



**Indywidualne
Ubezpieczenie Zdrowotne**

SALTUS KURACJA

Dokument zawierający informacje
o produkcie ubezpieczeniowym

Informacja o produkcie

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Indywidualne Ubezpieczenie Zdrowotne SALTUS KURACJA

SALTUS
UBEZPIECZENIA

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą w Sopocie (SALTUS TUW) ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot, Rzeczpospolita Polska, zarejestrowane w Rejestrze Przedsiębiorców prowadzonym przez Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000117377, NIP 1180130637

Produkt: Indywidualne Ubezpieczenie Zdrowotne SALTUS KURACJA

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje umowne podane są w Ogólnych Warunkach Indywidualnego Ubezpieczenia Zdrowotnego SALTUS KURACJA uchwalonych w dniu 23 czerwca 2020 roku przez Zarząd SALTUS TUW i mających zastosowanie do umów zawieranych od dnia 1 września 2020 roku (OWU) oraz w treści dokumentu ubezpieczenia.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie Zdrowotne, Indywidualne. Dział II, Grupa 1 i 2 zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ Zdrowie Ubezpieczonego
- ✓ SALTUS TUW udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie:
 - Udostępnienia i pokrycia kosztów ambulatoryjnych usług medycznych realizowanych w placówkach Partnerów Medycznych, oraz organizacji, pokrycia lub zwrotu kosztów usług wspierających powrót do zdrowia po pobycie w szpitalu, którego bezpośrednią przyczyną był w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia:
 - nieszczęśliwy wypadek i/lub
 - udar mózgu i/lub
 - zawał serca.
 - Udostępnienia i pokrycia kosztów ambulatoryjnych usług medycznych realizowanych w placówkach Partnerów Medycznych, oraz organizacji, pokrycia lub zwrotu kosztów usług medycznych wspierających powrót do zdrowia po rozpoznaniu:
 - nowotworu złośliwego.



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- ✗ Usług medycznych oraz usług wspierających powrót do zdrowia, świadczonych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- ✗ Udzielenia usługi medycznej i pokrycia kosztów usługi medycznej nieuzasadnionej z medycznego punktu widzenia lub nie wykazanej w OWU dla danego wariantu ubezpieczenia.
- ✗ Udzielenia i pokrycia kosztów usług medycznych oraz usług wspierających powrót do zdrowia, ponad limity przysługujące do wykorzystania w roku polisowym.
- ✗ Zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienia fizyczne i moralne.
- ✗ Kosztów połączeń z Centrum Telemedycznym.
- ✗ Naprawy zestawu Teleopieki Kardiologicznej, uszkodzonego przez Ubezpieczonego.
- ✗ Strat spowodowanych przez ewentualną interwencję pogotowia ratunkowego (np. wyważenie drzwi, wybite szyby w oknie).



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pokrycia kosztów usług medycznych wykonanych z powodu lub w następstwie:

- działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wewnętrznych zamieszek, strajków, rozruchów, lokautów oraz aktów terroryzmu i sabotażu,
- reakcji jądrowej, skażenia radioaktywnego, skażenia lub zanieczyszczenia odpadami przemysłowymi, działania broni biologicznej lub chemicznej, promieni laserowych i maserowych oraz pola magnetycznego i elektromagnetycznego,
- popełnienia lub usiłowania popełnienia przez osobę objętą ubezpieczeniem przestępstwa, stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu,
- pełnienia przez Ubezpieczonego czynnej służby w siłach zbrojnych jakiegokolwiek państwa,
- uczestniczenia Ubezpieczonego w bójkach, z wyjątkiem działania w obronie koniecznej,
- usiłowania popełnienia samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na jego własną prośbę,
- działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,
- działania Ubezpieczonego w stanie lub warunkach choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego,
- poddania się Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarzy,
- niewłaściwego leczenia lub niewłaściwie wykonanych zabiegów leczniczych, chyba że leczenie lub zabiegi zostały wykonane zgodnie ze wskazaniem lekarskim,
- 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) bądź w stanie nietrzeźwości (gdy procent alkoholu we krwi przekracza dopuszczalne normy ustalone dla kierowców pojazdów mechanicznych, obowiązujące w kraju, w którym doszło do wypadku), pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
- uczestniczenia w rajdach, wyścigach lub próbach prędkościowych,
- uprawianiem sportów wysokiego ryzyka,
- przewozu lotniczego Ubezpieczonego w charakterze innym niż pasażer samolotu pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
- wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu.

W ubezpieczeniu leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków ochroną ubezpieczeniową nie są objęte następstwa nieszczęśliwych wypadków:

- powstałe w związku z współistniejącą u Ubezpieczonego osteoporozą,
- powstałe w związku z współistniejącymi u Ubezpieczonego przerzutami nowotworowymi do kości.

W ubezpieczeniu leczenia następstw zawału serca ochroną ubezpieczeniową nie są objęte następstwa zawału serca, jeżeli:

- przed zawarciem umowy ubezpieczenia leczono lub zdiagnozowano u Ubezpieczonego wcześniej występujący zawał serca,
- przed zawarciem umowy ubezpieczenia leczono lub zdiagnozowano u Ubezpieczonego chorobę wieńcową (miażdżycę naczyń wieńcowych).

W ubezpieczeniu leczenia następstw udaru mózgu ochroną ubezpieczeniową nie są objęte następstwa udaru mózgu, jeżeli:

- przed zawarciem umowy ubezpieczenia leczono lub zdiagnozowano u Ubezpieczonego wcześniej występujący udar mózgu,
- przed zawarciem umowy ubezpieczenia leczono lub zdiagnozowano u Ubezpieczonego przebyte przemijające niedokrwienie mózgu.

W ubezpieczeniu leczenia następstw nowotworu złośliwego ochroną ubezpieczeniową nie są objęte następstwa nowotworu złośliwego jeżeli:

- przed zawarciem umowy ubezpieczenia zdiagnozowano u Ubezpieczonego wcześniej występujący nowotwór złośliwy,
- AIDS lub zakażenie wirusem HIV,
- stan przedinwazyjny nowotworu złośliwego, który wystąpił w okresie ubezpieczenia.



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

W ubezpieczeniu leczenia następstw nowotworu złośliwego ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje ponadto:

- ! nowotworów które zgodnie z wynikiem badania histopatologicznego zostały zakwalifikowane jako łagodne, o granicznej złośliwości, potencjalnie małej złośliwości, nieinwazyjne oraz przedinwazyjne (tzw. in situ),
- ! zmian o cechach dysplazji,
- ! ziarnicy złośliwej opisanej wg skali Ann Arbor jako IA,
- ! czerniaka złośliwego skóry opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0 oraz wszystkich nowotworów skóry, w tym chłoniaka skóry, raka podstawnomórkowego lub kolczystokomórkowego, włóknakiomięśnaka guzowatego,
- ! brodawkowatego lub pęcherzykowego raka tarczycy opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0,
- ! nowotworu złośliwego gruczołu krokowego (prostaty, stercza) opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0,
- ! dysplazji i nowotworu złośliwego szyjki macicy opisanego wg skali CIN jako CIN1, CIN2 lub CIN3,
- ! wszystkich nowotworów związanych z AIDS i zakażeniem wirusem HIV,
- ! nowotworów, których objawy i diagnostyka rozpoczęła się przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej.



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ Na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.



Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

- Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości SALTUS TUV wszystkie znane sobie okoliczności, które mogą mieć wpływ na podjęcie przez SALTUS TUV decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia, przez udzielenie przy zawieraniu bądź przystępowaniu do umowy ubezpieczenia zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania SALTUS TUV zawarte w formularzach SALTUS TUV 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.
- Terminowe opłacanie składki ubezpieczeniowej.
- Ubezpieczający zobowiązany jest do powiadamiania SALTUS TUV o zmianie swojego adresu zamieszkania lub siedziby.
- w przypadku konieczności skorzystania z badania diagnostycznego przesłanie kopii lub skanu skierowania lekarskiego na daną usługę do SALTUS TUV.
- W przypadku konieczności skorzystania z usługi medycznej wizyty domowej po nieszczęśliwym wypadku przesłanie kopii lub skanu dokumentacji potwierdzającej wystąpienie nieszczęśliwego wypadku - na prośbę SALTUS TUV.



Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka ubezpieczeniowa opłacana jest jednorazowo za cały okres ubezpieczenia, chyba że w umowie ubezpieczenia ustalono płatność składki w miesięcznych ratach.

Składka lub pierwsza rata składki powinna być opłacona do 25 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc rozpoczęcia ochrony.

W przypadku płatności składki w miesięcznych ratach Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składek ubezpieczeniowych w terminie do 25 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, za który składka ubezpieczeniowa jest należna.

Składkę ubezpieczeniową opłaca się przelewem na rachunek bankowy SALTUS TUV.

Za dzień zapłaty uważa się dzień dokonania zlecenia przelewu lub złożenia polecenia zapłaty w banku lub w urzędzie pocztowym na właściwy rachunek SALTUS TUV, pod warunkiem, że na rachunku Ubezpieczającego znajdowała się wystarczająca ilość środków pozwalająca na zrealizowanie zlecenia; w odmiennym przypadku za dzień zapłaty uznaje się dzień wpływu kwoty składki na rachunek SALTUS TUV.



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

- Odpowiedzialność SALTUS TUV rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po zawarciu umowy ubezpieczenia i zapłaceniu składki lub pierwszej raty składki.
- W przypadku nieopłacenia składki lub pierwszej raty składki ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się.
- Umowa ubezpieczenia zawierana jest na 1 rok i 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 oraz zostanie opłacona składka lub pierwsza rata składki za kolejny okres ubezpieczenia.
- Ochrona ubezpieczeniowa kończy się:
 - z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego,
 - z dniem upływu okresu wypowiedzenia,
 - z dniem rozwiązania umowy na wniosek Ubezpieczającego,
 - z dniem śmierci Ubezpieczającego.



Jak rozwiązać umowę?

1. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia doręczenia mu przez SALTUS TUV dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia, przez złożenie SALTUS TUV pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia; odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim SALTUS TUV udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
2. W przypadku nieopłacenia kolejnej raty składki ubezpieczeniowej, lub opłacenia kolejnej raty składki w niepełnej wysokości, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty tej raty składki lub jej brakującej części, wyznaczając w tym celu dodatkowy termin 7 dni. W wezwaniu do zapłaty Towarzystwo powiadomi Ubezpieczającego o skutkach, o których mowa w ust. 3.
3. Jeżeli kolejna rata składki lub jej brakująca część nie zostaną opłacone w dodatkowym terminie wskazanym w ust. 2, umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem na ostatni dzień dodatkowego terminu wskazanego w ust. 2.
4. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak, niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania, druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.
5. Na wniosek Ubezpieczającego umowa ubezpieczenia może zostać rozwiązana przed upływem okresu ubezpieczenia, z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca następującego po miesiącu, w którym doręczono do SALTUS TUV wniosek o wcześniejsze rozwiązanie umowy ubezpieczenia.

Informacja o produkcie – indywidualne
ubezpieczenie zdrowotne SALTUS KURACJA
Stan zgodny z OWU indywidualnego ubezpieczenia zdrowotnego
SALTUS KURACJA
uchwalonych przez Zarząd Towarzystwa
w dniu 23 czerwca 2020 r.

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń
lub wartości wykupu ubezpieczenia:
§2, §3, §4, §5, §6, §7, §8, §9, §10, §11, §12, §13, § 14, § 15, § 16, §21, §22, §23.

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń
uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania
i innych świadczeń lub ich obniżenia:
§2, §4, §6, §9, §12, § 15, §21, §22, §23.

Spis treści

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE	3	VI. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA	6
§ 1. (postanowienia ogólne).....	3	§ 17. (składka ubezpieczeniowa).....	6
§ 2. (definicje).....	3	VII. UMOWA UBEZPIECZENIA	6
§ 3. (podstawowy zakres i warianty ubezpieczenia).....	4	§ 18. (zawarcie umowy ubezpieczenia).....	6
§ 4. (wyłączenia odpowiedzialności wspólne dla wszystkich wariantów).....	4	§ 19. (czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa).....	7
II. UBEZPIECZENIE LECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW	5	§ 20. (odstąpienie, wypowiedzenie umowy i inne przypadki rozwiązania umowy).....	7
§ 5. (przedmiot ubezpieczenia).....	5	VIII. REALIZACJA ŚWIADCZENIA	7
§ 6. (wyłączenia odpowiedzialności).....	5	§ 21. (zgłoszenie roszczenia i ustalenie prawa do świadczeń).....	7
§ 7. (zakres ubezpieczenia).....	5	§ 22. (świadczenie usług medycznych).....	7
III. UBEZPIECZENIE LECZENIA NASTĘPSTW ZAWAŁU SERCA	5	§ 23. (wymagane dokumenty).....	7
§ 8. (przedmiot ubezpieczenia).....	5	IX. PRAWA I OBOWIĄZKI STRON	7
§ 9. (wyłączenia odpowiedzialności).....	5	§ 24. (obowiązki Ubezpieczającego przed zawarciem umowy ubezpieczenia).....	7
§ 10. (zakres ubezpieczenia).....	5	§ 25. (obowiązki Towarzystwa).....	8
IV. UBEZPIECZENIE LECZENIA NASTĘPSTW UDARU MÓZGU	5	X. POSTANOWIENIA KOŃCOWE	8
§ 11. (przedmiot ubezpieczenia).....	5	§ 26. (zasady korespondencji).....	8
§ 12. (wyłączenia odpowiedzialności).....	5	§ 27. (tryb składania i rozpatrywania reklamacji).....	8
§ 13. (zakres ubezpieczenia).....	5	§ 28. (przepisy zewnętrzne).....	8
V. UBEZPIECZENIE LECZENIA NASTĘPSTW NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO	6	§ 29. (prawo wglądu do akt).....	8
§ 14. (przedmiot ubezpieczenia).....	6	§ 30. (spory sądowe).....	8
§ 15. (wyłączenia odpowiedzialności).....	6		
§ 16. (zakres ubezpieczenia).....	6		

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO SALTUS KURACJA

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1. (postanowienia ogólne)

1. Na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, zwanych dalej OWU, SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych, zwane dalej „Towarzystwem”, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, zawiera umowy ubezpieczenia z osobami posiadającymi pełną zdolność do czynności prawnych, zwanymi dalej „Ubezpieczającymi”.
2. Za porozumieniem stron, do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
3. W przypadku określonym w ust. 2, Towarzystwo zobowiązane jest przedstawić Ubezpieczającemu różnicę między treścią umowy ubezpieczenia a treścią OWU w formie pisemnej przed zawarciem umowy ubezpieczenia lub kontynuacją umowy ubezpieczenia na kolejny rok. W razie niedopełnienia tego obowiązku, Towarzystwo nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego.

