

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE OPTIMUM MAX

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 umowy grupowego ubezpieczenia na życie OPTIMUM MAX oraz umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie z osobami prawnymi lub jednostkami organizacyjnymi nie będącymi 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 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) **członek grupy** - pracownik (osoba zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, mianowania, wyboru, powołania, umowy o pracę nakładczą, w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy, osoba zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia, jeżeli osoba ta jest objęta ubezpieczeniem społecznym z tego tytułu oraz osoba zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy zawartej w wyniku powołania lub wyboru do organu reprezentującego osobę prawną, w tym kontraktu menedżerskiego), członek spółdzielni, stowarzyszenia, organizacji samorządowej, organizacji społecznej,
- 2) **data wymagalności** - data, do której zgodnie z umową ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki ubezpieczeniowej,
- 3) **dziecko** - dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 25 roku życia,
- 4) **karencja** - okres braku odpowiedzialności Towarzystwa występujący w sytuacjach wskazanych w umowie ubezpieczenia,
- 5) **małżonek** - osoba, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dacie wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa albo - w przypadku niepozostawania Ubezpieczonego w związku małżeńskim - osoba pozostająca z Ubezpieczonym w faktycznym wspólnym pożyciu (osoba ta musi, w dacie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed datą wystąpienia zdarzenia, posiadać miejsce zameldowania na pobyt stały identyczne z miejscem zameldowania Ubezpieczonego),
- 6) **nieszczęśliwy wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego osoba objęta ubezpieczeniem niezależnie od swej woli, doznała uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarła; 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,

- 7) **obrażenia ciała** - uszkodzenie narządów lub układów narządów osoby objętej ubezpieczeniem, powstałe bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa,
- 8) **osoba objęta ubezpieczeniem** - w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia: Ubezpieczony, jego małżonek, dzieci, rodzice lub teściowie, których życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia,
- 9) **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,
- 10) **polisa** - dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia między Ubezpieczającym a Towarzystwem,
- 11) **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),
- 12) **rodzice** - matka lub ojciec Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; za rodziców Ubezpieczonego uznaje się również (jeżeli matka lub ojciec Ubezpieczonego nie żyją) osoby będące w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - a) żoną ojca Ubezpieczonego lub wdową po ojcu Ubezpieczonego, o ile po śmierci ojca Ubezpieczonego nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
 - b) mężem matki Ubezpieczonego lub wdowcem po matce Ubezpieczonego, o ile po śmierci matki Ubezpieczonego nie wstąpił ponownie w związek małżeński,
- 13) **rok polisowy** - okres 12 miesięcy liczonych od dnia rocznicy polisy do dnia poprzedzającego kolejną rocznicę polisy,
- 14) **szpital** - działający zgodnie z odpowiednimi przepisami, zakład lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala rehabilitacyjnego, oddziału rehabilitacyjnego oraz ośrodka rehabilitacji,
- 15) **świadczenie ubezpieczeniowe** - kwota pieniężna, którą Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu lub osobie uprawnionej w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
- 16) **teściowie** - matka lub ojciec (w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego) osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dacie wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa; za teściów Ubezpieczonego uznaje się również (jeżeli teściowa lub teść Ubezpieczonego nie żyją) osoby będące w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - a) żoną teścia Ubezpieczonego lub wdową po teściu Ubezpieczonego, o ile po śmierci teścia Ubezpieczonego nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
 - b) mężem teściowej Ubezpieczonego lub wdowcem po teściowej Ubezpieczonego, o ile po śmierci teściowej Ubezpieczonego nie wstąpił ponownie w związek małżeński,
- 17) **ubezpieczenie grupowe** - umowa ubezpieczenia zawarta na rachunek członków grupy, którzy wyrazili zgodę na przystąpienie do umowy ubezpieczenia,
- 18) **ubezpieczenie indywidualnie kontynuowane** - umowa ubezpieczenia zawarta przez osobę fizyczną, po zakończeniu wobec tej osoby ochrony ubezpieczeniowej w ubezpieczeniu grupowym,

