ŻYCIE I ZDROWIE UBEZPIECZONEGO

GRUPOWE UBEZPIECZENIE VERTUS ŻYCIE I ZDROWIE

WARUNKI UBEZPIECZENIA

Informacja o produkcie

dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 4 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 4 OWDU.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.

II. ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (zakres ubezpieczenia)

Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.

III. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 4 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust.1 zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem i śmiercią Ubezpieczonego.

§ 5 (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, osoba uprawniona do otrzymania świadczenia winna przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
2) skrócony odpis aktu zgonu,
3) kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu,
4) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku,
5) własny dowód tożsamości.

IV. . POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 6 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 7 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie
dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego
w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy, uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 4 OWDU,
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 4 OWDU.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU PRZY PRACY

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **nieszczęśliwy wypadek przy pracy -** nieszczęśliwy wypadek (w znaczeniu nadanym w OWU), który nastąpił w związku z pracą:
      a) podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych oraz w trakcie trwania podróży służbowej, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem osoby objętej ochroną ubezpieczeniową, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań,
      b) podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności w interesie zakładu pracy, nawet bez polecenia,
      c) w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji zakładu pracy w drodze między siedzibą zakładu pracy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,
      d) przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające w zakładzie pracy organizacje zawodowe lub społeczne.
   2) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy, który wystąpił w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

II. ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (zakres ubezpieczenia)

Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy.

III. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 4 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy zaistniałego w okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia, świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust.1 zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy i śmiercią osoby objętej ochroną ubezpieczeniową.

§ 5 (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia osoba uprawniona do otrzymania świadczenia winna przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia na (piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
2) skrócony odpis aktu zgonu,
3) kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu,
4) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku przy pracy,
5) własny dokument tożsamości.

IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 6 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 7 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie

dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 4 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 4 OWDU.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **wypadek komunikacyjny** - nieszczęśliwy wypadek (w znaczeniu nadanym w OWU) w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu ulega osoba objęta ochroną ubezpieczeniową jako:
      a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym, motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem morskim, promem lub pasażerskim statkiem powietrznym,
      b) rowerzysta,
      c) pieszy;
   2) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego, który wystąpił w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

II. ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (zakres ubezpieczenia)

Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego, który wystąpił w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.

III. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 4 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego zaistniałego w okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia, świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust.1 zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym i śmiercią Ubezpieczonego.

§ 5 (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, osoba uprawniona do otrzymania świadczenia winna przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
2) skrócony odpis aktu zgonu,
3) kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu,
4) dokumentację potwierdzającą zajście wypadku komunikacyjnego,
5) własny dokument tożsamości.

IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 6 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 7 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

SALTUS UBEZPIECZENIA

Informacja o produkcie
dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego
w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 4 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 4 OWDU.

SALTUS UBEZPIECZENIA

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO PRZY PRACY

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **nieszczęśliwy wypadek przy pracy** - nieszczęśliwy wypadek (w znaczeniu nadanym w OWU), który nastąpił w związku z pracą:
      a) podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych oraz a trakcie trwania podróży służbowej, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem osoby objętej ochroną ubezpieczeniową, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań,
      b) podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności w interesie zakładu pracy, nawet bez polecenia,
      c) w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji zakładu pracy w drodze między siedzibą zakładu pracy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,
      d) przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające w zakładzie pracy organizacje zawodowe lub społeczne,
   2) **wypadek komunikacyjny przy pracy** - nieszczęśliwy wypadek (w znaczeniu nadanym w OWU) przy pracy w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległa osoba objęta ochroną ubezpieczeniową jako:
      a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym, motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem morskim, promem lub pasażerskim statkiem powietrznym,
      b) rowerzysta,
      c) pieszy;
   3) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy, który wystąpił w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

II. ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (zakres ubezpieczenia)

Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy, który wystąpił w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

III. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 4 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy zaistniałego w okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia, świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust.1 zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym przy pracy i śmiercią osoby objętej ochroną ubezpieczeniową.

§ 5 (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia bezpieczeniowego, osoba uprawniona do otrzymania świadczenia winna przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy lub na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
2) skrócony odpis aktu zgonu,
3) kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu,
4) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy,
5) własny dokument tożsamości.

IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 6 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 7 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie
dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego
w następstwie zawału serca lub udaru mózgu

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia na Życie Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 4 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 4 OWDU.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE ZAWAŁU SERCA LUB UDARU

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **udar mózgu** - nagłe, w efekcie trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzonych badaniem lekarskim; z zakresu ubezpieczenia wyłączone są: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego oraz udar nie pozostawiający trwałego ubytku funkcji ośrodkowego układu nerwowego; rozpoznanie trwałego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego winno być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej jednak niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów,
   2) **zawał serca** - ostre niedokrwienie mięśnia sercowego, przy dowodach na obecność martwicy mięśnia sercowego, czyli:
      a) wykryciu wzrostu i/lub spadku biomarkera sercowego (najlepiej troponiny sercowej) powyżej górnej granicy normy oraz jednego z następujących:
         – objawów niedokrwienia,
         – zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) typowych dla nowo powstałego niedokrwienia,
         – nowych odcinkowych zaburzeń kurczliwości uwidocznionych w badaniach obrazowych,
      b) wzroście wartości troponiny sercowej po angioplastyce wieńcowej (przekraczającym 5-krotnie górną granicę normy przy prawidłowych wartościach wyjściowych lub wzrost wartości troponiny sercowej o 20% przy jej wyjściowym podwyższeniu) przy występujących dodatkowo:
         – objawach niedokrwienia lub
         – zmianach w EKG lub
         – nowych odcinkowych zaburzeniach kurczliwości lub
         – uwidocznieniu obrazów angiograficznych zgodnych z powikłaniami zabiegu,
      c) stwierdzeniu zakrzepicy w stencie podczas koronarografii lub autopsji w przypadku niedokrwienia mięśnia sercowego ze wzrostem i/lub spadkiem biomarkera sercowego powyżej górnej granicy normy,
      d) wzroście wartości troponiny sercowej w związku z pomostowaniem tętnic wieńcowych - CABG (przekraczającym 10-krotnie górną granicę normy przy prawidłowych wartościach wyjściowych) przy występujących dodatkowo:
         – nowych zmianach w EKG lub
         – nowych odcinkowych zaburzeniach kurczliwości lub
         – uwidocznieniu w obrazach angiograficznych nowego zamknięcia pomostu lub natywnej tętnicy wieńcowej.
   3) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć Ubezpieczonego w następstwie udaru mózgu lub zawału serca, który wystąpił w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

II. ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (zakres ubezpieczenia)

Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie udaru mózgu lub zawału serca, który wystąpił w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

III. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 4 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu zaistniałego w okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia, świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenie o którym mowa w ust.1, zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu i śmiercią osoby objętej ochroną ubezpieczeniową.

§ 5 (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, winna przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
2) skrócony odpis aktu zgonu,
3) kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu,
4) własny dokument tożsamości.

IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 6 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 7 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek osierocenia dziecka Ubezpieczonego

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w 28 dniu marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 4 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OSIEROCENIA DZIECKA UBEZPIECZONEGO

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek osierocenia dziecka Ubezpieczonego, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   zdarzenie ubezpieczeniowe – osierocenie dziecka Ubezpieczonego, które wystąpiło w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

II.ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (zakres ubezpieczenia)

Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku osierocenia dziecka Ubezpieczonego, które wystąpiło w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

III. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 4 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci każdemu dziecku Ubezpieczonego świadczenie w wysokości wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. W przypadku gdy w następstwie tego samego nieszczęśliwego wypadku śmierć poniósł Ubezpieczony i druga osoba, której w chwili śmierci przysługiwała władza rodzicielska lub której władza rodzicielska przysługiwała w momencie osiągnięcia przez dziecko pełnoletności, Towarzystwo wypłaci każdemu dziecku, nad którym oboje sprawowali władzę rodzicielską, dodatkowe świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.

§ 5 (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, osoba uprawniona do otrzymania świadczenia winna przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
2) skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
3) skrócony odpis aktu zgonu drugiego rodzica o którym mowa w § 4 ust. 2,
4) kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu Ubezpieczonego oraz drugiego rodzica o którym mowa w § 4 ust 2,
5) dokumenty stwierdzające pokrewieństwo lub przysposobienie,
6) dokumenty potwierdzające opiekę prawną nad dzieckiem do lat 18,
7) dokument tożsamości drugiego rodzica o którym mowa w § 4 ust. 2,
8) własny dokument tożsamości.

IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 6 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 7 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie

dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 4 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 4 OWDU.

SALTUS UBEZPIECZENIA

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK INWALIDZTWA UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **inwalidztwo** – nieodwracalne uszkodzenie narządu lub części ciała (trwałe uszkodzenie organizmu), określone w Tabeli inwalidztwa, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej,
   2) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie inwalidztwa u Ubezpieczonego.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.

III. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 4 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku inwalidztwa Ubezpieczonego powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w kwocie przypisanego do danego zdarzenia procentu wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej zgodnie z poniższą Tabelą inwalidztwa:

Całkowita fizyczna utrata lub całkowita i trwała utrata władzy nad:		Procent sumy ubezpieczenia
a)	kończyną górną na poziomie barku	70
b)	kończyną górną na poziomie ramienia	65
c)	kończyną górną na poziomie łokcia lub przedramienia	60
d)	kończyną górną na poziomie nadgarstka	55
e)	kończyną dolną na poziomie stawu biodrowego	70
f)	kończyną dolną na poziomie uda	60
g)	kończyną dolną na poziomie kolana	50
h)	kończyną dolną na poziomie podudzia	45
i)	kończyną dolną na poziomie stawu skokowego	40
j)	kończyną dolną na poziomie śródstopia	30

Całkowita fizyczna utrata:		Procent sumy ubezpieczenia
a)	kciuka	15
b)	innego palca ręki	7 za każdy palec
c)	palucha	10
d)	innego palca stopy	3 za każdy palec

Całkowita utrata:		Procent sumy ubezpieczenia
a)	mowy	100
b)	wzroku w obu oczach	100
c)	wzroku w jednym oku	50
d)	słuchu w obu uszach	60
e)	słuchu w jednym uchu	30
f)	węchu	10

2. Wysokość świadczenia w przypadku inwalidztwa Ubezpieczonego ustalana jest na podstawie dokumentacji medycznej, w uzasadnionych rodzajem inwalidztwa przypadkach - po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji, nie później niż po 18 miesiącach licząc od daty nieszczęśliwego wypadku.
3. Jeżeli roszczenie z tytułu inwalidztwa dotyczy narządu, którego czynności były upośledzone przed nieszczęśliwym wypadkiem, Towarzystwo wypłaci określony w ust.1 procent sumy ubezpieczenia, pomniejszany o procent uszczerbku na zdrowiu wynikający z wcześniejszego upośledzenia czynności tego narządu.
4. Suma świadczeń wypłacanych Ubezpieczonemu z tytułu umowy dodatkowej, w związku z jednym nieszczęśliwym wypadkiem nie może przekroczyć kwoty świadczenia odpowiadającej 100% sumy ubezpieczenia.
5. Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania Ubezpieczonego na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza, w celu ustalenia prawa do świadczenia. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.
6. Świadczenie o którym mowa w ust.1, zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem i inwalidztwem Ubezpieczonego.

§ 5 (wymagane dokumenty) Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
2) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku,
3) dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy po wypadku oraz leczenia skutków wypadku, która będzie również potwierdzać zakończenie leczenia,
4) dokument tożsamości Ubezpieczonego.

IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 6 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 7 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie

dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek

uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 4 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 4 OWDU.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **uszczerbek na zdrowiu** - trwałe naruszenie sprawności narządu, powodujące upośledzenie czynności organizmu wskazane w „Tabeli procentowego uszczerbku na zdrowiu, powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku" będące następstwem nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ubezpieczenia,
   2) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.

III. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 4 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w kwocie odpowiadającej takiemu procentowi sumy ubezpieczenia, w jakim został ustalony uszczerbek na zdrowiu zgodnie z „Tabelą procentowego uszczerbku na zdrowiu, powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku", zatwierdzoną przez Zarząd Towarzystwa i obowiązującą w dniu zawarcia niniejszej umowy dodatkowej, stanowiącą załącznik do niniejszych OWDU.
2. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu uszczerbku na zdrowiu ustalana jest na podstawie dokumentacji medycznej, w przypadkach uzasadnionych rodzajem uszczerbku - po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji, nie później niż po 18 miesiącach licząc od daty nieszczęśliwego wypadku.
3. W przypadku powstania uszczerbku w obrębie narządu, którego czynności były upośledzone przed nieszczęśliwym wypadkiem, ustalony procent uszczerbku na zdrowiu pomniejszany jest o procent uszczerbku na zdrowiu wynikający z wcześniejszego upośledzenia czynności tego narządu.
4. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu umowy dodatkowej, wynikająca z objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego, w związku z jednym nieszczęśliwym wypadkiem nie może przekroczyć kwoty świadczenia odpowiadającej 100% uszczerbku na zdrowiu.
5. Przy ustalaniu procentu uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy, ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
6. Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania Ubezpieczonego na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza, w celu ustalenia prawa do świadczenia. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.
7. Świadczenie o którym mowa w ust.1, zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem i uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego.

§ 5 (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź ba formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
2) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku,
3) dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy po wypadku oraz leczenia skutków wypadku, która będzie również potwierdzać zakończenie leczenia,
4) dokument tożsamości Ubezpieczonego.

IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 6 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 7 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie
dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek
uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia na Życie Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 4 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 4 OWDU.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU PRZY PRACY

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **uszczerbek na zdrowiu** - trwałe naruszenie sprawności narządu, powodujące upośledzenie czynności organizmu wskazane w „Tabeli procentowego uszczerbku na zdrowiu, powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku" będące następstwem nieszczęśliwego wypadku przy pracy zaistniałego w okresie ubezpieczenia,
   2) **nieszczęśliwy wypadek przy pracy -** nieszczęśliwy wypadek (w znaczeniu nadanym w OWU), który nastąpił w związku z pracą:
      a) podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych oraz w trakcie trwania podróży służbowej, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań,
      b) podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności w interesie zakładu pracy, nawet bez polecenia,
      c) w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji zakładu pracy w drodze między siedzibą zakładu pracy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,
      d) przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające w zakładzie pracy organizacje zawodowe lub społeczne;
   3) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.

III. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 4 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy zaistniałego w okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w kwocie odpowiadającej takiemu procentowi sumy ubezpieczenia, w jakim został ustalony uszczerbek na zdrowiu zgodnie z „Tabelą procentowego uszczerbku na zdrowiu, powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku", zatwierdzoną przez Zarząd Towarzystwa i obowiązującą w dniu zawarcia niniejszej umowy dodatkowej, stanowiącą załącznik do niniejszych OWDU.
2. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu uszczerbku na zdrowiu ustalana jest na podstawie dokumentacji medycznej, w przypadkach uzasadnionych rodzajem uszczerbku - po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji, nie później niż po 18 miesiącach licząc od daty nieszczęśliwego wypadku.
3. W przypadku powstania uszczerbku w obrębie narządu, którego czynności były upośledzone przed nieszczęśliwym wypadkiem, ustalony procent uszczerbku na zdrowiu pomniejszany jest o procent uszczerbku na zdrowiu wynikający z wcześniejszego upośledzenia czynności tego narządu.
4. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu umowy dodatkowej, wynikająca z objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego, w związku z jednym nieszczęśliwym wypadkiem nie może przekroczyć kwoty świadczenia ubezpieczeniowego odpowiadającej 100% uszczerbku na zdrowiu.
5. Przy ustalaniu procentu uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy, ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
6. Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania Ubezpieczonego na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza, w celu ustalenia prawa do świadczenia ubezpieczeniowego. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.
7. Świadczenie o którym mowa w ust.1, zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy i uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego.

§ 5 (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie oszczenia (na piśmie zgodnie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
2) protokół powypadkowy sporządzony zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, dotyczącymi świadczeń z tytułu wypadków przy pracy.
3) dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy po wypadku oraz leczenia skutków wypadku, która będzie również potwierdzać zakończenie leczenia,
4) dokument tożsamości Ubezpieczonego.

VI. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 6 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 7 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie
dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek
uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 4 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 4 OWDU.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **uszczerbek na zdrowiu** - trwałe naruszenie sprawności narządu, powodujące upośledzenie czynności organizmu wskazane w „Tabeli procentowego uszczerbku na zdrowiu, powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku" będące następstwem nieszczęśliwego wypadku przy pracy zaistniałego w okresie ubezpieczenia,
   2) **wypadek komunikacyjny –** nieszczęśliwy wypadek (w znaczeniu nadanym w OWU) w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony jako:
      a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym, motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem morskim, promem lub pasażerskim statkiem powietrznym,
      b) rowerzysta,
      c) pieszy.
   3) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.

III. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 4 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego powstałego w następstwie wypadku komunikacyjnego zaistniałego w okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w kwocie odpowiadającej takiemu procentowi sumy ubezpieczenia, w jakim został ustalony uszczerbek na zdrowiu zgodnie z „Tabelą procentowego uszczerbku na zdrowiu, powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku", zatwierdzoną przez Zarząd Towarzystwa i obowiązującą w dniu zawarcia niniejszej umowy dodatkowej, stanowiącą załącznik do niniejszych OWDU.
2. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu uszczerbku na zdrowiu ustalana jest na podstawie dokumentacji medycznej, w przypadkach uzasadnionych rodzajem uszczerbku - po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji, nie później niż po 18 miesiącach licząc od daty wypadku komunikacyjnego.
3. W przypadku powstania uszczerbku w obrębie narządu, którego czynności były upośledzone przed wypadkiem komunikacyjnym, ustalony procent uszczerbku na zdrowiu pomniejszany jest o procent uszczerbku na zdrowiu wynikający z wcześniejszego upośledzenia czynności tego narządu.
4. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu umowy dodatkowej, wynikająca z objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego, w związku z jednym wypadkiem komunikacyjnym nie może przekroczyć kwoty świadczenia ubezpieczeniowego odpowiadającej 100% uszczerbku na zdrowiu.
5. Przy ustalaniu procentu uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy, ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
6. Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania Ubezpieczonego na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza, w celu ustalenia prawa do świadczenia ubezpieczeniowego. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.
7. Świadczenie o którym mowa w ust.1, zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym i uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego.

§ 5 (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
2) dokumentację dotyczącą wypadku komunikacyjnego,
3) dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy po wypadku oraz leczenia skutków wypadku, która będzie również potwierdzać zakończenie leczenia,

IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 6 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 7 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie
dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek
uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku
komunikacyjnego przy pracy

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA
w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy (OWDU),
uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 4 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 4 OWDU.

SALTUS UBEZPIECZENIA

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO PRZY PRACY

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **uszczerbek na zdrowiu** - trwałe naruszenie sprawności narządu, powodujące upośledzenie czynności organizmu wskazane w „Tabeli procentowego uszczerbku na zdrowiu, powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku" będące następstwem wypadku komunikacyjnego zaistniałego w okresie ubezpieczenia,
   2) **nieszczęśliwy wypadek przy pracy –** nieszczęśliwy wypadek (w znaczeniu nadanym w OWU), który nastąpił w związku z pracą:
      a) podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych oraz a trakcie trwania podróży służbowej, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań,
      b) podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności w interesie zakładu pracy, nawet bez polecenia,
      c) w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji zakładu pracy w drodze między siedzibą zakładu pracy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,
      d) przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające w zakładzie pracy organizacje zawodowe lub społeczne,
   3) **wypadek komunikacyjny przy pracy –** nieszczęśliwy wypadek przy pracy w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony jako:
      a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym, motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem morskim, promem lub pasażerskim statkiem powietrznym,
      b) rowerzysta,
      c) pieszy,
   4) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.

III. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 4 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego powstałego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy zaistniałego w okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w kwocie odpowiadającej takiemu procentowi sumy ubezpieczenia, w jakim został ustalony uszczerbek na zdrowiu zgodnie z „Tabelą procentowego uszczerbku na zdrowiu, powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku", zatwierdzoną przez Zarząd Towarzystwa i obowiązującą w dniu zawarcia niniejszej umowy dodatkowej, stanowiącą załącznik do niniejszych OWDU.
2. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu uszczerbku na zdrowiu ustalana jest na podstawie dokumentacji medycznej, w przypadkach uzasadnionych rodzajem uszczerbku - po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji, nie później niż po 18 miesiącach licząc od daty wypadku komunikacyjnego przy pracy.
3. W przypadku powstania uszczerbku w obrębie narządu, którego czynności były upośledzone przed wypadkiem komunikacyjnym przy pracy, ustalony procent uszczerbku na zdrowiu pomniejszany jest o procent uszczerbku na zdrowiu wynikający z wcześniejszego upośledzenia czynności tego narządu.
4. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu umowy dodatkowej, wynikająca z objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego, w związku z jednym wypadkiem komunikacyjnym nie może przekroczyć kwoty świadczenia ubezpieczeniowego odpowiadającej 100%uszczerbku na zdrowiu.
5. Przy ustalaniu procentu uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy, ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
6. Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania Ubezpieczonego na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza, w celu ustalenia prawa do świadczenia. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.
7. Świadczenie o którym mowa w ust.1, zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym przy pracy i uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego.

§ 5 (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
2) protokół powypadkowy sporządzony zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa,
3) dokumentację dotyczącą wypadku komunikacyjnego,
4) dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy po wypadku oraz leczenia skutków wypadku, która będzie również potwierdzać zakończenie leczenia,
5) dokument tożsamości Ubezpieczonego.

IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 6 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 7 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie
dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek
uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 4 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 4 OWDU.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **frakcja wyrzutowa lewej komory (EF)** - ilość krwi wypływająca z lewej komory do układu krążenia podczas skurczu serca. Frakcja wyrzutowa jest zwykle wyrażana w procentach jako stosunek objętości krwi wypływającej w czasie skurczu z lewej komory do całkowitej objętości lewej komory. Frakcja wyrzutowa określa zdolność serca do skurczu i jest wykładnikiem wydolności serca. W przypadku choroby serca prowadzącej do jego niewydolności, frakcja wyrzutowa wynosi zwykle poniżej 50%,
   2) **udar mózgu** - nagłe, w efekcie trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzonych badaniem lekarskim; z zakresu ubezpieczenia wyłączone są: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego oraz udar nie pozostawiający trwałego ubytku funkcji ośrodkowego układu nerwowego; rozpoznanie trwałego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego winno być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej jednak niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów,
   3) **uszczerbek na zdrowiu** - trwałe naruszenie sprawności narządu, powodujące upośledzenie czynności organizmu określone w Tabeli Uszczerbków powstałe bezpośrednio w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, który wystąpił w okresie ubezpieczenia,
   4) **zawał serca** - ostre niedokrwienie mięśnia sercowego, przy dowodach na obecność martwicy mięśnia sercowego, czyli:
      a) wykryciu wzrostu i/lub spadku biomarkera sercowego (najlepiej troponiny sercowej) powyżej górnej granicy normy oraz jednego z następujących:
         - objawów niedokrwienia,
         - zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) typowych dla nowo powstałego niedokrwienia,
         - nowych odcinkowych zaburzeń kurczliwości uwidocznionych w badaniach obrazowych,
      b) wzroście wartości troponiny sercowej po angioplastyce wieńcowej (przekraczającym 5-krotnie górną granicę normy przy prawidłowych wartościach wyjściowych lub wzrost wartości troponiny sercowej o 20% przy jej wyjściowym podwyższeniu) przy występujących dodatkowo:
         - objawach niedokrwienia lub
         - zmianach w EKG lub
         - nowych odcinkowych zaburzeniach kurczliwości lub
         - uwidocznieniu obrazów angiograficznych zgodnych z powikłaniami zabiegu,
      c) stwierdzeniu zakrzepicy w stencie podczas koronarografii w przypadku niedokrwienia mięśnia sercowego ze wzrostem i/lub spadkiem biomarkera sercowego powyżej górnej granicy normy,
      d) wzroście wartości troponiny sercowej w związku z pomostowaniem tętnic wieńcowych - CABG (przekraczającym 10-krotnie górną granicę normy przy prawidłowych wartościach wyjściowych) przy występujących dodatkowo:
         - nowych zmianach w EKG lub
         - nowych odcinkowych zaburzeniach kurczliwości lub
         - uwidocznieniu w obrazach angiograficznych nowego zamknięcia pomostu lub natywnej tętnicy wieńcowej.
   5) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.

III. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 4 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego powstałego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu zaistniałego w okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w kwocie odpowiadającej takiemu procentowi sumy ubezpieczenia, w jakim został ustalony uszczerbek na podstawie poniższej Tabeli uszczerbków:

Uszczerbek w następstwie zawału serca	Procent uszczerbku
1) Uszkodzenie z wydolnym układem krążenia	10
2) Uszkodzenie z cechami wyrównanej (tzn. bezobjawowej), udokumentowanej niewydolności serca (EF > 50%)	20
3) Uszkodzenie z cechami łagodnej, udokumentowanej niewydolności serca (EF 46 - 50%)	30
4) Uszkodzenie z cechami umiarkowanej, udokumentowanej niewydolności serca (EF 36 - 45%)	50
5) Uszkodzenie z cechami ciężkiej, udokumentowanej niewydolności serca (EF 35 - 15%)	75
6) Uszkodzenie z cechami bardzo ciężkiej, udokumentowanej niewydolności serca (EF < 15%)	100

Uszczerbek w następstwie udaru mózgu	Procent uszczerbku
A. Porażenia i niedowłady	
1) Udokumentowane porażenie połowicze lub porażenie kończyn dolnych	100
2) Udokumentowany głęboki niedowład połowiczy lub niedowład obu kończyn dolnych z udokumentowanym znacznym ograniczeniem sprawności ruchowej	80
3) Udokumentowany umiarkowany niedowład połowiczy lub niedowład obu kończyn dolnych bez udokumentowanego znacznego ograniczenia sprawności ruchowej	60
4) Udokumentowane porażenie kończyny górnej lub dolnej	40
5) Udokumentowany niedowład kończyny górnej lub dolnej	30
B. Zaburzenia mowy	
1) Udokumentowana całkowita afazja mieszana (czuciowa i ruchowa), tzn. całkowita lub prawie całkowita niezdolność mówienia	100
2) Udokumentowana afazja mieszana (czuciowa i ruchowa)	60
3) Udokumentowana afazja czuciowa lub ruchowa	40

2. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu uszczerbku na zdrowiu ustalana jest na podstawie dokumentacji medycznej, w przypadkach uzasadnionych rodzajem uszczerbku - po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji, nie później niż po 6 miesiącach licząc od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
3. W przypadku powstania uszczerbku w obrębie narządu, którego czynności były upośledzone przed zawałem serca lub udarem mózgu, ustalony procent uszczerbku na zdrowiu pomniejszany jest o procent uszczerbku na zdrowiu wynikający z wcześniejszego upośledzenia czynności tego narządu.
4. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu umowy dodatkowej, wynikająca z objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego, w związku z jednym zawałem serca lub udarem mózgu nie może przekroczyć kwoty świadczenia ubezpieczeniowego odpowiadającej 100% uszczerbku na zdrowiu.
5. Przy ustalaniu procentu uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy, ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
6. Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania Ubezpieczonego na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza, w celu ustalenia prawa do świadczenia ubezpieczeniowego. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.
7. Świadczenie o którym mowa w ust.1, zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu i uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego.

§ 5 (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo,
2) dokumentację medyczną potwierdzająca wystąpienie zawału serca lub udaru mózgu oraz leczenia jego skutków, która będzie również potwierdzać zakończenie leczenia,
3) dokument tożsamości Ubezpieczonego.

IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 6 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 7 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie
dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy zarobkowej (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 5 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 4 OWDU, § 5 OWDU.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI UBEZPIECZONEGO DO PRACY ZAROBKOWEJ

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju Ubezpieczonego,
   2) **czasowa niezdolność do pracy** – czasowa niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej, w rozumieniu działalności nakierowanej na osiągnięcie przychodu, wykonywanej w szczególności na podstawie umowy o pracę, w ramach wykonywania wolnego zawodu lub prowadzenia działalności gospodarczej, będąca rezultatem nieszczęśliwego wypadku lub choroby, trwająca nieprzerwanie co najmniej 30 dni, potwierdzona zwolnieniem lekarskim; powstała w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
   3) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie czasowej niezdolności do pracy.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę świadczenia w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego, które powstało w następstwie:
   1) choroby Ubezpieczonego, zdiagnozowanej po raz pierwszy w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej,
   2) nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

III. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4 (wyłączenia odpowiedzialności)

Oprócz wyłączeń odpowiedzialności wynikających z § 7 OWU, świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone, jeżeli czasowa niezdolność do pracy spowodowana była:

1) leczeniem lub poddaniem się przez Ubezpieczonego zabiegowi pozostającemu w związku z ciążą, porodem lub połogiem,
2) poddaniem się operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba, że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu Ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej,
3) wykonywaniem rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie była choroba lub obrażenia ciała osoby objętej ubezpieczeniowej,
4) wykonywaniem zabiegów rehabilitacyjnych,
5) leczeniem zaburzeń psychicznych,
6) leczeniem choroby AIDS lub zakażeniem wirusem HIV,
7) leczeniem wad wrodzonych,
8) leczeniem zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu lub środków odurzających, z wyłączeniem przypadków ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 5 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej, za każdy dzień, począwszy od 25 dnia czasowej niezdolności do pracy, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.
2. Suma świadczeń w przypadku czasowej niezdolności do pracy, wypłacona w danym roku polisowym nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.

§ 6 (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo Towarzystwo),
2) zwolnienie lekarskie, wypis ze szpitala,
3) dokumentację dotyczącą choroby oraz jej leczenia,
4) dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy po wypadku oraz leczenia skutków wypadku, która będzie również potwierdzać zakończenie leczenia,
5) dokument tożsamości Ubezpieczonego.

V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 7 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 8 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie

dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 4 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 4 OWDU.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI UBEZPIECZONEGO DO PRACY ZAROBKOWEJ

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **choroba** - stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju Ubezpieczonego,
   2) **całkowita niezdolność do pracy** - niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej, w rozumieniu działalności nakierowanej na osiągnięcie przychodu, wykonywanej w szczególności na podstawie umowy o pracę, w ramach wykonywania wolnego zawodu lub prowadzenia działalności gospodarczej, będąca rezultatem nieszczęśliwego wypadku lub choroby powstałych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa; całkowita niezdolność do pracy oznacza, że zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do pracy po przekwalifikowaniu.
   3) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie całkowitej niezdolności do pracy.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego, które powstało, w następstwie:
   1) choroby zdiagnozowanej po raz pierwszy w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej,
   2) nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ubezpieczenia.
3. Objęcie ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWDU wyklucza możliwość objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie innej umowy dodatkowej, której zakres ubezpieczenia obejmuje całkowitą niezdolność do pracy zarobkowej w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

III. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 4 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest na podstawie orzeczenia lekarskiego o całkowitej niezdolności do pracy, wydanego przez podmiot uprawniony do orzekania niezdolności do pracy dla celów rentowych w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych lub Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

§ 5 (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
2) orzeczenie lekarskie o całkowitej niezdolności do pracy wydane przez podmiot uprawniony do orzekania o niezdolności do pracy dla celów rentowych w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych lub Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego,
3) dokumentację dotyczącą choroby oraz jej leczenia,
4) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku np. protokół BHP, notatka policyjna itp.
5) dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy po wypadku oraz leczenia skutków wypadku, która będzie również potwierdzać zakończenie leczenia,
6) dokument tożsamości Ubezpieczonego.

VI. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 6 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 7 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie

dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej w następstwie nieszczęśliwego wypadku (OWDU),
uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 4 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU § 4 OWDU.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI UBEZPIECZONEGO DO PRACY ZAROBKOWEJ W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **całkowita niezdolność do pracy** - niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej, w rozumieniu działalności nakierowanej na osiągnięcie przychodu, wykonywanej w szczególności na podstawie umowy o pracę, w ramach wykonywania wolnego zawodu lub prowadzenia działalności gospodarczej, będąca rezultatem nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa; całkowita niezdolność do pracy oznacza, że zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do pracy po przekwalifikowaniu.
   2) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie całkowitej niezdolności do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej umowy dodatkowej

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Objęcie ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWDU wyklucza możliwość objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie innej umowy dodatkowej, której zakres ubezpieczenia obejmuje całkowitą niezdolność do pracy zarobkowej.

III. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 4 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest na podstawie orzeczenia lekarskiego o całkowitej niezdolności do pracy, wydanego przez podmiot uprawniony do orzekania niezdolności do pracy dla celów rentowych w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych lub Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

§ 5 (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
2) orzeczenie lekarskie o całkowitej niezdolności do pracy wydane przez podmiot uprawniony do orzekania o niezdolności do pracy dla celów rentowych w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych lub Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego,
3) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku np. protokół BHP, notatka policyjna itp.
4) dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy po wypadku oraz leczenia skutków wypadku, która będzie również potwierdzać zakończenie leczenia,
5) dokument tożsamości Ubezpieczonego.

IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 6 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 7 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie

dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 6 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 2 OWDU, § 4 OWDU § 5 OWDU.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **choroba** - stwierdzona przez lekarza po raz pierwszy w okresie ochrony ubezpieczeniowej reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju osoby objętej ochroną ubezpieczeniową,
   2) **ciąża wysokiego ryzyka** - ciąża, której dalsze trwanie, zgodnie z opinią lekarską, może zagrażać życiu matki lub płodu,
   3) **obrażenia ciała** - uszkodzenie narządów lub układów narządów osoby objętej ochroną ubezpieczeniową, powstałe bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa,
   4) **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej / Oddział Intensywnej Terapii (OIOM/OIT)** - wydzielony, specjalistyczny oddział szpitalny, przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru; za OIOM/OIT uznaje się również Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK), Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK), Oddział Intensywnej Opieki Neurologicznej (OION) oraz Oddział Intensywnego Nadzoru Neurologicznego (OINN). Za OIOM/OIT uważa się także wydzielone sale intensywnego nadzoru znajdujące się w obrębie odpowiednich oddziałów specjalistycznych, w których przy wykorzystaniu specjalistycznego sprzętu do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych odbywa się leczenie ciężkich stanów chorobowych bezpośrednio zagrażających życiu,
   5) **Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK), Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK)** - wydzielony, specjalistyczny pododdział szpitalny, funkcjonujący w obrębie oddziału kardiologicznego, kliniki kardiologicznej lub oddziału internistycznego o profilu kardiologicznym, przeznaczony do leczenia chorych wymagających stałego nadzoru i ciągłego monitorowania czynności życiowych wyłącznie z nagłych wskazań kardiologicznych,
   6) **Oddział Intensywnej Opieki Neurologicznej (OION), Oddział Intensywnego Nadzoru Neurologicznego (OINN)** - wydzielony, specjalistyczny pododdział szpitalny, funkcjonujący w obrębie oddziału neurologicznego, kliniki neurologicznej, przeznaczony do leczenia chorych wymagających stałego nadzoru i ciągłego monitorowania czynności życiowych wyłącznie z nagłych wskazań neurologicznych,
   7) **pobyt w szpitalu** - potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu, trwający nieprzerwanie dłużej niż:
      a) 3 dni w przypadku pobytu w szpitalu w celu leczenia choroby,
      b) 9 dni od dnia porodu - w przypadkach pobytu związanego z porodem i mającego na celu leczenie choroby, będącej skutkiem powikłań poporodowych,
      c) 15 dni w przypadku pobytu w szpitalu związanego z ciążą wysokiego ryzyka,

      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 ochroną ubezpieczeniową została wypisania ze szpitala,
   8) **rekonwalescencja** - okres następujący bezpośrednio po zakończeniu okresu pobytu w szpitalu, służący powrotowi do zdrowia osoby objętej ochroną ubezpieczeniową,
   9) **sanatorium** - znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, zakład lecznictwa zorganizowany w miejscowości uzdrowiskowej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostrzeniom, za pobyt w sanatorium uznaje się również pobyt w szpitalu rehabilitacyjnym, na oddziale rehabilitacyjnym lub w ośrodku rehabilitacji,
   10) **szpital** - działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa kraju, na terenie którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się: poradni przyszpitalnej, ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala rehabilitacyjnego, oddziału rehabilitacyjnego oraz ośrodka rehabilitacji,
   11) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Za opłatą dodatkowej składki zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:
   1) pobyt na OIOM/OIT, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,
   2) rekonwalescencję, pod warunkiem, że rekonwalescencja pozostaje w bezpośrednim związku z pobytem w szpitalu, w związku z którym należne jest świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu umowy dodatkowej, o ile pobyt w szpitalu trwał nieprzerwanie co najmniej 15 dni,
   3) pobyt w sanatorium, pod warunkiem, że pobyt w sanatorium pozostaje w bezpośrednim związku z pobytem w szpitalu, w związku z którym należne jest świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu umowy dodatkowej, o ile pobyt w sanatorium potwierdzony został dokumentacją medyczną.

III. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4 (ograniczenia odpowiedzialności)

1. Wysokość łącznych świadczeń z tytułu pobytu (pobytów) osoby objętej ochroną ubezpieczeniową w szpitalu rozpoczętego (rozpoczętych) w danym roku polisowym nie może przekroczyć równowartości kwoty odpowiadającej świadczeniu wypłaconemu za 180 dni pobytu w szpitalu, bez względu na liczbę pobytów w szpitalu rozpoczętych w danym roku polisowym.
2. Każde ze świadczeń, wymienionych w § 5 ust. 5 może zostać wypłacone tylko jeden raz na jeden pobyt w szpitalu Ubezpieczonego.

§ 5 (wyłączenia odpowiedzialności)

Oprócz wyłączeń odpowiedzialności wynikających z § 7 OWU, świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone, jeżeli celem pobytu w szpitalu jest:

1) leczenie lub poddanie się przez osobę objętą ochroną ubezpieczeniową zabiegowi pozostającemu w związku z ciążą, porodem lub połogiem (z zastrzeżeniem pobytu w szpitalu związanego z ciążą wysokiego ryzyka oraz pobytu w szpitalu związanego z porodem i mającego na celu leczenie choroby, będącej skutkiem powikłań poporodowych),
2) poddanie się operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu osoba objęta ochroną ubezpieczeniową uległa w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej,
3) wykonanie rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie jest choroba lub obrażenia ciała osoby objętej ochroną ubezpieczeniową,
4) wykonanie zabiegów rehabilitacyjnych,
5) leczenie zaburzeń psychicznych,
6) leczenie choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV,
7) leczenie wad wrodzonych,
8) leczenie zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu lub środków odurzających, z wyłączeniem przypadków ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 6 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku pobytu osoby objętej ochroną ubezpieczeniową w szpitalu, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe równe:
   a) 0,6% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu,
   b) 0,5% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za 15 i każdy kolejny dzień pobytu w szpitalu z zastrzeżeniem § 4 ust. 1.
2. W przypadku pobytu osoby objętej ochroną ubezpieczeniową na OIOM/OIT, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w Tabeli świadczeń wymienionej w ust. 5, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.
3. W przypadku rekonwalescencji osoby objętej ochroną ubezpieczeniową, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w Tabeli świadczeń wymienionej w ust. 5, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.
4. W przypadku pobytu osoby objętej ochroną ubezpieczeniową w sanatorium, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w Tabeli świadczeń wymienionej w ust. 5, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.
5. Tabela świadczeń:

Rodzaj świadczenia	Wysokość świadczenia
pobyt na OIOM/OIT	500 zł
rekonwalescencja	250 zł
pobyt w sanatorium	500 zł

6. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest po zakończeniu pobytu osoby objętej ochroną ubezpieczeniową w szpitalu, po zakończeniu pobytu w sanatorium lub po zakończeniu rekonwalescencji.
7. W przypadku pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 30 dni, na wniosek Ubezpieczonego Towarzystwo może wypłacić część świadczenia ubezpieczeniowego przed zakończeniem tego pobytu.
8. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania osoby objętej ochroną ubezpieczeniową na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza, w celu ustalenia prawa do świadczenia ubezpieczeniowego. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.

