

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE CZŁONKÓW SKOK - POSIADACZY LINII POŻYCZKOWEJ

wystąpił w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień §§ 4-5 niniejszych OWU.

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

1. Na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, zwanych dalej OWU, Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie, zwane dalej „Towarzystwem”, zawiera ze spółdzielczymi kasami oszczędnościowo-kredytowymi (SKOK), zwanymi dalej „Ubezpieczającymi”, umowy grupowego ubezpieczenia na życie członków SKOK - posiadaczy linii pożyczkowej.
2. Umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWU, jest umową grupową zawartą na cudzy rachunek ze wskazaniem i za zgodą osób, na rachunek których została zawarta.
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 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. Przepisy tego nie stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych w drodze negocjacji.

§ 2 (definicje)

Wszelkie pojęcia stosowane w niniejszych OWU należy interpretować w oparciu o poniższy wykaz definicji, przy czym w razie wątpliwości co do terminów nie zdefiniowanych w niniejszych OWU, zastosowanie mają definicje ustawowe wraz z ich aktualną wykładnią sądową:

- 1) **data wymagalności** - data, do której zgodnie z umową ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki ubezpieczeniowej,
- 2) **karencja** - okres braku odpowiedzialności Towarzystwa,
- 3) **nieszczęśliwy wypadek** - nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony, niezależnie od swojej woli, zmarł; przy czym za nieszczęśliwy wypadek w rozumieniu niniejszych OWU nie uznaje się:
 - a) zawału mięśnia sercowego,
 - b) udaru mózgu,
 - c) infekcji,
 - d) innych chorób, w tym występujących nagle,
- 4) **polisa** - dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia między Ubezpieczającym a Towarzystwem,
- 5) **świadczenie ubezpieczeniowe** - kwota pieniężna, którą Towarzystwo wypłaca osobie uprawnionej w przypadku śmierci Ubezpieczonego,
- 6) **Ubezpieczony** - wskazany w umowie ubezpieczenia członek SKOK, który zawarł umowę o linię pożyczkową z Ubezpieczającym i który przystąpił do umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem, z zastrzeżeniem, że w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie przekroczył 70 roku życia,
- 7) **zadłużenie w linii pożyczkowej** - zobowiązanie finansowe członka SKOK wobec SKOK wynikające z zawartej umowy o linię pożyczkową, obejmujące niespłacony kapitał, według stanu na dzień śmierci Ubezpieczonego.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa polega na obowiązku wypłaty osobie uprawnionej:
 - 1) świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia,
 - 2) dodatkowego świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli śmierć Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia została spowodowana bezpośrednio nieszczęśliwym wypadkiem, który

§ 4 (ograniczenia odpowiedzialności z tytułu śmierci)

1. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona, gdy śmierć Ubezpieczonego nastąpiła bezpośrednio lub pośrednio:
 - 1) wskutek działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrótów 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, jednak którego 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 w okresie pierwszych dwóch lat od daty złożenia przez Ubezpieczonego deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia grupowego.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, będącego wynikiem:
 - 1) 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, sportów lotniczych,
 - 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 spożyciem alkoholu lub środków odurzających bądź działania Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub 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 przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiedniego dokumentu uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu, wymaganego odrębnymi przepisami.

§ 5 (karencja)

1. Okres karencji wynosi:
 - 1) w odniesieniu do osób, które w dniu składania deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia nie ukończyły 65 roku życia - przez okres 30 dni od daty złożenia deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia,
 - 2) w odniesieniu do osób, które w dniu składania deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia ukończyły 65 rok życia - przez okres 90 dni od daty złożenia deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia.
2. Karencja, określona w ust.1 nie ma zastosowania w sytuacji, gdy przyczyną śmierci Ubezpieczonego był nieszczęśliwy wypadek.
3. Jeżeli Ubezpieczony w dniu bezpośrednio poprzedzającym objęcie go ochroną ubezpieczeniową, był objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie innej umowy grupowego ubezpieczenia na życie członków SKOK - posiadaczy linii pożyczkowej, karencja ma zastosowanie tylko w odniesieniu do kwoty, o którą wzrosła odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do poprzedniej umowy ubezpieczenia.

III. SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 6 (suma ubezpieczenia)

1. Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego wynosi 100% wartości zadłużenia Ubezpieczonego w linii pożyczkowej na dzień jego śmierci.
2. W przypadku ubezpieczenia na sumę ubezpieczenia przekraczającą 10 000,00 zł, konieczne jest wypełnienie ankiety medycznej.
3. Dodatkowa suma ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku jest równa 200% wartości zadłużenia Ubezpieczonego w linii pożyczkowej na dzień jego śmierci.