- 19) **Ubezpieczony** - wskazana w umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie lub zdrowie jest przedmiotem umowy ubezpieczenia, która w dniu składania deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia ukończyła 15 lat, a nie ukończyła 65 roku życia, będąca członkiem grupy,
- 20) **Uposażony** - wskazana przez Ubezpieczonego osoba uprawniona do odbioru świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek jego śmierci,
- 21) **urodzenie się dziecka Ubezpieczonego** - urodzenie się żywego dziecka, potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia, w którym Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic dziecka,
- 22) **urodzenie się martwego noworodka** - urodzenie się martwego dziecka, potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia, w którym Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic dziecka,
- 23) **uszczerbek na zdrowiu** - trwale naruszenie sprawności organu, powodujące upośledzenie czynności organizmu,
- 24) **wypadek komunikacyjny** - nieszczęśliwy wypadek w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony jako:
 - a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu Ustawy prawo o ruchu drogowym, motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem morskim, promem lub pasażerskim statkiem powietrznym,
 - b) rowerzysta,
 - c) pieszy,
- 25) **zdarzenie ubezpieczeniowe** - zaistniałe w okresie ubezpieczenia zdarzenie, powodujące śmierć, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia osoby objętej ubezpieczeniem; za zdarzenie ubezpieczeniowe uznaje się również urodzenie się dziecka w okresie ubezpieczenia.

- h) uszczerbku na zdrowiu dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- i) pobytu w szpitalu dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- j) osierocenia dziecka Ubezpieczonego,
- k) urodzenia dziecka Ubezpieczonego,
- l) urodzenia martwego noworodka;
- 3) **„DUO”** - w którym odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie świadczenia w przypadku:
 - a) śmierci Ubezpieczonego,
 - b) śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - c) śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego,
 - d) uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - e) pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - f) śmierci małżonka Ubezpieczonego,
 - g) śmierci małżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - h) uszczerbku na zdrowiu małżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - i) pobytu w szpitalu małżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- 4) **„FAMILIA”** - w którym odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie świadczenia w przypadku:
 - a) śmierci Ubezpieczonego,
 - b) śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - c) śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego,
 - d) uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - e) pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - f) śmierci dziecka Ubezpieczonego,
 - g) śmierci dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - h) uszczerbku na zdrowiu dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - i) pobytu w szpitalu dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - j) osierocenia dziecka Ubezpieczonego,
 - k) urodzenia dziecka Ubezpieczonego,
 - l) urodzenia martwego noworodka,
 - m) śmierci małżonka Ubezpieczonego,
 - n) śmierci małżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - o) uszczerbku na zdrowiu małżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - p) pobytu w szpitalu małżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - q) śmierci rodzica lub teścia Ubezpieczonego.
2. Za zgodą Towarzystwa możliwe jest obowiązywanie u jednego Ubezpieczającego, w tym samym czasie, więcej niż jednego ubezpieczenia grupowego, zawartego na podstawie niniejszych OWU.
3. W sytuacji opisanej w ust.2, Ubezpieczeni 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 kalendarzowym.
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,

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot ubezpieczenia)

Przedmiotem ubezpieczenia zawartego na podstawie niniejszych OWU, w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia, może być życie lub zdrowie:

- 1) Ubezpieczonego,
- 2) dziecka Ubezpieczonego,
- 3) małżonka Ubezpieczonego,
- 4) rodziców lub teściów Ubezpieczonego.

§ 4 (zakres ubezpieczenia)

1. Ubezpieczenie może być zawarte w jednym z czterech wariantów:
 - 1) **„SINGIEL”** - w którym odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie świadczenia w przypadku:
 - a) śmierci Ubezpieczonego,
 - b) śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - c) śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego,
 - d) uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - e) pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) **„SINGIEL BIS”** - w którym odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie świadczenia w przypadku:
 - a) śmierci Ubezpieczonego,
 - b) śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - c) śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego,
 - d) uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - e) pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - f) śmierci dziecka Ubezpieczonego,
 - g) śmierci dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,

wzrosła odpowiedzialność Towarzystwa. Karencja będzie obowiązywała od daty zmiany ubezpieczenia grupowego, przez okresy przewidziane w niniejszych OWU.

