

Informacja o produkcie
grupowe ubezpieczenie na życie Vertus
Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia na Życie Vertus, uchwalonymi
przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA
w dniu 29 listopada 2017 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3, § 6.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7.

**OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE VERTUS****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 umowy grupowego ubezpieczenia na życie VERTUS, z osobami fizycznymi, osobami prawnymi, jednostkami organizacyjnymi niebędącymi 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. Umowy ubezpieczeń dodatkowych mogą być zawierane na podstawie odpowiednich Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, zwanych dalej OWDU, pod warunkiem wcześniejszego lub jednoczesnego zawarcia z Towarzystwem podstawowej umowy ubezpieczenia. Zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego zostanie stwierdzone w dokumencie ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie podstawowej umowy ubezpieczenia lub w aneksie do tego dokumentu.
4. Za porozumieniem stron do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia odmienne od ustalonych w niniejszych OWU i OWDU.
5. W przypadku określonym w ust.4, Towarzystwo zobowiązane jest przedstawić Ubezpieczającemu różnicę między treścią umowy ubezpieczenia a treścią OWU i OWDU 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) **certyfi kat ubezpieczenia** – dokument potwierdzający objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
- 2) **deklaracja stanu zdrowia Ubezpieczonego** – oświadczenie o stanie zdrowia Ubezpieczonego zawarte w deklaracji zgody na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia (deklaracja zgody),
- 3) **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 poprzedzający miesiąc, za który należna jest składka ubezpieczeniowa,
- 4) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 25 roku życia,
- 5) **małżonek** – osoba, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dacie wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa,
- 6) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, w następstwie którego osoba objęta ochroną ubezpieczeniową niezależnie od swojej woli, doznała trwałego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarła,
- 7) **okres ubezpieczenia** – okres, w którym Towarzystwo ponosi odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego,
- 8) **osoba objęta ochroną ubezpieczeniową** – Ubezpieczony i Współubezpieczony, których życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia,
- 9) **partner** – osoba wskazana w deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia, niespokrewniona z Ubezpieczonym w linii prostej, niebędąca rodzeństwem ani powinowatym 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,
- 10) **pełnoletnie dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które ukończyło 18 rok życia i nie ukończyło 69 roku życia,
- 11) **podgrupa** – grupa Ubezpieczonych wyodrębniona ze względu na zaakceptowane przez Towarzystwo kryterium, w szczególności zakres ubezpieczenia, sposób zdefiniowania sumy ubezpieczenia lub składki ubezpieczeniowej,
- 12) **polisa** – dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia między Ubezpieczającym a Towarzystwem,
- 13) **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),
- 14) **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 wdową po matce Ubezpieczonego, o ile po śmierci matki Ubezpieczonego nie wstąpił ponownie w związek małżeński,

- 15) **rok polisowy** – okres 12 miesięcy liczonych od dnia rocznicy polisy do dnia poprzedzającego kolejną rocznicę polisy,
- 16) **sporty wysokiego ryzyka** - 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, futbol amerykański, 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,
- 17) **stosunek prawny** – relacja łącząca Ubezpieczonego głównego z Ubezpieczającym poprzez zatrudnienie, członkostwo bądź inną formę zaakceptowaną przez Towarzystwo,
- 18) **suma ubezpieczenia** – kwota określona w polisie stanowiąca podstawę do określenia wysokości świadczeń ubezpieczeniowych oraz obliczenia wysokości składek ubezpieczeniowych,
- 19) **świadczenie ubezpieczeniowe** – kwota pieniężna, którą Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu lub osobie uprawnionej w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
- 20) **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 wdową po teściowej Ubezpieczonego, o ile po śmierci teściowej Ubezpieczonego nie wstąpił ponownie w związek małżeński,
- 21) **Ubezpieczający** – podmiot, który zawarł umowę ubezpieczenia z Towarzystwem,
- 22) **ubezpieczenie grupowe** – umowa ubezpieczenia zawarta na rachunek członków grupy, którzy wyrazili zgodę na przystąpienie do umowy ubezpieczenia,
- 23) **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 69 roku życia i:
 - a) pozostaje w stosunku prawnym z Ubezpieczającym (dalej: Ubezpieczony główny),
 - b) jest małżonkiem albo pełnoletnim dzieckiem Ubezpieczonego głównego (dalej: Ubezpieczony dodatkowy),
- 24) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie OWDU,
- 25) **umowa podstawowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWU,
- 26) **Uposażony** – wskazana przez Ubezpieczonego osoba uprawniona do odbioru świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek jego śmierci,
- 27) **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,
- 28) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie, którego zajście zobowiązuje Towarzystwo do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego na zasadach określonych w OWU i/lub OWDU.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA**§ 3 (przedmiot ubezpieczenia)**

Przedmiotem ubezpieczenia zawartego na podstawie niniejszych OWU jest życie Ubezpieczonego.

