

**OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
CZŁONKÓW SKOK
- CHWILÓWKA -**

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, zwane dalej "Towarzystwem", w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, zawiera ze spółdzielczymi kasami oszczędnościowo-kredytowymi (SKOK), umowy grupowego ubezpieczenia na życie członków SKOK.
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 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) **okres ubezpieczenia** - określony indywidualnie dla każdego Ubezpieczonego 12-miesięczny okres, w którym Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu obejmowania ochroną ubezpieczeniową,
- 2) **polisa** - dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia między Ubezpieczającym a Towarzystwem,
- 3) **świadczenie ubezpieczeniowe** - kwota pieniężna, którą Towarzystwo wypłaca osobie uprawnionej w przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia,
- 4) **termin wymagalności** - data, do której zgodnie z umową ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki ubezpieczeniowej,
- 5) **Ubezpieczający** - spółdzielcza kasa oszczędnościowo-kredytowa (SKOK), zawierająca umowę ubezpieczenia na rachunek swoich członków,
- 6) **Ubezpieczony** - wskazany w umowie ubezpieczenia członek SKOK, któremu Ubezpieczający (SKOK) udzielił pożyczki (tzw. „chwilówki”),
- 7) **uposażony** - wskazana przez Ubezpieczającego za zgodą Ubezpieczonego osoba uprawniona do odbioru świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego,
- 8) **zadłużenie** - zobowiązanie finansowe Ubezpieczonego wobec Ubezpieczającego (SKOK), wynikające z zawartych umów pożyczek (tzw. „chwilówek”) obejmujące: wartość niespłaconego kapitału wraz z odsetkami, w tym odsetkami od należności przeterminowanych, opłaty manipulacyjne oraz koszty postępowania sądowego i egzekucyjnego związane z dochodzeniem należności, 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 świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień §§ 4-5 niniejszych OWU.

§ 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, 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 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) 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,
 - 2) samookaleczenia się Ubezpieczonego,
 - 3) działania Ubezpieczonego pod wpływem, w stanie lub warunkach choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub 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 nienależącego 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 odpowiedniego dokumentu uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu wymaganego odrębnymi przepisami.
 3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, świadczenie z tytułu śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku zostanie wypłacone pod warunkiem, że śmierć nastąpiła przed upływem 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku. Świadczenie z tytułu śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku nie jest należne, jeżeli pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego nie istniał związek przyczynowy.

§ 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 umowy grupowego ubezpieczenia na życie OPTIMUM PRO lub na podstawie innej umowy grupowego ubezpieczenia na życie członków SKOK - CHWILÓWKA - 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. 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 **5 000,00 zł**.
3. Suma ubezpieczenia stanowi podstawę do obliczenia wysokości składki oraz określenia wysokości świadczenia.

§ 7 (składka ubezpieczeniowa)

1. Towarzystwo ustala wysokość rocznej składki ubezpieczeniowej na podstawie taryfy skladek obowiązującej w dniu zawierania umowy, stanowiącej integralną część umowy ubezpieczenia. Stawki taryfowe zawarte w taryfie skladek określono zgodnie z zasadami matematyki aktuariałnej, 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 za każdego Ubezpieczonego opłacana jest przez Ubezpieczającego jednorazowo za roczny okres 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. Składka za wszystkich Ubezpieczonych, którzy przystąpili do ubezpieczenia w danym miesiącu, przekazywana jest zbiorczo przez Ubezpieczającego Towarzystwu, w terminie do 10 dnia miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym nastąpiło przystąpienie do ubezpieczenia.
5. W przypadku zakończenia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do 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 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.5-7.
4. U jednego Ubezpieczającego w tym samym czasie może obowiązywać maksymalnie pięć umów grupowego ubezpieczenia na życie zawartych na podstawie niniejszych OWU.
5. 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 7-dniowy 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 niedojścia do skutku umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu dokonane wpłaty na poczet skladek ubezpieczeniowych.