§ 5 (wyłączenia odpowiedzialności)

1. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpiło 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 osobę objętą ubezpieczeniem przestępstwa lub czynu, który jest zgodnie z prawem kwalifikowany jako przestępstwo, chociażby jego popełnienie, wskutek śmierci osoby objętej ubezpieczeniem, nie zostało stwierdzone wyrokiem sądowym,
 - 4) wskutek czynnego udziału osoby objętej ubezpieczeniem 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 nieszczęśliwego wypadku będącego wynikiem:
 - 1) uprawiania przez osobę objętą ubezpieczeniem 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, sportów lotniczych,
 - 2) samookaleczenia się osoby objętej ubezpieczeniem,
 - 3) działania osoby objętej ubezpieczeniem 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 osoby objętej ubezpieczeniem, spowodowanego spożywaniem alkoholu lub środków odurzających bądź działania osoby objętej ubezpieczeniem 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 osoby objętej ubezpieczeniem zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 7) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez osobę objętą ubezpieczeniem, jeżeli osoba ta nie posiadała wymaganych przez obowiązujące przepisy uprawnień do prowadzenia danego pojazdu.
3. W przypadku śmierci osoby objętej ubezpieczeniem w następstwie nieszczęśliwego wypadku, świadczenie z tytułu umowy ubezpieczenia zostanie wypłacone pod warunkiem, że śmierć nastąpiła przed upływem 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku. Świadczenie ubezpieczeniowe nie jest należne, jeżeli pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią osoby objętej ubezpieczeniem nie istniał związek przyczynowy.

§ 6 (karencja)

1. Okres karencji wynosi 6 miesięcy (w przypadku urodzenia się dziecka Ubezpieczonego: 9 miesięcy). Z zastrzeżeniem § 4 ust.4, okres karencji liczony jest od daty złożenia przez Ubezpieczonego deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia.
2. Karencja określona w ust.1 nie ma zastosowania jeżeli:
 - 1) Ubezpieczony był członkiem grupy w dacie początku okresu ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia, a deklarację zgody na przystąpienie do ubezpieczenia złożył przed upływem 3 miesięcy od daty początku okresu ubezpieczenia,

- 2) osoba objęta ubezpieczeniem w okresie co najmniej 6 miesięcy (w przypadku urodzenia się dziecka Ubezpieczonego: 9 miesięcy) bezpośrednio poprzedzających objęcie jej ochroną ubezpieczeniową, była objęta ochroną ubezpieczeniową przez innego Ubezpieczyciela lub na podstawie umowy ubezpieczenia *OPTIMUM* lub umowy ubezpieczenia *OPTIMUM PRACOWNIK* - w takim przypadku karencja nie ma zastosowania jedynie w odniesieniu do zakresu ubezpieczenia i wysokości sum ubezpieczenia określonych w poprzedniej umowie ubezpieczenia (jeżeli okres obejmowania ochroną był krótszy niż 6 miesięcy, okres karencji ulega odpowiedniemu skróceniu o czas trwania poprzedniej ochrony ubezpieczeniowej).
- 3) przyczyną powstania zdarzenia ubezpieczeniowego był nieszczęśliwy wypadek.
3. Postanowienia ust.2 pkt 2) mają zastosowanie pod warunkiem dostarczenia do Towarzystwa przez Ubezpieczającego, wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia, kopii polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy, o której mowa w ust.2 pkt 2), zawierającego informacje o okresie ubezpieczenia, zakresie ubezpieczenia oraz sumach ubezpieczenia, wraz z oświadczeniem Ubezpieczonego o rozwiązaniu tej umowy i opłaceniu ostatniej składki należnej z jej tytułu.

III. SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 7 (suma ubezpieczenia)

1. Sumę ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia w jednakowej wysokości dla wszystkich Ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem grupowym.
2. Suma ubezpieczenia stanowi podstawę do obliczenia wysokości składki oraz określenia wysokości świadczeń ubezpieczeniowych.
3. Suma ubezpieczenia w roku polisowym jest niezmienna, co nie uchybia stosowaniu postanowień § 4 ust.4.
4. Przed każdą rocznicą polisy, Ubezpieczający może, za zgodą Ubezpieczonych, wystąpić do Towarzystwa na piśmie o zmianę warunków ochrony ubezpieczeniowej. Wniosek o dokonanie zmiany Ubezpieczający składa Towarzystwu nie później niż na 30 dni przed rocznicą polisy. Proponowana zmiana warunków ubezpieczenia dojdzie do skutku od dnia rocznicy polisy, pod warunkiem jej zaakceptowania przez Towarzystwo.