§ 2. (definicje)

Przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWU:

1. **badania diagnostyczne** – usługi medyczne uzasadnione z medycznego punktu widzenia wymagające przedstawienia Towarzystwu skierowania lekarskiego i związane z leczeniem i diagnozowaniem skutków nieszczęśliwego wypadku lub zawału serca lub udaru mózgu będących bezpośrednią przyczyną pobytu w szpitalu, lub nowotworu złośliwego,
2. **Centrum Telemedyczne** – całodobowa jednostka organizacyjna odpowiedzialna za organizację usług teleopieki kardiologicznej,
3. **Centrum Umawiania Wizyt** – jednostka organizacyjna Towarzystwa odpowiadająca za organizację udzielania usług medycznych,
4. **dostarczenie leków** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym leżenia, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca pobytu Ubezpieczonego, koszty dostarczonych leków pokrywa Ubezpieczony. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 150 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
5. **dostarczenie posiłków** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym leżenia, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia posiłków do miejsca pobytu Ubezpieczonego, koszty dostarczonych posiłków pokrywa Ubezpieczony. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 150 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
6. **ekspedycja** – zorganizowana wyprawa, mająca na celu zrealizowanie wytyczonych zadań o charakterze sportowym bądź naukowym,
7. **Konto klienta** – udostępniona Ubezpieczonemu przez Towarzystwo aplikacja umożliwiająca m.in. zamawianie usług medycznych,
8. **Lekarz prowadzący** – lekarz wskazany pisemnie przez Ubezpieczonego, jako uprawniony do otrzymania od Centrum Telemedycznego wyników badań Ubezpieczonego,
9. **limit** – maksymalna liczba określonych usług medycznych lub maksymalny łączny koszt określonej usługi medycznej, do którego Towarzystwo organizuje i opłaca wykonanie danej usługi, przysługujących Ubezpieczonemu po zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego,
10. **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym występujące w okresie ubezpieczenia, w następstwie którego Ubezpieczony, niezależnie od swojej woli, doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia,
11. **nowotwór złośliwy** – pierwsze w życiu Ubezpieczonego występujące w okresie ubezpieczenia, rozpoznanie nowotworu złośliwego, rozumianego jako rozrost komórek nowotworowych, cechujący się zdolnością do naciekania i niszczenia tkanek oraz wytworzenia odległych przerzutów. Jego rozpoznanie musi zostać potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego, chyba że obraz kliniczny potwierdzający wystąpienie przerzutów i badania diagnostyczne są jednoznaczne, co do złośliwości procesu nowotworowego, co jest potwierdzone dokumentacją medyczną. Za nowotwór złośliwy przyjmuje się również chłoniaka złośliwego i białaczkę,
12. **numer identyfikacyjny** – indywidualny numer przypisany do Ubezpieczonego, który służy do pierwszego logowania na stronie www.saltus.pl na Konto klienta, numer przekazywany jest Ubezpieczonemu drogą elektroniczną (sms) na numer telefonu komórkowego lub adres e-mail podany przez Ubezpieczonego na wniosku ubezpieczeniowym,
13. **okres ubezpieczenia** – okres, za który Towarzystwo ponosi odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego,
14. **okres świadczenia usług** – okres 6 miesięcy, w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia, liczony od dnia:
 - a) zajścia nieszczęśliwego wypadku,
 - b) wypisu ze szpitala, po hospitalizacji, której bezpośrednią przyczyną było leczenie zawału serca lub udaru mózgu,
 - c) rozpoznania nowotworu złośliwego,
15. **organizacja i opłacenie pobytu w sanatorium** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po pobycie w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku kontynuacji leczenia w warunkach sanatoryjnych, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty maksymalnie 2 tygodniowego pobytu w sanatorium, w celu przywrócenia do zdrowia po pobycie w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 3000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
16. **opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym leżenia, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty wynagrodzenia i dojazdu osób sprawujących opiekę nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi, dla których Ubezpieczony jest opiekunem. Opieka jest sprawowana w miejscu pobytu Ubezpieczonego, lub w miejscu pobytu dzieci lub osób niesamodzielnymi wskazanym przez Ubezpieczonego. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 800 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
17. **osoba do kontaktu** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego na dokumencie zgłoszenia roszczenia, jako osoba uprawniona do kontaktu z Towarzystwem tj. Centrum Umawiania Wizyt lub Centrum Telemedycznym w imieniu Ubezpieczonego,
18. **osoby trzecie** – wszystkie osoby niebędące stroną umowy ubezpieczenia,
19. **pobyt w szpitalu/hospitalizacja** – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, powstały bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub udaru mózgu lub zawału serca, zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa i trwał nieprzerwanie co najmniej 2 dni, przy czym do okresu pobytu w szpitalu zaliczane są w całości: dzień, w którym osoba objęta ubezpieczeniem została przyjęta do szpitala oraz dzień, w którym osoba objęta ubezpieczeniem została wypisana ze szpitala,
20. **polisa** – dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia,
21. **pomoc domowa** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym leżenia lub pomocy osób trzecich, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty wynagrodzenia i dojazdu osób pomagających Ubezpieczonemu w powrocie do zdrowia w miejscu zamieszkania. Usługa obejmuje zakres: pomoc domową w przygotowaniu posiłku, zrobienie drobnych zakupów, utrzymanie czystości w domu: sprzątanie podłóg na sucho i na mokro, ścieranie kurzy z mebli i parapetów, odkurzanie dywanów i wykładzin, sprzątanie łazienki, zmywanie naczyń, czyszczenie zlewu, czyszczenie płyty kuchennej, wyrzucanie śmieci, podlewanie kwiatów przy użyciu środków i sprzętów udostępnionych przez Ubezpieczonego; koszty zakupów realizowanych na zlecenie Ubezpieczonego pokrywa Ubezpieczony. Usługa jest świadczona maksymalnie przez 6 dni do łącznej kwoty 1000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego tj. hospitalizacji z powodu nieszczęśliwego wypadku, udaru mózgu i zawału serca, i 800 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego z powodu rozpoznania nowotworu złośliwego,
22. **pomoc onkopsychologiczna** – jeżeli Ubezpieczony, po postawieniu rozpoznania nowotworu złośliwego wymaga pomocy psychologicznej, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty telekonsultacji lub, w przypadku ich dostępności w pobliżu miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, bezpośrednich konsultacji onkopsychologicznych. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty, 2000 zł przez okres 3 miesięcy od daty postawienia rozpoznania nowotworu złośliwego,
23. **pomoc pielęgniarki po hospitalizacji** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym zabiegów pielęgniarskich, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty wynagrodzenia i dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
24. **pomoc pielęgniarki po rozpoznaniu nowotworu złośliwego** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym, rozpoznaniu nowotworu złośliwego, zabiegów pielęgniarskich, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty wynagrodzenia i dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 800 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
25. **przemijające niedokrwienie mózgu (TIA)** – nagłe ogniskowe objawy o charakterze naczyniowym ustępujące całkowicie w ciągu 24 godzin i nie pozostawiające po sobie żadnych zmian morfologicznych w badaniach neuroobrazowych mózgu,
26. **refundacja zabiegów z dziedziny chirurgii naprawczej skutków leczenia nowotworu złośliwego** – jeżeli Ubezpieczony, wskutek następstw leczenia chirurgicznego nowotworu złośliwego, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga wykonania zabiegu chirurgii naprawczej, Towarzystwo zwraca koszty przeprowadzonego zabiegu chirurgii naprawczej do kwoty 3000 zł z tytułu jednego zdarzenia,