§ 4 (zakres ubezpieczenia, możliwość zmiany)

1. Ubezpieczenie może być zawarte:
 - 1) **w zakresie podstawowym** - w którym odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego, z zachowaniem ograniczeń wynikających z niniejszych OWU,
 - 2) **w zakresie rozszerzonym** - w którym odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie dodatkowych świadczeń, zgodnie z postanowieniami odpowiednich OWDU, z zachowaniem ograniczeń wynikających z niniejszych OWU oraz OWDU.
2. Za zgodą Towarzystwa możliwe jest obowiązywanie u jednego Ubezpieczającego, w tym samym czasie, więcej niż jednego ubezpieczenia grupowego, zawartego na podstawie niniejszych OWU. W takim przypadku Ubezpieczony, w tym samym czasie, może być objęty odpowiedzialnością Towarzystwa wyłącznie w ramach jednego ubezpieczenia grupowego, zawartego na podstawie niniejszych OWU.
3. Dopuszcza się utworzenie podgrup, w odniesieniu do których różnicowany jest zakres ubezpieczenia lub inne warunki ubezpieczenia. W takim przypadku wymagana jest akceptacja Towarzystwa, dotycząca kryterium podziału na podgrupy.

4. W tym samym czasie Ubezpieczony może być objęty odpowiedzialnością Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia grupowego zawartego na podstawie niniejszych OWU, wyłącznie w ramach jednej podgrupy. Do zmiany podgrupy przez Ubezpieczonego stosuje się odpowiednio postanowienia ust.5 i 6.
5. W przypadku gdy Ubezpieczający, w tym samym czasie, obowiązuje więcej niż jedno ubezpieczenie grupowe, zawarte na podstawie niniejszych OWU, Ubezpieczeni mogą dokonywać wyboru jednego z obowiązujących ubezpieczeń grupowych. Zmiana ubezpieczenia grupowego może nastąpić na wniosek Ubezpieczonego w rocznicę polisy ubezpieczeniowej poprzez złożenie deklaracji zgody na przystąpienie do wybranego ubezpieczenia grupowego (brany jest pod uwagę rok polisy ubezpieczenia grupowego, którym Ubezpieczony jest objęty składając wniosek o zmianę). Przy zmianie ubezpieczenia grupowego przez Ubezpieczonego Towarzystwo dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie informacji zawartych w deklaracji stanu zdrowia Ubezpieczonego.
6. W przypadku pozytywnego zweryfikowania deklaracji stanu zdrowia Ubezpieczonego zmiana ubezpieczenia grupowego, o której mowa w ust.5, nastąpi z początkiem najbliższego miesiąca, następującego po dniu złożenia przez Ubezpieczonego deklaracji zgody. 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.

§ 5 (zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia)

Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa, o którym mowa w § 4 ust.1 pkt 2) następuje wówczas, gdy Ubezpieczający, który zawarł umowę ubezpieczenia w zakresie podstawowym, zawrze z Towarzystwem dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w odpowiednich OWDU, za opłatą dodatkowej składki ubezpieczeniowej.

§ 6 (odpowiedzialność Towarzystwa)

Odpowiedzialność Towarzystwa wynikająca z niniejszych OWU, polega na obowiązku wypłaty Ubezpieczonemu, Uposażonemu lub osobie wskazanej w § 23 ust.6 – 7 świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości przewidzianej w polisie, w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 7 i wyłączeń wynikających z poszczególnych OWDU.

III. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7 (wyłączenia odpowiedzialności)

1. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpiło:
 - 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 ochroną ubezpieczeniową przestępstwa, stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu,
 - 4) zatrucia się osoby objętej ochroną ubezpieczeniową spowodowanego spożyciem 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,
 - 5) wskutek czynnego udziału osoby objętej ochroną ubezpieczeniową w aktach przemocy lub terroryzmu,
 - 6) wskutek samobójstwa popełnionego przez osobę objętą ochroną ubezpieczeniową w okresie pierwszych dwóch lat od daty złożenia przez Ubezpieczonego deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia grupowego, o ile miało to wpływ na powstanie zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu nieszczęśliwego wypadku będącego wynikiem:
 - 1) uprawiania przez osobę objętą ochroną ubezpieczeniową sportów wysokiego ryzyka,
 - 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,
 - 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 poza kontrolą lekarzy,
 - 6) prowadzenia przez osobę objętą ochroną ubezpieczeniową pojazdu bez wymaganego prawem uprawnienia do prowadzenia danego pojazdu, o ile miało to wpływ na powstanie zdarzenia ubezpieczeniowego.