§ 8 (składka ubezpieczeniowa)

1. Towarzystwo ustala wysokość składki ubezpieczeniowej 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 oparciu o wykorzystywane przez Towarzystwo tabele trwania życia. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od zakresu ubezpieczenia, wysokości sumy ubezpieczenia, stopnia ryzyka jakie poniesie Towarzystwo po rozpoczęciu odpowiedzialności ubezpieczeniowej oraz kosztów zawarcia i obsługi ubezpieczenia.
2. Składka ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia grupowego jest opłacana z częstotliwością miesięczną.
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 odmowy objęcia danej osoby ubezpieczeniem lub zakończenia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danej osoby przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, Towarzystwo na wniosek Ubezpieczającego dokona zwrotu części składki ubezpieczeniowej przypadającej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

IV. UMOWA UBEZPIECZENIA

§ 9 (zawarcie umowy ubezpieczenia)

1. Podstawą zawarcia umowy ubezpieczenia jest złożenie wypełnionego i podpisanego 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 ust.4 – 6.
4. Jeżeli polisa zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego lub Ubezpieczonych od treści złożonej przez Ubezpieczającego oferty, Towarzystwo zobowiązane jest zwrócić 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.
5. W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego, o którym mowa w ust.4, uważa się, że umowa ubezpieczenia 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 nie dojścia do skutku umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu dokonane wpłaty na poczet składek ubezpieczeniowych.

§ 10 (czas trwania umowy ubezpieczenia)

1. Umowa ubezpieczenia grupowego 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 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.

§ 11 (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

§ 12 (obejmowanie ubezpieczeniem)

1. Ubezpieczonym może zostać osoba będąca członkiem grupy w dacie składania deklaracji zgody, a dodatkowo ochroną ubezpieczeniową mogą zostać objęci małżonek, dzieci, rodzice lub teściowie Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczeniem nie może zostać objęta osoba jednocześnie korzystająca z ubezpieczenia *OPTIMUM PRACOWNIK*, chyba że złożyła rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej w ramach dotychczasowego ubezpieczenia - w takiej sytuacji ochrona ubezpieczeniowa w ramach ubezpieczenia *OPTIMUM MAX* rozpoczyna się od dnia następnego po zakończeniu obejmowania ochroną w ramach ubezpieczenia *OPTIMUM PRACOWNIK*.
3. Towarzystwo ma prawo odmówić przyjęcia do ubezpieczenia osoby, która w tym samym czasie jest już objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia grupowego zawartego na podstawie niniejszych OWU.
4. Ubezpieczeniem mogą zostać objęci członkowie grupy, którzy w dniu składania deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia nie ukończyli 65 roku życia.
5. Ochroną ubezpieczeniową nie może zostać objęty członek grupy, który w dniu podpisywania deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia przebywa w szpitalu (lub na zwolnieniu lekarskim - w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową pracownika).
6. Objęcie ubezpieczeniem członka grupy oraz jego małżonka, dzieci, rodziców lub teściów następuje na czas pozostały do końca okresu

trwania umowy ubezpieczenia, jednak nie dłużej niż do końca miesiąca, w którym Ubezpieczony przestał być członkiem grupy.

7. Informacje w sprawie nowych Ubezpieczonych, Ubezpieczający przekazuje Towarzystwu wraz z okresowym rozliczeniem składek w terminie określonym w § 17 ust.3.
8. W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia zgodnie z § 10 ust.2 na okres kolejnego roku, nie jest wymagane ponowne złożenie deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia.

§ 13 (początek odpowiedzialności Towarzystwa)

Z zastrzeżeniem postanowień § 6, odpowiedzialność Towarzystwa w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, przypadającego po dacie złożenia deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia składki za pierwszy miesiąc ochrony w terminie określonym w § 17 ust.3.

§ 14 (zakończenie odpowiedzialności Towarzystwa)

1. Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się :
 - 1) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego w trybie określonym w § 15 ust.1,
 - 2) z upływem okresu wypowiedzenia przez Ubezpieczającego umowy ubezpieczenia względem wszystkich lub poszczególnych Ubezpieczonych w trybie określonym w § 15 ust.2,
 - 3) z dniem wykreślenia Ubezpieczającego z właściwego rejestru bądź z ewidencji - wskutek zaprzestania prowadzenia działalności przez Ubezpieczającego.
2. Ponadto w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych, odpowiedzialność kończy się:
 - 1) z końcem miesiąca, w którym Ubezpieczony przestał być członkiem grupy,
 - 2) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
 - 3) z upływem okresu wypowiedzenia, o którym mowa w § 15 ust.5,
 - 4) z datą wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia z tytułu 100% uszczerbku na zdrowiu osoby objętej ubezpieczeniem, przyznanego w następstwie jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. W przypadkach opisanych w ust.2 pkt1)-3), odpowiedzialność Towarzystwa kończy się zarówno w stosunku do Ubezpieczonego, jak i do jego małżonka, dzieci, rodziców i teściów, którzy wraz z nim byli objęci ochroną ubezpieczeniową.