27. **rehabilitacja poudarowa** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym specjalistycznej rehabilitacji neuropsychologicznej, logopedycznej, ruchowej Towarzystwo zapewni organizację i pokrywa koszty maksymalnie 30 takich zabiegów,
28. **rehabilitacja nowotworowa** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym, rozpoznaniu nowotworu złośliwego, rehabilitacji, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty maksymalnie 20 takich zabiegów,
29. **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),
30. **rok polisowy** – okres 12 miesięcy liczonych od dnia rocznicy polisy do dnia poprzedzającego kolejną rocznicę polisy,
31. **skierowanie lekarskie** – pisemne zlecenie wykonania badania diagnostycznego (w postaci papierowej lub elektronicznej), stanowiące część dokumentacji medycznej Ubezpieczonego wystawione przez uprawnionego na mocy obowiązującego prawa pracownika medycznego,
32. **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, szybowictwo, 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 wiecznie zmarzliny albo udział w ekspedycjach wymagających użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego,
33. **szpital** – podmiot leczniczy udzielający zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa całodobowych świadczeń szpitalnych osobom, których stan zdrowia wymaga stałej, całodobowej obserwacji lub opieki lekarskiej i pielęgniarzkiej; za szpital nie uznaje się domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, domowej opieki pielęgniarzkiej, hospicjów onkologicznych, ośrodków leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych, alkoholowych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych ani ośrodków wypoczynkowych,
34. **teleopieka kardiologiczna** – usługa medyczna obejmująca organizację i pokrycie kosztów:
- 1) dostarczenia Ubezpieczonemu zestawu Teleopieki Kardiologicznej, tj. aparatu EKG, materiałów szkoleniowych i informacyjnych, w ciągu maksymalnie 3 dni roboczych od daty zgłoszenia Towarzystwu;
 - 2) telefonicznego szkolenia z obsługi aparatu EKG oraz korzystania z Teleopieki Kardiologicznej, przeprowadzonego przez Centrum Telemedyczne,
 - 3) odbioru aparatu EKG, stanowiącego element zestawu Teleopieki Kardiologicznej, z miejsca zamieszkania Ubezpieczonego,
 - 4) zapewnienie Ubezpieczonemu w okresie świadczenia usług dostępu do Centrum Telemedycznego świadczącego następujące usługi:
 - a. przyjmowanie i rejestrowanie w systemie telemedycznym badań przesłanych przez Ubezpieczonego za pomocą otrzymanego aparatu EKG,
 - b. analiza przesłanych badań przez personel Centrum Telemedycznego,
 - c. stały kontakt telefoniczny z personelem Centrum Telemedycznego,
 - d. dostęp do informacji na temat wyniku badań pod numerem Centrum Telemedycznego, znajdującym się na aparacie EKG,
 - e. archiwizacja wszystkich wykonanych badań wraz z ich wynikami przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu,
 - f. udostępnienie drogą telefoniczną lub za pośrednictwem e-maila wyników badań Ubezpieczonego osobie do Kontaktu lub Lekarzowi Prowadzącemu,
 - g. wezwanie pogotowia ratunkowego do miejsca zamieszkania lub miejsca pobytu Ubezpieczonego w przypadku stwierdzenia przez lekarza dyżurnego Świadczeniodawcy potrzeby pomocy medycznej, a także poinformowanie o tym fakcie osoby do kontaktu w przypadku wyrażenia takiej woli przez Ubezpieczonego,
 - h. przekazywanie dyspozytorowi pogotowia ratunkowego informacji na temat wyniku badania Ubezpieczonego oraz wskazówek dojazdu do miejsca pobytu.
35. **transport medyczny na badania kontrolne** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym badań kontrolnych, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu Ubezpieczonego do i z szpitala lub innej placówki medycznej przeprowadzającej badania kontrolne dostosowanym do aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 1000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
36. **transport na badania lekarskie lub zabiegi rehabilitacyjne** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym badań kontrolnych, zabiegów rehabilitacyjnych Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu Ubezpieczonego do i z placówki medycznej przeprowadzającej badania lub zabiegi rehabilitacyjne dostosowanym do aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego

- środkiem transportu. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 5000 zł, maksymalnie 50 przewozów Ubezpieczonego w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, przez okres świadczenia usług,
37. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna będąca stroną umowy ubezpieczenia,
38. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rachunek której zawarto umowę ubezpieczenia,
39. **udar mózgu** – pierwsze w życiu Ubezpieczonego występujące w okresie ubezpieczenia nagłe, trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynacznienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące nagłym ogniskowym, a niekiedy uogólnionym zaburzeniem czynności mózgu, którego objawy utrzymują się dłużej niż 24 godziny i nie mają przyczyny innej niż naczyniowa potwierdzone w badaniu obrazowym,
40. **usługa medyczna** – uzasadnione z medycznego punktu widzenia działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia,
41. **usługi wspierające powrót do zdrowia** – uzasadnione działania, których koszty i organizację ponosi Towarzystwo służące powrotowi do optymalnego stanu zdrowia Ubezpieczonego po zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego,
42. **wyczynowe uprawianie sportu** – udział w regularnych treningach, zawodach, obozach kondycyjnych, zgrupowaniach, w celu uzyskania maksymalnych wyników sportowych,
43. **wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym sprzętu rehabilitacyjnego, wykorzystywanego w celu przyspieszenia powrotu do zdrowia, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty zakupu lub wypożyczenia tego sprzętu i dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 1000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
44. **zawał serca** – pierwsze w życiu Ubezpieczonego występujące w okresie ubezpieczenia ostre niedokrwienie mięśnia sercowego, przy dowodach na obecność martwicy mięśnia sercowego,
45. **zdarzenie ubezpieczeniowe** w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia
- a. rozpoczynający się w okresie ubezpieczenia pobyt w szpitalu, którego bezpośrednią przyczyną był nieszczęśliwy wypadek i/lub
 - b. rozpoczynający się w okresie ubezpieczenia pobyt w szpitalu, którego bezpośrednią przyczyną był udar mózgu i/lub
 - c. rozpoczynający się w okresie ubezpieczenia pobyt w szpitalu, którego bezpośrednią przyczyną był zawał serca i/lub
 - d. rozpoznanie nowotworu złośliwego w okresie ubezpieczenia.

§ 3. (podstawowy zakres i warianty ubezpieczenia)

1. Podstawowy zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) w wariantcie KURACJA 1:
 - a) leczenie następstw nieszczęśliwych wypadków,
 - b) usługi wspierające powrót do zdrowia.
 - 2) w wariantcie KURACJA 2:
 - a) leczenie następstw zawału serca,
 - b) leczenie następstw udaru mózgu,
 - c) usługi wspierające powrót do zdrowia.
 - 3) w wariantcie KURACJA 3:
 - a) leczenie następstw nowotworu złośliwego,
 - b) usługi wspierające powrót do zdrowia.
 - 4) w wariantcie KURACJA 4:
 - a) leczenie następstw nieszczęśliwych wypadków,
 - b) leczenie następstw zawału serca,
 - c) leczenie następstw udaru mózgu,
 - d) leczenie następstw nowotworu złośliwego,
 - e) usługi wspierające powrót do zdrowia.
2. Ubezpieczający wskazuje we wniosku wybrany wariant ubezpieczenia.

