

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE - VERTUS -

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Ubezpieczenia, zwanych dalej OWIKU, Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych Spółka Akcyjna, zwane dalej "Towarzystwem", w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, zawiera umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie VERTUS, z osobami fizycznymi, zwanymi dalej „Ubezpieczającymi”.
2. Umowy ubezpieczeń dodatkowych mogą być zawierane na podstawie odpowiednich Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Dodatkowego Ubezpieczenia, zwanych dalej OWIKDU, pod warunkiem jednoczesnego zawarcia z Towarzystwem podstawowej umowy ubezpieczenia. Zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego zostanie stwierdzone w dokumencie ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie podstawowej umowy ubezpieczenia.
3. Za porozumieniem Stron do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia odmienne od ustalonych w niniejszych OWIKU i OWIKDU.
4. W przypadku określonym w ust. 3, Towarzystwo zobowiązane jest przedstawić Ubezpieczającemu różnicę między treścią umowy ubezpieczenia a treścią OWIKU i OWIKDU w formie pisemnej przed zawarciem umowy ubezpieczenia. W razie niedopełnienia tego obowiązku, Towarzystwo nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla Ubezpieczającego. Przepisu tego nie stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych w drodze negocjacji.

§ 2 (definicje)

Przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWIKU:

- 1) **data wymagalności** – data, do której zgodnie z umową ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki ubezpieczeniowej; jeżeli nie umówiono się inaczej, datą wymagalności składki jest ostatni dzień miesiąca poprzedzającego trzymiesięczny okres, za który składka ubezpieczeniowa jest należna,
- 2) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 25 roku życia,
- 3) **małżonek** – osoba, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dacie wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa,
- 4) **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 OWIKU nie uznaje się:
 - a) zawału mięśnia sercowego,
 - b) udaru mózgu,
 - c) infekcji,
 - d) innych chorób, w tym występujących nagle,
- 5) **okres ubezpieczenia** – okres, w którym Towarzystwo ponosi odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego,
- 6) **osoba objęta ochroną ubezpieczeniową** – Ubezpieczony i Współubezpieczony, których życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia,
- 7) **partner** – osoba wskazana we wniosku o zawarcie indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, niespokrewniona z Ubezpieczonym w linii prostej, niebędąca rodzeństwem ani powinowatą z Ubezpieczonym, która w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przez co najmniej 12 miesięcy, wspólnie z Ubezpieczonym zamieszkiwała i prowadziła wspólne gospodarstwo domowe, a przy tym żadna z wymienionych osób nie pozostawała w związku małżeńskim,
- 8) **polisa** – dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia między Ubezpieczającym a Towarzystwem,
- 9) **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),
- 10) **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,
- 11) **rok polisowy** – okres 12 miesięcy liczonych od dnia rocznicy polisy do dnia poprzedzającego kolejną rocznicę polisy,
- 12) **stosunek prawny** – relacja, która łączyła Ubezpieczonego z podmiotem, który zawarł na jego rzecz umowę ubezpieczenia grupowego na życie Vertus, wynikająca ze stosunku pracy, członkostwa, bądź innej formy relacji zaakceptowanej przez Towarzystwo,
- 13) **suma ubezpieczenia** – kwota określona w polisie stanowiąca podstawę do określenia wysokości świadczeń ubezpieczeniowych oraz obliczenia wysokości składek ubezpieczeniowych,
- 14) **świadczenie ubezpieczeniowe** – kwota pieniężna, którą Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu lub osobie uprawnionej w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
- 15) **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,
- 16) **ubezpieczenie grupowe** – umowa grupowego ubezpieczenia na życie Vertus, zawarta na rachunek członków grupy,
- 17) **Ubezpieczony** - osoba fizyczna wskazana w umowie indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie Vertus, która była objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach grupowego ubezpieczenia na życie Vertus jako Ubezpieczony główny z zastrzeżeniem postanowień § 11 i § 12; w rozumieniu niniejszych OWIKU Ubezpieczony jest jednocześnie **Ubezpieczającym**,
- 18) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie OWIKDU,
- 19) **umowa podstawowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWIKU,
- 20) **Uposażony** – wskazana przez Ubezpieczonego osoba uprawniona do odbioru świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek jego śmierci,
- 21) **Współubezpieczony** – członek rodziny Ubezpieczonego, którego życie lub zdrowie objęte jest zakresem umowy dodatkowej ubezpieczenia; Współubezpieczonym może być:
- a) małżonek lub partner Ubezpieczonego,
 - b) dziecko lub pasierb Ubezpieczonego,
 - c) rodzice oraz teściowie Ubezpieczonego,
- 22) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie, którego zajście zobowiązuje Towarzystwo do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego na zasadach określonych w OWIKU i/lub OWIKDU.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot ubezpieczenia)