§ 7 (wymagane dokumenty)

1. Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
   1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
   2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub kartę wypisową ze szpitala, wydaną przez lekarza prowadzącego (w przypadku pobytu na OIOM/OIT, również kartę wypisową z OIOM/OIT),
   3) w przypadku rekonwalescencji – zwolnienie lekarskie wydane przez szpital, albo zaświadczenie wydane przez pracodawcę o pobieranym zasiłku chorobowym w związku z pobytem Ubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim wydanym przez szpital,
   4) w przypadku pobytu w sanatorium - skierowanie Ubezpieczonego do sanatorium, wydane przez szpital lub lekarza prowadzącego oraz kartę informacyjną pobytu w sanatorium,
   5) dokument tożsamości Ubezpieczonego.
2. W przypadku pobytu w szpitalu lub pobytu na OIOM/OIT na terytorium kraju innego niż Rzeczpospolita Polska, Ubezpieczony winien przedłożyć dokumenty, o których mowa w ust.1 pkt 2) - 4) przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 9 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie

dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z powodu udaru mózgu lub zawału serca

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z powodu udaru mózgu lub zawału serca (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 5 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 2 OWDU, § 4 OWDU.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU Z POWODU UDARU MÓZGU LUB ZAWAŁU SERCA

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z powodu udaru mózgu lub zawału serca, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **udar mózgu** - nagłe, w efekcie trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzonych badaniem lekarskim; z zakresu ubezpieczenia wyłączone są: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego oraz udar nie pozostawiający trwałego ubytku funkcji ośrodkowego układu nerwowego; rozpoznanie trwałego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego winno być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej jednak niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów,
   2) **zawał serca** - ostre niedokrwienie mięśnia sercowego, przy dowodach na obecność martwicy mięśnia sercowego, czyli:
      a) wykryciu wzrostu i/lub spadku biomarkera sercowego (najlepiej troponiny sercowej) powyżej górnej granicy normy oraz jednego z następujących:
         – objawów niedokrwienia,
         – zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) typowych dla nowo powstałego niedokrwienia,
         – nowych odcinkowych zaburzeń kurczliwości uwidocznionych w badaniach obrazowych,
      b) wzroście wartości troponiny sercowej po angioplastyce wieńcowej (przekraczającym 5-krotnie górną granicę normy przy prawidłowych wartościach wyjściowych lub wzrost wartości troponiny sercowej o 20% przy jej wyjściowym podwyższeniu) przy występujących dodatkowo:
         – objawach niedokrwienia lub
         – zmianach w EKG lub
         – nowych odcinkowych zaburzeniach kurczliwości lub
         – uwidocznieniu obrazów angiograficznych zgodnych z powikłaniami zabiegu,
      c) stwierdzeniu zakrzepicy w stencie podczas koronarografii w przypadku niedokrwienia mięśnia sercowego ze wzrostem i/lub spadkiem biomarkera sercowego powyżej górnej granicy normy,
      d) wzroście wartości troponiny sercowej w związku z pomostowaniem tętnic wieńcowych - CABG (przekraczającym 10-krotnie górną granicę normy przy prawidłowych wartościach wyjściowych) przy występujących dodatkowo:
         – nowych zmianach w EKG lub
         – nowych odcinkowych zaburzeniach kurczliwości lub
         – uwidocznieniu w obrazach angiograficznych nowego zamknięcia pomostu lub natywnej tętnicy wieńcowej.
   3) **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej / Oddział Intensywnej Terapii (OIOM/OIT)** - wydzielony, specjalistyczny oddział szpitalny, przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru; za OIOM/OIT uznaje się również Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK), Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK), Oddział Intensywnej Opieki Neurologicznej (OION) oraz Oddział Intensywnego Nadzoru Neurologicznego (OINN). Za OIOM/OIT uważa się także wydzielone sale intensywnego nadzoru znajdujące się w obrębie odpowiednich oddziałów specjalistycznych, w których przy wykorzystaniu specjalistycznego sprzętu do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych odbywa się leczenie ciężkich stanów chorobowych bezpośrednio zagrażających życiu,
   4) **Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK), Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK)** - wydzielony, specjalistyczny pododdział szpitalny, funkcjonujący w obrębie oddziału kardiologicznego, kliniki kardiologicznej lub oddziału internistycznego o profilu kardiologicznym, przeznaczony do leczenia chorych wymagających stałego nadzoru i ciągłego monitorowania czynności życiowych wyłącznie z nagłych wskazań kardiologicznych,
   5) **Oddział Intensywnej Opieki Neurologicznej (OION), Oddział Intensywnego Nadzoru Neurologicznego (OINN)** - wydzielony, specjalistyczny pododdział szpitalny, funkcjonujący w obrębie oddziału neurologicznego, kliniki neurologicznej, przeznaczony do leczenia chorych wymagających stałego nadzoru i ciągłego monitorowania czynności życiowych wyłącznie z nagłych wskazań neurologicznych,
   6) **pobyt w szpitalu** - potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu z powodu udaru mózgu lub zawału serca, który wystąpił w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, trwający nieprzerwanie dłużej niż 1 dzień 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 ochroną ubezpieczeniową została wypisania ze szpitala,
   7) rekonwalescencja - okres następujący bezpośrednio po zakończeniu okresu pobytu w szpitalu, służący powrotowi do zdrowia osoby objętej ochroną ubezpieczeniową,
   8) **sanatorium** - znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, zakład lecznictwa zorganizowany w miejscowości uzdrowiskowej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostrzeniom, za pobyt w sanatorium uznaje się również pobyt w szpitalu rehabilitacyjnym, na oddziale rehabilitacyjnym lub w ośrodku rehabilitacji,
   9) **szpital** - działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa kraju, na terenie którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się: poradni przyszpitalnej, ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala rehabilitacyjnego, oddziału rehabilitacyjnego oraz ośrodka rehabilitacji,
   10) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – pobyt Ubezpieczonego w szpitalu z powodu udaru mózgu lub zawału serca, który rozpoczął się w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Za opłatą dodatkowej składki zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:
   1) pobyt na OIOM/OIT, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,
   2) rekonwalescencję, pod warunkiem, że rekonwalescencja pozostaje w bezpośrednim związku z pobytem w szpitalu, w związku z którym należne jest świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu umowy dodatkowej, o ile pobyt w szpitalu trwał nieprzerwanie co najmniej 15 dni,
   3) pobyt w sanatorium, pod warunkiem, że pobyt w sanatorium pozostaje w bezpośrednim związku z pobytem w szpitalu, w związku z którym należne jest świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu umowy dodatkowej, o ile pobyt w sanatorium potwierdzony został dokumentacją medyczną.

III. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4 (ograniczenia odpowiedzialności)

1. Wysokość łącznych świadczeń z tytułu pobytu (pobytów) osoby objętej ochroną ubezpieczeniową w szpitalu rozpoczętego (rozpoczętych) w danym roku polisowym nie może przekroczyć równowartości kwoty odpowiadającej świadczeniu wypłaconemu za 180 dni pobytu w szpitalu, bez względu na liczbę pobytów w szpitalu rozpoczętych w danym roku polisowym.
2. Każde ze świadczeń, wymienionych w § 5 ust. 5 może zostać wypłacone tylko jeden raz na jeden pobyt w szpitalu Ubezpieczonego.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 5 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku pobytu osoby objętej ochroną ubezpieczeniową w szpitalu, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe równe:
   a) 0,6% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu,
   b) 0,5% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za 15 i każdy kolejny dzień pobytu w szpitalu z zastrzeżeniem § 4 ust. 1.
2. W przypadku pobytu osoby objętej ochroną ubezpieczeniową na OIOM/OIT, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w Tabeli świadczeń wymienionej w ust. 5, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.
3. W przypadku rekonwalescencji osoby objętej ochroną ubezpieczeniową, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w Tabeli świadczeń wymienionej w ust. 5, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.
4. W przypadku pobytu osoby objętej ochroną ubezpieczeniową w sanatorium, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w Tabeli świadczeń wymienionej w ust. 5, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.
5. Tabela świadczeń:

Rodzaj świadczenia	Wysokość świadczenia
pobyt na OIOM/OIT	500 zł
rekonwalescencja	250 zł
pobyt w sanatorium	500 zł

6. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest po zakończeniu pobytu osoby objętej ochroną ubezpieczeniową w szpitalu, po zakończeniu pobytu w sanatorium lub po zakończeniu rekonwalescencji.
7. W przypadku pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 30 dni, na wniosek Ubezpieczonego Towarzystwo może wypłacić część świadczenia ubezpieczeniowego przed zakończeniem tego pobytu.
8. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania osoby objętej ochroną ubezpieczeniową na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza, w celu ustalenia prawa do świadczenia ubezpieczeniowego. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.

§ 6 (wymagane dokumenty)

1. Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
   1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
   2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub kartę wypisową ze szpitala, wydaną przez lekarza prowadzącego (w przypadku pobytu na OIOM/OIT, również kartę wypisową z OIOM/OIT),
   3) w przypadku rekonwalescencji – zwolnienie lekarskie wydane przez szpital, albo zaświadczenie wydane przez pracodawcę o pobieranym zasiłku chorobowym w związku z pobytem Ubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim wydanym przez szpital,
   4) w przypadku pobytu w sanatorium - skierowanie Ubezpieczonego do sanatorium, wydane przez szpital lub lekarza prowadzącego oraz kartę informacyjną pobytu w sanatorium,
   5) dokument tożsamości Ubezpieczonego.
2. W przypadku pobytu w szpitalu lub pobytu na OIOM/OIT na terytorium kraju innego niż Rzeczpospolita Polska, Ubezpieczony winien przedłożyć dokumenty, o których mowa w ust.1 pkt 2) - 4) przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 7 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 8 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie

dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z powodu epidemii

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z powodu epidemii (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 5 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 2 OWDU, § 4 OWDU,

SALTUS UBEZPIECZENIA

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU Z POWODU EPIDEMII

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z powodu epidemii, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **choroba** – choroba infekcyjna, która wystąpiła po raz pierwszy w okresie ochrony ubezpieczeniowej o przebiegu ostrym, spowodowana zakażeniem wirusem, z powodu którego władze państwowe ogłosiły stan epidemii lub zagrożenia epidemią. Warunkiem stwierdzenia wystąpienia choroby jest potwierdzenie obecności wirusa w teście diagnostycznym,
   2) **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej / Oddział Intensywnej Terapii (OIOM/OIT)** - wydzielony, specjalistyczny oddział szpitalny, przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru; za OIOM/OIT uznaje się również Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK), Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK), Oddział Intensywnej Opieki Neurologicznej (OION) oraz Oddział Intensywnego Nadzoru Neurologicznego (OINN). Za OIOM/OIT uważa się także wydzielone sale intensywnego nadzoru znajdujące się w obrębie odpowiednich oddziałów specjalistycznych, w których przy wykorzystaniu specjalistycznego sprzętu do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych odbywa się leczenie ciężkich stanów chorobowych bezpośrednio zagrażających życiu,
   3) **Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK), Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK)** - wydzielony, specjalistyczny pododdział szpitalny, funkcjonujący w obrębie oddziału kardiologicznego, kliniki kardiologicznej lub oddziału internistycznego o profilu kardiologicznym, przeznaczony do leczenia chorych wymagających stałego nadzoru i ciągłego monitorowania czynności życiowych wyłącznie z nagłych wskazań kardiologicznych,
   4) **Oddział Intensywnej Opieki Neurologicznej (OION), Oddział Intensywnego Nadzoru Neurologicznego (OINN)** - wydzielony, specjalistyczny pododdział szpitalny, funkcjonujący w obrębie oddziału neurologicznego, kliniki neurologicznej, przeznaczony do leczenia chorych wymagających stałego nadzoru i ciągłego monitorowania czynności życiowych wyłącznie z nagłych wskazań neurologicznych,
   5) **pobyt w szpitalu** - potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu spowodowany chorobą, trwający nieprzerwanie co najmniej 2 dni, przy czym do okresu pobytu w szpitalu zaliczane są w całości: dzień, w którym Ubezpieczony został przyjęty do szpitala oraz dzień, w którym Ubezpieczony został wypisany ze szpitala;
   6) **rekonwalescencja** - okres następujący bezpośrednio po zakończeniu okresu pobytu w szpitalu, służący powrotowi do zdrowia Ubezpieczonego,
   7) **sanatorium** - znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, zakład lecznictwa zorganizowany w miejscowości uzdrowiskowej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostrzeniom, za pobyt w sanatorium uznaje się również pobyt w szpitalu rehabilitacyjnym, na oddziale rehabilitacyjnym lub w ośrodku rehabilitacji,
   8) **szpital** - działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa kraju, na terenie którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się: poradni przyszpitalnej, ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala rehabilitacyjnego, oddziału rehabilitacyjnego oraz ośrodka rehabilitacji.
   9) **zdarzenie ubezpieczeniowe –** pobyt Ubezpieczonego w szpitalu z powodu choroby, który rozpoczął się w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Za opłatą dodatkowej składki zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:
   1) pobyt na OIOM/OIT, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, pod warunkiem, że pobyt na OIOM/OIT pozostaje w bezpośrednim związku z leczeniem choroby,
   2) rekonwalescencję, pod warunkiem, że rekonwalescencja pozostaje w bezpośrednim związku z pobytem w szpitalu, w związku z którym należne jest świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu umowy dodatkowej, o ile pobyt w szpitalu trwał nieprzerwanie co najmniej 15 dni,
   3) pobyt w sanatorium, pod warunkiem, że pobyt w sanatorium pozostaje w bezpośrednim związku z pobytem w szpitalu, w związku z którym należne jest świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu umowy dodatkowej, o ile pobyt w sanatorium potwierdzony został dokumentacją medyczną.

III. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4 (ograniczenia odpowiedzialności)

1. Wysokość łącznych świadczeń z tytułu pobytu (pobytów) osoby objętej ochroną ubezpieczeniową w szpitalu rozpoczętego (rozpoczętych) w danym roku polisowym nie może przekroczyć równowartości kwoty odpowiadającej świadczeniu ubezpieczeniowemu wypłaconemu za 180 dni pobytu w szpitalu, bez względu na liczbę pobytów w szpitalu rozpoczętych w danym roku polisowym.
2. Każde ze świadczeń, wymienionych w § 5 ust.5 może zostać wypłacone tylko jeden raz na jeden pobyt w szpitalu Ubezpieczonego.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 5 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe równe 0,5% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za każdy dzień pobytu w szpitalu z zastrzeżeniem § 4 ust. 1.
2. W przypadku pobytu Ubezpieczonego na OIOM/OIT, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w Tabeli świadczeń wymienionej w ust. 5, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.
3. W przypadku rekonwalescencji Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości

określonej w Tabeli świadczeń wymienionej w ust. 5, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.

4. W przypadku pobytu osoby objętej ochroną ubezpieczeniową w sanatorium, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w Tabeli świadczeń wymienionej w ust. 5, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.
5. Tabela świadczeń:

Rodzaj świadczenia	Wysokość świadczenia
pobyt na OIOM/OIT	500 zł
rekonwalescencja	250 zł
pobyt w sanatorium	500 zł

6. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest po zakończeniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, po zakończeniu pobytu w sanatorium lub po zakończeniu rekonwalescencji.
7. W przypadku pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 30 dni, na wniosek Ubezpieczonego Towarzystwo może wypłacić część świadczenia ubezpieczeniowego przed zakończeniem tego pobytu.
8. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania Ubezpieczonego na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza, w celu ustalenia prawa do świadczenia ubezpieczeniowego. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.

§ 6 (wymagane dokumenty)

1. Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
   1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
   2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub kartę wypisową ze szpitala, wydaną przez lekarza prowadzącego, (w przypadku pobytu na OIOM/OIT, również kartę informacyjną z leczenia na OIOM/OIT),
   3) w przypadku rekonwalescencji - zwolnienie lekarskie wydane przez szpital, albo zaświadczenie wydane przez pracodawcę o pobieranym zasiłku chorobowym w związku z pobytem Ubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim wydanym przez szpital,
   4) w przypadku pobytu w sanatorium - skierowanie Ubezpieczonego do sanatorium, wydanego przez szpital lub lekarza prowadzącego oraz kartę informacyjną pobytu w sanatorium,
   5) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.
2. W przypadku pobytu w szpitalu lub pobytu na OIOM/OIT na terytorium kraju innego niż Rzeczpospolita Polska, Ubezpieczony winien przedłożyć dokumenty, o których mowa w ust.1 pkt 2) - 4) przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 7 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ **8 (data wejścia w życie)**

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie

dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 5 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia:
   § 7 OWU, § 2 OWDU, § 4 OWDU,

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **obrażenia ciała** - uszkodzenie narządów lub układów narządów Ubezpieczonego, powstałe bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa,
   2) **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej / Oddział Intensywnej Terapii (OIOM/OIT)** - wydzielony, specjalistyczny oddział szpitalny, przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru; za OIOM/OIT uznaje się również Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK), Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK), Oddział Intensywnej Opieki Neurologicznej (OION) oraz Oddział Intensywnego Nadzoru Neurologicznego (OINN). Za OIOM/OIT uważa się także wydzielone sale intensywnego nadzoru znajdujące się w obrębie odpowiednich oddziałów specjalistycznych, w których przy wykorzystaniu specjalistycznego sprzętu do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych odbywa się leczenie ciężkich stanów chorobowych bezpośrednio zagrażających życiu,
   3) **Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK), Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK)** - wydzielony, specjalistyczny pododdział szpitalny, funkcjonujący w obrębie oddziału kardiologicznego, kliniki kardiologicznej lub oddziału internistycznego o profilu kardiologicznym, przeznaczony do leczenia chorych wymagających stałego nadzoru i ciągłego monitorowania czynności życiowych wyłącznie z nagłych wskazań kardiologicznych,
   4) **Oddział Intensywnej Opieki Neurologicznej (OION), Oddział Intensywnego Nadzoru Neurologicznego (OINN)** - wydzielony, specjalistyczny pododdział szpitalny, funkcjonujący w obrębie oddziału neurologicznego, kliniki neurologicznej, przeznaczony do leczenia chorych wymagających stałego nadzoru i ciągłego monitorowania czynności życiowych wyłącznie z nagłych wskazań neurologicznych,
   5) **pobyt w szpitalu** - potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w celu leczenia doznanych obrażeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ubezpieczenia, trwający nieprzerwanie dłużej niż 1 dzień, przy czym do okresu pobytu w szpitalu zaliczane są w całości: dzień, w którym Ubezpieczony został przyjęty do szpitala oraz dzień, w którym Ubezpieczony został wypisany ze szpitala,
   6) **rekonwalescencja** - okres następujący bezpośrednio po zakończeniu okresu pobytu w szpitalu, służący powrotowi do zdrowia Ubezpieczonego,
   7) **sanatorium** - znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, zakład lecznictwa zorganizowany w miejscowości uzdrowiskowej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostrzeniom, za pobyt w sanatorium uznaje się również pobyt w szpitalu rehabilitacyjnym, na oddziale rehabilitacyjnym lub w ośrodku rehabilitacji,
   8) **szpital** - działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa kraju, na terenie którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się: poradni przyszpitalnej, ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala rehabilitacyjnego, oddziału rehabilitacyjnego oraz ośrodka rehabilitacji,
   9) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który rozpoczął się w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Za opłatą dodatkowej składki zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:
   1) pobyt na OIOM/OIT, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, pod warunkiem, że pobyt na OIOM/OIT pozostaje w bezpośrednim związku z obrażeniami ciała,
   2) rekonwalescencję, pod warunkiem, że rekonwalescencja pozostaje w bezpośrednim związku z pobytem w szpitalu, w związku z którym należne jest świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu umowy dodatkowej, o ile pobyt w szpitalu trwał nieprzerwanie co najmniej 15 dni,
   3) pobyt w sanatorium, pod warunkiem, że pobyt w sanatorium pozostaje w bezpośrednim związku z pobytem w szpitalu, w związku z którym należne jest świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu umowy dodatkowej, o ile pobyt w sanatorium potwierdzony został dokumentacją medyczną.

III. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4 (ograniczenia odpowiedzialności)

1. Wysokość łącznych świadczeń z tytułu pobytu (pobytów) Ubezpieczonego w szpitalu rozpoczętego (rozpoczętych) w danym roku polisowym nie może przekroczyć równowartości kwoty odpowiadającej świadczeniu ubezpieczeniowemu wypłaconemu za 180 dni pobytu w szpitalu, bez względu na liczbę pobytów w szpitalu rozpoczętych w danym roku polisowym.
2. Każde ze świadczeń, wymienionych w § 5 ust.5 może zostać wypłacone tylko jeden raz na jeden pobyt w szpitalu Ubezpieczonego.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 5 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia obrażeń ciała powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe równe:
   1) 1% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu,
   2) 0,5% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za 15 i każdy kolejny dzień pobytu w szpitalu z zastrzeżeniem § 4 ust. 1.
2. W przypadku pobytu Ubezpieczonego na OIOM/OIT, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w Tabeli świadczeń wymienionej w ust. 5, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.

3. W przypadku rekonwalescencji Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w Tabeli świadczeń wymienionej w ust. 5, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.
4. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w sanatorium, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w Tabeli świadczeń wymienionej w ust. 5, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.
5. Tabela świadczeń:

Rodzaj świadczenia	Wysokość świadczenia
pobyt na OIOM/OIT	500 zł
rekonwalescencja	250 zł
pobyt w sanatorium	500 zł

6. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest po zakończeniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, po zakończeniu pobytu w sanatorium lub po zakończeniu rekonwalescencji.
7. W przypadku pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 30 dni, na wniosek Ubezpieczonego Towarzystwo może wypłacić część świadczenia ubezpieczeniowego przed zakończeniem tego pobytu.
8. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania Ubezpieczonego na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza, w celu ustalenia prawa do świadczenia ubezpieczeniowego. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.

§ 6 (wymagane dokumenty)

1. Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
   1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
   2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub kartę wypisową ze szpitala, wydaną przez lekarza prowadzącego (w przypadku pobytu na OIOM/OIT, również kartę wypisową z OIOM/OIT),
   3) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku
   4) dokumentację dotyczącą leczenia skutków nieszczęśliwego wypadku
   5) w przypadku rekonwalescencji - zwolnienie lekarskie wydane przez szpital, albo zaświadczenie wydane przez pracodawcę o pobieranym zasiłku chorobowym w związku z pobytem Ubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim wydanym przez szpital,
   6) w przypadku pobytu w sanatorium - skierowanie Ubezpieczonego do sanatorium, wydanego przez szpital lub lekarza prowadzącego oraz kartę informacyjną pobytu w sanatorium,
   7) dokument tożsamości Ubezpieczonego.
2. W przypadku pobytu w szpitalu lub pobytu na OIOM/OIT na terytorium kraju innego niż Rzeczpospolita Polska, Ubezpieczony winien przedłożyć dokumenty, o których mowa w ust.1 pkt 2) - 4) przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 7 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 8 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie

dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek

pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 5 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia:
   § 7 OWU,§ 4 OWDU,

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU PRZY PRACY

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **nieszczęśliwy wypadek przy pracy -** nieszczęśliwy wypadek (w znaczeniu nadanym w OWU), który nastąpił w związku z pracą:
      a) podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych oraz a trakcie trwania podróży służbowej, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań,
      b) podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności w interesie zakładu pracy, nawet bez polecenia,
      c) w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji zakładu pracy w drodze między siedzibą zakładu pracy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,
      d) przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające w zakładzie pracy organizacje zawodowe lub społeczne
   2) **obrażenia ciała** - uszkodzenie narządów lub układów narządów Ubezpieczonego, powstałe bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy, zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa,
   3) **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej / Oddział Intensywnej Terapii (OIOM/OIT)** - wydzielony, specjalistyczny oddział szpitalny, przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru; za OIOM/OIT uznaje się również Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK), Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK), Oddział Intensywnej Opieki Neurologicznej (OION) oraz Oddział Intensywnego Nadzoru Neurologicznego (OINN). Za OIOM/OIT uważa się także wydzielone sale intensywnego nadzoru znajdujące się w obrębie odpowiednich oddziałów specjalistycznych, w których przy wykorzystaniu specjalistycznego sprzętu do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych odbywa się leczenie ciężkich stanów chorobowych bezpośrednio zagrażających życiu,
   4) **Oddział Intensywnej Opieki Neurologicznej (OION), Oddział Intensywnego Nadzoru Neurologicznego (OINN)** - wydzielony, specjalistyczny pododdział szpitalny, funkcjonujący w obrębie oddziału neurologicznego, kliniki neurologicznej, przeznaczony do leczenia chorych wymagających stałego nadzoru i ciągłego monitorowania czynności życiowych wyłącznie z nagłych wskazań neurologicznych,
   5) **pobyt w szpitalu** - potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia doznanych obrażeń ciała, trwający nieprzerwanie dłużej niż 1 dzień, przy czym do okresu pobytu w szpitalu zaliczane są w całości: dzień, w którym Ubezpieczony został przyjęty do szpitala oraz dzień, w którym Ubezpieczony został wypisany ze szpitala,
   6) **rekonwalescencja** - okres następujący bezpośrednio po zakończeniu okresu pobytu w szpitalu, służący powrotowi do zdrowia Ubezpieczonego,
   7) **sanatorium** - znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, zakład lecznictwa zorganizowany w miejscowości uzdrowiskowej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostrzeniom, za pobyt w sanatorium uznaje się również pobyt w szpitalu rehabilitacyjnym, na oddziale rehabilitacyjnym lub w ośrodku rehabilitacji,
   8) **szpital** - działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa kraju, na terenie którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się: poradni przyszpitalnej, ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala rehabilitacyjnego, oddziału rehabilitacyjnego oraz ośrodka rehabilitacji.
   9) **zdarzenie ubezpieczeniowe** - pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy, który rozpoczął się w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę świadczenia w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Za opłatą dodatkowej składki zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:
   1) pobyt na OIOM/OIT, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, pod warunkiem, że pobyt na OIOM/OIT pozostaje w bezpośrednim związku z obrażeniami ciała,
   2) rekonwalescencję, pod warunkiem, że rekonwalescencja pozostaje w bezpośrednim związku z pobytem w szpitalu, w związku z którym należne jest świadczenie z tytułu umowy dodatkowej, o ile pobyt w szpitalu trwał nieprzerwanie co najmniej 15 dni,
   3) pobyt w sanatorium, pod warunkiem, że pobyt w sanatorium pozostaje w bezpośrednim związku z pobytem w szpitalu, w związku z którym należne jest świadczenie z tytułu umowy dodatkowej, o ile pobyt w sanatorium potwierdzony został dokumentacją medyczną.

III. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4 (ograniczenia odpowiedzialności)

1. Wysokość łącznych świadczeń z tytułu pobytu (pobytów) Ubezpieczonego w szpitalu rozpoczętego (rozpoczętych) w danym roku polisowym nie może przekroczyć równowartości kwoty odpowiadającej świadczeniu ubezpieczeniowemu wypłaconemu za 180 dni pobytu w szpitalu, bez względu na liczbę pobytów w szpitalu rozpoczętych w danym roku polisowym.
2. Każde ze świadczeń, wymienionych w § 5 ust.5 może zostać wypłacone tylko jeden raz na jeden pobyt w szpitalu Ubezpieczonego.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 5 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia obrażeń ciała powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe równe:

1) 1,5% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu,
2) 1% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za 15 i każdy kolejny dzień pobytu w szpitalu zastrzeżeniem § 4 ust. 1.

2. W przypadku pobytu Ubezpieczonego na OIOM/OIT, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w Tabeli świadczeń wymienionej w ust. 5, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.
3. W przypadku rekonwalescencji Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w Tabeli świadczeń wymienionej w ust. 5, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.
4. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w sanatorium, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w Tabeli świadczeń wymienionej w ust. 5, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.
5. Tabela świadczeń:

Rodzaj świadczenia	Wysokość świadczenia
pobyt na OIOM/OIT	500 zł
rekonwalescencja	250 zł
pobyt w sanatorium	500 zł

6. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest po zakończeniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, po zakończeniu pobytu w sanatorium lub po zakończeniu rekonwalescencji.
7. W przypadku pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 30 dni, na wniosek Ubezpieczonego Towarzystwo może wypłacić część świadczenia ubezpieczeniowego przed zakończeniem tego pobytu.
8. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania Ubezpieczonego na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza, w celu ustalenia prawa do świadczenia ubezpieczeniowego. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.

§ 6 (wymagane dokumenty)

1. Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
   1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
   2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub kartę wypisową ze szpitala, wydaną przez lekarza prowadzącego (w przypadku pobytu na OIOM/OIT, również kartę wypisową z OIOM/OIT),
   3) protokół powypadkowy sporządzony zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa,
   4) w przypadku rekonwalescencji - zwolnienie lekarskie wydane przez szpital, albo zaświadczenie wydane przez pracodawcę o pobieranym zasiłku chorobowym w związku z pobytem Ubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim wydanym przez szpital,
   5) w przypadku pobytu w sanatorium - skierowanie Ubezpieczonego do sanatorium, wydanego przez szpital lub lekarza prowadzącego oraz kartę informacyjną pobytu w sanatorium,
   6) dokument tożsamości Ubezpieczonego.
2. W przypadku pobytu w szpitalu lub pobytu na OIOM/OIT na terytorium kraju innego niż Rzeczpospolita Polska, Ubezpieczony winien przedłożyć dokumenty, o których mowa w ust.1 pkt 2) - 4) przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 7 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 8 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie
dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek
pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA
w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego(OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA
w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 5 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 2 OWDU, § 4 OWDU.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **obrażenia ciała** - uszkodzenie narządów lub układów narządów Ubezpieczonego, powstałe bezpośrednio w następstwie wypadku komunikacyjnego, zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa,
   2) **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej / Oddział Intensywnej Terapii (OIOM/OIT)** - wydzielony, specjalistyczny oddział szpitalny, przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru; za OIOM/OIT uznaje się również Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK), Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK), Oddział Intensywnej Opieki Neurologicznej (OION) oraz Oddział Intensywnego Nadzoru Neurologicznego (OINN). Za OIOM/OIT uważa się także wydzielone sale intensywnego nadzoru znajdujące się w obrębie odpowiednich oddziałów specjalistycznych, w których przy wykorzystaniu specjalistycznego sprzętu do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych odbywa się leczenie ciężkich stanów chorobowych bezpośrednio zagrażających życiu,
   3) **Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK), Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK)** - wydzielony, specjalistyczny pododdział szpitalny, funkcjonujący w obrębie oddziału kardiologicznego, kliniki kardiologicznej lub oddziału internistycznego o profilu kardiologicznym, przeznaczony do leczenia chorych wymagających stałego nadzoru i ciągłego monitorowania czynności życiowych wyłącznie z nagłych wskazań kardiologicznych,
   4) **Oddział Intensywnej Opieki Neurologicznej (OION), Oddział Intensywnego Nadzoru Neurologicznego (OINN)** - wydzielony, specjalistyczny pododdział szpitalny, funkcjonujący w obrębie oddziału neurologicznego, kliniki neurologicznej, przeznaczony do leczenia chorych wymagających stałego nadzoru i ciągłego monitorowania czynności życiowych wyłącznie z nagłych wskazań neurologicznych,
   5) **pobyt w szpitalu** - potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia doznanych obrażeń ciała, trwający nieprzerwanie dłużej niż 1 dzień, przy czym do okresu pobytu w szpitalu zaliczane są w całości: dzień, w którym Ubezpieczony został przyjęty do szpitala oraz dzień, w którym Ubezpieczony został wypisany ze szpitala,
   6) **rekonwalescencja** - okres następujący bezpośrednio po zakończeniu okresu pobytu w szpitalu, służący powrotowi do zdrowia Ubezpieczonego,
   7) **sanatorium** - znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, zakład lecznictwa zorganizowany w miejscowości uzdrowiskowej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostrzeniom, za pobyt w sanatorium uznaje się również pobyt w szpitalu rehabilitacyjnym, na oddziale rehabilitacyjnym lub w ośrodku rehabilitacji,
   8) **szpital** - działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa kraju, na terenie którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się: poradni przyszpitalnej, ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala rehabilitacyjnego, oddziału rehabilitacyjnego oraz ośrodka rehabilitacji,
   9) **wypadek komunikacyjny** - nieszczęśliwy wypadek (w znaczeniu nadanym w OWU) w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony jako:
      a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym, motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem morskim, promem lub pasażerskim statkiem powietrznym,
      b) rowerzysta,
      c) pieszy,
   10) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego, który rozpoczął się w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Za opłatą dodatkowej składki zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:
   1) pobyt na OIOM/OIT, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, pod warunkiem, że pobyt na OIOM/OIT pozostaje w bezpośrednim związku z obrażeniami ciała,
   2) rekonwalescencję, pod warunkiem, że rekonwalescencja pozostaje w bezpośrednim związku z pobytem w szpitalu, w związku z którym należne jest świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu umowy dodatkowej, o ile pobyt w szpitalu trwał nieprzerwanie co najmniej 15 dni,
   3) pobyt w sanatorium, pod warunkiem, że pobyt w sanatorium pozostaje w bezpośrednim związku z pobytem w szpitalu, w związku z którym należne jest świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu umowy dodatkowej, o ile pobyt w sanatorium potwierdzony został dokumentacją medyczną.

III. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4 (ograniczenia odpowiedzialności)

1. Wysokość łącznych świadczeń z tytułu pobytu (pobytów) Ubezpieczonego w szpitalu rozpoczętego (rozpoczętych) w danym roku polisowym nie może przekroczyć równowartości kwoty odpowiadającej świadczeniu ubezpieczeniowemu wypłaconemu za 180 dni pobytu w szpitalu, bez względu na liczbę pobytów w szpitalu rozpoczętych w danym roku polisowym.
2. Każde ze świadczeń, wymienionych w § 5 ust.5 może zostać wypłacone tylko jeden raz na jeden pobyt w szpitalu Ubezpieczonego.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 5 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia obrażeń ciała powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe równe:

1) 1,5% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu,
2) 1% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za 15 i każdy kolejny dzień pobytu w szpitalu z zastrzeżeniem § 4 ust. 1.

2. W przypadku pobytu Ubezpieczonego na OIOM/OIT, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w Tabeli świadczeń wymienionej w ust. 5, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.
3. W przypadku rekonwalescencji Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w Tabeli świadczeń wymienionej w ust. 5, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.
4. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w sanatorium, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w Tabeli świadczeń wymienionej w ust. 5, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.
5. Tabela świadczeń:

Rodzaj świadczenia	Wysokość świadczenia
pobyt na OIOM/OIT	500 zł
rekonwalescencja	250 zł
pobyt w sanatorium	500 zł

6. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest po zakończeniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, po zakończeniu pobytu w sanatorium lub po zakończeniu rekonwalescencji.
7. W przypadku pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 30 dni, na wniosek Ubezpieczonego Towarzystwo może wypłacić część świadczenia ubezpieczeniowego przed zakończeniem tego pobytu.
8. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania Ubezpieczonego na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza, w celu ustalenia prawa do świadczenia ubezpieczeniowego. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.

§ 6 (wymagane dokumenty)

1. Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
   1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
   2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub kartę wypisową ze szpitala, wydaną przez lekarza prowadzącego (w przypadku pobytu na OIOM/OIT, również kartę wypisową z OIOM/OIT),
   3) dokumentację dotyczącą wypadku komunikacyjnego,
   4) w przypadku rekonwalescencji zwolnienie lekarskie wydane przez szpital, albo zaświadczenie wydane przez pracodawcę o pobieranym zasiłku chorobowym w związku z pobytem Ubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim wydanym przez szpital,
   5) w przypadku pobytu w sanatorium - skierowanie Ubezpieczonego do sanatorium, wydane przez szpital lub lekarza prowadzącego oraz kartę informacyjną pobytu w sanatorium,
   6) dokument tożsamości Ubezpieczonego.
2. W przypadku pobytu w szpitalu lub pobytu na OIOM/OIT na terytorium kraju innego niż Rzeczpospolita Polska, Ubezpieczony winien przedłożyć dokumenty, o których mowa w ust.1 pkt 2) - 4) przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 7 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 8 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie
dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek
pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

3. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 5 OWDU.
4. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 2 OWDU, § 4 OWDU.

SALTUS UBEZPIECZENIA

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO PRZY PRACY

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **nieszczęśliwy wypadek przy pracy -** nieszczęśliwy wypadek (w znaczeniu nadanym w OWU), który nastąpił w związku z pracą:
      a) podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych oraz a trakcie trwania podróży służbowej, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań,
      b) podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności w interesie zakładu pracy, nawet bez polecenia,
      c) w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji zakładu pracy w drodze między siedzibą zakładu pracy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,
      d) przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające w zakładzie pracy organizacje zawodowe lub społeczne
   2) **obrażenia ciała** - uszkodzenie narządów lub układów narządów Ubezpieczonego, powstałe bezpośrednio w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy, zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa,
   3) **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej / Oddział Intensywnej Terapii (OIOM/OIT)** - wydzielony, specjalistyczny oddział szpitalny, przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru; za OIOM/OIT uznaje się również Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK), Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK), Oddział Intensywnej Opieki Neurologicznej (OION) oraz Oddział Intensywnego Nadzoru Neurologicznego (OINN). Za OIOM/OIT uważa się także wydzielone sale intensywnego nadzoru znajdujące się w obrębie odpowiednich oddziałów specjalistycznych, w których przy wykorzystaniu specjalistycznego sprzętu do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych odbywa się leczenie ciężkich stanów chorobowych bezpośrednio zagrażających życiu,
   4) **Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK), Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK)** - wydzielony, specjalistyczny pododdział szpitalny, funkcjonujący w obrębie oddziału kardiologicznego, kliniki kardiologicznej lub oddziału internistycznego o profilu kardiologicznym, przeznaczony do leczenia chorych wymagających stałego nadzoru i ciągłego monitorowania czynności życiowych wyłącznie z nagłych wskazań kardiologicznych,
   5) **Oddział Intensywnej Opieki Neurologicznej (OION), Oddział Intensywnego Nadzoru Neurologicznego (OINN)** - wydzielony, specjalistyczny pododdział szpitalny, funkcjonujący w obrębie oddziału neurologicznego, kliniki neurologicznej, przeznaczony do leczenia chorych wymagających stałego nadzoru i ciągłego monitorowania czynności życiowych wyłącznie z nagłych wskazań neurologicznych,
   6) **pobyt w szpitalu** - potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu w celu leczenia doznanych obrażeń ciała, trwający nieprzerwanie dłużej niż 1 dzień, przy czym do okresu pobytu w szpitalu zaliczane są w całości: dzień, w którym Ubezpieczony został przyjęty do szpitala oraz dzień, w którym Ubezpieczony został wypisany ze szpitala,
   7) **rekonwalescencja** - okres następujący bezpośrednio po zakończeniu okresu pobytu w szpitalu, służący powrotowi do zdrowia Ubezpieczonego,
   8) **sanatorium** - znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, zakład lecznictwa zorganizowany w miejscowości uzdrowiskowej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostrzeniom, za pobyt w sanatorium uznaje się również pobyt w szpitalu rehabilitacyjnym, na oddziale rehabilitacyjnym lub w ośrodku rehabilitacji,
   9) **szpital** - działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa kraju, na terenie którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się: poradni przyszpitalnej, ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala rehabilitacyjnego, oddziału rehabilitacyjnego oraz ośrodka rehabilitacji,
   10) **wypadek komunikacyjny przy pracy** - nieszczęśliwy wypadek (w znaczeniu nadanym w OWU) przy pracy w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony jako:
      a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym, motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem morskim, promem lub pasażerskim statkiem powietrznym,
      b) rowerzysta,
      c) pieszy,
   11) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy, który rozpoczął się w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Za opłatą dodatkowej składki zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:
   1) pobyt na OIOM/OIT, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, pod warunkiem, że pobyt na OIOM/OIT pozostaje w bezpośrednim związku z obrażeniami ciała,
   2) rekonwalescencję, pod warunkiem, że rekonwalescencja pozostaje w bezpośrednim związku z pobytem w szpitalu, w związku z którym należne jest świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu umowy dodatkowej, o ile pobyt w szpitalu trwał nieprzerwanie co najmniej 15 dni,
   3) pobyt w sanatorium, pod warunkiem, że pobyt w sanatorium pozostaje w bezpośrednim związku z pobytem w szpitalu, w związku z którym należne jest świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu umowy dodatkowej, o ile pobyt w sanatorium potwierdzony został dokumentacją medyczną.

III. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4 (ograniczenia odpowiedzialności)

1. Wysokość łącznych świadczeń z tytułu pobytu (pobytów) Ubezpieczonego w szpitalu rozpoczętego (rozpoczętych) w danym roku polisowym nie może przekroczyć równowartości kwoty odpowiadającej świadczeniu ubezpieczeniowemu wypłaconemu za 180 dni pobytu w szpitalu, bez względu na liczbę pobytów w szpitalu rozpoczętych w danym roku polisowym.
2. Każde ze świadczeń, wymienionych w § 5 ust.5 może zostać wypłacone tylko jeden raz na jeden pobyt w szpitalu Ubezpieczonego.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 5 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia obrażeń ciała powstałych w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe równe:
   1) 1,5% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu,
   2) 1% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za 15 i każdy kolejny dzień pobytu w szpitalu z zastrzeżeniem § 4 ust. 1.
2. W przypadku pobytu Ubezpieczonego na OIOM/OIT, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w Tabeli świadczeń wymienionej w ust. 5, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.
3. W przypadku rekonwalescencji Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w Tabeli świadczeń wymienionej w ust. 5, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.
4. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w sanatorium, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w Tabeli świadczeń wymienionej w ust. 5, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.
5. Tabela świadczeń:

Rodzaj świadczenia	Wysokość świadczenia
pobyt na OIOM/OIT	500 zł
rekonwalescencja	250 zł
pobyt w sanatorium	500 zł

6. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest po zakończeniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, po zakończeniu pobytu w sanatorium lub po zakończeniu rekonwalescencji.
7. W przypadku pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 30 dni, na wniosek Ubezpieczonego Towarzystwo może wypłacić część świadczenia ubezpieczeniowego przed zakończeniem tego pobytu.
8. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania Ubezpieczonego na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza, w celu ustalenia prawa do świadczenia ubezpieczeniowego. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.

§ 6 (wymagane dokumenty)

1. Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
   1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
   2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub kopię karty wypisowej ze szpitala, wydaną przez lekarza prowadzącego (w przypadku pobytu na OIOM/OIT, również kartę wypisową z OIOM/OIT),
   3) protokół powypadkowy sporządzony zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa,
   4) dokumentację dotyczącą wypadku komunikacyjnego przy pracy,
   5) w przypadku rekonwalescencji zwolnienie lekarskie wydane przez szpital, albo zaświadczenie wydane przez pracodawcę o pobieranym zasiłku chorobowym w związku z pobytem Ubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim wydanym przez szpital,
   6) w przypadku pobytu w sanatorium - skierowanie Ubezpieczonego do sanatorium, wydanego przez szpital lub lekarza prowadzącego oraz kartę informacyjną pobytu w sanatorium,
   7) dokument tożsamości Ubezpieczonego.
2. W przypadku pobytu w szpitalu lub pobytu na OIOM/OIT na terytorium kraju innego niż Rzeczpospolita Polska, Ubezpieczony winien przedłożyć dokumenty, o których mowa w ust.1 pkt 2) - 4) przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 7 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 8 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie

dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego - wariant podstawowy (23 choroby)

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego - wariant podstawowy (23 choroby) (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 6 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 2 OWDU, § 4 OWDU, § 5 OWDU.

SALTUS UBEZPIECZENIA

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO WARIANT PODSTAWOWY (23 CHOROBY)

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego – wariant podstawowy (23 choroby), zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:

2.1. **poważne zachorowanie** – jedna z niżej wymienionych chorób, która została zdiagnozowana u Ubezpieczonego po raz pierwszy w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej:

2.1.1. **zawał serca** - ostre niedokrwienie mięśnia sercowego, przy dowodach na obecność martwicy mięśnia sercowego, czyli:

a) wykryciu wzrostu i/lub spadku biomarkera sercowego (najlepiej troponiny sercowej) powyżej górnej granicy normy oraz jednego z następujących:
- objawów niedokrwienia,
- zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) typowych dla nowo powstałego niedokrwienia,
- nowych odcinkowych zaburzeń kurczliwości uwidocznionych w badaniach obrazowych,

b) wzroście wartości troponiny sercowej po angioplastyce wieńcowej (przekraczającym 5-krotnie górną granicę normy przy prawidłowych wartościach wyjściowych lub wzrost wartości troponiny sercowej o 20% przy jej wyjściowym podwyższeniu) przy występujących dodatkowo:
- objawach niedokrwienia lub
- zmianach w EKG lub
- nowych odcinkowych zaburzeniach kurczliwości lub
- uwidocznieniu obrazów angiograficznych zgodnych z powikłaniami zabiegu,

c) stwierdzeniu zakrzepicy w stencie podczas koronarografii w przypadku niedokrwienia mięśnia sercowego ze wzrostem i/lub spadkiem biomarkera sercowego powyżej górnej granicy normy,

d) wzroście wartości troponiny sercowej w związku z pomostowaniem tętnic wieńcowych
- CABG (przekraczającym 10-krotnie górną granicę normy przy prawidłowych wartościach wyjściowych) przy występujących dodatkowo:
- nowych zmianach w EKG lub
- nowych odcinkowych zaburzeniach kurczliwości lub
- uwidocznieniu w obrazach angiograficznych nowego zamknięcia pomostu lub natywnej tętnicy wieńcowej,

2.1.2. **udar mózgu** - nagłe, w efekcie trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzonych badaniem lekarskim; z zakresu ubezpieczenia wyłączone są: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego oraz udar nie pozostawiający trwałego ubytku funkcji ośrodkowego układu nerwowego; rozpoznanie trwałego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego winno być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej jednak niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów,

2.1.3. **nowotwór złośliwy** - nowotwór (guz), charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek; rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym i przeprowadzonym przez lekarza onkologa lub histopatologa; zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów; z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są:
- rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy, rak szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 oraz wszelkie zmiany przedrukowe i nieinwazyjne,
- wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji),
- czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) (≤ 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 r.,
- nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), rak podstawnokomórkowy skóry i rak kolczystokomórkowy skóry,
- wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV,

2.1.4. **niewydolność nerek** - przewlekłe, trwałe i całkowite uszkodzenie obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu; diagnoza musi być jednoznacznie potwierdzona dokumentacją medyczną,

2.1.5. **łagodny guz mózgu** - wszystkie guzy mózgu, które nie są klasyfikowane jako złośliwe, potwierdzone przez specjalistę neurochirurga, wymagające usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji powodujące trwały ubytek neurologiczny; z zakresu ochrony wyłączone są: krwiaki, ziarniaki, cysty, guzy szyszynki lub przysadki mózgowej oraz malformacje naczyń mózgowych,

2.1.6. **przeszczep narządów** - przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
- serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub
- szpiku kostnego z zastosowaniem komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy,

przy czym przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu; ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione,

2.1.7. **pomostowanie (*bypass*) naczyń wieńcowych** - przeprowadzenie operacji kardiochirurgicznej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego; operacja musi być poprzedzona angiografią wskazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa,

2.1.8. **angioplastyka wieńcowa** - pierwszorazowe leczenie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych z zastosowaniem angioplastyki balonowej, przezskórnej angioplastyki wieńcowej lub innych podobnych metod; przeprowadzenie takiej angioplastyki

musi być uzasadnione medycznie na podstawie zalecenia specjalisty kardiologa oraz musi istnieć angiograficzne potwierdzenie istotnego zwężenia tętnicy wieńcowej,

2.1.9. **operacja aorty** - zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty; aorta definiowana jest jako jej odcinek piersiowy i brzuszny bez jej odgałęzień; ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty,

2.1.10. **anemia aplastyczna** - wystąpienie przewlekłej nieodwracalnej niewydolności szpiku, której rezultatem jest łączne wystąpienie niedokrwistości, trombocytopenii oraz granulocytopenii, wymagającej regularnego leczenia przynajmniej jednym z następujących sposobów:
- przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych,
- leczenie lekami immunosupresyjnymi,
- leczenie czynnikami stymulującymi szpik,
- przeszczepianie szpiku kostnego,

przy czym rozpoznanie anemii plastycznej musi być potwierdzone przez specjalistę hematologa,

2.1.11. **utrata wzroku w następstwie choroby** - całkowita, nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach spowodowana chorobą; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę z ośrodka prowadzącego leczenie,

2.1.12. **oparzenia** - głębokie termiczne lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych obejmujące:
- nie mniej niż 60 % całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia I stopnia,
- nie mniej niż 40 % całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia II stopnia,
- nie mniej niż 20 % całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia III stopnia;

przy czym przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek" lub tabelę Lunda i Brondera; zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych,

2.1.13. **utrata mowy** - całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia w następstwie choroby, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę z zakresu laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby fałdów głosowych; zakres ubezpieczenia nie obejmuje jakichkolwiek przypadków utraty zdolności mówienia spowodowanych schorzeniami psychicznymi ani utraty zdolności mówienia, która może być skorygowana z zastosowaniem jakichkolwiek procedur terapeutycznych,

2.1.14. **schyłkowa niewydolność wątroby (w tym schyłkowa niewydolność wątroby spowodowana wirusowym zapaleniem wątroby)** - schyłkowa postać choroby (marskość) wątroby, powodująca co najmniej jeden z poniższych powodów:
- wodobrzusze nie poddające się leczeniu,
- trwała żółtaczka,
- żylaki przełyku,
- encefalopatia wrotna,

przy czym zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków chorób wątroby wynikających z nadużywania alkoholu, leków i innych środków odurzających,

2.1.15. **śpiączka** - stan utraty świadomości z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin; dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii; zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu i innych substancji odurzających,

2.1.16. **stwardnienie rozsiane** - zespół mnogich ubytków neurologicznych wywołanych demielinizacją mózgu lub rdzenia kręgowego, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy; rozpoznanie musi być ostateczne i postawione przez specjalistę neurologa oraz poprzedzone więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia,

2.1.17. **utrata kończyn** - amputacja lub całkowita i nieodwracalna utrata funkcji co najmniej dwóch kończyn z powodu choroby; w przypadku amputacji zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje:
- w zakresie kończyn dolnych - amputację na poziomie stawów skokowych lub proksymalnie do nich,
- w zakresie kończyn górnych - amputację na wysokości nadgarstków lub proksymalnie do nich,

2.1.18. **utrata słuchu** - całkowita i nieodwracalna, obustronna utrata słuchu spowodowana chorobą; rozpoznanie musi nastąpić na podstawie badań audiometrycznych i być potwierdzone przez laryngologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym,

2.1.19. **choroba Parkinsona** - samoistna, postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodka układu nerwowego, spowodowana pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zaniku komórek produkujących dopaminę, charakteryzująca się występowaniem: drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, sztywności mięśniowej i niestabilności postawy, i skutkująca niemożnością wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego (poruszanie się po domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych, mycie i toaleta, ubieranie się, jedzenie); rozpoznanie choroby musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa,

2.1.20. **choroba Creutzfeldta-Jacoba (CJD)** - choroba ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzująca się postępującym otępieniem i występowaniem drgawek mioklonicznych, klinicznie rozpoznana za życia osoby objętej ubezpieczeniem przez specjalistę neurologa i skutkująca niemożnością wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego (poruszanie się po domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych, mycie i toaleta, ubieranie się, jedzenie); warunkiem uznania roszczenia przez Towarzystwo jest stwierdzenie przez specjalistę neurologa pełnoobjawowej choroby Creutzfeldta i Jacoba przy jednoczesnej niepełnosprawności w zakresie w/w czynności życia codziennego,

2.1.21. **zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji** - zakażenie wirusem HIV lub rozpoznanie AIDS jako zakażenia, w przypadku którego można udowodnić, że zostało spowodowane w okresie ubezpieczenia przetoczeniem zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych, wykonanym na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej u osób nie chorujących na hemofilię, pod warunkiem, że serokonwersja nastąpiła w ciągu 6 tygodni od daty przetoczenia krwi lub produktów krwiopochodnych,

2.1.22. **choroba Alzheimera** - upośledzenie lub utrata zdolności intelektualnej spowodowana nieodwracalnym zaburzeniem czynności mózgu, potwierdzona testami klinicznymi i kwestionariuszami odpowiednimi do diagnostyki choroby Alzheimera lub demencji, polegające na znaczącym upośledzeniu funkcji poznawczych; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa; ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje demencji spowodowanej chorobą AIDS, nadużywaniem alkoholu lub substancji odurzających,

2.1.23. **zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych** - zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, móżdżku) lub opon mózgowo-rdzeniowych o ciężkim przebiegu, powodujące powstanie znacznego i trwałego ubytku neurologicznego, potwierdzonego przez specjalistę neurologa, a w przypadku zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego,

2.2. **wada wrodzona** – nabyta w życiu płodowym, pojedyncza lub mnoga nieprawidłowość rozwojowa dotycząca narządu lub części ciała doprowadzająca do zmian morfologicznych danego narządu, narządów lub części ciała i upośledzająca czynność ustroju lub skracająca życie,

2.3. **zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie poważnego zachorowania w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

II. ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę świadczenia w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Zawarcie umowy na podstawie niniejszych OWDU niniejszej umowy dodatkowej wyklucza możliwość zawarcia innych umów dodatkowych, których zakres ubezpieczenia obejmuje poważne zachorowania Ubezpieczonego.

III. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4 (ograniczenie odpowiedzialności)

W przypadku wystąpienia drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania Ubezpieczonego, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, o ile nie pozostaje w związku przyczynowo - skutkowym z wcześniej rozpoznanym poważnym zachorowaniem, w związku z którym Towarzystwo wypłaciło świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu umowy dodatkowej.

§ 5 (wyłączenie odpowiedzialności)

W odniesieniu do Ubezpieczonego, wyłączone są poważne zachorowania, które są następstwem lub konsekwencją wady wrodzonej .

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 6 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego, poważnego zachorowania, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Rodzaj i data wystąpienia poważnego zachorowania ustalane są na podstawie dokumentacji medycznej. W uzasadnionych przypadkach - na podstawie badań medycznych Ubezpieczonego przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo, wykonanych na zlecenie Towarzystwa. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.

§ 7 (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
2) dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania,
3) zaświadczenie od lekarza o całkowitym braku możliwości wykonywania określonych czynności życiowych w przypadku zgłaszania roszczenia z tytułu poważnego zachorowania w definicji którego został postawiony taki wymóg.
4) dokument tożsamości Ubezpieczonego,

V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 9 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie

dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego - wariant rozszerzony (37 chorób)

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego - wariant rozszerzony (37 chorób) (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 6 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 2 OWDU, § 4 OWDU, § 5 OWDU.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO WARIANT ROZSZERZONY (37 CHORÓB)

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego – wariant rozszerzony (37 chorób), zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:

2.1. **poważne zachorowanie** – jedna z niżej wymienionych chorób, która została zdiagnozowana po raz pierwszy u Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej:

2.1.1. **zawał serca** - ostre niedokrwienie mięśnia sercowego, przy dowodach na obecność martwicy mięśnia sercowego, czyli:

a) wykryciu wzrostu i/lub spadku biomarkera sercowego (najlepiej troponiny sercowej) powyżej górnej granicy normy oraz jednego z następujących:
- objawów niedokrwienia,
- zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) typowych dla nowo powstałego niedokrwienia,
- nowych odcinkowych zaburzeń kurczliwości uwidocznionych w badaniach obrazowych,

b) wzroście wartości troponiny sercowej po angioplastyce wieńcowej (przekraczającym 5-krotnie górną granicę normy przy prawidłowych wartościach wyjściowych lub wzrost wartości troponiny sercowej o 20% przy jej wyjściowym podwyższeniu) przy występujących dodatkowo:
- objawach niedokrwienia lub
- zmianach w EKG lub
- nowych odcinkowych zaburzeniach kurczliwości lub
- uwidocznieniu obrazów angiograficznych zgodnych z powikłaniami zabiegu,

c) stwierdzeniu zakrzepicy w stencie podczas koronarografii w przypadku niedokrwienia mięśnia sercowego ze wzrostem i/lub spadkiem biomarkera sercowego powyżej górnej granicy normy,

d) wzroście wartości troponiny sercowej w związku z pomostowaniem tętnic wieńcowych
- CABG (przekraczającym 10-krotnie górną granicę normy przy prawidłowych wartościach wyjściowych) przy występujących dodatkowo:
- nowych zmianach w EKG lub
- nowych odcinkowych zaburzeniach kurczliwości lub
- uwidocznieniu w obrazach angiograficznych nowego zamknięcia pomostu lub natywnej tętnicy wieńcowej,

2.1.2. **udar mózgu** - nagłe, w efekcie trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzonych badaniem lekarskim; z zakresu ubezpieczenia wyłączone są: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego oraz udar nie pozostawiający trwałego ubytku funkcji ośrodkowego układu nerwowego; rozpoznanie trwałego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego winno być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej jednak niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów,

2.1.3. **nowotwór złośliwy** - nowotwór (guz), charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek; rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym i przeprowadzonym przez lekarza onkologa lub histopatologa; zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów; z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są:
- rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy, rak szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 oraz wszelkie zmiany przedrukowe i nieinwazyjne,
- wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji),
- czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) (≤ 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 r.,
- nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), rak podstawnokomórkowy skóry i rak kolczystokomórkowy skóry,
- wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV,

2.1.4. **niewydolność nerek** - przewlekłe, trwałe i całkowite uszkodzenie obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu; diagnoza musi być jednoznacznie potwierdzona dokumentacją medyczną,

2.1.5. **łagodny guz mózgu** - wszystkie guzy mózgu, które nie są klasyfikowane jako złośliwe, potwierdzone przez specjalistę neurochirurga, wymagające usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji powodujące trwały ubytek neurologiczny; z zakresu ochrony wyłączone są: krwiaki, ziarniaki, cysty, guzy szyszynki lub przysadki mózgowej oraz malformacje naczyń mózgowych,

2.1.6. **przeszczep narządów** - przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
- serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub
- szpiku kostnego z zastosowaniem komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy,

przy czym przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu; ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione,

2.1.7. **pomostowanie (*bypass*) naczyń wieńcowych** - przeprowadzenie operacji kardiochirurgicznej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego; operacja musi być poprzedzona angiografią wskazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa,

2.1.8. **angioplastyka wieńcowa** - pierwszorazowe leczenie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych z zastosowaniem angioplastyki balonowej,

przezskórnej angioplastyki wieńcowej lub innych podobnych metod; przeprowadzenie takiej angioplastyki musi być uzasadnione medycznie na podstawie zalecenia specjalisty kardiologa oraz musi istnieć angiograficzne potwierdzenie istotnego zwężenia tętnicy wieńcowej,

2.1.9. **operacja aorty** - zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty; aorta definiowana jest jako jej odcinek piersiowy i brzuszny bez jej odgałęzień; ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty,