§ 4. (wyłączenia odpowiedzialności wspólne dla wszystkich wariantów)

1. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje następstw nieszczęśliwych wypadków, zawału serca i udaru mózgu powstałych wskutek:
 - 1) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wewnętrznych zamieszek, strajków, rozruchów, lokautów oraz aktów terroryzmu i sabotażu,
 - 2) reakcji jądrowej, skażenia radioaktywnego, skażenia lub zanieczyszczenia odpadami przemysłowymi, działania broni biologicznej lub chemicznej, promieni laserowych i maserowych oraz pola magnetycznego i elektromagnetycznego,
 - 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez osobę objętą ubezpieczeniem następstwa, stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu,
 - 4) pełnienia przez Ubezpieczonego czynnej służby w siłach zbrojnych jakiegokolwiek państwa,
 - 5) uczestniczenia Ubezpieczonego w bójkach, z wyjątkiem działania w obronie koniecznej,
 - 6) usiłowania popełnienia samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na jego własną prośbę,
 - 7) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 8) działania Ubezpieczonego w stanie lub warunkach choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego,
 - 9) poddania się Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarzy,

- 10) niewłaściwego leczenia lub niewłaściwie wykonanych zabiegów leczniczych, chyba że leczenie lub zabiegi zostały wykonane zgodnie ze wskazaniem lekarskim,
 - 11) 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) bądź w stanie nietrzeźwości (gdy procent alkoholu we krwi przekracza dopuszczalne normy ustalone dla kierowców pojazdów mechanicznych, obowiązujące w kraju, w którym doszło do wypadku), pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
 - 12) uczestniczenia w rajdach, wyścigach lub próbach prędkościowych,
 - 13) uprawianiem sportów wysokiego ryzyka,
 - 14) przewozu lotniczego Ubezpieczonego w charakterze innym niż pasażer samolotu pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
 - 15) wycynowego lub zawodowego uprawiania sportu.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienia fizyczne i moralne.

II. UBEZPIECZENIE LECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

§ 5. (przedmiot ubezpieczenia)

Przedmiotem ubezpieczenia są koszty leczenia następstwa nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił w okresie ubezpieczenia.

§ 6. (wyłączenia odpowiedzialności)

Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte następstwa nieszczęśliwych wypadków, których następstwa powstały w związku z współistniejącymi u Ubezpieczonego chorobami:

- 1) osteoporozą,
- 2) przerzutami nowotworowymi do kości.

§ 7. (zakres ubezpieczenia)

1. Zakresem ubezpieczenia są objęte koszty wymienionych w ust. 4 usług medycznych organizowanych za pośrednictwem Centrum Umawiania Wizyt i koszty usług wspierających powrót do zdrowia wymienionych w ust. 5.
2. Usługi medyczne i usługi wspierające powrót do zdrowia są świadczone w okresie ubezpieczenia, który może zostać przedłużony o okres świadczenia usług (6 miesięcy od daty zdarzenia ubezpieczeniowego), pod warunkiem opłacenia składki za okres ubezpieczenia w pełnej wysokości.
3. Badania diagnostyczne wymagają przedstawienia Centrum Umawiania Wizyt skierowania lekarskiego i muszą wynikać z leczenia i diagnozowania skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Usługi medyczne uzasadnione z medycznego punktu widzenia przysługujące Ubezpieczonemu z tytułu wystąpienia jednego zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - 1) badanie rentgenowskie,
 - 2) rezonans magnetyczny,
 - 3) tomografia komputerowa,
 - 4) USG narządów jamy brzusznej, szyi, tkanek miękkich, stawów i więzadeł,
 - 5) USG Doppler naczyń jamy brzusznej, kończyn i szyi.
5. Usługi wspierające powrót do zdrowia przysługujące Ubezpieczonemu z tytułu wystąpienia jednego zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - 1) dostarczenie leków,
 - 2) opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi,
 - 3) organizacja i opłacenie pobytu w sanatorium,
 - 4) pomoc domowa,
 - 5) pomoc pielęgniarki po hospitalizacji,
 - 6) transport medyczny na badania kontrolne,
 - 7) wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego.

III. UBEZPIECZENIE LECZENIA NASTĘPSTW ZAWAŁU SERCA

§ 8. (przedmiot ubezpieczenia)

Przedmiotem ubezpieczenia są koszty leczenia następstw pierwszego w życiu Ubezpieczonego zawału serca, który wystąpił w okresie ubezpieczenia.

§ 9. (wyłączenia odpowiedzialności)

1. Z zachowaniem wyłączeń wskazanych w § 4, ochroną ubezpieczeniową nie są objęte następstwa zawału serca, jeżeli przed zawarciem umowy ubezpieczenia leczono lub zdiagnozowano u Ubezpieczonego:
 - 1) wcześniej występujący zawał serca,
 - 2) chorobę wieńcową (miażdżycę naczyń wieńcowych).
2. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte koszty:
 - 1) połączeń z Centrum Telemedycznym,
 - 2) naprawy zestawu Teleopieki Kardiologicznej, uszkodzonego przez Ubezpieczonego,
 - 3) strat spowodowanych przez ewentualną interwencję pogotowia ratunkowego (np. wyważenie drzwi, wybitcie szyb w oknie).

§ 10. (zakres ubezpieczenia)

1. Zakresem ubezpieczenia są objęte koszty wymienionych w ust. 4 usług medycznych organizowanych za pośrednictwem Centrum Umawiania Wizyt i koszty usług wspierających powrót do zdrowia wymienionych w ust. 5.
2. Usługi medyczne są świadczone w okresie ubezpieczenia, który może zostać przedłużony o okres świadczenia usług (6 miesięcy od dnia wyjścia ze szpitala, po pobycie, którego bezpośrednią przyczyną było leczenie zawału serca), pod warunkiem opłacenia składki za okres ubezpieczenia w pełnej wysokości.
3. Badania diagnostyczne wymagają przedstawienia Centrum Umawiania Wizyt skierowania lekarskiego i muszą wynikać z leczenia i diagnozowania skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Usługi medyczne uzasadnione z medycznego punktu widzenia przysługujące Ubezpieczonemu z tytułu wystąpienia jednego zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - 1) konsultacje lekarskie:
 - a) kardiologa,
 - 2) badania diagnostyczne:
 - a) EKG spoczynkowe,
 - b) echokardiografia (ECHO), w tym Echokardiografia (ECHO) z Dopplerem,
 - c) echokardiografia (ECHO) wysiłkowe,
 - d) próba wysiłkowa EKG (test wysiłkowy),
 - e) Holter RR (24 – godzinne badanie ciśnienia krwi),
 - f) Holter EKG (24 – godzinne badania EKG),
 - g) cholesterol całkowity,
 - h) cholesterol HDL,
 - i) cholesterol LDL,
 - j) trójglicerydy TG,
 - k) glukoza na czczo we krwi żyłnej,
 - l) doustny test obciążenia glukozą (krzywa cukrowa),
 - m) hemoglobina glikowana HbA1C,
 - n) potas – surowica,
 - o) magnez – surowica,
 - p) sód – surowica.
 - 3) Usługi wspierające powrót do zdrowia przysługujące Ubezpieczonemu z tytułu wystąpienia jednego zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - a) dostarczenie leków,
 - b) dostarczenie posiłków,
 - c) opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi,
 - d) pomoc domowa,
 - e) pomoc pielęgniarki po hospitalizacji,
 - f) teleopieka kardiologiczna,
 - g) transport medyczny na badania kontrolne,
 - h) wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego.

