

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW - ATUT -

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

1. Na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, zwanych dalej OWU, Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych, zwane dalej "Towarzystwem", w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, zawiera umowy grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, z osobami prawnymi lub jednostkami organizacyjnymi niebędącymi osobami prawnymi, którym ustawa przyznaje zdolność prawną, zwanymi dalej „Ubezpieczającymi”.
2. Umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWU jest umową grupową zawartą na cudzy rachunek.
3. Za porozumieniem stron, do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
4. W przypadku określonym w ust.3, Towarzystwo zobowiązane jest przedstawić Ubezpieczającemu różnicę między treścią umowy ubezpieczenia a treścią 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)

Przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWU:

- 1) **całkowita trwała niezdolność do pracy** - powstała w następstwie nieszczęśliwego wypadku całkowita trwała niezdolność do wykonywania przez Ubezpieczonego jakiegokolwiek działalności zarobkowej, w rozumieniu działalności nakierowanej na osiągnięcie przychodu, wykonywanej w szczególności na podstawie umowy o pracę, w ramach wykonywania wolnego zawodu lub prowadzenia działalności gospodarczej,
- 2) **nieszczęśliwy wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, w następstwie którego Ubezpieczony niezależnie od swej woli, doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł; za nieszczęśliwy wypadek nie uznaje się:
 - a) zawału serca
 - b) udaru mózgu,
 - c) infekcji,
 - d) innych chorób, w tym występujących nagle,
- 3) **okres ubezpieczenia** - okres, w którym Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu umowy ubezpieczenia,
- 4) **pobyt w szpitalu** - potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu, powstały bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, trwający nieprzerwanie co najmniej 2 dni, przy czym do okresu pobytu w szpitalu zaliczane są w całości: dzień, w którym osoba objęta ubezpieczeniem została przyjęta do szpitala oraz dzień, w którym osoba objęta ubezpieczeniem została wypisana ze szpitala,
- 5) **polisa** - dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia między Ubezpieczającym a Towarzystwem,
- 6) **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,
- 7) **śmierć w następstwie udaru mózgu** - śmierć w następstwie udaru niedokrwinnego, udaru krwotocznego, udaru podpajęczynówkowego na skutek pęknięcia tętniaka wewnątrzczaszkowego, co zostało wskazane jako wyjściowa lub bezpośrednia przyczyna zgonu w karcie zgonu lub w protokole badania sekcijnego,
- 8) **śmierć w następstwie zawału serca** - śmierć w następstwie martwicy części mięśnia sercowego, spowodowanej niedokrwieniem, co zostało wskazane jako wyjściowa lub bezpośrednia przyczyna zgonu w karcie zgonu lub w protokole badania sekcijnego,
- 9) **Ubezpieczający** - osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, której ustawa przyznaje zdolność prawną, która zawiera z Towarzystwem umowę grupowego ubezpieczenia na cudzy rachunek na podstawie niniejszych OWU i zobowiązana jest do opłacenia składki,
- 10) **Ubezpieczony** - osoba fizyczna - członek SKOK, na rachunek którego została zawarta umowa ubezpieczenia grupowego,
- 11) **udar mózgu** - nagłe, trwale uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego,

- 12) **uposażony** - wskazana przez Ubezpieczającego za zgodą Ubezpieczonego osoba uprawniona do świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego,
- 13) **zawał serca** - martwica części mięśnia sercowego, spowodowana niedokrwieniem.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest:
 - 1) śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie ubezpieczenia,
 - 2) śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, zaistniałego w okresie ubezpieczenia,
 - 3) całkowita trwała niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie ubezpieczenia,
 - 4) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie ubezpieczenia.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie ubezpieczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub poza jej granicami, która nastąpiła nie później niż przed upływem 12 miesięcy od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, zaistniałego w okresie ubezpieczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub poza jej granicami, która nastąpiła nie później niż przed upływem 1 miesiąca od daty rozpoznania zawału serca lub udaru mózgu, z zastrzeżeniem postanowień § 4 ust.2,
 - 3) całkowitą trwałą niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie ubezpieczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub poza jej granicami,
 - 4) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub poza jej granicami w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie ubezpieczenia, który rozpoczął się nie później niż przed upływem 12 miesięcy od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.