§ 7 (składka ubezpieczeniowa)

1. Towarzystwo ustala wysokość składki ubezpieczeniowej na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu zawierania umowy, stanowiącej integralną część umowy ubezpieczenia, każdorazowo dla poszczególnych Ubezpieczonych. Stawki taryfowe zawarte w taryfie składek, określono zgodnie z zasadami matematyki aktuarialnej, w oparciu o wykorzystywane przez Towarzystwo tabele trwania życia. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od stopnia ryzyka jakie poniesie Towarzystwo po rozpoczęciu odpowiedzialności ubezpieczeniowej oraz kosztów zawarcia i obsługi ubezpieczenia.
2. Składka należna za jeden miesiąc ochrony ubezpieczeniowej stanowi sumę iloczynów stawki taryfowej i wartości wykorzystania linii pożyczkowej w każdym dniu danego miesiąca trwania ubezpieczenia.
3. Składka opłacana jest z częstotliwością miesięczną.
4. Jeżeli strony nie umówią się inaczej, Ubezpieczający obowiązany jest przekazać składkę należną za każdego Ubezpieczonego na rachunek bankowy Towarzystwa w terminie do 10 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni, wraz ze wskazaniem, których Ubezpieczonych dotyczy płatność.
5. Składkę opłaca się przelewem na rachunek bankowy Towarzystwa. Warunkiem uznania wpłaty składki za dokonaną jest wpłynięcie kwoty składki na właściwy rachunek Towarzystwa.
6. 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

§ 8 (zawarcie umowy ubezpieczenia)

1. Podstawą zawarcia umowy ubezpieczenia jest złożenie przez SKOK, który zamierza zawrzeć umowę ubezpieczenia, wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, na formularzu stosowanym przez Towarzystwo.
2. W przypadku złożenia przez SKOK oferty, Towarzystwo przekazuje formularz wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, oraz obowiązujące OWU.
3. Na dowód zawarcia umowy ubezpieczenia Towarzystwo wystawia dokument ubezpieczenia - polisę.
4. Jeżeli strony nie umówią się inaczej, do zawarcia umowy dochodzi z chwilą akceptacji przez Towarzystwo wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust.5-7.
5. Jeżeli polisa zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego 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.
6. W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego, o którym mowa w ust.5, uważa się, że umowa doszła do skutku zgodnie z treścią polisy, od następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
7. W przypadku zgłoszenia przez Ubezpieczającego sprzeciwu, o którym mowa w ust.5, 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.

§ 9 (czas trwania ochrony ubezpieczeniowej)

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje okres jednego roku i zostanie automatycznie przedłużona na okres kolejnego roku, o ile najpóźniej na 30 dni przed końcem roku żadna ze stron nie złoży pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy lub o gotowości przedłużenia umowy na zmienionych warunkach.

§ 10 (zmiana warunków umowy ubezpieczenia)

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

V. CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

§ 11 (początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa)

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych rozpoczyna się od dnia następnego po przyjęciu deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia składki ubezpieczeniowej za pierwszy miesiąc kalendarzowy, w terminie określonym w § 7 ust.4.
2. W przypadku nie opłacenia składki za miesiąc, w którym Ubezpieczony podpisał deklarację zgody na przystąpienie do ubezpieczenia, odpowiedzialność rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została opłacona składka.
3. W przypadku, gdy suma ubezpieczenia przekracza 10 000,00 zł, wymagane jest wypełnienie ankiety medycznej. Deklaracja zgody na przystąpienie do ubezpieczenia składana jest po pozytywnym zweryfikowaniu ankiety medycznej.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się:
 - 1) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, w trybie określonym w § 12 ust.1,
 - 2) z upływem okresu wypowiedzenia przez Ubezpieczającego umowy ubezpieczenia względem wszystkich lub poszczególnych Ubezpieczonych, w trybie określonym w § 12 ust.2,
 - 3) z dniem rozwiązania umowy na podstawie porozumienia stron,
 - 4) z upływem okresu na jaki umowa ubezpieczenia została zawarta, o ile nie dojdzie do jej przedłużenia na zasadach opisanych w § 9 ust.1.
5. Ponadto w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych, odpowiedzialność kończy się:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy o linię pożyczkową,
 - 2) z upływem okresu wypowiedzenia, o którym mowa w § 12 ust.4,
 - 3) z upływem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony ukończył 75 rok życia,
 - 4) z dniem śmierci Ubezpieczonego.
6. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

VI. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 12 (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 w każdym czasie, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem koniec miesiąca kalendarzowego.
3. Wypowiedzenie umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
4. Umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego w odniesieniu do Ubezpieczonego, gdy składka należna za tego Ubezpieczonego nie zostanie opłacona najpóźniej w trzeciej kolejnej dacie 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 trzeciej kolejnej daty wymagalności składki ubezpieczeniowej, płatnej za tego Ubezpieczonego.

- Umowa ubezpieczenia może zostać również rozwiązana na podstawie porozumienia stron.

VII. PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

§ 13 (obowiązek udzielania informacji przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego)

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

§ 14 (obowiązki Ubezpieczającego w trakcie trwania umowy ubezpieczenia)

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

§ 15 (obowiązki Towarzystwa)

W przypadku śmierci Ubezpieczonego, Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, o ile zachodzą przesłanki jego wypłaty, określone w niniejszych OWU.