IV. UBEZPIECZENIE LECZENIA NASTĘPSTW UDARU MÓZGU

§ 11. (przedmiot ubezpieczenia)

Przedmiotem ubezpieczenia są koszty leczenia następstw pierwszego w życiu Ubezpieczonego udaru mózgu, który wystąpił w okresie ubezpieczenia.

§ 12. (wyłączenia odpowiedzialności)

Z zachowaniem wyłączeń wskazanych w § 4, ochroną ubezpieczeniową nie są objęte następstwa udaru mózgu, jeżeli przed zawarciem umowy ubezpieczenia leczono lub zdiagnozowano u Ubezpieczonego:

- 1) wcześniej występujący udar mózgu,
- 2) przebyte przemijające niedokrwienie mózgu.

§ 13. (zakres ubezpieczenia)

1. Zakresem ubezpieczenia są objęte koszty wymienionych w ust. 4 usług medycznych organizowanych za pośrednictwem Centrum Umawiania Wizyt i koszty usług wspierających powrót do zdrowia wymienionych w ust. 5.
2. Usługi medyczne są świadczone w okresie ubezpieczenia, który może zostać przedłużony o okres świadczenia usług (6 miesięcy od dnia wyjścia ze szpitala, po pobycie, którego bezpośrednią przyczyną było leczenie udaru mózgu), pod warunkiem opłacenia składki za okres ubezpieczenia w pełnej wysokości.
3. Badania diagnostyczne wymagają przedstawienia Centrum Umawiania Wizyt skierowania lekarskiego i muszą wynikać z leczenia i diagnozowania skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Usługi medyczne uzasadnione z medycznego punktu widzenia przysługujące Ubezpieczonemu z tytułu wystąpienia jednego zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - 1) Konsultacje lekarskie:
 - a) kardiologa,
 - b) neurologa.
 - 2) Badania diagnostyczne:
 - a) EKG spoczynkowe,
 - b) echokardiografia (ECHO), w tym Echokardiografia (ECHO) z Dopplerem,
 - c) echokardiografia (ECHO) wysiłkowe,
 - d) próba wysiłkowa EKG (test wysiłkowy),
 - e) Holter RR (24 – godzinne badanie ciśnienia krwi),
 - f) Holter EKG (24 – godzinne badania EKG),
 - g) USG Doppler naczyń jamy brzusznej,
 - h) USG Doppler tętnic dogłowych (szyjnych),
 - i) USG Doppler tętnic kończyny dolnej,
 - j) USG Doppler tętnic kończyny górnej,
 - k) USG Doppler żył kończyny dolnej,
 - l) USG Doppler żył kończyny górnej,

- m) cholesterol całkowity,
 - n) cholesterol HDL,
 - o) cholesterol LDL,
 - p) trójglicerydy TG,
 - q) glukoza na czczo we krwi żyłnej,
 - r) doustny test obciążenia glukozą (krzywa cukrowa),
 - s) hemoglobina glikowana HbA1C,
 - t) potas – surowica,
 - u) magnez – surowica,
 - v) sód – surowica,
 - w) czas trombolastynowy (INR),
 - x) D-dimery ilościowo,
 - y) fibrynogen.
5. Usługi wspierające powrót do zdrowia przysługujące Ubezpieczonemu z tytułu wystąpienia jednego zdarzenia ubezpieczeniowego:
- 1) dostarczenie leków,
 - 2) opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi,
 - 3) pomoc domowa,
 - 4) pomoc pielęgniarstwa po hospitalizacji,
 - 5) rehabilitacja poudarowa,
 - 6) transport medyczny na badania kontrolne,
 - 7) transport na badania lekarskie lub zabiegi rehabilitacyjne,

V. UBEZPIECZENIE LECZENIA NASTĘPSTW NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO

§ 14. (przedmiot ubezpieczenia)

Przedmiotem ubezpieczenia są koszty leczenia następstw pierwszego w życiu Ubezpieczonego nowotworu złośliwego, który wystąpił w okresie ubezpieczenia.

§ 15. (wyłączenia odpowiedzialności)

1. Z zachowaniem wyłączeń wskazanych w § 4, ochroną ubezpieczeniową nie są objęte następstwa nowotworu złośliwego, jeżeli przed zawarciem umowy ubezpieczenia leczono lub zdiagnozowano u Ubezpieczonego:
 - 1) wcześniej występujący nowotwór złośliwy,
 - 2) stan przedinwazyjny nowotworu złośliwego, który wystąpił w okresie ubezpieczenia,
 - 3) AIDS lub zakażenie wirusem HIV.
2. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje ponadto:
 - 1) nowotworów, które zgodnie z wynikiem badania histopatologicznego zostały zakwalifikowane jako łagodne, o granicznej złośliwości, potencjalnie małej złośliwości, nieinwazyjne oraz przedinwazyjne (tzw. in situ),
 - 2) zmian o cechach dysplazji,
 - 3) ziarnicy złośliwej opisanej wg skali Ann Arbor jako IA,
 - 4) czerniaka złośliwego skóry opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0 oraz wszystkich nowotworów skóry, w tym chłoniaka skóry, raka podstawnokomórkowego lub kolczystokomórkowego, włókniakomięsaka guzowatego,
 - 5) brodawkowatego lub pęcherzykowego raka tarczycy opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0,
 - 6) nowotworu złośliwego gruczołu krokowego (prostaty, stercza) opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0,
 - 7) dysplazji i nowotworu złośliwego szyjki macicy opisanego wg skali CIN jako CIN1, CIN2 lub CIN3,
 - 8) wszystkich nowotworów związanych z AIDS i zakażeniem wirusem HIV,
 - 9) nowotworów, których objawy i diagnostyka rozpoczęła się przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej.

§ 16. (zakres ubezpieczenia)

1. Zakresem ubezpieczenia są objęte koszty wymienionych w ust. 4 usług medycznych organizowanych za pośrednictwem Centrum Umawiania Wizyt i koszty usług wspierających powrót do zdrowia wymienionych w ust. 5.
2. Usługi medyczne są świadczone w okresie ubezpieczenia, który może zostać przedłużony o okres świadczenia usług (6 miesięcy od dnia rozpoznania nowotworu złośliwego, pod warunkiem opłacenia składki za okres ubezpieczenia w pełnej wysokości.
3. Badania diagnostyczne wymagają przedstawienia Centrum Umawiania Wizyt skierowania lekarskiego i muszą wynikać z leczenia i diagnozowania skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Usługi medyczne uzasadnione z medycznego punktu widzenia przysługujące Ubezpieczonemu z tytułu wystąpienia jednego zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - 1) konsultacje lekarskie:
 - a) onkologa,
 - b) hematologa,
 - c) chirurga onkologa,
 - d) ginekologa onkologa,
 - e) lub innego specjalisty koniecznego do prowadzenia optymalnego leczenia następstw nowotworu złośliwego
 - 2) badania diagnostyczne:
 - a) tomografia komputerowa,
 - b) rezonans magnetyczny,
 - c) USG,
 - d) USG Doppler,
 - e) RTG,
 - f) mammografia,
 - g) densytometria,