IV. SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 8 (suma ubezpieczenia)

1. Sumę ubezpieczenia dla zakresu podstawowego określa się w umowie ubezpieczenia w jednakowej wysokości dla wszystkich Ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem grupowym. Możliwe jest zróżnicowanie wysokości sumy ubezpieczenia dla różnych podgrup, o ile takowe występują.

2. Sumę ubezpieczenia dla zakresu rozszerzonego określa się w jednakowej wysokości dla wszystkich Ubezpieczonych objętych umową odpowiedniego ubezpieczenia dodatkowego. Możliwe jest zróżnicowanie wysokości sumy ubezpieczenia dla różnych podgrup, o ile takowe występują.
3. Suma ubezpieczenia stanowi podstawę do określenia wysokości świadczeń ubezpieczeniowych oraz obliczenia wysokości składek ubezpieczeniowych.
4. Suma ubezpieczenia w roku polisowym jest niezmienna, co nie uchybia stosowaniu postanowień § 4.
5. 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.

§ 9 (składka ubezpieczeniowa)

1. Składkę ubezpieczeniową ustala się odrębnie dla każdej umowy ubezpieczenia w jednakowej wysokości dla poszczególnych grup lub podgrup Ubezpieczonych. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy 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 aktuarialnej, w oparciu o wykorzystywane przez Towarzystwo tabele trwania życia.
2. Składka za ubezpieczenia dodatkowe określana jest odrębnie dla każdej umowy ubezpieczenia w jednakowej wysokości dla poszczególnych grup lub podgrup Ubezpieczonych i płatna łącznie ze składką z tytułu podstawowej umowy ubezpieczenia, na zasadach i w terminach określonych w OWU.

§ 10 (częstotliwość opłacania składki ubezpieczeniowej)

Składka ubezpieczeniowa płatna jest z częstotliwością miesięczną, o ile strony nie umówią się inaczej.

§ 11 (termin opłacania składki ubezpieczeniowej)

1. Ubezpieczający jest obowiązany przekazywać Towarzystwu należne składki ubezpieczeniowe za każdego Ubezpieczonego, na zasadach i w terminach określonych w § 21.
2. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danej osoby przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

V. UMOWA UBEZPIECZENIA

§ 12 (zawarcie umowy ubezpieczenia)

1. Podstawą zawarcia umowy ubezpieczenia jest złożenie przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na formularzu stosowanym przez Towarzystwo.
2. W przypadku złożenia przez Ubezpieczającego oferty, Towarzystwo przekazuje podmiotowi, który zamierza zawrzeć umowę ubezpieczenia, formularz wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz obowiązujące OWU i OWDU.
3. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia lub objęcia danej osoby ubezpieczeniem, Towarzystwo zastrzega sobie prawo:
 - 1) uzyskania dokumentów potwierdzających strukturę wieku, strukturę zawodową osób obejmowanych ubezpieczeniem,
 - 2) uzyskania dokumentów potwierdzających istnienie więzi wynikających z definicji stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego głównego z Ubezpieczającym oraz dokumentów medycznych potwierdzających stan zdrowia Ubezpieczonego,
 - 3) uzyskania dokumentów potwierdzających istnienie więzi rodzinnych pomiędzy Ubezpieczonym głównym, a pozostałymi osobami objętymi ochroną ubezpieczeniową,
 - 4) skierowania na badania lekarskie, przeprowadzane przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo.
4. Koszty badań medycznych zleconych przez Towarzystwo ponosi Towarzystwo.