Przedmiotem ubezpieczenia zawartego na podstawie niniejszych OWIKU jest życie Ubezpieczonego.

§ 4 (zakres ubezpieczenia)

Zakres ubezpieczenia obejmuje odpowiedzialność Towarzystwa polegającą na wypłacie świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego oraz odpowiedzialność Towarzystwa polegającą na wypłacie dodatkowych świadczeń, zgodnie z postanowieniami odpowiednich OWIKDU oraz przedstawionej wcześniej Oferty Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie Vertus, z zachowaniem ograniczeń wynikających z OWIKU oraz OWIKDU.

§ 5 (odpowiedzialność Towarzystwa)

Odpowiedzialność Towarzystwa wynikająca z niniejszych OWIKU, polega na obowiązku wypłaty Ubezpieczonemu, Uposażonemu lub osobie wskazanej w § 22 ust. 5 – 6 świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości przewidzianej w polisie, w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 6 i wyłączeń wynikających z poszczególnych OWIKDU.

III. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 6 (wyłączenia odpowiedzialności)

1. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpiło bezpośrednio lub pośrednio:
 - 1) skutek działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych,
 - 2) skutek 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 ochroną ubezpieczeniową przestępstwa, stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu,
 - 4) zatrucia się osoby objętej ochroną ubezpieczeniową, spowodowanego spożywaniem alkoholu lub środków odurzających bądź działania osoby objętej ochroną ubezpieczeniową w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości albo działania osoby objętej ochroną ubezpieczeniową pod wpływem innych środków odurzających, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza – o ile miało to wpływ na powstanie szkody,
 - 5) skutek czynnego udziału osoby objętej ochroną ubezpieczeniową w aktach przemocy lub terroryzmu,
 - 6) skutek samobójstwa popełnionego przez osobę objętą ochroną ubezpieczeniową w okresie pierwszych dwóch lat od daty złożenia przez Ubezpieczonego deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia grupowego.
2. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu nieszczęśliwego wypadku będącego wynikiem bezpośredniego lub pośredniego:
 - 1) uprawiania przez osobę objętą ochroną ubezpieczeniową amatorsko lub wyczynowo niebezpiecznych sportów: nurkowania, alpinizmu, speleologii, baloniarstwa, lotniarstwa, szybownictwa, lotnictwa (pilotaż sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), skoków spadochronowych, wyścigów samochodowych, motocyklowych, gokartów, sportów motorowodnych, sportów walki, skoków na gumowej linie, kaskaderstwa lub uczestnictwa w wyprawach lub ekspedycjach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi,

- 2) samookaleczenia się osoby objętej ochroną ubezpieczeniową,
- 3) działania osoby objętej ochroną ubezpieczeniową pod wpływem, w stanie lub warunkach choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego – o ile miało to wpływ na powstanie szkody,
- 4) przewozu lotniczego osoby objętej ochroną ubezpieczeniową, w charakterze innym niż pasażer samolotu pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
- 5) poddania się osoby objętej ochroną ubezpieczeniową zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
- 6) prowadzenia przez osobę objętą ochroną ubezpieczeniową pojazdu bez wymaganego prawem uprawnienia do prowadzenia danego pojazdu (dla oceny, czy kierujący posiada uprawnienia do prowadzenia danego pojazdu, miarodajne jest prawo obowiązujące w kraju, w którym doszło do wypadku, a gdy w tym zakresie brak jest uregulowań lub istniejące uregulowania są mniej restrykcyjne niż prawo polskie – zastosowanie znajduje prawo polskie) – o ile miało to wpływ na powstanie szkody.