2.1.10. **anemia aplastyczna** - wystąpienie przewlekłej nieodwracalnej niewydolności szpiku, której rezultatem jest łączne wystąpienie niedokrwistości, trombocytopenii oraz granulocytopenii, wymagającej regularnego leczenia przynajmniej jednym z następujących sposobów:
- przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych,
- leczenie lekami immunosupresyjnymi,
- leczenie czynnikami stymulującymi szpik,
- przeszczepianie szpiku kostnego,

przy czym rozpoznanie anemii plastycznej musi być potwierdzone przez specjalistę hematologa,

2.1.11. **utrata wzroku w następstwie choroby** - całkowita, nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach spowodowana chorobą; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę z ośrodka prowadzącego leczenie,

2.1.12. **oparzenia** - głębokie termiczne lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych obejmujące:
- nie mniej niż 60 % całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia I stopnia,
- nie mniej niż 40 % całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia II stopnia,
- nie mniej niż 20 % całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia III stopnia;

przy czym przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek" lub tabelę Lunda i Brondera; zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych,

2.1.13. **utrata mowy** - całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia w następstwie choroby, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę z zakresu laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby fałdów głosowych; zakres ubezpieczenia nie obejmuje jakichkolwiek przypadków utraty zdolności mówienia spowodowanych schorzeniami psychicznymi ani utraty zdolności mówienia, która może być skorygowana z zastosowaniem jakichkolwiek procedur terapeutycznych,

2.1.14. **schyłkowa niewydolność wątroby (w tym schyłkowa niewydolność wątroby spowodowana wirusowym zapaleniem wątroby)** - schyłkowa postać choroby (marskość) wątroby, powodująca co najmniej jeden z poniższych powodów:
- wodobrzusze nie poddające się leczeniu,
- trwała żółtaczka,
- żylaki przełyku,
- encefalopatia wrotna,

przy czym zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków chorób wątroby wynikających z nadużywania alkoholu, leków i innych środków odurzających,

2.1.15. **śpiączka** - stan utraty świadomości z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin; dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii; zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu i innych substancji odurzających,

2.1.16. **stwardnienie rozsiane** - zespół mnogich ubytków neurologicznych wywołanych demielinizacją mózgu lub rdzenia kręgowego, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy; rozpoznanie musi być ostateczne i postawione przez specjalistę neurologa oraz poprzedzone więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia,

2.1.17. **utrata kończyn** - amputacja lub całkowita i nieodwracalna utrata funkcji co najmniej dwóch kończyn z powodu choroby; w przypadku amputacji zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje:
- w zakresie kończyn dolnych - amputację na poziomie stawów skokowych lub proksymalnie do nich,
- w zakresie kończyn górnych - amputację na wysokości nadgarstków lub proksymalnie do nich,

2.1.18. **utrata słuchu** - całkowita i nieodwracalna, obustronna utrata słuchu spowodowana chorobą; rozpoznanie musi nastąpić na podstawie badań audiometrycznych i być potwierdzone przez laryngologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym,

2.1.19. **choroba Parkinsona** - samoistna, postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodka układu nerwowego, spowodowana pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zaniku komórek produkujących dopaminę, charakteryzująca się występowaniem: drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, sztywności mięśniowej i niestabilności postawy, i skutkująca niemożnością wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego (poruszanie się po domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych, mycie i toaleta, ubieranie się, jedzenie); rozpoznanie choroby musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa,

2.1.20. **choroba Creutzfeldta-Jacoba (CJD)** - choroba ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzująca się postępującym otępieniem i występowaniem drgawek mioklonicznych, klinicznie rozpoznana za życia Ubezpieczonego przez specjalistę neurologa i skutkująca niemożnością wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego (poruszanie się po domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych, mycie i toaleta, ubieranie się, jedzenie); warunkiem uznania roszczenia przez Towarzystwo jest stwierdzenie przez specjalistę neurologa pełnoobjawowej choroby Creutzfeldta i Jacoba przy jednoczesnej niepełnosprawności w zakresie w/w czynności życia codziennego,

2.1.21. **zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji** - zakażenie wirusem HIV lub rozpoznanie AIDS jako zakażenia, w przypadku którego można udowodnić, że zostało spowodowane w okresie ubezpieczenia przetoczeniem zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych, wykonanym na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej u osób nie chorujących na hemofilię, pod warunkiem, że serokonwersja nastąpiła w ciągu 6 tygodni od daty przetoczenia krwi lub produktów krwiopochodnych,

2.1.22. **choroba Alzheimera** - upośledzenie lub utrata zdolności intelektualnej spowodowana nieodwracalnym zaburzeniem czynności mózgu, potwierdzona testami klinicznymi i kwestionariuszami odpowiednimi do diagnostyki choroby Alzheimera lub demencji, polegające na znaczącym upośledzeniu funkcji poznawczych; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa; ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje demencji spowodowanej chorobą AIDS, nadużywaniem alkoholu lub substancji odurzających,

2.1.23. **zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych** - zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, móżdżku) lub opon mózgowo-rdzeniowych o ciężkim przebiegu, powodujące powstanie znacznego i trwałego ubytku neurologicznego, potwierdzonego przez specjalistę neurologa, a w przypadku zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego,

2.1.24. **schyłkowa niewydolność oddechowa –** schyłkowe stadium choroby płuc powodujące przewlekłą niewydolność oddechową. Choroba musi przebiegać z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów:
- natężona pierwszosekundowa objętość wydechowa (FEV1) poniżej 1 litra w 3 badaniach wykonanych w odstępie 3 miesięcy,
- pacjent wymaga przewlekłej tlenoterapii z powodu hipoksemii,
- ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej poniżej 55 mmHg (pO2 < 55 mmHg),
- duszność spoczynkowa;

rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę pulmonologa,

2.1.25. **choroba Leśniowskiego - Crohna** – przewlekłe, nieswoiste zapalenie ścian przewodu pokarmowego, mogące prowadzić do powstawania przetok, niedrożności lub perforacji jelit. Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikami histopatologicznymi,

2.1.26. **pierwotne nadciśnienie płucne powodujące inwalidztwo** – patologiczne podwyższenie ciśnienia w tętnicy płucnej, w wyniku zmian strukturalnych lub czynnościowych płuc, bądź zaburzeń krążenia płucnego prowadzącego do powiększenia prawej komory serca. Świadczenie jest należne, jeśli choroba spowoduje trwałe i nieodwracalne upośledzenie funkcji organizmu w stopniu równoważnym, co najmniej klasie IV według klasyfikacji niewydolności krążenia Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (New York Heart Association, NYHA), oraz zostanie udokumentowane utrzymywanie się u Ubezpieczonego wartości ciśnienia w tętnicy płucnej powyżej 30mm Hg przez co najmniej 6 miesięcy,

2.1.27. **tężec** – zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, która przebiegała klinicznie w postaci uogólnionej i którą wywołała neurotoksyna produkowana przez laseczki tężca (Clostridium tetani),

2.1.28. **operacja zastawek serca** – przebycie operacji chirurgicznej na otwartym sercu, w celu całkowitej wymiany jednej lub więcej zastawek serca uszkodzonych w wyniku wad, które ujawniły się po rozpoczęciu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej,

2.1.29. **dystrofia mięśniowa** – postępujący zanik mięśni, prowadzący do trwałych zaburzeń ich funkcji. Diagnoza choroby musi być postawiona przez lekarza neurologa w oparciu o standardy medyczne obowiązujące w chwili jej rozpoznawania, w tym o wyniki badań laboratoryjnych, biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG). Ubezpieczony musi być trwale niezdolny do samodzielnego wykonywania, przynajmniej trzech z wymienionych czynności życiowych:
- kąpiel – zdolność do samodzielnego umycia się w wannie lub pod prysznicem (w tym wejście i wyjście z wanny lub spod prysznica) lub samodzielne wykonanie wszystkich zabiegów umożliwiających zachowanie higieny osobistej,
- ubieranie się – zdolność samodzielnego zakładania i zdejmowania odzieży, w tym także, w stosownych przypadkach, wszelkich aparatów ortopedycznych, protez czy innych przyrządów medycznych,
- przemieszczanie się – zdolność do samodzielnego przemieszczenia się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem,
- toaleta – zdolność do samodzielnego korzystania z toalety lub zdolność do utrzymania higieny osobistej poprzez prawidłową funkcję zwieraczy pęcherza moczowego i odbytu,
- odżywianie się – zdolność do samodzielnego spożywania przygotowanego i podanego posiłku,

2.1.30. **paraliż (niedowład)** – całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji w dwóch lub więcej kończynach, spowodowana urazem lub chorobą. Niedowład musi mieć charakter nie rokujący poprawy i występować przez okres minimum 3 miesięcy. Rozpoznanie i zakres zmian musi być potwierdzone przez lekarza neurologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje wszystkich przypadków niedowładów częściowych, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych), niedowładów spowodowanych zaburzeniami psychologicznymi lub psychiatrycznymi lub będących skutkiem samouszkodzenia lub próby samobójczej,

2.1.31. **wrzodziejące zapalenie jelita grubego -** ostre piorunujące wrzodziejące zapalenie jelita grubego z zagrażającymi życiu zaburzeniami elektrolitowymi, zwykle związane z rozdęciem jelit i ryzykiem pęknięcia jelita, obejmujące całą okrężnicę z ciężką krwawą biegunką i ogólnymi objawami podmiotowymi i przedmiotowymi, których leczeniem jest często całkowita kolektomia i ileostomia. Diagnoza musi być podparta wynikiem badania histopatologicznego oraz częścią leczenia powinna być kolektomia i ileostomia,

2.1.32. **choroba neuronu ruchowego** – postępujące zwyrodnienie dróg korowo-rdzeniowych z zanikiem komórek rogów przednich rdzenia lub uszkodzeniem nerwów opuszki. Choroba neuronu ruchowego obejmuje takie jednostki, jak: rdzeniowy zanik mięśni (ang. spinal muscular atrophy, SMA), postępujące porażenie opuszkowe (ang. progressive bulbar palsy, PBP), stwardnienie zanikowe boczne (ang. amyotrophic lateral sclerosis, ALS) oraz pierwotne stwardnienie boczne (ang. primary lateral sclerosis, PLS). Świadczenie będzie należne, jeśli choroba neuronu ruchowego spowoduje deficyt neurologiczny skutkujący trwałą i nieodwracalną niezdolnością Ubezpieczonego do:
- poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji lub
- samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków,

2.1.33. **odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu** – oznacza chorobę przenoszoną przez kleszcze, przebiegającą z różnorodnymi objawami neurologicznymi, skutkującymi koniecznością hospitalizacji, potwierdzoną badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. Rozpoznanie choroby powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A84) wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego,

2.1.34. **zakażenie wirusem HIV w związku z wykonywanym zawodem** – zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV) lub zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) potwierdzone pozytywnym wynikiem dwóch testów: testu na przeciwciała anty-HIV (ELISA) oraz testu Western Blot lub PCR. Do wystąpienia zakażenia wirusem HIV musi dojść w następujących warunkach:
- Ubezpieczony w trakcie trwania ubezpieczenia musi czynnie pracować w zawodzie: lekarza i lekarza dentysty, personelu laboratoryjnego, asystenta medycznego i stomatologicznego, położnej/ego, policjanta/policjantki, pielęgniarki/pielęgniarza, personelu pomocniczego szpitali, personelu ambulatoryjnego, strażaka, funkcjonariusza więziennego,
- serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od wypadku,
- Ubezpieczony musi zapewnić o negatywnych wynikach testu na wirus HIV lub na przeciwciała na wirus HIV, który był zrobiony najpóźniej do 5 dni od wypadku,
- Ubezpieczony musi wykazać obecność wirusa HIV lub przeciwciał wirusa HIV do 12 miesięcy od wypadku,

2.1.35. **piorunujące zapalenie wątroby** – submasywna lub masywna martwica komórek wątrobowych (hepatocytów) w wyniku zakażenia wirusem zapalenia wątroby, prowadząca nieuchronnie do niewydolności wątroby. Świadczenie jest należne, jeśli rozpoznanie choroby opiera się na stwierdzeniu u Ubezpieczonego wszystkich wymienionych niżej warunków:
- szybkie zmniejszanie się wielkości wątroby oraz
- martwica obejmująca całe zraziki z pozostawieniem jedynie zapadniętej siatki podścieliska; oraz
- szybkie pogorszenie się wyników testów czynnościowych wątroby (wzrost aktywności enzymów wskaźnikowych uszkodzenia hepatocytów), a wyniki badań Ubezpieczonego wykazują następujące cechy: wyniki testów czynnościowych wątroby wskazują na masywne uszkodzenie miąższu wątroby; oraz obiektywne oznaki encefalopatii wrotno-systemowej,

2.1.36. **wścieklizna** - wymagająca zastosowania leczenia w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, której istotą jest ostre zapalenie mózgu i rdzenia wywołane wirusem wścieklizny (Rabies virus),

2.1.37. **utrata możliwości niezależnej egzystencji** - stan spowodowany chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, w którym Ubezpieczony przez okres przynajmniej 6 miesięcy jest całkowicie niezdolny do wykonania (z pomocą lub bez) co najmniej trzech z sześciu wymienionych poniżej podstawowych czynności życiowych:
- kąpiel – zdolność do samodzielnego umycia się w wannie lub pod prysznicem (w tym wejście i wyjście z wanny lub spod prysznica) lub samodzielne wykonanie wszystkich zabiegów umożliwiających zachowanie higieny osobistej,
- ubieranie się – zdolność do samodzielnego zakładania i zdejmowania odzieży, w tym także, w stosownych przypadkach, wszelkich aparatów ortopedycznych, protez czy innych przyrządów medycznych,
- przemieszczanie się – zdolność do samodzielnego przemieszczenia się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem,
- poruszanie się - zdolność do samodzielnego poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji,
- toaleta – zdolność do samodzielnego korzystania z toalety lub zdolność do utrzymania higieny osobistej poprzez prawidłową funkcję zwieraczy pęcherza moczowego i odbytu,
- odżywianie się – zdolność do samodzielnego spożywania przygotowanego i podanego posiłku.

Stan taki musi być uznany przez lekarza za trwały.

2.2. **wada wrodzona** – nabyta w życiu płodowym, pojedyncza lub mnoga nieprawidłowość rozwojowa dotycząca narządu lub części ciała doprowadzająca do zmian morfologicznych danego narządu, narządów lub części ciała i upośledzająca czynność ustroju lub skracająca życie, z zastrzeżeniem ppkt 2.1.29 i 2.1.32,

2.3. **zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie poważnego zachorowania w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Zawarcie umowy na podstawie niniejszych OWDU niniejszej umowy dodatkowej wyklucza możliwość zawarcia innych umów dodatkowych, których zakres ubezpieczenia obejmuje poważne zachorowania Ubezpieczonego.

III. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4 (ograniczenie odpowiedzialności)

W przypadku wystąpienia drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania Ubezpieczonego, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, o ile nie pozostaje w związku przyczynowo - skutkowym z wcześniej rozpoznanym poważnym zachorowaniem, w związku z którym Towarzystwo wypłaciło świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu umowy dodatkowej.

§ 5 (wyłączenie odpowiedzialności)

1. Oprócz wyłączeń odpowiedzialności wynikających z § 7 OWU, świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy poważne zachorowanie jest następstwem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV, chyba że zakażenia nastąpiło w okolicznościach, o których mowa w § 2 ust.2 pkt 2.1) ppkt 2.1.21).
2. W odniesieniu do Ubezpieczonego, wyłączone są poważne zachorowania, które są następstwem lub konsekwencją wady wrodzonej.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 6 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego, poważnego zachorowania, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Rodzaj i data wystąpienia poważnego zachorowania ustalane są na podstawie dokumentacji medycznej. W uzasadnionych przypadkach - na podstawie badań medycznych Ubezpieczonego przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo, wykonanych na zlecenie Towarzystwa. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.

§ 7 (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
2) dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania,
3) zaświadczenie od lekarza o całkowitym braku możliwości wykonywania określonych czynności życiowych w przypadku zgłaszania roszczenia z tytułu poważnego zachorowania w definicji którego został postawiony taki wymóg,
4) dokument tożsamości Ubezpieczonego.

V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 9 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie
dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek
operacji medycznej Ubezpieczonego

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej Ubezpieczonego (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 6 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 2 OWDU, § 4 OWDU, § 5 OWDU.

SALTUS UBEZPIECZENIA

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI MEDYCZNEJ UBEZPIECZONEGO

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej Ubezpieczonego, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **choroba** - stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju osoby objętej ochroną ubezpieczeniową, której zdiagnozowanie miało miejsce po raz pierwszy w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej,
   2) **obrażenia ciała** - uszkodzenie narządów lub układów narządów osoby objętej ochroną ubezpieczeniową, powstałe bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej,
   3) **operacja medyczna** - zabieg medyczny przeprowadzony z powodu choroby lub obrażeń ciała wymieniony w Tabeli operacji medycznych, stanowiącej załącznik do niniejszych OWDU, przeprowadzony przez lekarza w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym w trakcie pobytu osoby objętej ochroną ubezpieczeniową w szpitalu,
   4) **szpital** - działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa kraju, na terenie którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się: poradni przyszpitalnej, ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala rehabilitacyjnego, oddziału rehabilitacyjnego oraz ośrodka rehabilitacji,
   5) **wada wrodzona** – nabyta w życiu płodowym, pojedyncza lub mnoga nieprawidłowość rozwojowa dotycząca narządu lub części ciała doprowadzająca do zmian morfologicznych danego narządu, narządów lub części ciała i upośledzająca czynność ustroju lub skracająca życie,
   6) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – przeprowadzenie operacji medycznej Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.

III. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4 (ograniczenia odpowiedzialności)

Niezależnie od liczby operacji medycznych przeprowadzonych w okresie kolejnych 60 dni w związku z leczeniem:

a) choroby lub
b) obrażeń ciała powstałych w wyniku nieszczęśliwego wypadku,

Towarzystwo wypłaci tylko jedno, najwyższe świadczenie (zgodnie z Tabelą operacji medycznych), z tytułu przeprowadzenia operacji medycznej.

§ 5 (wyłączenia odpowiedzialności)

1. Oprócz wyłączeń odpowiedzialności wynikających z § 7 OWU, świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone, jeżeli operacja medyczna dotyczy:
   1) leczenia wad wrodzonych,
   2) pobrania organów tkanek od osoby objętej ochroną ubezpieczeniową jako dawcy,
   3) operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu osoba objęta ochroną ubezpieczeniową uległa w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej,
   4) korekty ostrości wzroku,
   5) ciąży, porodu, połogu, powikłań ciąży, poronienia samoistnego lub sztucznego,
   6) zmiany płci,
   7) leczenia niepłodności,
   8) sterylizacji, podwiązania, przecięcia jajowodów lub antykoncepcji operacyjnej,
   9) chirurgii szczękowej, włączając wszczepienie zębów,
   10) chirurgii zwiadowczej i eksperymentalnej,
   11) eksperymentów medycznych,
   12) leczenia choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV.
2. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są także zabiegi diagnostyczne i stomatologiczne.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 6 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku operacji medycznej Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wskazanego procentu sumy ubezpieczenia zgodnie z **Tabelą operacji medycznych**, stanowiącą załącznik do niniejszych OWDU.
2. Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania Ubezpieczonego na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza, w celu ustalenia prawa do świadczenia ubezpieczeniowego. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.

§ 7 (wymagane dokumenty)

1. Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
   1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
   2) dokumentację medyczną dotyczącą przeprowadzonej operacji medycznej, w tym - kartę informacyjną leczenia szpitalnego z opisem wykonanej operacji,
   3) dokumentację dotyczącą choroby oraz jej leczenia,
   4) dokumentację dotyczącą nieszczęśliwego wypadku,
   5) dokument tożsamości Ubezpieczonego.
2. W przypadku operacji medycznej przeprowadzonej na terytorium kraju innego niż Rzeczpospolita Polska, Ubezpieczony winien przedłożyć dokumenty, o których mowa w ust.1 pkt 2) - 4) przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 9 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie
dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek operacji medycznej Ubezpieczonego
w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej Ubezpieczonego (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 6 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 2 OWDU, § 4 OWDU, § 5 OWDU.

