszystkich Ubezpieczonych lub określonej grupy Ubezpieczonych. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od wysokości sumy ubezpieczenia, stopnia ryzyka jakie poniesie Towarzystwo po rozpoczęciu odpowiedzialności ubezpieczeniowej, oraz kosztów zawarcia i obsługi ubezpieczenia. Składka ubezpieczeniowa wyliczana jest zgodnie z zasadami matematyki aktuarialnej, w oparciu o wykorzystywane przez Towarzystwo tabele trwania życia.
2. Składka ubezpieczeniowa w ramach indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, może różnić się od składki w ubezpieczeniu grupowym i zależy od czynników wskazanych w ust. 1.

§ 11 (częstotliwość opłacania składki ubezpieczeniowej)

Składka ubezpieczeniowa płatna jest z częstotliwością miesięczną dla osób kontynuujących ubezpieczenie indywidualne – z częstotliwością kwartalną.

§ 12 (termin opłacania składki ubezpieczeniowej)

1. Pierwsza wpłata na poczet składki ubezpieczeniowej w ramach ubezpieczenia grupowego winna być wpłacona do końca miesiąca kalendarzowego, w którym podpisana została deklaracja zgody.
2. Pierwsza wpłata składki ubezpieczeniowej w ramach ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego, winna być dokonana na rachunek bankowy Towarzystwa lub pośrednika, do końca miesiąca kalendarzowego, w którym został złożony wniosek, o którym mowa w § 22 ust. 3.
3. W ubezpieczeniu grupowym, Ubezpieczający jest obowiązany przekazywać Towarzystwu należne składki ubezpieczeniowe za każdego Ubezpieczonego, na zasadach i w terminach określonych w § 24.
4. W ramach ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego, składki ubezpieczeniowe wpłacane są na rachunek bankowy Towarzystwa lub pośrednika, z częstotliwością kwartalną z góry, do końca pierwszego miesiąca kwartału, za który są należne.
5. W przypadku ustania ochrony ubezpieczeniowej przed zakończeniem okresu ubezpieczenia, Towarzystwo na wniosek

Ubezpieczającego, dokona zwrotu części składki ubezpieczeniowej przypadającej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

V. UMOWA UBEZPIECZENIA

§ 13 (podstawa zawarcia umowy ubezpieczenia)

1. Podstawą zawarcia umowy ubezpieczenia jest złożenie przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na formularzu stosowanym przez Towarzystwo.
2. W przypadku złożenia przez Ubezpieczającego oferty, Towarzystwo przekazuje podmiotowi, który zamierza zawrzeć umowę ubezpieczenia, formularz wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz obowiązujące OWU.

§ 14 (okres trwania umowy ubezpieczenia)

1. Umowa ubezpieczenia grupowego oraz umowa ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego, zawierane są na jeden rok.
2. Umowa ubezpieczenia oraz umowa ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego, zostanie automatycznie przedłużona na okres kolejnego roku, o ile najpóźniej na 30 dni przed końcem umowy ubezpieczenia, żadna ze stron umowy nie złoży pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu tej umowy lub o gotowości przedłużenia umowy na zmienionych warunkach.
3. W przypadku złożenia przez stronę umowy ubezpieczenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 2, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu na jaki została zawarta, chyba że strony dojdą do porozumienia co do warunków przedłużenia okresu trwania umowy ubezpieczenia.
4. W przypadku zawarcia porozumienia, o którym mowa w ust. 3, zmienione warunki ubezpieczenia mają zastosowanie od dnia rocznicy polisy, chyba że strony umówią się inaczej.

§ 15 (prawo do objęcia ubezpieczeniem)

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia ochroną ubezpieczeniową, w ramach ubezpieczenia grupowego, może zostać objęta osoba wymieniona w § 2 pkt 1, która w dniu składania deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia grupowego będzie miała ukończone 15 lat, a nie będzie miała ukończonego 65 roku życia.
2. Ochroną ubezpieczeniową nie może zostać objęta osoba, która w dacie składania deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia, przebywa na zwolnieniu lekarskim z powodu choroby.