§ 13 (okres 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 pismem 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 OWDU, do zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego stosuje się postanowienia dotyczące podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 14 (ocena ryzyka)

1. Towarzystwo, przed zawarciem umowy ubezpieczenia dokonuje na podstawie danych zawartych we wniosku o ubezpieczenie, dokumentów wymienionych w §12 ust.3 oraz deklaracji zgody, oceny poziomu ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Wyznaczenie poziomu ryzyka ubezpieczeniowego dla całej lub części grupy polega na określeniu prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń losowych, których dotyczy umowa ubezpieczenia na podstawie zbiorczych danych dotyczących osób obejmowanych ubezpieczeniem, w tym struktury wieku i wykonywanych zawodów.
3. W przypadku stwierdzenia podwyższonego poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, wynikającego z wyższego prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń losowych, których dotyczy ubezpieczenie, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia, zawarcia jej na warunkach odbiegających od wnioskowanych przez Ubezpieczającego, odmowy objęcia danej grupy ubezpieczeniem lub zaproponowania objęcia ubezpieczeniem na zasadach odbiegających od wnioskowanych poprzez podwyższenie składki za daną grupę, obniżenie sumy ubezpieczenia lub zmianę zakresu ubezpieczenia w odniesieniu do tej grupy.

§ 15 (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 lub Ubezpieczonych 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 lub Ubezpieczonego 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.

§ 16 (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 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.
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 odniesieniu do osoby objętej ubezpieczeniem, gdy składka należna za tę osobę nie zostanie opłacona najpóźniej w trzeciej kolejnej dacie wymagalności składki ubezpieczeniowej, płatnej za tę osobę, mimo otrzymania przez Ubezpieczającego od Towarzystwa wezwania do zapłaty składki w tej dacie; okres wypowiedzenia kończy się z upływem trzeciej kolejnej daty wymagalności składki ubezpieczeniowej, płatnej za osobę objętą ubezpieczeniem.
6. Na wniosek Ubezpieczającego i za zgodą Towarzystwa, umowa ubezpieczenia może zostać rozwiązana względem poszczególnych Ubezpieczonych ze skutkiem na koniec miesiąca, za który została opłacona składka ubezpieczeniowa.
7. 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

§ 17 (objęwanie ubezpieczeniem i czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa)

1. Osobą objętą ochroną ubezpieczeniową może zostać:
 - 1) Ubezpieczony główny, pod warunkiem że na dzień przystąpienia do ubezpieczenia grupowego pozostaje w stosunku prawnym z Ubezpieczającym w rozumieniu niniejszych OWU,
 - 2) Ubezpieczony dodatkowy, pod warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia grupowego Ubezpieczonego głównego.
2. Ponadto, osobą objętą ochroną ubezpieczeniową może zostać Współubezpieczony, pod warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia grupowego osób, o których mowa w ust.1.

3. W przypadku gdy:
 - 1) Ubezpieczony główny przystępuje do ubezpieczenia grupowego po upływie 4 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia lub
 - 2) Ubezpieczony główny nie był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia na życie obowiązującej u Ubezpieczającego bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWU lub
 - 3) Ubezpieczony główny przystępuje do ubezpieczenia grupowego po upływie 4 miesięcy od daty nawiązania z Ubezpieczającym stosunku prawnego lub
 - 4) Ubezpieczony dodatkowy nie był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia na życie obowiązującej u Ubezpieczającego bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWU i przystępuje do ubezpieczenia po dacie zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 5) Ubezpieczony dokonuje zmiany ubezpieczenia grupowego lub podgrupy w ramach ubezpieczenia grupowego,wymagane jest wypełnienie deklaracji stanu zdrowia Ubezpieczonego.
4. Potwierdzeniem objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego jest certyfikat ubezpieczenia wystawiony przez Towarzystwo.
5. Do ubezpieczenia mogą przystąpić osoby, które w dniu podpisania deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia grupowego spełniały warunki określone w §2 pkt 23).
6. Towarzystwo ma prawo do ustalenia, czy Ubezpieczony główny pozostaje w stosunku prawnym z Ubezpieczającym w rozumieniu niniejszych OWU. W tym celu Towarzystwo może zwracać się do Ubezpieczającego o przedstawienie dokumentacji i wyjaśnień niezbędnych do potwierdzenia faktu pozostawania przez Ubezpieczonego głównego w stosunku prawnym z Ubezpieczającym.
7. Objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową następuje na czas pozostały do końca okresu trwania umowy ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami § 13.
8. Towarzystwo ma prawo odmówić przyjęcia do ubezpieczenia osoby przebywającej na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekłe chorych.
9. Informacje w sprawie rozszerzenia liczby osób objętych ubezpieczeniem, Ubezpieczający przekazuje Towarzystwu wraz z okresowym rozliczeniem składek w terminach określonych w § 21.