VI. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 15 (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 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. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu na jaki została zawarta, o ile nie dojdzie do jej przedłużenia na zasadach opisanych w § 10 ust.2 i 3.
5. Umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego w odniesieniu do Ubezpieczonego i osób wraz z nim objętych ubezpieczeniem, gdy składka należna za te osoby nie zostanie opłacona najpóźniej w trzecim kolejnym terminie wymagalności składki ubezpieczeniowej, płatnej za te osoby, 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 osoby objęte ubezpieczeniem.

VII. PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

§ 16 (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. Trzyletni okres, określony w ust.3, liczy się w tym przypadku od daty złożenia przez Ubezpieczonego deklaracji zgody na przystąpienie do umowy ubezpieczenia.

§ 17 (obowiązki Ubezpieczającego w trakcie trwania umowy ubezpieczenia)

1. Ubezpieczający zobowiązany jest udostępnić Ubezpieczonemu, 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 za każdą osobę objętą ubezpieczeniem, w terminie do 10 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni, chyba że strony umowy ubezpieczenia postanowią inaczej.
4. Wraz ze składką ubezpieczeniową, Ubezpieczający zobowiązany jest do przesyłania Towarzystwu następujących dokumentów:
 - 1) miesięcznych rozliczeń wpłaconych składek ubezpieczeniowych i liczby osób objętych ubezpieczeniem,
 - 2) deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia,
 - 3) wykazu Ubezpieczonych rezygnujących z obejmowania ochroną ubezpieczeniową.
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.

§ 18 (obowiązki Towarzystwa)

1. W przypadku powstania zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia, Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia, z uwzględnieniem postanowień § 4-6.
2. Obowiązek Towarzystwa określony w ust. 1 powstaje nie wcześniej niż z datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego, określonej w § 13, z uwzględnieniem postanowień § 6.

VIII. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

§ 19 (ustalenie wysokości świadczenia)

1. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci osoby objętej ubezpieczeniem wypłacane jest osobie uprawnionej.
2. Wysokość świadczenia z tytułu śmierci wynosi:
 - 1) w przypadku śmierci Ubezpieczonego: 100 % sumy ubezpieczenia,
 - 2) w przypadku śmierci małżonka Ubezpieczonego: 100 % sumy ubezpieczenia,
 - 3) w przypadku śmierci dziecka Ubezpieczonego: 15 % sumy ubezpieczenia,
 - 4) w przypadku śmierci rodzica lub teścia Ubezpieczonego: 10 % sumy ubezpieczenia.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci osoby objętej ubezpieczeniem w następstwie nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest z uwzględnieniem świadczenia z tytułu śmierci i wynosi łącznie:
 - 1) w przypadku śmierci Ubezpieczonego: 200 % sumy ubezpieczenia,
 - 2) w przypadku śmierci małżonka Ubezpieczonego: 200 % sumy ubezpieczenia,
 - 3) w przypadku śmierci dziecka Ubezpieczonego: 65 % sumy ubezpieczenia.
4. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego wypłacane jest z uwzględnieniem świadczenia z tytułu śmierci i świadczenia z tytułu śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku i wynosi łącznie 400 % sumy ubezpieczenia.
5. W przypadku wcześniejszej wypłaty świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu osoby objętej ubezpieczeniem, świadczenie z tytułu śmierci w następstwie tego samego nieszczęśliwego wypadku zostanie pomniejszone o kwotę wcześniej wypłaconego świadczenia.
6. W przypadku uszczerbku na zdrowiu osoby objętej ubezpieczeniem w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w kwocie odpowiadającej takiemu procentowi sumy ubezpieczenia, w jakim został ustalony uszczerbek na zdrowiu osoby objętej ubezpieczeniem - wyłącznie w zakresie zawartym w Tabeli Uszczerbków na Zdrowiu, stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych OWU, na podstawie przedstawionej dokumentacji medycznej, przy czym:
 - 1) w przypadku powstania uszczerbku w obrębie części ciała lub narządu, którego czynności były upośledzone przed zajściem nieszczęśliwego wypadku, procent uszczerbku na zdrowiu pomniejszany jest o procent uszczerbku na zdrowiu wynikający z wcześniejszego upośledzenia czynności tej części ciała lub narządu,
 - 2) suma świadczeń wypłacanych z tytułu uszczerbków na zdrowiu danej osoby, w związku z jednym nieszczęśliwym wypadkiem, nie może przekroczyć:
 - a) 100% sumy ubezpieczenia - w przypadku uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego lub małżonka Ubezpieczonego,
 - b) 50% sumy ubezpieczenia - w przypadku uszczerbku na zdrowiu dziecka Ubezpieczonego.
7. Wysokość świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu ustalana jest na podstawie dokumentacji medycznej, w uzasadnionych przypadkach - po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji, nie później niż po 18 miesiącach licząc od daty wypadku.
8. W przypadku pobytu osoby objętej ubezpieczeniem w szpitalu w celu leczenia obrażeń ciała powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie równe 0,3% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu, przy czym wysokość łącznych świadczeń, związanych z pobytem osoby objętej ubezpieczeniem w szpitalu nie może przekroczyć 90 dni pobytu w szpitalu w danym roku polisowym. Jeżeli w jednym dniu osoba objęta ubezpieczeniem była pacjentem dwu lub większej liczby szpitali, Towarzystwo wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za ten dzień tylko jeden raz.
9. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu wypłacane jest po zakończeniu pobytu w szpitalu osoby objętej ubezpieczeniem. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu nie może zostać wypłacone, jeżeli osoba objęta ubezpieczeniem w okresie pobytu w szpitalu zmarła.
10. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania osoby objętej ubezpieczeniem na badania medyczne do

