

Informacja o produkcie

grupowe ubezpieczenie na życie członków SKOK Promesa Premium

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia na Życie Członków

SKOK Promesa Premium uchwalonymi przez Zarząd SALTUS Towarzystwo

Ubezpieczeń na Życie SA

w dniu 22 sierpnia 2017 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 4

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE CZŁONKÓW SKOK - PROMESA PREMIUM -

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

1. Na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, zwanych dalej OWU, SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, zwane dalej „Towarzystwem”, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, zawiera ze spółdzielczymi kasami oszczędnościowo-kredytowymi (SKOK), umowy grupowego ubezpieczenia na życie członków SKOK, którzy zaciągnęli pożyczkę w SKOK.
2. Umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWU, jest umową grupową zawartą na cudzy rachunek, w rozumieniu art. 808 § 1 Kodeksu cywilnego 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) **niebezpieczne sporty** – sporty wodne uprawiane na rzekach górskich, nurkowanie przy użyciu aparatów gazowych, surfing, windsurfing, kitesurfing, sporty motorowe i motorowodne, sporty spadochronowe, sporty balonowe, paralotniarstwo, szybownictwo, pilotowanie samolotów silnikowych, skoki bungee, sztuki walki i sporty obronne, sporty związane z użyciem broni, wspinaczka górską i skałkowa, speleologia, myślistwo, rugby, jazda konna, kolarstwo, jazda na nartach wodnych, narciarstwo zjazdowe, snowboard, bobsleje, saneczkarstwo, skoki narciarskie i akrobatyczne, narciarstwo ekstremalne, heliskiing, heliboarding, sporty, w których wykorzystywane są pojazdy poruszające się po śniegu lub lodzie, wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, góry powyżej 2500 m n.p.m., busz, obszary podbiegunowe, dżungla, tereny lodowcowe lub wiecznej zmarzliny albo udział w ekspedycjach wymagających użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego,
- 2) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, w następstwie którego Ubezpieczony, niezależnie od swojej woli, doznał trwałego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł,
- 3) **okres ubezpieczenia** – okres, w którym Towarzystwo ponosi odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego,
- 4) **polisa** – dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia między Ubezpieczającym a Towarzystwem,
- 5) **pożyczka** – pożyczka lub kredyt udzielona Ubezpieczonemu przez Ubezpieczającego (SKOK), spłacana w ratach równych lub malejących,
- 6) **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,
- 7) **świadczenie ubezpieczeniowe** – jednorazowe świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego, w kwocie zgodnej na dzień śmierci Ubezpieczonego z saldem zadłużenia wskazanym w harmonogramie spłat pożyczki, sporządzonym na dzień złożenia deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia z zastrzeżeniem § 4,
- 8) **Ubezpieczający** – Spółdzielcza Kasa Oszczędnościowo-Kredytowa (SKOK), zawierająca umowę ubezpieczenia na rachunek swoich członków,
- 9) **Ubezpieczony** – członek SKOK, na rachunek którego została zawarta umowa ubezpieczenia,
- 10) **Uposażony** – wskazana przez Ubezpieczającego za zgodą Ubezpieczonego osoba uprawniona do świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego,
- 11) **zadłużenie** – zobowiązanie finansowe Ubezpieczonego wobec Ubezpieczającego (SKOK) z tytułu zawartej umowy pożyczki, obejmujące wyłącznie wartość kwoty niespłaconego kapitału, zgodnie z harmonogramem spłat pożyczki, aktualnym na dzień złożenia deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

3. Odpowiedzialność Towarzystwa polega na obowiązku wypłaty osobie uprawnionej świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 4 niniejszych OWU.

§ 4 (ograniczenia odpowiedzialności z tytułu śmierci)

1. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona, gdy śmierć Ubezpieczonego nastąpiła:
 - 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 rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - 3) w wyniku umyślnego popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia.
 - 4) wskutek zatrucia się Ubezpieczonego, spowodowanego spożywaniem 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 zajście zdarzenia,
 - 5) wskutek czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu,
 - 6) wskutek samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie pierwszych dwóch lat od daty złożenia przez Ubezpieczonego deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia.
2. W okresach o których mowa w ust. 4, pkt. 1) i 2), Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku będącego wynikiem:
 - 1) uprawiania przez Ubezpieczonego amatorsko lub wyczynowo niebezpiecznych sportów,
 - 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 zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 4) przewozu lotniczego Ubezpieczonego w charakterze innym niż pasażer samolotu pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych - o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 5) poddania się Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarzy, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego 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 zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku nie jest należne, jeżeli pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego nie istniał związek przyczynowy.
4. Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpiło przed upływem:
 - 1) w odniesieniu do osób, które w dniu składania deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia nie ukończyły 65 roku życia - 30 dni od daty rozpoczęcia odpowiedzialności,
 - 2) w odniesieniu do osób, które w dniu składania deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia ukończyły 65 rok życia - 90 dni od daty rozpoczęcia odpowiedzialności,Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości stanowiącej równowartość opłaconej za Ubezpieczonego składki ubezpieczeniowej za okres wykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
5. Ograniczenie określone w ust.4 nie ma zastosowania w sytuacji, gdy przyczyną śmierci Ubezpieczonego był nieszczęśliwy wypadek, z zastrzeżeniem postanowień ust.2 i ust. 3.
6. Jeżeli Ubezpieczony w dniu bezpośrednio poprzedzającym objęcie go ochroną ubezpieczeniową, był objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie zawartej z Ubezpieczającym innej umowy ubezpieczenia z grupy Promesa, ograniczenie o którym mowa w ust. 4, ma zastosowanie tylko w odniesieniu do kwoty, o którą wzrosła łączna odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego.

III. SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 5 (suma ubezpieczenia)

1. Suma ubezpieczenia stanowi górny limit odpowiedzialności Towarzystwa.
2. Suma ubezpieczenia jest równa wartości zadłużenia na dzień złożenia deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowienia ust.3.
3. Suma ubezpieczenia w odniesieniu do jednego Ubezpieczonego, niezależnie od ilości umów ubezpieczenia zawartych na podstawie OWU PROMESA PREMIUM, do których przystąpił Ubezpieczony, nie może przekraczać kwoty:
 - 1) 100 000,00 zł w odniesieniu do osób, które w dniu składania deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia nie ukończyły 65 roku życia,

- 2) 20 000,00 zł w odniesieniu do osób, które w dniu składania deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia ukończyły 65 rok życia, ale nie ukończyły 75 roku życia,
- 3) 10 000,00 zł w odniesieniu do osób, które w dniu składania deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia ukończyły 75 rok życia.
4. Na wniosek Ubezpieczającego i za zgodą Towarzystwa możliwe jest zawarcie umowy ubezpieczenia na wyższe sumy ubezpieczenia. W takich przypadkach Towarzystwo zastrzega sobie prawo do indywidualnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego i kalkulacji składki.
5. Suma ubezpieczenia stanowi podstawę do obliczenia wysokości składki.

§ 6 (składka ubezpieczeniowa)

1. Towarzystwo ustala wysokość składki ubezpieczeniowej należnej za każdego Ubezpieczonego na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu zawierania umowy, stanowiącej integralną część umowy ubezpieczenia. Stawki taryfowe zawarte w taryfie składek określono zgodnie z zasadami matematyki aktuariałnej, w oparciu o wykorzystywane przez Towarzystwo tabele trwania życia. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od stopnia ryzyka jakie poniesie Towarzystwo po rozpoczęciu odpowiedzialności oraz kosztów zawarcia i obsługi ubezpieczenia.
2. Wysokość składki ubezpieczeniowej stanowi iloczyn wysokości sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia oraz stawki taryfowej.
3. Składka należna za cały okres ubezpieczenia 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.

IV. UMOWA UBEZPIECZENIA

§ 7 (zawarcie umowy ubezpieczenia)

1. Podstawą zawarcia umowy ubezpieczenia jest złożenie przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na formularzu stosowanym przez Towarzystwo.
2. Na dowód zawarcia umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wystawia polisę, którą doręcza Ubezpieczającemu.
3. Jeżeli strony nie umówią się inaczej, do zawarcia umowy dochodzi z chwilą akceptacji przez Towarzystwo wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust.4 - 6.
4. Jeżeli polisa zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego od treści złożonej przez Ubezpieczającego oferty, Towarzystwo zobowiązane jest zwrócić na to Ubezpieczającemu uwagę na piśmie przy doręczeniu polisy, wyznaczając mu co najmniej siedmiodniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku przez Towarzystwo, zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego nie są skuteczne, a umowa ubezpieczenia jest zawarta zgodnie z warunkami oferty.
5. W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego, o którym mowa w ust.4, uważa się, że umowa doszła do skutku zgodnie z treścią polisy, od następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
6. W przypadku zgłoszenia przez Ubezpieczającego sprzeciwu, o którym mowa w ust.4, uważa się że umowa ubezpieczenia nie doszła do skutku, a odpowiedzialność Towarzystwa nie rozpoczęła się, chyba że strony dojdą do porozumienia co do warunków umowy ubezpieczenia. W przypadku niedojścia do skutku umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu dokonane wpłaty na poczet składek ubezpieczeniowych, w terminie 14 dni od dnia zgłoszenia przez Ubezpieczającego sprzeciwu, o którym mowa w ust. 4. Ubezpieczający zwróci ww. wpłaty Ubezpieczonemu niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni od dnia ich otrzymania od Towarzystwa.