§ 18 (początek odpowiedzialności Towarzystwa)

1. W przypadku osób, przystępujących do ubezpieczenia grupowego w okresie 4 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia i objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia na życie obowiązującej u Ubezpieczającego bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWU lub przystępujących do ubezpieczenia w okresie 4 miesięcy od daty nawiązania z Ubezpieczającym stosunku prawnego, z zastrzeżeniem postanowień § 7, okres ochrony ubezpieczeniowej, a tym samym odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do poszczególnych osób objętych ochroną ubezpieczeniową, rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym została złożona Towarzystwu deklaracja zgody Ubezpieczonego na przystąpienie do ubezpieczenia grupowego.
2. W pozostałych przypadkach, opisanych w §17 ust.3 pkt 1) – 5), wymagane jest wypełnienie przez Ubezpieczonego deklaracji stanu zdrowia. Towarzystwo uzależni wyrażenie zgody na przystąpienie do ubezpieczenia od stanu zdrowia tej osoby, potwierdzonego odpowiedziami udzielonymi w deklaracji stanu zdrowia lub jeśli jest to konieczne, dodatkowo wynikami badań lekarskich zleconych przez Towarzystwo. Koszty zleconych badań lekarskich ponosi Towarzystwo.
3. W przypadku pozytywnego zweryfikowania deklaracji stanu zdrowia Ubezpieczonego, odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym dokonano pozytywnej weryfikacji, co zostaje potwierdzone przesłanym do Ubezpieczającego certyfikatem ubezpieczenia.
4. W przypadku negatywnego zweryfikowania deklaracji stanu zdrowia Ubezpieczonego, Towarzystwo informuje Ubezpieczającego o odmowie przyjęcia danej osoby do ubezpieczenia. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do tej osoby nie następuje.

§ 19 (zakończenie odpowiedzialności Towarzystwa)

1. Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się:
 - 1) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego w trybie określonym w § 16 ust.2,
 - 2) z upływem okresu wypowiedzenia przez Ubezpieczającego umowy ubezpieczenia względem wszystkich lub poszczególnych Ubezpieczonych w trybie określonym w § 16 ust.3,
 - 3) z dniem wykreślenia Ubezpieczającego z właściwego rejestru bądź ewidencji - wskutek zaprzestania prowadzenia działalności przez Ubezpieczającego,
 - 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.

Z chwilą rozwiązania umowy ubezpieczenia kończy się ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych i Współubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową.

2. Ponadto w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych, odpowiedzialność kończy się:
 - 1) z końcem miesiąca, w którym nastąpiło rozwiązanie lub wygaśnięcie stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego głównego z Ubezpieczającym,
 - 2) w rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony ukończył 70 rok życia,
 - 3) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
 - 4) z upływem okresu wypowiedzenia, o którym mowa w § 16 ust.5.
3. W odniesieniu do poszczególnych 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 OWDU stanowią inaczej.

4. W przypadkach opisanych w ust.2 – 3, z chwilą ustania ochrony ubezpieczeniowej wobec Ubezpieczonego głównego kończy się ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonych dodatkowych i Współubezpieczonych.

VII. PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

§ 20 (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 umowy ubezpieczenia, przystępowaniu do ubezpieczenia grupowego bądź zmianie ubezpieczenia grupowego lub podgrupy 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 Ubezpieczający lub Ubezpieczony podał wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zataił swoją chorobę.
4. Postanowienia ust.1-3 stosuje się odpowiednio w przypadku przystąpienia do ubezpieczenia grupowego bądź zmiany ubezpieczenia grupowego lub podgrupy przez Ubezpieczonego 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.

§ 21 (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.
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. Jeżeli strony nie umówią się inaczej, Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Towarzystwu składek ubezpieczeniowych w terminie do ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, za który należy jest składka ubezpieczeniowa.
4. W czasie trwania umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do przysyłania Towarzystwu, w terminie wskazanym w ust.3, formularza rozliczenia składek zawierającego następujące informacje:
 - 1) miesięczne rozliczenie przekazanych składek ubezpieczeniowych,
 - 2) wykaz osób przystępujących do ubezpieczenia,
 - 3) wykaz osób występujących z ubezpieczenia,
 - 4) deklaracje zgody osób nowo przystępujących do ubezpieczenia.
5. Ubezpieczający zobowiązany jest do pośredniczenia w przekazywaniu dokumentów kierowanych do Ubezpieczonych przez Towarzystwo i do Towarzystwa przez Ubezpieczonych.
6. W czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa, Towarzystwu przysługuje prawo do kontrolowania obsługi ubezpieczenia wykonywanej przez Ubezpieczającego, względem osób objętych ochroną ubezpieczeniową.