§ 16 (obejmowanie ubezpieczeniem członków grupy po zawarciu umowy)

1. W czasie trwania ubezpieczenia grupowego Ubezpieczający może objąć umową ubezpieczenia dodatkowe osoby należące do grupy określonej w umowie ubezpieczenia, przekazując Towarzystwu deklarację zgody osób przystępujących do ubezpieczenia grupowego oraz opłacając dodatkowe składki ubezpieczeniowe.
2. Informacje w sprawie rozszerzenia liczby Ubezpieczonych, Ubezpieczający przekazuje Towarzystwu wraz z okresowym rozliczeniem składek w terminach określonych w § 24.

§ 17 (polisa)

1. Na dowód zawarcia umowy ubezpieczenia Towarzystwo wystawia dokument ubezpieczenia - polisę.
2. Jeżeli strony nie umówią się inaczej, do zawarcia umowy dochodzi z chwilą akceptacji przez Towarzystwo wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 – 5.

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 lub Ubezpieczonego 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 ubezpieczenia doszła do skutku zgodnie z treścią polisy, 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.

§ 18 (zmiana warunków umowy ubezpieczenia)

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia mogą ulec zmianie w trakcie obowiązywania umowy w trybie określonym w art. 830 § 4 Kodeksu cywilnego.

VI. CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

§ 19 (początek odpowiedzialności)

1. Z zastrzeżeniem postanowień § 8, okres ochrony ubezpieczeniowej, a tym samym odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do poszczególnych członków grupy, rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym została złożona Towarzystwu deklaracja zgody na przystąpienie do ubezpieczenia grupowego.
2. Okres ochrony ubezpieczeniowej, a tym samym odpowiedzialności Towarzystwa w ramach indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, rozpoczyna się z pierwszym dniem miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym ustala ochrona ubezpieczeniowa w ramach ubezpieczenia grupowego, pod warunkiem złożenia Towarzystwu wniosku i opłacenia pierwszej składki ubezpieczeniowej, o których mowa w § 22 ust. 3.

§ 20 (zakończenie odpowiedzialności Towarzystwa)

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 końcem miesiąca, w którym ustal stosunek członkostwa Ubezpieczonego w spółdzielni lub innej organizacji będącej Ubezpieczającym bądź stosunek pracy Ubezpieczonego z Ubezpieczającym,
 - 2) z upływem okresu wypowiedzenia, o którym mowa w § 21 ust. 5,
 - 3) z dniem śmierci Ubezpieczonego.

VII. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 21 (odstąpienie, wypowiedzenie umowy i inne przypadki rozwiązania umowy)

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu na jaki została zawarta, o ile nie dojdzie do jej przedłużenia na zasadach opisanych w § 14 ust. 2 i 3.
2. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą, 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.
3. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
4. Wypowiedzenie umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
5. Umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego w odniesieniu do Ubezpieczonego, gdy składka należna za tego Ubezpieczonego nie zostanie opłacona najpóźniej w trzecim kolejnym terminie wymagalności składki ubezpieczeniowej, płatnej za tego Ubezpieczonego, mimo otrzymania przez Ubezpieczającego od Towarzystwa wezwania do zapłaty składki w tym terminie; okres wypowiedzenia kończy się z upływem trzeciego kolejnego terminu wymagalności składki ubezpieczeniowej, płatnej za tego Ubezpieczonego.