§ 8 (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.

V. CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

§ 9 (prawo do objęcia ubezpieczeniem)

Na podstawie niniejszych OWU ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia grupowego może zostać objęta osoba wymieniona w § 2 pkt 9) niniejszych OWU, która zawarła z Ubezpieczającym umowę pożyczki, zgodnie z obowiązującym regulaminem udzielania pożyczek oraz wyraziła zgodę na przystąpienie do umowy ubezpieczenia.

§ 10 (obejmowanie ubezpieczeniem i początek odpowiedzialności Towarzystwa)

1. Warunkiem objęcia danej osoby ochroną ubezpieczeniową jest złożenie przez nią deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia, sporządzonej w formie pisemnej, na formularzu Towarzystwa.

2. W przypadku osób, którym zostaje udzielona pożyczka na kwotę przekraczającą 10 000,00 zł, wymagane jest wypełnienie przez tę osobę ankiety medycznej. W przypadku, o którym mowa w § 5 ust. 4, wymagane jest wypełnienie przez Ubezpieczonego oświadczenia o stanie zdrowia w formie kwestionariusza medycznego.
3. W przypadku osób, które chcą przystąpić do ubezpieczenia po zawarciu umowy pożyczki, wymagane jest, wypełnienie ankiety medycznej, niezależnie od wysokości sumy ubezpieczenia. W przypadku, o którym mowa w § 5 ust. 4, wymagane jest wypełnienie przez Ubezpieczonego oświadczenia o stanie zdrowia w formie kwestionariusza medycznego.
4. Zmiana warunków umowy pożyczki powoduje konieczność złożenia nowej deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia i wypełnienie ankiety medycznej lub kwestionariusza medycznego, jeśli są wymagane.
5. Ankieta medyczna jest weryfikowana przez Ubezpieczającego. W przypadku kwestionariusza medycznego oceny ryzyka ubezpieczeniowego dokonuje Towarzystwo. Towarzystwo uzależni wyrażenie zgody na przystąpienie do ubezpieczenia od stanu zdrowia tej osoby, potwierdzonego odpowiedziami udzielonymi w kwestionariuszu medycznym lub jeśli jest to konieczne, dodatkowo wynikami badań lekarskich zleconych przez Towarzystwo. Koszty zleconych badań lekarskich ponosi Towarzystwo.
6. W przypadku negatywnego zweryfikowania ankiety medycznej, podlega ona zwrotowi osobie wnioskującej o ubezpieczenie, zaś oświadczenie o stanie zdrowia w formie kwestionariusza medycznego, podlega zniszczeniu przez Towarzystwo. W obu przypadkach przystąpienie do ubezpieczenia nie następuje.
7. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia następnego po złożeniu przez Ubezpieczonego deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 - 5 oraz § 4 ust. 4 - 6.
8. W sytuacji odstąpienia przez pożyczkobiorcę od umowy pożyczki na zasadach wyrażonych w Ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o kredycie konsumenckim (Dz. U. z 2014 r., poz. 1497 z późn. zm.), pożyczkobiorca nie zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową. W takim przypadku Towarzystwo dokona zwrotu składki ubezpieczeniowej niezwłocznie Ubezpieczającemu, nie później niż w terminie 14 dni od dnia zgłoszenia przez Ubezpieczającego informacji o odstąpieniu przez pożyczkobiorcę od umowy pożyczki, Ubezpieczający zwróci Ubezpieczonemu ww. składkę ubezpieczeniową niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni od dnia otrzymania wpłaty od Towarzystwa.