§ 4 (ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności)

1. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona, gdy śmierć Ubezpieczonego, całkowita trwała niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub pobyt Ubezpieczonego w szpitalu nastąpiły bezpośrednio lub pośrednio:
 - 1) wskutek działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych,
 - 2) wskutek zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub 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, choćby jego popełnienie, wskutek śmierci Ubezpieczonego, nie zostało stwierdzone wyrokiem sądowym,
 - 4) wskutek czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu,
 - 5) wskutek samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego,
 - 6) w wyniku uprawiania przez Ubezpieczonego amatorsko lub wyczynowo 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, kaskaderstwa lub uczestnictwa w wyprawach lub ekspedycjach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi,
 - 7) wskutek samookaleczenia się Ubezpieczonego,
 - 8) w wyniku działania Ubezpieczonego pod wpływem, w stanie lub warunkach choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego – o ile miało to wpływ na powstanie szkody,
 - 9) wskutek zatrucia się Ubezpieczonego spowodowanego spożyciem 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,
 - 10) w wyniku przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nienależącego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych),
 - 11) wskutek poddania się Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 12) wskutek prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiedniego dokumentu uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu, wymaganego odrębnymi przepisami.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona, gdy śmierć Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu, jest następstwem chorób stwierdzonych przez lekarza w okresie 12 miesięcy poprzedzających datę złożenia przez Ubezpieczonego deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe nie jest należne, jeżeli pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego, całkowitą trwałą niezdolnością Ubezpieczonego do pracy lub pobytem Ubezpieczonego w szpitalu nie istniał związek przyczynowy.
2. Warunkiem objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową jest złożenie przez niego deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia, sporządzonej w formie pisemnej, na formularzu Towarzystwa.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia następnego po podpisaniu przez Ubezpieczonego deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia.
4. W odniesieniu do każdego Ubezpieczonego, okres odpowiedzialności Towarzystwa nie może być krótszy niż 4 miesiące i nie dłuższy niż 120 miesięcy.

III. SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 5 (suma ubezpieczenia)

1. Sumę ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia w jednakowej wysokości dla wszystkich Ubezpieczonych objętych umową ubezpieczenia grupowego.
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.

§ 6 (składka ubezpieczeniowa)

1. Towarzystwo ustala wysokość składki ubezpieczeniowej należnej za każdego Ubezpieczonego na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu zawierania umowy, stanowiącej integralną część umowy ubezpieczenia. Stawki taryfowe zawarte w taryfie składek określono zgodnie z zasadami matematyki aktuariałnej, w zależności od stopnia ryzyka jakie poniesie Towarzystwo po rozpoczęciu odpowiedzialności ubezpieczeniowej oraz kosztów zawarcia i obsługi ubezpieczenia.
2. Składka należna za cały okres ubezpieczenia wszystkich Ubezpieczonych, którzy przystąpili do ubezpieczenia w danym miesiącu, przekazywana jest zbiorczo przez Ubezpieczającego Towarzystwu, w terminie do 5 dnia miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym nastąpiło przystąpienie do ubezpieczenia.
3. Składkę opłaca się przelewem na rachunek bankowy Towarzystwa. Warunkiem uznania wpłaty składki za dokonaną jest wpłynięcie kwoty składki na właściwy rachunek Towarzystwa.
4. W przypadku ustania ochrony ubezpieczeniowej wobec danego Ubezpieczonego przed zakończeniem okresu ubezpieczenia, Towarzystwo na wniosek Ubezpieczającego, dokona zwrotu części składki ubezpieczeniowej przypadającej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

IV. UMOWA UBEZPIECZENIA

§ 7 (zawarcie umowy ubezpieczenia)

1. Podstawą zawarcia umowy ubezpieczenia jest złożenie przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na formularzu stosowanym przez Towarzystwo.
2. Na dowód zawarcia umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wystawia polisę.
3. Jeżeli strony nie umówią się inaczej, do zawarcia umowy dochodzi z chwilą akceptacji przez Towarzystwo wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust.4-6.
4. Jeżeli polisa zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, Towarzystwo zobowiązane jest zwrócić na to 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.
5. W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego, o którym mowa w ust. 4, uważa się, że umowa doszła do skutku zgodnie z treścią polisy, od następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
6. W przypadku zgłoszenia przez Ubezpieczającego sprzeciwu, o którym mowa w ust.4, 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 niedojścia do skutku umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu dokonane wpłaty na poczet składek ubezpieczeniowych.

§ 8 (czas trwania umowy ubezpieczenia)

Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony.

V. CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

§ 9 (objętość ubezpieczeniem i początek odpowiedzialności Towarzystwa)

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na rachunek Ubezpieczonych, którzy w dniu przystępowania do ubezpieczenia nie ukończyli 75 roku życia.

§ 10 (zakończenie odpowiedzialności Towarzystwa)

Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się:

- 1) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego w trybie określonym w § 11 ust.1,
- 2) z upływem okresu wypowiedzenia przez Ubezpieczającego umowy ubezpieczenia względem wszystkich lub poszczególnych Ubezpieczonych w trybie określonym w § 11 ust.2,
- 3) z dniem upływu okresu ubezpieczenia - wobec danego Ubezpieczonego,
- 4) z dniem śmierci Ubezpieczonego - wobec tego Ubezpieczonego.