wskazanego przez siebie lekarza, w celu ustalenia prawa do świadczenia. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.

11. W przypadku osierocenia dziecka wskutek śmierci Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci każdemu dziecku Ubezpieczonego świadczenie w wysokości 20 % sumy ubezpieczenia.
12. W przypadku urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 5 % sumy ubezpieczenia za każde dziecko.
13. W przypadku urodzenia się martwego noworodka, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 10 % sumy ubezpieczenia.
14. Jeżeli Ubezpieczony zmarł przed pobraniem świadczenia, należne przed śmiercią świadczenia wypłaca się spadkobiercom Ubezpieczonego.

§ 20 (osoba uprawniona do świadczenia)

1. Ubezpieczony może wskazać imiennie jednego lub więcej Uposażonych do otrzymania świadczenia na wypadek jego śmierci. Wskazanie Uposażonego może nastąpić zarówno przy zawarciu umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej trwania.
2. 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.
3. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych, a nie oznaczył ich udziału w kwocie świadczenia, uważa się, że ich udziały są równe.
4. Wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci.
5. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma imiennie wyznaczonego Uposażonego, świadczenie ubezpieczeniowe otrzymują wskazane poniżej osoby, w następującej kolejności:
 - 1) małżonek Ubezpieczonego - otrzymuje świadczenie ubezpieczeniowe w całości,
 - 2) dzieci - 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 - 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 - świadczenie wypłacane jest w równych częściach, po przedłożeniu prawomocnego dokumentu stwierdzającego nabycie spadku - 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.
6. W razie braku Uposażonego lub osoby wymienionej w ust.5, 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.

§ 21 (wymagane dokumenty)

1. Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, osoba uprawniona do otrzymania świadczenia winna przedłożyć Towarzystwu, za pośrednictwem Ubezpieczającego, następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
 - 1) zgłoszenie roszczenia na formularzu stosowanym przez Towarzystwo,
 - 2) własny dokument tożsamości,a ponadto:
 - 3) w przypadku śmierci osoby objętej ubezpieczeniem:
 - a) skrócony odpis aktu zgonu osoby objętej ubezpieczeniem,
 - b) kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu - dotyczy tylko Ubezpieczonego,

- 4) jeśli przyczyną śmierci był wypadek komunikacyjny - dokumentację potwierdzającą zajście wypadku komunikacyjnego,
 - 5) jeśli przyczyną zdarzenia był nieszczęśliwy wypadek:
 - a) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - b) dokumentację medyczną potwierdzającą rodzaj doznanego uszczerbku na zdrowiu,
 - c) na piśmie wniosek Towarzystwa - orzeczenie lekarskie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji,
 - 6) w przypadku pobytu w szpitalu - kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub kartę wypisową ze szpitala, wydaną przez lekarza prowadzącego,
 - 7) w przypadku osierocenia dziecka - dokumenty potwierdzające opiekę prawną nad dzieckiem do lat 18,
 - 8) w przypadku urodzenia się dziecka - skrócony odpis aktu urodzenia dziecka,
 - 9) w przypadku urodzenia się martwego noworodka - skrócony odpis aktu urodzenia się martwego noworodka,
 - 10) dokumenty stwierdzające pokrewieństwo, powinowactwo, przysposobienie, zawarcie małżeństwa.
2. W przypadku śmierci, 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.
 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 6) przetłumaczony na język polski przez tłumacza przysięgłego.