§ 11 (zakończenie odpowiedzialności)

1. Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się:
 - 1) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego w trybie określonym w § 12 ust.2,
 - 2) z upływem okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia względem wszystkich lub poszczególnych Ubezpieczonych w trybie określonym w § 12 ust.3.
 - 3) z dniem doręczenia Towarzystwu wniosku o wcześniejsze zakończenie ochrony ubezpieczeniowej w trybie określonym w § 12 ust. 5.
2. Ponadto w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych, odpowiedzialność kończy się:
 - 1) z dniem upływu okresu ubezpieczenia,
 - 2) z dniem złożenia rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczonego,
 - 3) z dniem śmierci Ubezpieczonego.
3. W przypadku ustania ochrony ubezpieczeniowej wobec danego Ubezpieczonego przed zakończeniem okresu ubezpieczenia, Towarzystwo po otrzymaniu danych niezbędnych do dokonania przelewu, w terminie 14 dni, dokona zwrotu części składki ubezpieczeniowej przypadającej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Ubezpieczający zobowiązany jest zwrócić Ubezpieczonemu wyżej wymienione wpłaty w terminie 14 dni od dnia ich otrzymania od Towarzystwa.

VI. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 12 (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 § 8 ust.2 - 4.
2. 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 udzieliło ochrony ubezpieczeniowej.
3. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia względem wszystkich lub poszczególnych Ubezpieczonych, w każdym czasie, z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego, o ile strony nie umówią się inaczej co do warunków wypowiedzenia umowy.
4. Wypowiedzenie umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
5. Na wniosek Ubezpieczającego i za zgodą Towarzystwa, umowa ubezpieczenia może zostać rozwiązana względem poszczególnych Ubezpieczonych ze skutkiem na dzień doręczenia Towarzystwu wniosku o wcześniejsze zakończenie ochrony ubezpieczeniowej.
6. W przypadku nieopłacenia w terminie składki ubezpieczeniowej należnej za danego Ubezpieczonego w całości lub w części, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty tej składki lub jej brakującej części, wyznaczając w tym celu dodatkowy termin 14 dni. W wezwaniu do zapłaty Towarzystwo powiadomi Ubezpieczającego o skutkach, o których mowa w niniejszym ustępie oraz określonych w ust. 7.
7. Jeżeli składka lub jej brakująca część nie zostanie opłacona w dodatkowym terminie wskazanym w ust. 6, umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą

przez Ubezpieczającego w odniesieniu do danego Ubezpieczonego z upływem ostatniego dnia dodatkowego terminu wskazanego w ust.6. W przypadku nie uiszczenia brakującej części składki w dodatkowym terminie wskazanym w ust.6, Towarzystwo po otrzymaniu danych niezbędnych do dokonania przelewu w terminie 14 dni zwróci część składki ubezpieczeniowej, przypadającej za okres, w którym nie świadczyło ochrony ubezpieczeniowej. Ubezpieczający zobowiązany jest zwrócić Ubezpieczonym wyżej wymienione wpłaty w terminie 14 dni od dnia ich otrzymania od Towarzystwa.

VII. PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

§ 13 (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 objęciu danej osoby ochroną ubezpieczeniową, 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. Jeżeli do zdarzenia doszło po upływie lat trzech od zawarcia umowy ubezpieczenia, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności że zatajona została choroba osoby ubezpieczonej.
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.

§ 14 (obowiązki Ubezpieczającego w trakcie trwania umowy ubezpieczenia)

1. Przed wyrażeniem przez Ubezpieczonych zgody na przystąpienie do ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest udostępnić Ubezpieczonym treść obowiązujących OWU, z uwzględnieniem zmian wprowadzonych zgodnie z postanowieniem § 1 ust. 4 i z zastrzeżeniem postanowień § 7 ust. 4.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest przechowywać złożone przez Ubezpieczonych deklaracje zgody na przystąpienie do ubezpieczenia oraz ankiety i kwestionariusze medyczne, 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 złożyli deklarację zgody na przystąpienie do ubezpieczenia wraz z anketami i kwestionariuszami medycznymi (w przypadkach kiedy są wymagane).
4. Wraz ze składką ubezpieczeniową, Ubezpieczający zobowiązany jest do przesyłania Towarzystwu wykazu osób nowo przystępujących do ubezpieczenia, oraz miesięcznego rozliczenia wpłaconych składek ubezpieczeniowych, ze wskazaniem osób, których dotyczą.
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.

§ 15 (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 § 7 ust.4, 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. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 4.
3. Obowiązek Towarzystwa określony w ust.2 powstaje nie wcześniej niż z datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego, określoną w § 10 ust. 7.