VIII. INDYWIDUALNE KONTYNUOWANIE UBEZPIECZENIA

§ 22 (prawo do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia i zasady zawierania umowy)

1. Prawo do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia przysługuje :
 - 1) pracownikowi przebywającemu na urlopie wychowawczym lub bezpłatnym,
 - 2) Ubezpieczonemu, z którym ustal stosunek pracy lub członkostwa z Ubezpieczającym.
2. Ubezpieczony nabywa prawo do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia pod warunkiem, że w okresie ostatnich 12 miesięcy był objęty ubezpieczeniem grupowym, za które nieprzerwanie opłacane były składki ubezpieczeniowe.
3. Indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia może nastąpić po złożeniu wniosku w formie pisemnej i opłaceniu pierwszej kwartalnej składki ubezpieczeniowej, w terminie najpóźniej 30 dni po ustaniu odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego. Za datę złożenia wniosku uznaje się dzień przekazania go Ubezpieczającemu lub Towarzystwu. W przypadku spełnienia warunków określonych w zdaniu pierwszym, zachowana jest ciągłość ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwa.

IX. PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

§ 23 (obowiązek udzielania informacji przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego)

1. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, które mogą mieć wpływ na podjęcie przez Towarzystwo decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia, przez udzielenie przy zawieraniu bądź przystępowaniu do umowy ubezpieczenia

- zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania Towarzystwa zawarte w formularzach Towarzystwa lub przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo Umowy mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 1 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia postanowień ust. 1 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa prawne są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
 3. Po upływie lat trzech od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy ubezpieczenia Ubezpieczający lub Ubezpieczony podał wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zataił swoją chorobę.
 4. Postanowienia ust. 1 - 3 stosuje się odpowiednio, w przypadku przystąpienia Ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia w dacie innej niż data zawarcia tej umowy. Trzyletni okres, określony w ust. 3, liczy się w tym przypadku od daty złożenia przez Ubezpieczonego deklaracji zgody na przystąpienie do umowy ubezpieczenia.

§ 24 (obowiązki Ubezpieczającego w trakcie trwania umowy ubezpieczenia)

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Towarzystwu składek ubezpieczeniowych w terminie do 10 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni.
2. W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest do przysyłania Towarzystwu, w terminie do 10 dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni, następujących dokumentów:
 - 1) miesięcznych rozliczeń wpłaconych składek ubezpieczeniowych,
 - 2) deklaracji zgody osób nowo przystępujących do ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest do pośredniczenia w przekazywaniu dokumentów kierowanych do Ubezpieczonych przez Towarzystwo i do Towarzystwa przez Ubezpieczonych.
4. W czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa, Towarzystwu przysługuje prawo do kontrolowania obsługi ubezpieczenia wykonywanej przez Ubezpieczającego, którego pracownicy (członkowie) są objęci ochroną ubezpieczeniową.

§ 25 (obowiązki Towarzystwa)

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia określonego w § 6 niniejszych OWU, Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia.
2. Obowiązek Towarzystwa określony w ust. 1 powstaje nie wcześniej niż z datą początku ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w § 19, z uwzględnieniem postanowień § 8.

X. OSOBA UPRAWNIONA DO ŚWIADCZENIA

§ 26 (zasady wyznaczania Uposażonego i innych osób uprawnionych)

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 wypłynięcia 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

§ 27 (osoba uprawniona do świadczenia ubezpieczeniowego)

Jednorazowe świadczenia ubezpieczeniowe z tytułu śmierci Ubezpieczonego wypłaca się Uposażonemu, a w przypadku braku osoby uposażonej, osobie wskazanej w § 26 ust. 6 i 7.

§ 28 (wymagane dokumenty)

1. Uposażony lub inna osoba występująca z roszczeniem, obowiązana jest przedłożyć Towarzystwu dokumenty uzasadniające roszczenie:
 - 1) zgłoszenie roszczenia (na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
 - 2) skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - 3) własny dokument tożsamości,
 - 4) kartę zgonu Ubezpieczonego lub zaświadczenie lekarskie o przyczynie zgonu, na wniosek Towarzystwa, w przypadku, gdy odpowiedzialność Towarzystwa wynikająca z OWU uzależniona jest od przyczyny zgonu Ubezpieczonego.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, która nastąpiła za granicą, wszelkie dokumenty, wystawione za granicą przez uprawnione podmioty, dotyczące śmierci Ubezpieczonego i składane przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego, powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