IV. SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 7 (suma ubezpieczenia)

1. Wysokość sumy ubezpieczenia określona jest w polisie.
2. Suma ubezpieczenia stanowi podstawę do określenia wysokości świadczeń ubezpieczeniowych oraz obliczenia wysokości składki ubezpieczeniowej.
3. Wysokość sumy ubezpieczenia w indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia, nie może być wyższa niż suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim miesiącu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia grupowego.
4. Suma ubezpieczenia w roku polisowym jest niezmienna.

§ 8 (składka ubezpieczeniowa)

Składkę ubezpieczeniową ustala się w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, stopnia ryzyka jakie poniesie Towarzystwo po rozpoczęciu odpowiedzialności ubezpieczeniowej oraz kosztów zawarcia i obsługi ubezpieczenia. Składka ubezpieczeniowa wyliczana jest zgodnie z zasadami matematyki aktuariałnej, w oparciu o wykorzystywane przez Towarzystwo tabele trwania życia.

§ 9 (częstotliwość opłacania składki ubezpieczeniowej)

Składka ubezpieczeniowa płatna jest z częstotliwością kwartalną.

§ 10 (termin opłacania składki ubezpieczeniowej)

1. Ubezpieczający jest obowiązany przekazywać Towarzystwu należne składki ubezpieczeniowe na zasadach i w terminach określonych w polisie. O ile strony nie umówią się inaczej składka ubezpieczeniowa płatna jest z góry za kwartał, do ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego trzymiesięczny okres, za który jest należna.

2. Składkę ubezpieczeniową uważa się za opłaconą przez Ubezpieczającego z dniem jej wpływu na rachunek bankowy Towarzystwa.
3. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

V. UMOWA UBEZPIECZENIA

§ 11 (indywidualna kontynuacja ubezpieczenia grupowego)

Możliwość indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia przysługuje jedynie Ubezpieczonemu, objętemu wcześniej ochroną ubezpieczeniową w ramach grupowego ubezpieczenia na życie Vertus, który:

- 1) przestał być związany stosunkiem prawnym z podmiotem, który zawarł na jego rzecz umowę ubezpieczenia grupowego na życie Vertus, pod warunkiem obejmowania go ubezpieczeniem przez okres co najmniej 6 miesięcy (do okresu tego zalicza się również czas przez jaki Ubezpieczony objęty był odpowiedzialnością Towarzystwa w ramach innej umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej przez podmiot, z którym łączył go stosunek prawny, z obejmowania którą Ubezpieczony zrezygnował, przystępując do umowy grupowego ubezpieczenia na życie Vertus) oraz przekazania Towarzystwu składek za ten okres, z zastrzeżeniem § 12 ust. 2,
- 2) z powodu reorganizacji lub likwidacji dotychczasowego Ubezpieczającego rozwiązał łączący ich stosunek prawny lub umowę ubezpieczenia - bez względu na okres obejmowania ubezpieczeniem, z zastrzeżeniem § 12 ust. 2.

§ 12 (zawarcie umowy ubezpieczenia)

1. Podstawą zawarcia umowy ubezpieczenia jest złożenie przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na formularzu stosowanym przez Towarzystwo.
2. Złożenie wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia oraz dokonanie wpłaty na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej muszą nastąpić przed upływem 3 miesięcy, licząc od ostatniego dnia okresu, za który przekazano składkę w grupowym ubezpieczeniu na życie Vertus, z zastrzeżeniem postanowień § 17.