- h) endoskopia,
 - i) cytologia ginekologiczna,
 - j) markery nowotworowe:
 - a. Gonadotropina kosmówkowa frakcja beta wolna (beta-HCG free),
 - b. Gonadotropina kosmówkowa frakcja beta (beta-HCG),
 - c. Cyfra 21-1 (cytokeratyna 19),
 - d. Beta-2-mikroglobulina (b2-M, B2M),
 - e. Antygen swoisty dla prostaty - PSA wolny,
 - f. Antygen swoisty dla prostaty - PSA całkowity,
 - g. Antygen rakowo-płodowy – CEA,
 - h. Antygen CA-72-4,
 - i. Antygen CA-19-9,
 - j. Antygen CA-15-3,
 - k. Antygen CA-125,
 - l. AFP – Alfafetoproteina,
 - k) morfologia z rozmazem,
 - l) retikulocyty,
 - m) dehydrogenaza mleczanowa – LDH,
 - n) bilirubina,
 - o) fosfataza alkaliczna (ALP),
 - p) aminotransferaza alaninowa - ALAT – GPT,
 - q) aminotransferaza asparaginianowa - ASPAT – GOT,
 - r) gammaglutamylotranspeptydaza – GGTP.
- 3) Usługi wspierające powrót do zdrowia przysługujące Ubezpieczonemu z tytułu wystąpienia jednego zdarzenia ubezpieczeniowego:
- a) pomoc onkopsychologiczna,
 - b) pomoc domowa,
 - c) pomoc pielęgniarstwa po rozpoznaniu nowotworu złośliwego,
 - d) refundacja zabiegów z dziedziny chirurgii naprawczej skutków leczenia nowotworu złośliwego,
 - e) rehabilitacja nowotworowa,
 - f) inne usługi medyczne: konsultacje lekarskie, biopsje, badania laboratoryjne, badania obrazowe (rentgen, ultrasonografia, rezonans magnetyczny, tomografia) do łącznego limitu 20 usług z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w trakcie trwania ochrony.

VI. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 17. (składka ubezpieczeniowa)

1. Towarzystwo ustala wysokość składki ubezpieczeniowej na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu zawierania umowy ubezpieczenia. Składki taryfowe zawarte w taryfie składek określono zgodnie z zasadami matematyki aktuariałnej, w zależności od stopnia ryzyka jakie poniesie Towarzystwo po rozpoczęciu odpowiedzialności ubezpieczeniowej oraz kosztów zawarcia i obsługi ubezpieczenia.
2. Przy kalkulacji wysokości składki ubezpieczeniowej uwzględnia się:
 - 1) długość okresu ubezpieczenia,
 - 2) zakres ochrony ubezpieczeniowej,
 - 3) inne czynniki wpływające na wysokość składki: chorobowość populacji, koszt usług medycznych, stan zdrowia i wiek.
3. Ubezpieczający opłaca składkę przy zawieraniu umowy ubezpieczenia jednorazowo za cały okres ubezpieczenia, chyba że w umowie ubezpieczenia ustalono płatność składki w miesięcznych ratach.
4. Terminy płatności składki lub raty składki są wskazane w dokumencie ubezpieczenia.
5. W przypadku płatności składki w miesięcznych ratach Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składek ubezpieczeniowych w terminie do 25 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, za który składka ubezpieczeniowa jest należna.
6. Składkę opłaca się przelewem na rachunek bankowy Towarzystwa.
7. Za dzień zapłaty uważa się dzień dokonania zlecenia przelewu lub złożenia polecenia zapłaty w banku lub w urzędzie pocztowym na właściwy rachunek Towarzystwa, pod warunkiem że na rachunku Ubezpieczającego znajdowała się wystarczająca ilość środków pozwalająca na zrealizowanie zlecenia; w odmiennym przypadku za dzień zapłaty uznaje się dzień wpływu kwoty składki na rachunek Towarzystwa.
8. W przypadku ustania ochrony ubezpieczeniowej przed zakończeniem okresu ubezpieczenia, Towarzystwo na wniosek Ubezpieczającego, dokona zwrotu części składki ubezpieczeniowej przypadającej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

VII. UMOWA UBEZPIECZENIA

§ 18. (zawarcie umowy ubezpieczenia)

1. Podstawą zawarcia umowy ubezpieczenia jest złożenie przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczeniem mogą zostać objęte osoby, które w dniu składania wniosku ubezpieczeniowego o objęcie ubezpieczeniem leczenia następstw zawału serca, następstw udaru mózgu i rozpoznania choroby nowotworowej nie ukończyły 67 roku życia.
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. 6-8.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zawierania umowy ubezpieczenia przez telefon lub za pośrednictwem Internetu.
5. Na dowód zawarcia umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wystawia dokument ubezpieczenia.

- Jeżeli dokument ubezpieczenia zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, Towarzystwo zobowiązane jest zwrócić na to Ubezpieczającemu uwagę na piśmie przy doręczeniu dokumentu ubezpieczenia, 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.
- W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego, o którym mowa w ust. 6, uważa się, że umowa doszła do skutku zgodnie z treścią dokumentu ubezpieczenia, od następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
- W przypadku zgłoszenia przez Ubezpieczającego sprzeciwu, o którym mowa w ust. 6, 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.

§ 19. (czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa)

- Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po zawarciu umowy ubezpieczenia i zapłaceniu składki lub pierwszej raty składki.
- Składka lub pierwsza rata składki powinna być opłacona do 25 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc rozpoczęcia ochrony.
- W przypadku nieopłacenia składki lub pierwszej raty składki, lub opłacenia ich w niepełnej wysokości ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się.
- Okres ubezpieczenia wynosi 1 rok.
- Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się:
 - z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego w trybie określonym w § 20 ust. 1,
 - z dniem upływu okresu wypowiedzenia w trybie określonym w § 20 ust. 3,
 - z dniem rozwiązania umowy w trybie określonym w § 20 ust. 6,
 - z dniem śmierci Ubezpieczonego.
- 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 oraz zostanie opłacona składka lub pierwsza rata składki za kolejny okres ubezpieczenia.
- W przypadku złożenia przez stronę umowy ubezpieczenia pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy, o którym mowa w ust. 6, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu na jaki została zawarta.
- Za przyjęcie zmienionych warunków umowy ubezpieczenia, o których mowa w ust. 6 przyjmuje się opłacenie przez Ubezpieczającego składki lub raty składki na kolejny okres ochrony do 25 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc rozpoczynający kolejny rok ochrony.
- W przypadku nieopłacenia składki lub pierwszej raty składki za kolejny okres ubezpieczenia w terminie wskazanym w ust. 2, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu na jaki została zawarta.

§ 20. (odstąpienie, wypowiedzenie umowy i inne przypadki rozwiązania umowy)

- 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. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
- W przypadku nieopłacenia kolejnej raty składki ubezpieczeniowej, lub opłacenia w niepełnej wysokości Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty tej składki lub jej brakującej części, wyznaczając w tym celu dodatkowy termin 7 dni. W wezwaniu do zapłaty Towarzystwo powiadomi Ubezpieczającego o skutkach, o których mowa w ust. 3.
- Jeżeli brakująca część składki lub kolejna rata składki nie zostaną opłacone w dodatkowym terminie wskazanym w ust. 2, umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem na ostatni dzień dodatkowego terminu wskazanego w ust. 2. W przypadku uiszczenia jedynie części składki, Towarzystwo zwróci część składki ubezpieczeniowej przypadającej za okres, w którym nie świadczyło ochrony ubezpieczeniowej.
- W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak, niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania, druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.
- Wypowiedzenie umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
- Na wniosek Ubezpieczającego i za zgodą Towarzystwa, umowa ubezpieczenia może zostać rozwiązana przed upływem okresu ubezpieczenia, ze skutkiem na koniec miesiąca, w którym doręczono Towarzystwu wniosek o rozwiązanie umowy ubezpieczenia pod warunkiem przekazania wniosku do 25-go dnia miesiąca. Jeżeli wniosek o rozwiązanie umowy zostanie przekazany po 25-tym dniu miesiąca umowa może zostać rozwiązana z końcem kolejnego miesiąca.