§ 22 (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.4 i z zastrzeżeniem postanowień § 15 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. W przypadku powstania zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia, Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia, z uwzględnieniem postanowień § 7.
3. Obowiązek Towarzystwa określony w ust.2 powstaje nie wcześniej niż z datą początku ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w § 18.

VIII. OSOBA UPRAWNIONA DO ŚWIADCZENIA

§ 23 (zasady wyznaczania Uposażonego i innych osób uprawnionych)

1. Zgodnie z niniejszymi OWU, Uposażonych wskazuje Ubezpieczony.
2. Ubezpieczony może wskazać imiennie jednego lub więcej Uposażonych.
3. Wskazanie Uposażonego może nastąpić zarówno przy zawarciu umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej trwania.
4. 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.
5. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych, a nie oznaczył ich udziału w kwocie świadczenia, uważa się, że ich udziały są równe.

6. Z zastrzeżeniem ust.7, jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma imiennie wyznaczonego Uposażonego, świadczenie ubezpieczeniowe otrzymują członkowie rodziny zmarłego w następującej kolejności:
 - 1) osoba, z którą Ubezpieczony pozostaje 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.
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.

IX. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

§ 24 (wypłata świadczenia)

1. Jednorazowe świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci Ubezpieczonego wypłaca się Uposażonemu, a w przypadku braku osoby uposażonej, osobom wskazanym w § 23 ust.6-7.
2. W przypadku śmierci Współubezpieczonego, świadczenie ubezpieczeniowe wypłaca się Ubezpieczonemu.

§ 25 (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 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 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.

§ 26 (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 (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 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 bezsporna 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.

X. INDYWIDUALNA KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA

§ 27

Możliwość indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia przysługuje tylko Ubezpieczonemu głównemu w ramach grupowego ubezpieczenia na życie VERTUS, który:

- 1) przestał być związany stosunkiem prawnym z Ubezpieczającym, pod warunkiem obejmowania ubezpieczeniem grupowym na podstawie niniejszych OWU przez okres co najmniej 6 miesięcy (do okresu tego zalicza się również czas przez jaki Ubezpieczony główny objęty był odpowiedzialnością w ramach innej umowy grupowego ubezpieczenia na życie, z obejmowania którą Ubezpieczony główny zrezygnował, przystępując do umowy zawartej na podstawie niniejszych OWU),
- 2) z powodu reorganizacji lub likwidacji Ubezpieczającego, Ubezpieczający rozwiązał łączący ich stosunek prawny lub rozwiązał umowę ubezpieczenia – bez względu na okres obejmowania ubezpieczeniem.

§ 28

1. Umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia zawierana jest na podstawie Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na życie Vertus, obowiązujących w Towarzystwie w dniu składania wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.
2. 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 trzech miesięcy, licząc od ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została opłacona ostatnia składka ubezpieczeniowa w ramach ubezpieczenia grupowego.
3. Za datę złożenia wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia uznaje się dzień przekazania wniosku do Towarzystwa lub pośrednika.

XI. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 29 (zasady korespondencji)

1. Wypowiedzenia, odstąpienia oraz wszelkie inne zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Towarzystwa, Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub 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 (tryb składania i rozpatrywania reklamacji)

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia mająca zastrzeżenia dotyczące świadczonego 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.

§ 31 (przepisy zewnętrzne)

1. Podatki i opłaty związane z płatnością składek ubezpieczeniowych obciążają Ubezpieczającego.
2. Przepisy regulujące opodatkowanie świadczeń ubezpieczeniowych określonych w niniejszych OWU, Towarzystwo wskazuje w polisie lub innym dokumencie stanowiącym integralną część umowy ubezpieczenia.
3. Wszelkie informacje związane z zawarciem umowy ubezpieczenia, uzyskane przez strony zarówno w trakcie negocjacji zmierzających do podpisania umowy ubezpieczenia, jak i w trakcie realizacji tej umowy, objęte są tajemnicą i nie mogą być udostępniane osobom trzecim, poza przypadkami określonymi powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.
4. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU, mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy polskiego prawa.

§ 32 (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 ubezpie-

zeniowego. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Towarzystwo udostępnienia 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.

§ 33 (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.

§ 34 (informacja o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa)

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

§ 35 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 29 listopada 2017 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie od dnia 3 stycznia 2018 roku.

Robert Łoś
Prezes Zarządu

Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu

Grzegorz Buczkowski
Członek Zarządu