§ 13 (okres trwania umowy ubezpieczenia)

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na jeden rok.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać 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.
 5. Z zastrzeżeniem postanowień odpowiednich OWIKDU, do zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego stosuje się postanowienia dotyczące podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 14 (polisa)

1. Na dowód zawarcia umowy ubezpieczenia Towarzystwo wystawia dokument ubezpieczenia - polisę.
2. Jeżeli Strony nie umówią się inaczej, do zawarcia umowy dochodzi z chwilą akceptacji przez Towarzystwo wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 – 5.
3. Jeżeli polisa zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez Ubezpieczającego 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 nie są skuteczne, a umowa ubezpieczenia jest zawarta zgodnie z warunkami oferty.
4. W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego, o którym mowa w ust.3, uważa się, że umowa ubezpieczenia doszła do skutku zgodnie z treścią polisy, od następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
5. W przypadku zgłoszenia przez Ubezpieczającego sprzeciwu, o którym mowa w ust.3, uważa się że umowa ubezpieczenia nie doszła do skutku a odpowiedzialność Towarzystwa nie rozpoczęła się, chyba że Strony dojdą do porozumienia co do warunków umowy ubezpieczenia. W przypadku nie dojścia do skutku umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu dokonane wpłaty na poczet składek ubezpieczeniowych.

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

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu na jaki została zawarta, o ile nie dojdzie do jej przedłużenia na zasadach opisanych w § 13 ust. 2 i 3.
2. 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; odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
3. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
4. Wypowiedzenie umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres trwania odpowiedzialności Towarzystwa.

5. Umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego w trybie natychmiastowym, w przypadku, gdy składka ubezpieczeniowa nie zostanie opłacona w terminie 7 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania do zapłaty kolejnej raty składki, wysłanego przez Towarzystwo po upływie terminu jej płatności z informacją, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania spowoduje ustanie odpowiedzialności Towarzystwa.
6. W przypadku rozwiązania podstawowej umowy ubezpieczenia, umowy ubezpieczeń dodatkowych zostaną rozwiązane w tym samym trybie i na tych samych warunkach.

VI. CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

§ 16 (obejmowanie ubezpieczeniem)

1. Możliwość indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia przysługuje jedynie Ubezpieczonemu, objętemu wcześniej ochroną ubezpieczeniową w grupowym ubezpieczeniu na życie Vertus.
2. W ramach indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie Vertus, dodatkowo ochroną ubezpieczeniową objęty zostanie Współubezpieczony.
3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do weryfikacji, czy Ubezpieczony przed przystąpieniem do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia pozostawał w stosunku prawnym. W tym celu Towarzystwo może zwrócić się do podmiotu z którym łączył go stosunek prawny, celem potwierdzenia tego faktu.
4. Towarzystwo na podstawie oceny ryzyka ma prawo odmówić Ubezpieczonemu przyjęcia do ubezpieczenia.

§ 17 (początek odpowiedzialności Towarzystwa)

Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym został złożony wniosek o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia oraz została dokonana wpłata na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej.

§ 18 (zakończenie odpowiedzialności Towarzystwa)

1. Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się :
 - 1) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego w trybie określonym w § 15 ust. 2,
 - 2) z upływem okresu wypowiedzenia przez Ubezpieczającego umowy ubezpieczenia w trybie określonym w § 15 ust. 3,
 - 3) z upływem terminu określonego w § 15 ust. 5,
 - 4) z upływem okresu na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, jeżeli któraś ze Stron złożyła oświadczenie o nieprzedłużaniu umowy ubezpieczenia w trybie § 13 ust. 2,
 - 5) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
 - 6) z datą wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia z tytułu 100% uszczerbku na zdrowiu, przyznanego w następstwie jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 7) z datą wypłaty Ubezpieczonemu świadczeń z tytułu umów dodatkowych (obejmujących Ubezpieczonego, jego małżonka lub partnera, dzieci, rodziców i teściów),

w związku ze zdarzeniami powstałymi w następstwie tego samego nieszczęśliwego wypadku, w wysokości 500% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej (bez uwzględnienia świadczeń z tytułu pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku),