- W przypadku rozwiązania umowy, ponowne objęcie ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego będzie możliwe za zgodą Towarzystwa po upływie 12 miesięcy od dnia rozwiązania umowy.

VIII. REALIZACJA ŚWIADCZENIA

§ 21. (zgłoszenie roszczenia i ustalenie prawa do świadczeń)

- W przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony, zobowiązany jest przesłać do Towarzystwa:
 - wypełniony druk zgłoszenia roszczenia na formularzu Towarzystwa,
 - kartę wypisu ze szpitala.
- Dokumenty wskazane w ust. 1 może przesłać osoba upoważniona przez Ubezpieczonego wraz z dokumentem upoważnienia podpisanym przez Ubezpieczonego.
- W terminie 7 dni od dnia otrzymania dokumentów wskazanych w ust. 1 przez Towarzystwo, Towarzystwo informuje Ubezpieczonego o uznaniu roszczenia lub o wykazie dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz procedurze składania i rozpatrywania reklamacji.
- W ciągu 7 dni od dnia otrzymania dodatkowych dokumentów Towarzystwo informuje Ubezpieczonego o uznaniu roszczenia lub o przyczynach braku możliwości uznania roszczenia.
- Korespondencja prowadzona jest w formie pisemnej lub drogą elektroniczną, jeżeli Ubezpieczony na wniosku ubezpieczeniowym lub druku zgłoszenia roszczenia wyrazi na to zgodę.
- W ubezpieczeniu leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków prawo do świadczenia ustala się po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a pobytem w szpitalu, oraz nie zachodzą przesłanki wyłączające odpowiedzialność Towarzystwa.
- W ubezpieczeniu leczenia następstw zawału serca, udaru mózgu lub nowotworu złośliwego prawo do świadczenia ustala się po stwierdzeniu, że nie zachodzą przesłanki wyłączające odpowiedzialność Towarzystwa.

§ 22. (świadczenie usług medycznych)

- Usługi medyczne realizowane są w placówkach Partnerów Medycznych, po wcześniejszym umówieniu usług za pośrednictwem Centrum Umawiania Wizyt - telefonicznie pod numerem +48 801 005 777 lub za pośrednictwem strony www. saltus.pl zgodnie z posiadanym zakresem ubezpieczenia do wyczerpania limitów danych usług.
- W przypadku konieczności świadczenia badań diagnostycznych Towarzystwo wymaga przesłania kopii skierowania lekarskiego na dane badanie.
- Konsultant Centrum Umawiania Wizyt ustala miejsce i termin wizyty z uwzględnieniem preferencji Ubezpieczonego oraz zakresu usług medycznych oferowanych przez poszczególnych Partnerów.
- Przed skorzystaniem z usługi medycznej w placówce Partnera Medycznego, Ubezpieczony zobowiązany jest okazać ważny dokument ze zdjęciem, potwierdzający tożsamość.
- Koszt usług medycznych umówionych za pośrednictwem Centrum Umawiania Wizyt ponosi Towarzystwo.
- Jeżeli w ramach zakresu świadczeń zostanie przekroczony limit kosztów określony dla danego zdarzenia ubezpieczeniowego dla danej usługi, może być ona wykonana przez Towarzystwo, o ile Ubezpieczony lub jego przedstawiciel ustawowy wyrazi pisemną zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez Towarzystwo limitem.

§ 23. (wymagane dokumenty)

- W celu ustalenia rozmiarów szkody i wysokości świadczenia, Towarzystwo zastrzega sobie prawo weryfikacji wszelkich dokumentów, dotyczących zaistniałego zdarzenia ubezpieczeniowego.
- W przypadku konieczności skorzystania z badania diagnostycznego Towarzystwo wymaga przesłania kopii lub skanu skierowania lekarskiego na daną usługę.
- W przypadku konieczności skorzystania z usługi medycznej wizyty domowej po nieszczęśliwym wypadku Towarzystwo może wymagać przesłania kopii lub skanu dokumentacji potwierdzającej wystąpienie nieszczęśliwego wypadku.
- Wymagane dokumenty można przysyłać rekomendowanymi kanałami komunikacji z Towarzystwem:
 - pocztą tradycyjną na adres: SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych, ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot,
 - po zalogowaniu na Konto Klienta na stronie <https://pacjent.saltus.pl/Account/LogIn>, lub zgodnie z decyzją Ubezpieczonego za pośrednictwem:
 - poczty elektronicznej na adres: zdrowie@saltus.pl,
 - MMS na numer Towarzystwa, 661 005 195,
 podając dane umożliwiające identyfikację ubezpieczonego.

IX. PRAWA I OBOWIĄZKI STRON

§ 24. (obowiązki Ubezpieczającego przed zawarciem umowy ubezpieczenia)

- 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 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.

§ 25. (obowiązki Towarzystwa)

Towarzystwo jest zobowiązane do:

- 1) doręczenia Ubezpieczającemu tekstu OWU przed zawarciem umowy ubezpieczenia,
- 2) przedstawiania Ubezpieczającemu w formie pisemnej różnic między postanowieniami umowy a OWU (zapis ten nie ma zastosowania do umów zawieranych w drodze negocjacji),
- 3) wydania Ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia,
- 4) udzielenia Ubezpieczającemu informacji o sposobie i trybie rozpatrywania reklamacji oraz o organie właściwym do ich rozpatrzenia.

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, z zastrzeżeniem § 27 ust. 1 pkt c). 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.

§ 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: SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych, ul. 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 90
2. Reklamacja powinna zawierać:
 - a) imię, nazwisko, adres i numer telefonu kontaktowego zgłaszającego reklamację,
 - b) numer dokumentu ubezpieczenia,
 - 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 do 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 internetowej: <http://rf.gov.pl/>
9. Ubezpieczający lub Ubezpieczony będący konsumentem, który ma miejsce zamieszkania na terenie państwa członkowskiego Unii Europejskiej, w związku z umową ubezpieczenia zawartą przez Internet, ma prawo - w celu rozstrzygnięcia sporów w trybie pozasądowym - skorzystać z europejskiej platformy internetowego rozstrzygnięcia sporów o nazwie platforma ODR (ang. online dispute resolution), która jest dostępna na stronie internetowej: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> Skargę Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego będącego konsumentem w ramach platformy ODR rozpatrywać może tylko jeden z uprawnionych podmiotów (podmiot ADR) i tylko wówczas, gdy Towarzystwo i Ubezpieczający lub Ubezpieczony wcześniej zgodzą się na rozpatrzenie sprawy przez określony podmiot ADR, zgodnie z jego regulaminem. Wykaz podmiotów uprawnionych znajduje się na stronie internetowej platformy ODR, wskazanej powyżej.
10. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 28. (przepisy zewnętrzne)

1. 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.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU, mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy polskiego prawa.

§ 29. (prawo wglądu do akt)

Towarzystwo udostępnia na wniosek Ubezpieczającego, Ubezpieczonego bądź uprawnionego do odbioru świadczenia, informacje i dokumenty, gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokość świadczenia. 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)

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.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały uchwalone 23 czerwca 2020 roku przez Zarząd Towarzystwa z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 września 2020 roku.


ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU


KRZYSZTOF KOSZNIK
WICEPREZES ZARZĄDU


GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych
81-743 Sopot, ul. Władysława IV 22
tel.: 801 888 666, 58 770 36 90
e-mail: info@saltus.pl
www.saltus.pl