VI. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 11 (odstąpienie, wypowiedzenie umowy i 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. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia względem wszystkich lub poszczególnych Ubezpieczonych, w każdym czasie, z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
3. Wypowiedzenie umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
4. Na wniosek Ubezpieczającego i za zgodą Towarzystwa, umowa ubezpieczenia może zostać rozwiązana względem poszczególnych Ubezpieczonych ze skutkiem na dzień doręczenia Towarzystwu wniosku o wcześniejsze zakończenie ochrony ubezpieczeniowej.
5. W przypadku nieopłacenia w terminie składki ubezpieczeniowej należnej za danego Ubezpieczonego w całości lub w części, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty składki lub jej brakującej części, wyznaczając w tym celu dodatkowy termin 14 dni. W wezwaniu do zapłaty Towarzystwo powiadomi Ubezpieczającego o skutkach, o których mowa w ust.6.
6. Jeżeli składka lub jej brakująca część nie zostanie opłacona w dodatkowym terminie wskazanym w ust.5, umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego w odniesieniu do danego Ubezpieczonego z upływem ostatniego dnia dodatkowego terminu wskazanego w ust.5. W przypadku nieuiszczenia brakującej części składki w dodatkowym terminie wskazanym w ust.5, Towarzystwo na wniosek Ubezpieczającego zwróci część składki ubezpieczeniowej przypadającej za okres, w którym nie świadczyło ochrony ubezpieczeniowej.

VII. PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

§ 12 (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 zdarzenie przewidziane umową i jego następstwa prawne są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
3. Postanowienia ust.1-2 stosuje się odpowiednio w przypadku przystąpienia Ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia w dacie innej niż data zawarcia. tej umowy.

§ 13 (obowiązki Ubezpieczającego w trakcie trwania umowy ubezpieczenia)

1. Ubezpieczający zobowiązany jest udostępnić Ubezpieczonym, przed odebraniem od nich deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia, treść obowiązujących OWU.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest przechowywać złożone przez Ubezpieczonych deklaracje zgody na przystąpienie do ubezpieczenia zgodnie z

wymogami obowiązujących przepisów prawa, w szczególności w zakresie ochrony danych osobowych, do czasu przekazania ich Towarzystwu.

3. W czasie trwania umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Towarzystwu składek ubezpieczeniowych w terminie wskazanym w § 6 ust.2.
4. Wraz ze składką ubezpieczeniową, Ubezpieczający zobowiązany jest do przesyłania Towarzystwu następujących dokumentów:
 - 1) miesięcznych rozliczeń wpłaconych składek ubezpieczeniowych, ze wskazaniem osób, których dotyczą,
 - 2) deklaracji zgody osób nowo przystępujących do ubezpieczenia.
5. Ubezpieczający zobowiązany jest do pośredniczenia w przekazywaniu dokumentów kierowanych do Ubezpieczonego przez Towarzystwo i do Towarzystwa przez Ubezpieczonego.
6. W czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa, Towarzystwu przysługuje prawo do kontrolowania obsługi ubezpieczenia wykonywanej przez Ubezpieczającego.

§ 14 (obowiązki Towarzystwa)

W przypadku zaistnienia świadczeń określonych w § 3, Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia, z uwzględnieniem postanowień § 4.

VIII. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

§ 15 (ustalenie wysokości świadczenia)

1. Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia obowiązani są do udokumentowania zasadności zgłoszonego roszczenia.
2. Wysokość świadczenia określa się w następujący sposób:
 - 1) świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku - wypłacane jest osobie uprawnionej w kwocie stanowiącej 100% sumy ubezpieczenia,
 - 2) świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu - wypłacane jest osobie uprawnionej w kwocie stanowiącej 100% sumy ubezpieczenia,
 - 3) świadczenie z tytułu całkowitej trwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku - wypłacane jest Ubezpieczonemu, w kwocie stanowiącej 100% sumy ubezpieczenia, pod warunkiem, że całkowita trwała niezdolność Ubezpieczonego do pracy trwa nieprzerwanie przez okres 18 miesięcy od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku i po zakończeniu tego okresu ma charakter trwały i nieodwracalny; Towarzystwo podejmuje decyzję o stwierdzeniu całkowitej trwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy na podstawie dokumentacji medycznej; w przypadku zaistnienia wątpliwości co do orzeczenia o całkowitej trwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego - na koszt Towarzystwa - na badanie medyczne w placówce służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo,
 - 4) świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku - wypłacane jest Ubezpieczonemu w formie dziennego świadczenia szpitalnego w kwocie 20,00 zł za każdy dzień pobytu w szpitalu, przy czym wysokość łącznych świadczeń, związanych z pobytem Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie jednego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 90 dni; jeżeli w jednym dniu Ubezpieczony był pacjentem dwu lub większej liczby szpitali, Towarzystwo wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za ten dzień tylko jeden raz; świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu nie może zostać wypłacone, jeżeli Ubezpieczony w okresie pobytu w szpitalu zmarł.