- 8) z datą wypłaty Ubezpieczonemu w jednym roku polisowym świadczeń z tytułu ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej w następstwie NW lub ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania w łącznej wysokości 100% podstawowej sumy ubezpieczenia,
2. W odniesieniu do Ubezpieczonych, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej kończy się nie później niż w dacie zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy podstawowej, chyba że postanowienia odpowiednich OWIKDU stanowią inaczej.
3. W przypadkach opisanych w ust. 1, z chwilą ustania ochrony ubezpieczeniowej wobec Ubezpieczonego kończy się ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Współubezpieczonych.

VII. PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

§ 19 (obowiązek udzielania informacji przez Ubezpieczającego)

1. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, które mogą mieć wpływ na podjęcie przez Towarzystwo decyzji o zawarciu umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, przez udzielenie przy zawieraniu 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 lat trzech od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy ubezpieczenia Ubezpieczony podał wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zataił swoją chorobę.

§ 20 (obowiązki Ubezpieczającego w trakcie trwania umowy ubezpieczenia)

Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Towarzystwu składek ubezpieczeniowych na zasadach określonych w § 8 ust. 3.

§ 21 (obowiązki Towarzystwa)

1. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, Towarzystwo zobowiązane jest do:
 - 1) udostępnienia Ubezpieczającemu treści obowiązujących OWU, z uwzględnieniem zmian wprowadzonych zgodnie z postanowieniem § 1 ust. 3 i z zastrzeżeniem postanowień § 14 ust. 3, a Ubezpieczający zobowiązany jest zapoznać się z ich treścią,
 - 2) udzielenia Ubezpieczającemu informacji o sposobie i trybie rozpatrywania reklamacji oraz o organie właściwym do ich rozpatrzenia.
2. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zobowiązane jest udostępnić Ubezpieczającemu treść obowiązujących OWIKU i OWIKDU.
3. W przypadku powstania zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia, Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia, z uwzględnieniem postanowień § 6.
4. Obowiązek Towarzystwa określony w ust. 3 powstaje nie wcześniej niż z datą początku ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w § 17.

VIII. OSOBA UPRAWNIONA DO ŚWIADCZENIA

§ 22 (zasady wyznaczania Uposażonego i innych osób uprawnionych)

1. Ubezpieczony może wskazać imiennie jednego lub więcej Uposażonych.
2. Wskazanie Uposażonego może nastąpić zarówno przy zawarciu umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej trwania.
3. Ubezpieczony 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 Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych, a nie oznaczył ich udziału w kwocie świadczenia, uważa się, że ich udziały są równe.
5. Z zastrzeżeniem ust. 6, jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma imiennie wyznaczonego Uposażonego, świadczenie ubezpieczeniowe otrzymują członkowie rodziny zmarłego w następującej kolejności:
 - 1) osoba, z którą Ubezpieczony pozostawał w związku małżeńskim w dacie wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa - otrzymuje świadczenie ubezpieczeniowe w całości,
 - 2) dzieci - otrzymują świadczenie ubezpieczeniowe w równych częściach,
 - 3) rodzice - otrzymują świadczenie ubezpieczeniowe w równych częściach,
 - 4) inni spadkobiercy zmarłego - otrzymują świadczenie ubezpieczeniowe w równych częściach, po przedłożeniu prawomocnego dokumentu stwierdzającego nabycie spadku.
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.

IX. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

§ 23 (wypłata świadczenia)

1. Jednorazowe świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci Ubezpieczonego wypłaca się Uposażonemu, a w przypadku braku osoby uposażonej, osobom wskazanym w § 22 ust. 5 - 6.
2. W przypadku śmierci Współubezpieczonego, świadczenie ubezpieczeniowe wypłaca się Ubezpieczonemu.