VIII. WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 16 (wypłata świadczenia z tytułu śmierci)

Jednorazowe świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego, w kwocie zgodnej na dzień śmierci Ubezpieczonego z saldem wskazanym w harmonogramie spłat pożyczki, sporządzonym na dzień złożenia deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 4 niniejszych OWU, wypłaca się osobie lub osobom wskazanym w § 17.

§ 17 (osoba uprawniona do świadczenia)

1. Ubezpieczający, za uprzednią zgodą Ubezpieczonego, może wskazać imiennie jednego lub więcej Uposażonych do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Wskazanie Uposażonego może nastąpić zarówno przy zawarciu umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej trwania.
3. Ubezpieczający, za zgodą Ubezpieczonego, ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać Uposażonego. Zmiana lub odwołanie Uposażonego następuje w momencie 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,
 - 2) inni spadkobiercy zmarłego, jeżeli Ubezpieczony w dniu śmierci nie pozostawał w związku małżeńskim lub małżonek nie żyje lub nie jest uprawniony do świadczenia (świadczenie wypłacane jest w równych częściach, po przedłożeniu postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku wraz z klauzulą prawomocności bądź zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia).
7. W razie braku uposażonego lub osoby wymienionej w ust.6, z przysługującego świadczenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaca, w granicach sumy ubezpieczenia, w pierwszym rzędzie udowodnione rachunkami koszty pogrzebu osobie, która te koszty poniosła.

§ 18 (wymagane dokumenty)

1. Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, występująca z roszczeniem obowiązana jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
 - 1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy, bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
 - 2) skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - 3) kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza określający przyczynę zgonu, gdy:
 - a) wymagana była ankieta medyczna lub kwestionariusz medyczny od Ubezpieczonego,
 - b) zgon Ubezpieczonego nastąpił w okresie o którym mowa w § 4 ust. 4 pkt 1), 2),
 - 4) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli przyczyną śmierci Ubezpieczonego był nieszczęśliwy wypadek,
 - 5) zaświadczenie ze SKOK o wysokości salda niespłaconej przez Ubezpieczonego pożyczki,
 - 6) harmonogram spłat pożyczki, sporządzony na dzień złożenia deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia,
 - 7) własny dokument tożsamości (nie dotyczy Ubezpieczającego).
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, która nastąpiła za granicą, 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. Koszty związane z uzyskaniem i przekazaniem dokumentów, o których mowa w ust. 1-2 ponosi osoba uprawniona do świadczenia.

§ 19 (realizacja świadczenia ubezpieczeniowego)

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 (jeżeli osoba występująca z roszczeniem o wypłatę świadczenia wyrazi na to zgodę), osobę występującą z roszczeniem o wypłatę 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, zawartej ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.
3. Towarzystwo wypłaca należne świadczenie w ciągu 30 dni od daty zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
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 występującą z roszczeniem o wypłatę świadczenia oraz w przypadku umowy zawartej na cudzy rachunek, Ubezpieczonego, o ile nie jest osobą występującą z roszczeniem o wypłatę świadczenia, o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części.

6. W przypadku gdy Ubezpieczający odstąpi od dochodzenia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia, Ubezpieczony lub jego spadkobiercy mogą dochodzić roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia bezpośrednio od Towarzystwa. Ubezpieczony lub jego spadkobiercy powinni przedłożyć Towarzystwu oświadczenie Ubezpieczającego o odstąpieniu od dochodzenia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia.
7. Towarzystwo nie jest uprawnione do występowania z roszczeniem regresowym z tytułu umowy ubezpieczenia względem poszczególnym ubezpieczonych.

IX. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 20 (zasady korespondencji)

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

§ 21 (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: SALTUS TU 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 reklamacji.
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. Podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich w rozumieniu ustawy z dnia 23 września 2016 roku o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla Towarzystwa jest Rzecznik Finansowy. Informacje dotyczące podmiotu uprawnionego dostępne są na stronie <http://rf.gov.pl/>
9. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 22 (przepisy wewnętrzne)

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 polskiego prawa.

§ 23 (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 wysokość 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.

§ 24 (spory sądowe)

1. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia.

§ 25 (informacja o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa)


Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa zamieszczone jest na stronie internetowej www.saltus.pl.

§ 26

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 22 sierpnia 2017 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie od dnia 1 grudnia 2017 roku.


ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU


KRZYSZTOF KOSZNIK
WICEPREZES ZARZĄDU


GRZEGORZ BUCZKOWSKI
CZŁONEK ZARZĄDU