VIII. WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 16 (osoba uprawniona do świadczenia)

- Uprawnionym do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego - do wysokości zadłużenia w linii pożyczkowej Ubezpieczonego wobec Ubezpieczającego na dzień śmierci Ubezpieczonego - jest Ubezpieczający.
- Ubezpieczony może również wskazać imiennie jednego lub więcej uposażonych do otrzymania świadczenia w wysokości kwoty pozostałej po wypłacie części należnej Ubezpieczającemu. Wskazanie uposażonego może nastąpić zarówno przy zawarciu umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej trwania.

- Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać uposażonego, o którym mowa w ust.2. Zmiana lub odwołanie uposażonego następuje w momencie wpłynięcia tego zawiadomienia do Towarzystwa.
- Jeżeli zostało wskazanych kilku uposażonych, a nie oznaczono ich udziału w kwocie świadczenia, uważa się, że ich udziały są równe.
- Wskazanie uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci.
- Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma imiennie wyznaczonego uposażonego, świadczenie ubezpieczeniowe otrzymują wskazane poniżej osoby, w następującej kolejności:
 - małżonek Ubezpieczonego - w wysokości kwoty pozostałej po wypłacie części należnej Ubezpieczającemu,
 - dzieci - w wysokości kwoty pozostałej po wypłacie części należnej Ubezpieczającemu (świadczenie wypłacane jest w równych częściach, jeżeli Ubezpieczony w dniu śmierci nie pozostawał w związku małżeńskim lub małżonek nie żyje lub nie jest uprawniony do świadczenia),
 - rodzice - w wysokości kwoty pozostałej po wypłacie części należnej Ubezpieczającemu (świadczenie wypłacane jest w równych częściach, jeżeli Ubezpieczony w dniu śmierci nie pozostawał w związku małżeńskim i nie miał dzieci lub małżonek i dzieci nie żyją lub nie są uprawnieni do świadczenia),
 - inni spadkobiercy zmarłego - w wysokości kwoty pozostałej po wypłacie części należnej Ubezpieczającemu, po przedłożeniu prawomocnego dokumentu stwierdzającego nabycie spadku (świadczenie wypłacane jest w równych częściach, jeżeli Ubezpieczony w dniu śmierci nie pozostawał w związku małżeńskim i nie miał dzieci lub małżonek, dzieci i rodzice nie żyją lub nie są uprawnieni do świadczenia).
- 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)

- Przy rozszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, osoba uprawniona do otrzymania świadczenia winna przedłożyć Towarzystwu, za pośrednictwem Ubezpieczającego, następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności rozszczenia:
 - zgłoszenie rozszczenia na formularzu Towarzystwa,
 - skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu, protokół sekcyny lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu,
 - dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli przyczyną śmierci Ubezpieczonego był nieszczęśliwy wypadek,
 - zaświadczenie od Ubezpieczającego, określające wysokość zadłużenia Ubezpieczonego w linii pożyczkowej na dzień śmierci Ubezpieczonego,
 - zestawienie wpłaconych składek ubezpieczeniowych,
 - w sytuacji, o której mowa w § 16 ust.7 - dokumenty stwierdzające pokrewieństwo, powinowactwo, przysposobienie, itp.,
 - własny dokument tożsamości (nie dotyczy Ubezpieczającego).
- 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.

§ 18 (realizacja świadczenia ubezpieczeniowego)

- W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczającego, o ile nie jest on osobą występującą 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 o wykazie dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.
- Towarzystwo wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe na podstawie uznania roszczenia osoby uprawnionej do świadczenia ubezpieczeniowego, 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 wypadku.
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.

§ 19 (odwołanie od decyzji Towarzystwa)

1. Jeżeli osoba uprawniona do świadczenia ubezpieczeniowego 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 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.

IX. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 20 (zasady korespondencji)

1. Wypowiedzenia, odstąpienia oraz wszelkie inne zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Towarzystwa, Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i osoby uprawnionej do świadczenia ubezpieczeniowego, 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.

§ 21 (przepisy zewnętrzne)

1. Podatki i opłaty związane z płatnością składek ubezpieczeniowych obciążają Ubezpieczającego.
2. Przepisy regulujące opodatkowanie świadczeń ubezpieczeniowych określonych w niniejszych OWU, Towarzystwo wskazuje w polisie lub innym dokumencie stanowiącym integralną część umowy ubezpieczenia.
3. Roszczenia z umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU przedawniają się z upływem 3 lat.
4. 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.
5. 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 lub osoby uprawnionej do 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.

§ 23 (skargi, zażalenia i spory sądowe)

1. Zasady opisane w § 19 ust.1-2 stosowane są odpowiednio w odniesieniu do skarg i zażeń składanych przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub osobę uprawnioną do świadczenia ubezpieczeniowego w związku z umową ubezpieczenia. Skargi i zażenia 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.

§ 24

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 01 sierpnia 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 października 2011 roku.



Grzegorz Buczkowski
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Katarzyna Bieranowska
Członek Zarządu