§ 9 (czas trwania umowy ubezpieczenia)

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na jeden rok.
2. Umowa ubezpieczenia 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 następnego po dniu rocznicy polisy, chyba że strony umówią się inaczej.

§ 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 (obejmowanie ubezpieczeniem i początek odpowiedzialności Towarzystwa)

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na rachunek Ubezpieczonych, którym SKOK udzielił pożyczki (tzw. „chwilówki”), pod warunkiem, że na dzień podpisania deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia, umowa pożyczki nie była przeterminowana w rozumieniu obowiązujących w SKOK regulaminów.
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, z zastrzeżeniem postanowień § 5.
4. Okres ubezpieczenia każdego Ubezpieczonego wynosi 12 miesięcy.
5. W sytuacji odstąpienia przez pożyczkobiorcę od umowy pożyczki na zasadach wyrażonych w art.11 Ustawy o kredycie konsumenckim, pożyczkobiorca nie zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową. W takim przypadku następuje zwrot składki ubezpieczeniowej.

§ 12 (zakończenie odpowiedzialności Towarzystwa)

Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się :

- 1) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego w trybie określonym w § 13 ust.1,
- 2) z upływem okresu wypowiedzenia przez Ubezpieczającego umowy ubezpieczenia względem wszystkich lub poszczególnych Ubezpieczonych w trybie określonym w § 13 ust.2,
- 3) z dniem upływu okresu ubezpieczenia wskazanego w deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia - wobec danego Ubezpieczonego,
- 4) z dniem śmierci Ubezpieczonego – wobec tego Ubezpieczonego.

VI. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 13 (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 1-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.

VII. PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

§ 14 (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. Po upływie 3 lat od daty złożenia przez Ubezpieczonego deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy ubezpieczenia Ubezpieczający lub Ubezpieczony podał wiadomości nieprawdziwe, w szczególności że Ubezpieczony 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.

§ 15 (obowiązki Ubezpieczającego w trakcie trwania umowy ubezpieczenia)

1. Przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na przystąpienie do ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest udostępnić Ubezpieczonemu treść obowiązujących OWU.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest przechowywać złożone przez Ubezpieczonego 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 do 10 dnia każdego miesiąca za Ubezpieczonych, którzy w poprzednim miesiącu zostali objęci ochroną ubezpieczeniową.
4. Wraz ze składką ubezpieczeniową, Ubezpieczający zobowiązany jest do przesyłania Towarzystwu następujących dokumentów:
 - 1) miesięcznych rozliczeń wpłaconych składek ubezpieczeniowych, ze wskazaniem osób, których dotyczy,
 - 2) deklaracji zgody osób nowo przystępujących do ubezpieczenia.
5. Ubezpieczający zobowiązany jest do pośredniczenia w przekazywaniu dokumentów kierowanych do Ubezpieczonych przez Towarzystwo i do Towarzystwa przez Ubezpieczonych.
6. W czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa, Towarzystwu przysługuje prawo do kontrolowania obsługi ubezpieczenia wykonywanej przez Ubezpieczającego.

§ 16 (obowiązki Towarzystwa)

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia, z uwzględnieniem postanowień §§ 4-5.
2. Obowiązek Towarzystwa, określony w ust.1 powstaje nie wcześniej niż z datą początku ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w § 11 ust.3.