§ 29 (realizacja świadczenia ubezpieczeniowego)

1. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczającego lub

- Ubezpieczonego o ile nie są osobami występującymi z zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, a także informuje, w formie pisemnej lub drogą elektroniczną, osobę występującą z roszczeniem wypłaty świadczenia, o wykazie dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.
2. Towarzystwo wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe na podstawie uznania roszczenia uprawnionego do odbioru świadczenia w wyniku ustaleń dokonanych w procesie likwidacji roszczenia, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.
 3. Towarzystwo wypłaca należne świadczenie w ciągu 30 dni od daty zgłoszenia roszczenia.
 4. Jeżeli w terminie określonym w ust. 3, ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego jest niemożliwe, świadczenie to powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego, wypłaca się w terminie przewidzianym w ust. 3.
 5. Jeżeli w terminie określonym w ust. 3 nie zostanie wypłacone świadczenie ubezpieczeniowe, Towarzystwo zawiadamia osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części.

§ 30 (odwołanie od decyzji Towarzystwa)

1. Jeżeli Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa co do odmowy wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego 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 Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do świadczenia ubezpieczeniowego, wysyłając pisemną odpowiedź w terminie 30 dni od daty wpływu odwołania.
3. W zawiadomieniu o ograniczeniu wysokości świadczenia ubezpieczeniowego lub odmowie jego wypłaty, Towarzystwo pouczy zainteresowane osoby o trybie dochodzenia roszczeń.

XII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 31 (zasady korespondencji)

1. Wypowiedzenia, odstąpienia oraz wszelkie inne zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Towarzystwa, Ubezpieczającego i Ubezpieczonego lub innej osoby uprawnionej do odbioru świadczenia, powinny być kierowane na piśmie, pod rygorem nieważności.
2. Towarzystwo, Ubezpieczający oraz Ubezpieczony zobowiązani są do powiadamiania się wzajemnie o zmianie swojego adresu zamieszkania lub siedziby.

§ 32 (przepisy zewnętrzne)

1. Podatki i opłaty związane z otrzymaniem świadczenia ubezpieczeniowego, nie obciążają Towarzystwa.
2. Podatki i opłaty związane z płatnością składek ubezpieczeniowych, obciążają Ubezpieczającego.

3. Przepisy regulujące opodatkowanie świadczeń ubezpieczeniowych określonych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, Towarzystwo wskazuje w polisie lub innym dokumencie stanowiącym integralną część umowy ubezpieczenia.
4. Roszczenia z umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, przedawniają się z upływem 3 lat.
5. Wszelkie informacje związane z zawarciem umowy ubezpieczenia, uzyskane przez strony zarówno w trakcie negocjacji zmierzających do podpisania umowy ubezpieczenia, jak i w trakcie realizacji tej umowy, objęte są tajemnicą i nie mogą być udostępniane osobom trzecim, poza przypadkami określonymi powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.
6. W sprawach nie uregulowanych niniejszymi ogólnymi warunkami ubezpieczenia, mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy prawa, w szczególności przepisy Kodeksu cywilnego oraz przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

§ 33 (prawo wglądu do akt)

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

§ 34 (skargi, zażalenia i spory sądowe)

1. Zasady opisane w § 30 ust. 1 i 2 stosowane są odpowiednio w odniesieniu do skarg i zażaleń składanych przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub osobę uprawnioną do świadczenia ubezpieczeniowego, w związku z umową ubezpieczenia. Skargi i zażalenia mogą być również kierowane do Rzecznika Ubezpieczonych.
2. Spory wynikające z umów ubezpieczenia będą rozstrzygane przez sąd według właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub innej osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia.

§ 35 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 21 listopada 2011 roku przez Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01 lutego 2012 roku.


Grzegorz Buczkowski
Prezes Zarządu


Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu


Katarzyna Bieranowska
Członek Zarządu