§ 16 (osoba uprawniona do świadczenia)

1. Ubezpieczający, za uprzednią zgodą Ubezpieczonego, może wskazać imieniem jednego lub więcej uposażonych do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Wskazanie uposażonego może nastąpić zarówno przy zawarciu umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej trwania.
3. Ubezpieczający, za zgodą Ubezpieczonego, ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać uposażonego. Zmiana lub odwołanie uposażonego następuje w momencie wypłynięcia tego zawiadomienia do Towarzystwa.
4. Jeżeli zostało wskazanych kilku uposażonych, a nie oznaczono ich udziału w kwocie świadczenia, uważa się, że ich udziały są równe.
5. Wskazanie uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci.
6. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma imiennie wyznaczonego uposażonego, świadczenie ubezpieczeniowe otrzymują wskazane poniżej osoby, w następującej kolejności:
 - 1) małżonek Ubezpieczonego,
 - 2) inni spadkobiercy zmarłego, jeżeli Ubezpieczony w dniu śmierci nie pozostawał w związku małżeńskim lub małżonek nie żyje lub nie jest uprawniony do świadczenia (świadczenie wypłacane jest w równych częściach, po przedłożeniu postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia

spadku wraz z klauzulą prawomocności bądź zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia).

7. W razie braku uposażonego lub osoby wymienionej w ust.6, z przysługującego świadczenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaca, w granicach sumy ubezpieczenia, w pierwszym rzędzie udowodnione oryginałami rachunków koszty pogrzebu osobie, która te koszty poniosła.

§ 17 (wymagane dokumenty)

1. Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, winna przedłożyć Towarzystwu, za pośrednictwem Ubezpieczającego, następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
 - 1) zgłoszenie roszczenia na formularzu Towarzystwa,
 - 2) w przypadku śmierci Ubezpieczonego - skrócony odpis aktu zgonu, kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu,
 - 3) w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu - dokumentację medyczną potwierdzającą rozpoznanie zawału serca lub udaru mózgu,
 - 4) w przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu - kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub kartę wypisową ze szpitala, wydaną przez lekarza prowadzącego,
 - 5) w przypadku całkowitej trwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy - dokumentację medyczną stwierdzającą całkowitą trwałą niezdolność do pracy,
 - 6) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - 7) własny dokument tożsamości (nie dotyczy Ubezpieczającego).
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, która nastąpiła za granicą, uposażony lub inna osoba występująca z roszczeniem winna przedłożyć wraz z dokumentami, o których mowa w ust.1, dokumenty dotyczące śmierci Ubezpieczonego, wystawione za granicą przez uprawnione podmioty, przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
3. W przypadku pobytu w szpitalu na terytorium kraju innego niż Rzeczpospolita Polska, osoba występująca z roszczeniem powinna przedłożyć dokument, o którym mowa w ust.1 pkt 3) i 4) przetłumaczony na język polski przez tłumacza przysięgłego.
4. Wszelkie koszty związane z uzyskaniem i przekazaniem niezbędnych dokumentów urzędowych ponosi Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia.

§ 18 (wypłata świadczenia)

1. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, 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, a także informuje, w formie pisemnej lub drogą elektroniczną, osobę występującą z roszczeniem o wypłatę świadczenia, o wykazie dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.
2. Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia, w wyniku ustaleń dokonanych w procesie likwidacji, zawartej 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 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 bezsporna część świadczenia wypłaca się w terminie przewidzianym w ust.3.
5. Jeżeli w terminie określonym w ust.3 nie zostanie wypłacone świadczenie, Towarzystwo zawiadamia osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części.
6. Jeżeli Ubezpieczony zmarł przed pobraniem świadczenia, należne przed śmiercią świadczenia wypłaca się spadkobiercom Ubezpieczonego.

§ 19 (odwołanie od decyzji Towarzystwa)

1. Jeżeli 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.

IX. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 20 (zasady korespondencji)

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

§ 21 (przepisy zewnętrzne)

1. 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.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU, mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy prawa, w szczególności przepisy Kodeksu cywilnego oraz przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

§ 22 (prawo wglądu do akt)

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

§ 23 (skargi, zażalenia i spory sądowe)

1. Zasady opisane w § 19 ust. 1 i 2 stosowane są odpowiednio w odniesieniu do skarg i zażaleń składanych przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub osobę uprawnioną do odbioru świadczenia 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 lub innej osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia.

§ 24

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 01 sierpnia 2011 roku przez Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01 października 2011 roku.

Grzegorz Buczkowski
Prezes Zarządu

Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu

Katarzyna Bieranowska
Członek Zarządu