VIII. WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 17 (ustalenie wysokości świadczenia)

1. Z zastrzeżeniem postanowienia ust.2, wysokość wypłacanego świadczenia uzależniona jest od wieku Ubezpieczonego na dzień jego śmierci i wynosi:

Wiek Ubezpieczonego na dzień śmierci	Wysokość świadczenia
do 65 lat	100 % sumy ubezpieczenia
do 66 lat	94 % sumy ubezpieczenia
do 67 lat	88 % sumy ubezpieczenia
do 68 lat	82 % sumy ubezpieczenia
do 69 lat	76 % sumy ubezpieczenia
do 70 lat	75 % sumy ubezpieczenia
do 71 lat	66 % sumy ubezpieczenia
do 72 lat	61 % sumy ubezpieczenia
do 73 lat	56 % sumy ubezpieczenia
do 74 lat	51 % sumy ubezpieczenia
do 75 lat	50 % sumy ubezpieczenia
do 76 lat	42 % sumy ubezpieczenia
do 77 lat	38 % sumy ubezpieczenia
do 78 lat	35 % sumy ubezpieczenia
do 79 lat	31 % sumy ubezpieczenia
do 80 lat	28 % sumy ubezpieczenia
do 81 lat	26 % sumy ubezpieczenia
do 82 lat	23 % sumy ubezpieczenia
do 83 lat	21 % sumy ubezpieczenia
do 84 lat	19 % sumy ubezpieczenia
do 85 lat	17 % sumy ubezpieczenia
do 86 lat	16 % sumy ubezpieczenia
do 87 lat	14 % sumy ubezpieczenia
do 88 lat	13 % sumy ubezpieczenia
do 89 lat	12 % sumy ubezpieczenia
do 90 lat	11 % sumy ubezpieczenia
powyżej 90 lat	10 % sumy ubezpieczenia

2. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego jest następstwem nieszczęśliwego wypadku, wysokość wypłacanego świadczenia wynosi 100% sumy ubezpieczenia.

§ 18 (osoba uprawniona do świadczenia)

1. Uprawnionym do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego - do wysokości zadłużenia Ubezpieczonego wobec Ubezpieczającego, z tytułu zawartych umów pożyczek (tzw. „chwilówek”), na dzień śmierci Ubezpieczonego - jest Ubezpieczający.
2. Ubezpieczający, za uprzednią zgodą Ubezpieczonego, 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.
3. Ubezpieczający, za zgodą Ubezpieczonego, ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać uposażonego. Zmiana lub odwołanie uposażonego następuje w momencie wpłynięcia 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 - w wysokości kwoty pozostałej po wypłacie części należnej Ubezpieczającemu,
 - 2) 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),
 - 3) 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),
 - 4) inni spadkobiercy zmarłego - 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, dzieci i rodzice nie żyją lub nie są uprawnieni do świadczenia).
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.

§ 19 (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) skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - 3) kartę zgonu Ubezpieczonego z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu,
 - 4) informację o wysokości zadłużenia Ubezpieczonego wobec Ubezpieczającego na dzień śmierci Ubezpieczonego, z tytułu zawartych umów pożyczek (tzw. „chwilówek”),
 - 5) kopii umowy pożyczki,
 - 6) w sytuacji, o której mowa w § 18 ust.6 - dokumenty stwierdzające pokrewieństwo, powinowactwo, przysposobienie, zawarcie małżeństwa,
 - 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. Wszelkie koszty związane z uzyskaniem i przekazaniem niezbędnych dokumentów urzędowych ponosi Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia.

§ 20 (wypłata świadczenia)

1. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczającego lub uposażonego, 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, w wyniku ustaleń dokonanych w procesie likwidacji, zawartej umowy 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.

§ 21 (odwołanie od decyzji Towarzystwa)

1. Jeżeli 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, 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

§ 22 (zasady korespondencji)

1. Wypowiedzenia, odstąpienia oraz wszelkie inne zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Towarzystwa, Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i uposażonego lub innej osoby uprawnionej do 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.

§ 23 (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. 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.
4. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU, mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy prawa, w szczególności przepisy Kodeksu cywilnego oraz przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

§ 24 (prawo wglądu do akt)

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

§ 25 (skargi, zażalenia i spory sądowe)

1. Zasady opisane w § 21 ust.1-2 stosowane są odpowiednio w odniesieniu do skarg i zażaleń składanych przez Ubezpieczającego 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, uposażonego lub innej osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia.

§ 26

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