§ 24 (wymagane dokumenty)

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, Uposażony lub inna osoba występująca z roszczeniem, obowiązana jest przedłożyć Towarzystwu dokumenty uzasadniające roszczenie:
 - 1) zgłoszenie roszczenia (na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
 - 2) skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - 3) kartę statystyczną do karty zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu,
 - 4) własny dokument tożsamości,
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, która nastąpiła za granicą, wszelkie dokumenty, wystawione za granicą przez uprawnione podmioty, dotyczące śmierci Ubezpieczonego i składane przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego, powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

§ 25 (realizacja świadczenia ubezpieczeniowego)

1. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo informuje o tym 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 (jeżeli osoba występująca z roszczeniem wyrazi na to zgodę), osobę występującą z roszczeniem wypłaty świadczenia, o wykazie dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz procedurze składania i rozpatrywania reklamacji (niezależnie, czy Uposażony jest osobą występującą z zawiadomieniem).
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.

X. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 26 (zasady korespondencji)

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

§ 27 (tryb składania i rozpatrywania reklamacji)

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia mająca zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez Towarzystwo usług lub wykonywanej przez niego działalności ma prawo składania reklamacji do Towarzystwa:
 - a) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa, w dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa zajmującej się obsługą klientów bądź przesyłką pocztową na adres: TU SKOK ŻYCIE SA, Władysława IV 22, 81-743 Sopot,
 - b) osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Towarzystwa lub dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa zajmującej się obsługą klientów,
 - c) telefonicznie, pod numerem telefonu: 58 770 36 94.
2. Reklamacja powinna zawierać:
 - a) imię, nazwisko, adres i numer telefonu kontaktowego zgłaszającego reklamację,
 - b) numer polisy ubezpieczeniowej,
 - c) przedmiot reklamacji,
 - d) uzasadnienie reklamacji z podaniem ewentualnych dowodów.
3. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie przez Towarzystwo reklamacji chyba, że okoliczność ta nie ma wpływu na sposób procedowania reklamacją.
4. Na żądanie zgłaszającego reklamację Towarzystwo potwierdzi pisemnie na adres wskazany w reklamacji fakt złożenia reklamacji. Towarzystwo na wniosek zgłaszającego reklamację może potwierdzić wpływ reklamacji w postaci elektronicznej.
5. Reklamacja rozpatrywana jest przez Towarzystwo, bez zbędnej zwłoki, a odpowiedź na nią powinna być udzielona nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej wpływu. Po rozpatrzeniu reklamacji, stanowisko Towarzystwa zostanie przesłane w formie pisemnej na adres wskazany w treści reklamacji.
6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 5, Towarzystwo

poinformuje zgłaszającego reklamację o przyczynie opóźnienia, okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia reklamacji oraz o przewidywanym terminie udzielenia odpowiedzi. Łączny czas rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi nie może być dłuższy niż 60 dni od daty wpływu reklamacji.

7. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia ma prawo do zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz Rzecznika Finansowego.
8. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 28 (przepisy zewnętrzne)

1. Podatki i opłaty związane z płatnością składek ubezpieczeniowych obciążają Ubezpieczającego.
2. Przepisy regulujące opodatkowanie świadczeń ubezpieczeniowych określonych w niniejszych OWIKU, 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.

§ 29 (prawo wglądu do akt)

Towarzystwo udostępnia na wniosek Ubezpieczającego lub uprawnionego do odbioru świadczenia ubezpieczeniowego, informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Towarzystwo udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Towarzystwo. Towarzystwo na wniosek tych osób udostępni informacje i dokumenty w postaci elektronicznej.

§ 30 (spory sądowe)

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.

§ 31 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Indywidualnej Kontynuacji Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 12 października 2015 roku przez Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie od dnia 12 października 2015 roku.



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Członek Zarządu