§ 22 (realizacja świadczenia ubezpieczeniowego)

1. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczającego, Ubezpieczonego 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 roszczenia, 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 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.

§ 23 (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.

IX. INDYWIDUALNA KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA

§ 24

1. Możliwość indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia przysługuje Ubezpieczonemu w ramach grupowego ubezpieczenia na życie „OPTIMUM MAX”, który przestał być członkiem grupy, pod warunkiem obejmowania ubezpieczeniem przez okres co najmniej 12 miesięcy (do okresu tego zalicza się również czas przez jaki członek grupy objęty był odpowiedzialnością Towarzystwa w ramach innej umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej przez Ubezpieczającego, z obejmowania którą Ubezpieczony zrezygnował, przystępując do umowy zawartej na podstawie niniejszych OWU) oraz przekazania Towarzystwu składek za ten okres, chyba że strony umowy ubezpieczenia postanowią inaczej.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany informować Ubezpieczonych, którzy nabyli prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, o możliwości zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie „OPTIMUM MAX”.

§ 25

1. Osoba mająca zamiar zawrzeć umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia jest zobowiązana złożyć wniosek o zawarcie takiej umowy i dokonać wpłaty na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej nie później niż przed upływem 30 dni, licząc od ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została opłacona ostatnia składka ubezpieczeniowa w ramach ubezpieczenia grupowego.
2. Za datę złożenia wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia uznaje się dzień wpływu wniosku do Towarzystwa.
3. W przypadku spełnienia warunków określonych w ust.1-2, zachowana jest ciągłość ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwa.
4. Okres ochrony ubezpieczeniowej 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 w terminie określonym w ust.1.
5. Po upływie terminu wskazanego w ust.1, zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia nie jest możliwe.

§ 26

1. Umowa indywidualnej kontynuacji 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 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.

§ 27

1. Ubezpieczenie indywidualnie kontynuowane zawierane jest w zakresie zgodnym z § 4 ust.1 pkt 1), z zastrzeżeniem, że od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony ukończył 70 rok życia, ochrona ubezpieczeniowa obejmuje wyłącznie następstwa nieszczęśliwych wypadków.
2. Suma ubezpieczenia w umowie indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia jest nie wyższa od sumy ubezpieczenia określonej dla ubezpieczenia grupowego.
3. Składka ubezpieczeniowa za ubezpieczenie indywidualnie kontynuowane płatna jest z częstotliwością kwartalną.

4. Pierwsza składka płatna jest w terminie określonym w § 25 ust.1, kolejne - do ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego trzymiesięczny okres, za który są należne.

§ 28

1. Umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego, gdy należna składka nie zostanie opłacona w terminie wskazanym w § 27 ust.4 oraz w dodatkowym terminie 14 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczającego od Towarzystwa wezwania do zapłaty; okres wypowiedzenia kończy się z upływem 14 dni od daty otrzymania przez Ubezpieczającego od Towarzystwa wezwania do zapłaty składki.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się:
 - 1) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego - Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, przez złożenie Towarzystwu pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia; przy czym odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
 - 3) z upływem okresu wypowiedzenia przez Ubezpieczającego umowy ubezpieczenia Ubezpieczonych w trybie określonym w ust.1,
 - 4) z datą wypłaty świadczenia z tytułu 100% uszczerbku na zdrowiu, przyznanego w następstwie jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.

X. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 29 (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.

§ 30 (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 nie uregulowanych niniejszymi OWU, mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy prawa, w szczególności przepisy Kodeksu Cywilnego, oraz przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

§ 31 (prawo wglądu do akt)

Towarzystwo udostępni 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.

§ 32 (skargi, zażalenia i spory sądowe)

1. Zasady opisane w § 23 ust.1-2 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.

§ 33 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 21.11.2011 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 1.02.2012 roku.



Grzegorz Buczkowski
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Katarzyna Bieranowska
Członek Zarządu