SALTUS UBEZPIECZENIA

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI MEDYCZNEJ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia, VERTUS Życie i Zdrowie zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **obrażenia ciała** - uszkodzenie narządów lub układów narządów osoby objętej ochroną ubezpieczeniową, powstałe bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej,
   2) **operacja medyczna** - zabieg medyczny przeprowadzony z powodu obrażeń ciała wymieniony w Tabeli operacji medycznych, stanowiącej załącznik do niniejszych OWDU, przeprowadzony przez lekarza w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym w trakcie pobytu osoby objętej ochroną ubezpieczeniową w szpitalu,
   3) **szpital** - działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa kraju, na terenie którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się: poradni przyszpitalnej, ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala rehabilitacyjnego, oddziału rehabilitacyjnego oraz ośrodka rehabilitacji,
   4) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – przeprowadzenie operacji medycznej Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.

III. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4 (ograniczenia odpowiedzialności)

Niezależnie od liczby operacji medycznych przeprowadzonych w okresie kolejnych 60 dni w związku z leczeniem obrażeń ciała powstałych w wyniku nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci tylko jedno, najwyższe świadczenie zgodnie z Tabelą operacji medycznych.

§ 5 (wyłączenia odpowiedzialności)

Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy obrażenia ciała będące przyczyną operacji medycznej są następstwem zdarzeń wymienionych w § 7 OWU.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 6 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku operacji medycznej Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wskazanego procentu sumy ubezpieczenia zgodnie z Tabelą operacji medycznych, stanowiącą załącznik do niniejszych OWDU.
2. Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania Ubezpieczonego na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza, w celu ustalenia prawa do świadczenia ubezpieczeniowego. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.

§ 7 (wymagane dokumenty)

1. Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
   1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
   2) dokumentację medyczną dotyczącą przeprowadzonej operacji medycznej, w tym - kartę informacyjną leczenia szpitalnego z opisem wykonanej operacji,
   3) dokumentację dotyczącą nieszczęśliwego wypadku,
   4) dokument tożsamości Ubezpieczonego.
2. W przypadku operacji medycznej przeprowadzonej na terytorium kraju innego niż Rzeczpospolita Polska, Ubezpieczony winien przedłożyć dokumenty, o których mowa w ust.1 pkt 2) - 4) przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 9 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie

dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek pobytu w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku lub operacji medycznej - POOPERACYJNE ŚWIADCZENIE APTECZNE

stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku lub operacji medycznej - POOPERACYJNE ŚWIADCZENIE APTECZNE (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 6 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 2 OWDU, § 4 OWDU, § 5 OWDU.

hDj[b9 ² !w¦bYL 5h5!¢Yh ² 9Dh Dw¦th ² 9Dh ¦.9½tL9/½9bL! b! ² ¸t!59Y th.¸¢¦ ² {½tL¢![¦½ th ² h5¦ bL9{½/½B|[L ² 9Dh ² ¸t!5Y¦[¦.ht9w!/WL a95¸/½b9W π thht9w!/¸Wb9|²L!5/½9bL9!t¢9/½b9

L0 th{¢!bh ² L9bL! hDj[b9

3 M óLJ2ăŭI-y2øÎŜyÎI- 2∃ɜfyŜŭ

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek zakupu lekarstw lub innych zaleconych wyrobów medycznych w związku z pobytem w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku lub operacji medycznej - POOPERACYJNE ŚWIADCZENIE APTECZNE, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

3 H óŘŜfÎyÎÖŏŜŭ

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **ÖK2W2ōI-** - stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju osoby objętej ochroną ubezpieczeniową, której zdiagnozowanie miało miejsce po raz pierwszy w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej,
   2) **2ōWI-ŏŜyÎI- ÖÎI-ÖI-** - uszkodzenie narządów lub układów narządów osoby objętej ochroną ubezpieczeniową, powstałe bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej,
   3) **2LJŜWI-ŏ2I- YŜŘëŏÎyÎI-** - zabieg medyczny przeprowadzony z powodu choroby lub obrażeń ciała wymieniony w Tabeli operacji medycznych, stanowiącej załącznik do niniejszych OWDU, przeprowadzony przez lekarza w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym,
   4) **LJ2ōëŭ ø ăÎLJÎŭI-ŧdz** - potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w celu leczenia doznanych obrażeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ubezpieczenia, trwający nieprzerwanie dłużej niż 2 dni przy czym do okresu pobytu w szpitalu zaliczane są w całości: dzień, w którym Ubezpieczony został przyjęty do szpitala oraz dzień, w którym Ubezpieczony został wypisany ze szpitala,
   5) **ăÎLJÎŭI-ŧ** - działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa kraju, na terenie którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się: poradni przyszpitalnej, ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala rehabilitacyjnego, oddziału rehabilitacyjnego oraz ośrodka rehabilitacji,
   6) **øI-ŘI- øW2ŘÎ2yI-** – nabyta w życiu płodowym, pojedyncza lub mnoga nieprawidłowość rozwojowa dotycząca narządu lub części ciała doprowadzająca do zmian morfologicznych danego narządu, narządów lub części ciała i upośledzająca czynność ustroju lub skracająca życie,
   7) **ÎŘI-WÎŜyÎŜ dzōŜÎLJÎŜÖÎŜyÎ2øŜ** – przeprowadzenie operacji medycznej Ubezpieczonego lub pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej skutkujący koniecznością zakupu lekarstw lub innych zaleconych wyrobów medycznych

LL0 tw½95 aLh¢L½!Yw9{¦.9½tL9/½9bL!

3 O óLJWÎŜŘYÎ2ŭÎ ÎI-ŶWŜă dzōŜÎLJÎŜÖÎŜyÎI-ŭ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego

LLL0 hDw!bL/½9bL!L ² ¸_+/½9bL! h5th ² L95½L![bh|/L

3 P ó2∃WI-yÖÎŜyÎI- 2ŘLJ2øÎŜŘÎÎI-ty2ĬÖŭ

1. Niezależnie od liczby operacji medycznych przeprowadzonych w okresie kolejnych 30 dni Towarzystwo wypłaci tylko jedno, najwyższe świadczenie (zgodnie z Tabelą operacji medycznych), z tytułu przeprowadzenia operacji medycznej.
2. W przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, w trakcie którego została przeprowadzona operacja medyczna Towarzystwo wypłaci tylko jedno najwyższe świadczenie z tytułu:
   1) przeprowadzenia operacji medycznej (zgodnie z Tabelą operacji medycznych) lub
   2) pobytu w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku.

3 P óøëŶDÖÎŜyÎI- 2ŘLJ2øÎŜŘÎÎI-ty2ĬÖŭ

Oprócz wyłączeń odpowiedzialności wynikających z § 7 OWU, świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone, jeżeli pobyt w szpitalu lub operacja medyczna dotyczy:

1) operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu osoba objęta ochroną ubezpieczeniową uległa w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej,
2) leczenia wady wrodzonej..
3) eksperymentów medycznych,
4) leczenia choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV,
5) leczenia zaburzeń psychicznych.

L±0 |²L!5/½9bL9¦.9½tL9/½9bLh ² 9

3 C óĬøÎI-ŘÖÎŜyÎŜ dzōŜÎLJÎŜÖÎŜyÎ2øŜŭ

1. W przypadku konieczności zakupu lekarstw lub innych zaleconych wyrobów medycznych w związku z operacją medyczną Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu jednorazowe świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wskazanego procentu sumy ubezpieczenia zgodnie z **¢I-ōŜŧŊ 2LJŜWI-ŏ2A YŜŘëŏÎyëÖK**, stanowiącą załącznik do niniejszych OWDU.
2. W przypadku konieczności zakupu lekarstw lub innych zaleconych wyrobów medycznych w związku z pobytem w szpitalu Ubezpieczonego z powodu nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu jednorazowe świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia.

3 T óøëYI-∃I-yŜ Ř2ĮdzYŜyŭëŭ

1. Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
   1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
   2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego,
   3) dokumentację dotyczącą choroby oraz jej leczenia,
   4) dokumentację dotyczącą nieszczęśliwego wypadku,
   5) dokument tożsamości Ubezpieczonego.
2. W przypadku operacji medycznej lub pobytu w szpitalu przeprowadzonej na terytorium kraju innego niż Rzeczpospolita Polska, Ubezpieczony winien przedłożyć dokumenty, o których mowa w ust.1 pkt 2) - 4) przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
3. Zgłoszenie roszczenia nie wymaga przedstawienia Towarzystwu dokumentów potwierdzających wykupienie lekarstw lub innych zaleconych wyrobów medycznych.

V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 9 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie

dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 6 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 2 OWDU, § 4 OWDU, § 5 OWDU.

hDj[b9 ² !w¦bYL 5h5!¢Yh ² 9Dh Dw¦th ² 9Dh ¦.9½tL9/½9bL! b! ² ¸t!59Y[9/½9bL!{t9/W![L{¢¸/½b9Dh ¦.9½tL9/½hb9Dh

L0 th{¢!bh ² L9bL! hDj[b9

∋ M óLJ2ăúI-y2øłŜyłI- 2∃ɔfyŜú

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

∋ H óŘŜłłyłŐ2Ŝú

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   - 2.1. **ŐK2W2ŐI-** - stwierdzona przez lekarza po raz pierwszy w okresie ochrony ubezpieczeniowej reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju osoby objętej ochroną ubezpieczeniową,
   - 2.2. **fŜŐÎŜyłŜ** ăLJŜŐ2I-łăúèŐÎyŜ – jedna z niżej wymienionych procedur leczniczych, która została przeprowadzona po raz pierwszy u Ubezpieczonego z powodu choroby w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej:
     - 2.2.1. **I-ŐfI-Ő2I-** – przezskórny zabieg kardiologiczny, mający na celu zniszczenie lub odizolowanie niewielkiego obszaru tkanki serca odpowiadającego za powstawanie zaburzeń rytmu serca,
     - 2.2.2. **øăÎŐÎŜLJłŜyłŜ ŀI-WŘł2øŜWúŜWkŘŜłłŐWèfI-ú2W** – wszczepienie do organizmu Ubezpieczonego urządzenie medyczne, mające za zadanie przerwać groźne dla życia zaburzenia rytmu serca i przywrócić prawidłowy rytm serca,
     - 2.2.3. **øăÎŐÎŜLJłŜyłŜ ŀI-WŘł2ăúèYdzfI-ú2W** – (stymulator serca, rozrusznik serca) wszczepienie do organizmu Ubezpieczonego urządzenia medycznego służące do pobudzania rytmu serca,
     - 2.2.4. **ŐKŜYł2úŜWI-LJłI-** – leczenie nowotworu złośliwego za pomocą środków farmakologicznych z grupy leków L, według klasyfikacji ATC podawanych pozajelitowo w celu zniszczenia bądź zahamowania rozwoju komórek nowotworowych,
     - 2.2.5. **WI-Řł2úŜWI-LJłI-** – leczenie nowotworu złośliwego za pomocą promieniowania jonizującego,
     - 2.2.6. **úŜWI-LJłI-** łyúŜWłŜW2y2øI- – leczenie przewlekłego zapalenia wątroby typu C interferonem podawanym pozajelitowo;
   - 2.3. **y2ø2úøɔW Î2Őfłøè** - nowotwór (guz), charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek; rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym i przeprowadzonym przez lekarza onkologa lub histopatologa; zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów; z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są:
     - rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy, rak szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 oraz wszelkie zmiany przedrukowe i nieinwazyjne,
     - wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji),
     - czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) (≤ 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 r.,
     - nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), rak podstawnokomórkowy skóry i rak kolczystokomórkowy skóry,
     - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV,
   - 2.4. **øI-ŘI- øW2ŘÎ2yI-** – nabyta w życiu płodowym, pojedyncza lub mnoga nieprawidłowość rozwojowa dotycząca narządu lub części ciała doprowadzająca do zmian morfologicznych danego narządu, narządów lub części ciała i upośledzająca czynność ustroju lub skracająca życie,
   - 2.5. **ÎŘI-WÎŜyłŜ** dzŐŜÎLJłŜŐÎŜyłł2øŜ – wystąpienie leczenia specjalistycznego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

LL0 tw½95aLh¢L½!Yw9{¦.9½tL9/½9bL!

∋ O óLJWÎŜŘYł2úł Îł-łWŜă dzŐŜÎLJłŜŐÎŜyłI-ú

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.

LLL0 hDw!bL/½9bL!L ² ¸_+/½9bL! h5th ² L95½L![bh]/L

∋ П ó2∃WI-yłŐÎŜyłŜ 2ŘLJ2øłŜŘÎłI-fy2ŐłŐú

W przypadku wystąpienia drugiego lub kolejnego leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego, w danym roku polisowym, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, o ile nie pozostaje w związku przyczynowo - skutkowym z wcześniej przeprowadzonym leczeniem specjalistycznym, w związku z którym Towarzystwo wypłaciło świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu umowy dodatkowej.

∋ P óøèWDŐÎŜyłŜ 2ŘLJ2øłŜŘÎłI-fy2ŐłŐú

Oprócz wyłączeń odpowiedzialności wynikających z § 7 OWU, świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku gdy:

1) dana procedura lecznicza była przeprowadzona u Ubezpieczonego przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwa,
2) przyczyną leczenia specjalistycznego były następstwa choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV,
3) przyczyną leczenia specjalistycznego są następstwem lub konsekwencją wady wrodzonej.

L±0 | ² L!5/½9bL9¦.9½tL9/½9bLh ² 9

∋ C óŐøłI-ŘŐÎŜyłŜ dzŐŜÎLJłŜŐÎŜyłł2øŜú

1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego leczenia specjalistycznego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Rodzaj i data wystąpienia leczenia specjalistycznego ustalane są na podstawie dokumentacji medycznej.

∋ T óøèYI-∃I-yŜ Ř2łdzYŜyúèú

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
2) dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie leczenia specjalistycznego.

±0 th{¢!bh ² L9bL! Yhc/h ² 9

∋ y óLJWÎŜLJłăèú

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 9 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

ŻYCIE I ZDROWIE MAŁŻONKA LUB PARTNERA

GRUPOWE UBEZPIECZENIE VERTUS ŻYCIE I ZDROWIE

WARUNKI UBEZPIECZENIA

Informacja o produkcie

dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci Współubezpieczonego – małżonka lub partnera

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci Współubezpieczonego – małżonka lub partnera (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 5 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 4 OWDU.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI WSPÓŁUBEZPIECZONEGO - MAŁŻONKA LUB PARTNERA

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci Współubezpieczonego - małżonka lub partnera, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **Współubezpieczony** – małżonek lub partner Ubezpieczonego, którego życie objęte jest zakresem umowy dodatkowej ubezpieczenia;
   2) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć Współubezpieczonego, która wystąpiła w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

II. ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (zakres ubezpieczenia)

Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.

III ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 4 (świadczenie ubezpieczeniowe)

W przypadku śmierci Współubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.

§ 5 (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
2) skrócony odpis aktu zgonu Współubezpieczonego,
3) w przypadku śmierci partnera – oświadczenie o prowadzeniu wspólnego gospodarstwa domowego przez okres co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed datą zdarzenia ubezpieczeniowego,
4) dokument tożsamości Ubezpieczonego.

IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 6 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 7 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie
dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek Współubezpieczonego - małżonka lub partnera śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU Życie SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku Współubezpieczonego - małżonka lub partnera (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 4 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU; § 4 OWDU.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU WSPÓŁUBEZPIECZONEGO - MAŁŻONKA LUB PARTNERA

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci Współubezpieczonego – małżonka lub partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszym OWDU:
   1) **Współubezpieczony** – małżonek lub partner Ubezpieczonego, którego życie objęte jest zakresem umowy dodatkowej ubezpieczenia;
   2) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć Współubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

II. ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (zakres ubezpieczenia)

Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.

III. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 4 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku śmierci Współubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust.1 zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem i śmiercią Współubezpieczonego .

§ 5 (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
2) skrócony odpis aktu zgonu,
3) aktualny odpis aktu małżeństwa,
4) kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu,
5) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku,
6) w przypadku śmierci partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku – oświadczenie o prowadzeniu wspólnego gospodarstwa domowego przez okres co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed datą śmierci,
7) dokument tożsamości Ubezpieczonego.

IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 6 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 7 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie

dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci Współubezpieczonego – małżonka lub partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci Współubezpieczonego – małżonka lub partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 4 OWDU,
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 4 OWDU.

SALTUS UBEZPIECZENIA

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI WSPÓŁUBEZPIECZONEGO – MAŁŻONKA LUB PARTNERA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU PRZY PRACY

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci Współubezpieczonego – małżonka lub partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:

1) **nieszczęśliwy wypadek przy pracy** - nieszczęśliwy wypadek (w znaczeniu nadanym w OWU), który nastąpił w związku z pracą:
   a) podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem przez Współubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych oraz w trakcie trwania podróży służbowej, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem osoby objętej ochroną ubezpieczeniową, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań,
   b) podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem przez Współubezpieczonego czynności w interesie zakładu pracy, nawet bez polecenia,
   c) w czasie pozostawania Współubezpieczonego w dyspozycji zakładu pracy w drodze między siedzibą zakładu pracy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,
   d) przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające w zakładzie pracy organizacje zawodowe lub społeczne,
2) **Współubezpieczony** – małżonek lub partner Ubezpieczonego, którego życie objęte jest zakresem umowy dodatkowej ubezpieczenia;
3) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć Współubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy, który wystąpił w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

III. ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (zakres ubezpieczenia)

Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 4 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku śmierci Współubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy zaistniałego w okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust.1 zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy i śmiercią osoby objętej ochroną ubezpieczeniową.

§ 5 (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia na (piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
2) skrócony odpis aktu zgonu,
3) w przypadku śmierci małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy - aktualny odpis aktu małżeństwa,
4) kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu,
5) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku przy pracy,
6) w przypadku śmierci partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy – oświadczenie o prowadzeniu wspólnego gospodarstwa domowego przez okres co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed datą śmierci,
7) dokument tożsamości Ubezpieczonego.

V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 6 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 7 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie

dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci Współubezpieczonego - małżonka lub partnera w następstwie wypadku komunikacyjnego

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci w Współubezpieczonego - małżonka lub partnera następstwie wypadku komunikacyjnego (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 4 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU; § 4 OWDU.

SALTUS UBEZPIECZENIA

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI WSPÓŁUBEZPIECZONEGO - MAŁŻONKA LUB PARTNERA W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci Współubezpieczonego – małżonka lub partnera w następstwie wypadku komunikacyjnego, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **wypadek komunikacyjny** - nieszczęśliwy wypadek (w znaczeniu nadanym w OWU) w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Współubezpieczony jako:
      a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym, motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem morskim, promem lub pasażerskim statkiem powietrznym,
      b) rowerzysta,
      c) pieszy,
   2) **Współubezpieczony** – małżonek lub partner Ubezpieczonego, którego życie objęte jest zakresem umowy dodatkowej ubezpieczenia,
   3) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć Współubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, który wystąpił w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.

II. ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (zakres ubezpieczenia)

Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.

III. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 4 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku śmierci Współubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego zaistniałego w okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust.1 zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym i śmiercią Współubezpieczonego.

§ 5 (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
2) skrócony odpis aktu zgonu,
3) w przypadku śmierci małżonka w następstwie wypadku komunikacyjnego - aktualny odpis aktu małżeństwa,
4) kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu,
5) dokumentację potwierdzającą zajście wypadku komunikacyjnego,
6) w przypadku śmierci partnera w następstwie wypadku komunikacyjnego – oświadczenie o prowadzeniu wspólnego gospodarstwa domowego przez okres co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed datą śmierci.
7) dokument tożsamości Ubezpieczonego.

IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 6 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 7 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie

dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci Współubezpieczonego - małżonka lub partnera w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci Współubezpieczonego - małżonka lub partnera w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 4 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU; § 4 OWDU.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI WSPÓŁUBEZPIECZONEGO - MAŁŻONKA LUB PARTNERA W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO PRZY PRACY

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci Współubezpieczonego – małżonka lub partnera w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **nieszczęśliwy wypadek przy pracy -** nieszczęśliwy wypadek (w znaczeniu nadanym w OWU), który nastąpił w związku z pracą:
      a) podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem przez Współubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych oraz a trakcie trwania podróży służbowej, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem Współubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań,
      b) podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem przez Współubezpieczonego czynności w interesie zakładu pracy, nawet bez polecenia,
      c) w czasie pozostawania Współubezpieczonego w dyspozycji zakładu pracy w drodze między siedzibą zakładu pracy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,
      d) przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające w zakładzie pracy organizacje zawodowe lub społeczne;
   2) **wypadek komunikacyjny przy pracy** - nieszczęśliwy wypadek (w znaczeniu nadanym w OWU) przy pracy w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Współubezpieczony jako:
      a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym, motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem morskim, promem lub pasażerskim statkiem powietrznym,
      b) rowerzysta,
      c) pieszy,
   3) **Współubezpieczony** – małżonek lub partner Ubezpieczonego, którego życie objęte jest zakresem umowy dodatkowej ubezpieczenia;
   4) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć Współubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy, który wystąpił w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

II. ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (zakres ubezpieczenia)

Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.

III. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 4 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku śmierci Współubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy zaistniałego w okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust.1 zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym przy pracy i śmiercią Współubezpieczonego.

§ 5 (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy lub na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
2) skrócony odpis aktu zgonu,
3) aktualny odpis aktu małżeństwa,
4) kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu,
5) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy,
6) w przypadku śmierci partnera w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy – oświadczenie o prowadzeniu wspólnego gospodarstwa domowego przez okres co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed datą śmierci.
7) dokument tożsamości Ubezpieczonego.

IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 6 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 7 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie
dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci Współubezpieczonego – małżonka lub partnera w następstwie zawału serca lub udaru mózgu

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci Współubezpieczonego – małżonka lub partnera w następstwie zawału serca lub udaru mózgu (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 4 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 4 OWDU.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI WSPÓŁUBEZPIECZONEGO – MAŁŻONKA LUB PARTNERA W NASTĘPSTWIE ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci Współubezpieczonego – małżonka lub partnera w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **udar mózgu** - nagłe, w efekcie trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzonych badaniem lekarskim; z zakresu ubezpieczenia wyłączone są: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego oraz udar nie pozostawiający trwałego ubytku funkcji ośrodkowego układu nerwowego; rozpoznanie trwałego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego winno być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej jednak niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów,
   2) **Współubezpieczony** – małżonek lub partner Ubezpieczonego, którego życie objęte jest zakresem umowy dodatkowej ubezpieczenia;
   3) **zawał serca** - ostre niedokrwienie mięśnia sercowego, przy dowodach na obecność martwicy mięśnia sercowego, czyli:
      a) wykryciu wzrostu i/lub spadku biomarkera sercowego (najlepiej troponiny sercowej) powyżej górnej granicy normy oraz jednego z następujących:
         – objawów niedokrwienia,
         – zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) typowych dla nowo powstałego niedokrwienia,
         – nowych odcinkowych zaburzeń kurczliwości uwidocznionych w badaniach obrazowych,
      b) wzroście wartości troponiny sercowej po angioplastyce wieńcowej (przekraczającym 5-krotnie górną granicę normy przy prawidłowych wartościach wyjściowych lub wzrost wartości troponiny sercowej o 20% przy jej wyjściowym podwyższeniu) przy występujących dodatkowo:
         – objawach niedokrwienia lub
         – zmianach w EKG lub
         – nowych odcinkowych zaburzeniach kurczliwości lub
         – uwidocznieniu obrazów angiograficznych zgodnych z powikłaniami zabiegu,
      c) stwierdzeniu zakrzepicy w stencie podczas koronarografii lub autopsji w przypadku niedokrwienia mięśnia sercowego ze wzrostem i/lub spadkiem biomarkera sercowego powyżej górnej granicy normy,
      d) wzroście wartości troponiny sercowej w związku z pomostowaniem tętnic wieńcowych - CABG (przekraczającym 10-krotnie górną granicę normy przy prawidłowych wartościach wyjściowych) przy występujących dodatkowo:
         – nowych zmianach w EKG lub
         – nowych odcinkowych zaburzeniach kurczliwości lub
         – uwidocznieniu w obrazach angiograficznych nowego zamknięcia pomostu lub natywnej tętnicy wieńcowej.
   4) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć Współubezpieczonego w następstwie udaru mózgu lub zawału serca, który wystąpił w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

II. ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (zakres ubezpieczenia)

Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.

III. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 4 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku śmierci Współubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu zaistniałego w okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenie o którym mowa w ust.1, zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu i śmiercią osoby objętej ochroną ubezpieczeniową.

§ 5 (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
2) skrócony odpis aktu zgonu,
3) w przypadku śmierci małżonka - aktualny odpis aktu małżeństwa,
4) kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu,
5) w przypadku śmierci partnera – oświadczenie o prowadzeniu wspólnego gospodarstwa domowego przez okres co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed datą śmierci,
6) dokument tożsamości Ubezpieczonego.

IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 6 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 7 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie

dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa Współubezpieczonego – małżonka lub partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa Współubezpieczonego – małżonka lub partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 4 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7OWU, § 4 OWDU.

hDj[b9 ² !w¦bYL 5h5!¢Yh ² 9Dh Dw¦th ² 9Dh ¦.9½tL9/½9bL! b! ² ¸t!59YLb ² ![L5½¢ ² ! ² {tj_¦.9½tL9/½hb9Dh ç a!_ÀhbY![¦.t!w¢b9w! ² b!{¢Bt{¢ ² L9 bL9{½/½B|[L ² 9Dh ² ¸t!5Y¦

L0 th{¢!bh ² L9bL! hDj[b9

3 M óLJ2ăúI-y2øłŜyłI- 2E5ŧfyŜú

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa Współubezpieczonego – małżonka lub partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

3 H óŘŜŧłyłŐŹŜú

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **łyøI-łłŘÎúø2** – nieodwracalne uszkodzenie narządu lub części ciała (trwałe uszkodzenie organizmu), określone w Tabeli inwalidztwa, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej,
   2) **² ăLJ5łdzōŜÎLJłŜŐÎ2yê** – małżonek lub partner Ubezpieczonego, którego życie objęte jest zakresem umowy dodatkowej ubezpieczenia;
   3) **ÎŘI-łÎŜyłŜ dzōŜÎLJłŜŐÎŜyłø2øŜ** – wystąpienie inwalidztwa u Współubezpieczonego – małżonka lub partnera.

LL0 ½!Yw9{¦.9½tL9/½9bL!

3 o óÎI-łłŜă dzōŜÎLJłŜŐÎŜyłI-ú

Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę świadczenia w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.

LLL0 | ² L!5/½9bL9¦.9½tL9/½9bLh ² 9

3 n óĬøłI-ŘŐÎŜyłŜ dzōŜÎLJłŜŐÎŜyłø2øŜú

1. W przypadku inwalidztwa Współubezpieczonego powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w kwocie przypisanego do danego zdarzenia procentu wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej zgodnie z poniższą Tabelą inwalidztwa:

/I-ŐŢ2øłúI- łłÎèŐÎyłI- dzúłłłI-úI- łdzō ÔI-ŐŢ2øłúI- łłúłøI-łI- dzúłłłI-úI- øłłI-ŘÎè yłI-ŘY		tłłł2ŐŜyłú ădzYè dzōŜÎLJłŜŐÎŜyłłI-
a)	kończyną górną na poziomie barku	70
b)	kończyną górną na poziomie ramienia	65
c)	kończyną górną na poziomie łokcia lub przedramienia	60
d)	kończyną górną na poziomie nadgarstka	55
e)	kończyną dolną na poziomie stawu biodrowego	70
f)	kończyną dolną na poziomie uda	60
g)	kończyną dolną na poziomie kolana	50
h)	kończyną dolną na poziomie podudzia	45
i)	kończyną dolną na poziomie stawu skokowego	40
j)	kończyną dolną na poziomie śródstopia	30

/I-ŐŢ2øłúI- łłÎèŐÎyłI- dzúłłłI-úI-Y		tłłł2ŐŜyłú ădzYè dzōŜÎLJłŜŐÎŜyłłI-
k)	kciuka	15
l)	innego palca ręki	7 za każdy palec
m)	palucha	10
n)	innego palca stopy	3 za każdy palec

/I-ŐŢ2øłúI- dzúłłłI-úI-Y		tłłł2ŐŜyłú ădzYè dzōŜÎLJłŜŐÎŜyłłI-
o)	mowy	100
p)	wzroku w obu oczach	100
q)	wzroku w jednym oku	50
r)	słuchu w obu uszach	60
s)	słuchu w jednym uchu	30
t)	węchu	10

2. Wysokość świadczenia w przypadku inwalidztwa Współubezpieczonego ustalana jest na podstawie dokumentacji medycznej, w uzasadnionych rodzajem inwalidztwa przypadkach - po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji, nie później niż po 18 miesiącach licząc od daty nieszczęśliwego wypadku.
3. Jeżeli roszczenie z tytułu inwalidztwa dotyczy narządu, którego czynności były upośledzone przed nieszczęśliwym wypadkiem, Towarzystwo wypłaci określony w ust.1 procent sumy ubezpieczenia, pomniejszany o procent uszczerbku na zdrowiu wynikający z wcześniejszego upośledzenia czynności tego narządu.
4. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu umowy dodatkowej, wynikająca z objęcia ochroną ubezpieczeniową danej osoby, w związku z jednym nieszczęśliwym wypadkiem nie może przekroczyć kwoty świadczenia odpowiadającej 100% sumy ubezpieczenia.
5. Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania Współubezpieczonego na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza, w celu ustalenia prawa do świadczenia. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.
6. Świadczenie o którym mowa w ust.1, zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem i inwalidztwem Współubezpieczonego.

3 p óøèYI-E3I-yŜ Ř2łdzYŜyłúèú

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
2) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku,
3) dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy po wypadku oraz leczenia skutków wypadku, która będzie również potwierdzać zakończenie leczenia,
4) w przypadku inwalidztwa małżonka - dokumenty stwierdzające zawarcie małżeństwa,
5) w przypadku inwalidztwa partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku – oświadczenie o prowadzeniu wspólnego gospodarstwa domowego przez co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed datą wystąpienia zdarzenia,
6) dokument tożsamości Ubezpieczonego,
7) zgodę Współubezpieczonego na przetwarzanie danych osobowych.

IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 6 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 7 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie
dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek uszczerbku na zdrowiu Współubezpieczonego – małżonka lub partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu Współubezpieczonego – małżonka lub partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 4 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 4 OWDU.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU WSPÓŁUBEZPIECZONEGO – MAŁŻONKA LUB PARTNERA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu Współubezpieczonego – małżonka lub partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **uszczerbek na zdrowiu** - trwałe naruszenie sprawności narządu, powodujące upośledzenie czynności organizmu wskazane w „Tabeli procentowego uszczerbku na zdrowiu, powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku" będące następstwem nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ubezpieczenia,
   2) **Współubezpieczony** – małżonek lub partner Ubezpieczonego, którego zdrowie objęte jest zakresem umowy dodatkowej ubezpieczenia,
   3) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie uszczerbku na zdrowiu Współubezpieczonego.

II. ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (zakres ubezpieczenia)

Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.

III. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 4 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku uszczerbku na zdrowiu Współubezpieczonego powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w kwocie odpowiadającej takiemu procentowi sumy ubezpieczenia, w jakim został ustalony uszczerbek na zdrowiu zgodnie z „Tabelą procentowego uszczerbku na zdrowiu, powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku", zatwierdzoną przez Zarząd Towarzystwa i obowiązującą w dniu zawarcia niniejszej umowy dodatkowej, stanowiącą załącznik do niniejszych OWDU.
2. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu uszczerbku na zdrowiu ustalana jest na podstawie dokumentacji medycznej, w przypadkach uzasadnionych rodzajem uszczerbku - po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji, nie później niż po 18 miesiącach licząc od daty nieszczęśliwego wypadku.
3. W przypadku powstania uszczerbku w obrębie narządu, którego czynności były upośledzone przed nieszczęśliwym wypadkiem, ustalony procent uszczerbku na zdrowiu pomniejszany jest o procent uszczerbku na zdrowiu wynikający z wcześniejszego upośledzenia czynności tego narządu.
4. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu umowy dodatkowej, wynikająca z objęcia ochroną ubezpieczeniową Współubezpieczonego, w związku z jednym nieszczęśliwym wypadkiem nie może przekroczyć kwoty świadczenia odpowiadającej 100% uszczerbku na zdrowiu.
5. Przy ustalaniu procentu uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy, ani czynności wykonywanych przez Współubezpieczonego.
6. Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania Współubezpieczonego na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza, w celu ustalenia prawa do świadczenia. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.
7. Świadczenie o którym mowa w ust.1, zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem i uszczerbkiem na zdrowiu Współubezpieczonego.

§ 5 (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź ba formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
2) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku,
3) dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy po wypadku oraz leczenia skutków wypadku, która będzie również potwierdzać zakończenie leczenia,
4) w przypadku małżonka - aktualny odpis aktu małżeństwa,
5) w przypadku partnera - oświadczenie o prowadzeniu wspólnego gospodarstwa domowego przez co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed datą wystąpienia zdarzenia.
6) dokument tożsamości Ubezpieczonego,
7) zgodę Współubezpieczonego na przetwarzanie danych osobowych na formularzu Towarzystwa.

IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 6 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU

§ 7 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie
dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek
uszczerbku na zdrowiu Współubezpieczonego – małżonka lub partnera w następstwie
nieszczęśliwego wypadku przy pracy

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA
w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu Współubezpieczonego – małżonka lub partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 4 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 4 OWDU.

hDj[b9 ² !w¦bYL 5h5!¢Yh ² 9Dh Dw¦th ² 9Dh ¦.9½tL9/½9bL! b! ² ¸t!59Y¦{½/½9w.Y¦b!½5wh ² L¦ ² {tj_¦.9½tL9/½hb9Dhπa!_ÀhbY![¦.t!w¢b9w! ² b!{¢Bt{¢ ² L9 bL9{½/½B|[L ² 9Dh ² ¸t!5Y¦tw½¸ tw!/¸

L0 th{¢!bh ² L9bL! hDj[b9

3 M óLJ2ăúI-y2øIŜyIŇI- 2Ǝ5ŧfyŜú

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu Współubezpieczonego – małżonka lub partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

3 H óŘŜŧŇyŇÓźŜú

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **dzăÎŏÎŜŇōŜ] yI- ÎŘŇ2ø1dz** - trwałe naruszenie sprawności narządu, powodujące upośledzenie czynności organizmu wskazane w „Tabeli procentowego uszczerbku na zdrowiu, powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku" będące następstwem nieszczęśliwego wypadku przy pracy zaistniałego w okresie ubezpieczenia,
   2) **yŇŜăŇŏÎt'Îŧøè øèLJI-ŘŜ] LJŇÎè LJŇI-Ôè** π nieszczęśliwy wypadek (w znaczeniu nadanym w OWU), który nastąpił w związku z pracą:
      a) podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem przez Współubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych oraz w trakcie trwania podróży służbowej, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem Współubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań,
      b) podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem przez Współubezpieczonego czynności w interesie zakładu pracy, nawet bez polecenia,
      c) w czasie pozostawania Współubezpieczonego w dyspozycji zakładu pracy w drodze między siedzibą zakładu pracy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,
      d) przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające w zakładzie pracy organizacje zawodowe lub społeczne;
   3) **² ăLJ5ŇdzōŜÎLJŇŜŏÎ2yê** – małżonek lub partner Ubezpieczonego, którego zdrowie objęte jest zakresem umowy dodatkowej ubezpieczenia;
   4) **ÎŘI-ŇÎŜyŇŜ dzōŜÎLJŇŜŏÎŜyŇ2øŜ** – wystąpienie uszczerbku na zdrowiu Współubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy.

LL0 ½!Yw9{¦.9½tL9/½9bL!

3 O óÎI-]ŇŜă dzōŜÎLJŇŜŏÎŜyŇI-ú

Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.

LLL0 | ² L!5/½9bL9¦.9½tL9/½9bLh ² 9

3 π óÎøŇI-ŘŏÎŜyŇŜ dzōŜÎLJŇŜŏÎŜyŇ2øŜú

1. W przypadku uszczerbku na zdrowiu Współubezpieczonego powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy zaistniałego w okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w kwocie odpowiadającej takiemu procentowi sumy ubezpieczenia, w jakim został ustalony uszczerbek na zdrowiu zgodnie z „Tabelą procentowego uszczerbku na zdrowiu, powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku", zatwierdzoną przez Zarząd Towarzystwa i obowiązującą w dniu zawarcia niniejszej umowy dodatkowej, stanowiącą załącznik do niniejszych OWDU.
2. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu uszczerbku na zdrowiu ustalana jest na podstawie dokumentacji medycznej, w przypadkach uzasadnionych rodzajem uszczerbku - po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji, nie później niż po 18 miesiącach licząc od daty nieszczęśliwego wypadku.
3. W przypadku powstania uszczerbku w obrębie narządu, którego czynności były upośledzone przed nieszczęśliwym wypadkiem, ustalony procent uszczerbku na zdrowiu pomniejszany jest o procent uszczerbku na zdrowiu wynikający z wcześniejszego upośledzenia czynności tego narządu.
4. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu umowy dodatkowej, wynikająca z objęcia ochroną ubezpieczeniową Współubezpieczonego, w związku z jednym nieszczęśliwym wypadkiem nie może przekroczyć kwoty świadczenia ubezpieczeniowego odpowiadającej 100% uszczerbku na zdrowiu.
5. Przy ustalaniu procentu uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy, ani czynności wykonywanych przez Współubezpieczonego.
6. Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania Współubezpieczonego na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza, w celu ustalenia prawa do świadczenia ubezpieczeniowego. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.
7. Świadczenie o którym mowa w ust.1, zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy i uszczerbkiem na zdrowiu Współubezpieczonego.

3 p óøèYI-ƎI-yŜ Ř2]dzYŜyŕúèú

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie zgodnie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
2) protokół powypadkowy sporządzony zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, dotyczącymi świadczeń z tytułu wypadków przy pracy.
3) dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy po wypadku oraz leczenia skutków wypadku, która będzie również potwierdzać zakończenie leczenia,
4) w przypadku uszczerbku na zdrowiu małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku - skrócony odpisu aktu małżeństwa,
5) w przypadku uszczerbku na zdrowiu partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy – oświadczenie o prowadzeniu wspólnego gospodarstwa domowego przez co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed datą wystąpienia zdarzenia.
6) dokument tożsamości Ubezpieczonego,

7) zgodę Współubezpieczonego na przetwarzanie danych osobowych na formularzu Towarzystwa.

IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 6 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 7 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie

dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek uszczerbku na zdrowiu Współubezpieczonego – małżonka lub partnera w następstwie wypadku komunikacyjnego

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu Współubezpieczonego – małżonka lub partnera w następstwie wypadku komunikacyjnego (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SAw dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 4 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 4 OWDU.

hDj[b9 ² !w¦bYL 5h5!¢Yh ² 9Dh Dw¦th ² 9Dh¦.9½tL9/½9bL! b! ² ¸t!59Y¦{½/½9w.Y¦b!½5wh ² L¦ ²{tj_¦.9½tL9/½hb9Dhπa!_ÀhbY![¦.t!w¢b9w! ² b!{¢Bt{¢ ² L9 ² ¸t!5Y¦Yha¦bLY!/¸Wb9Dh

L0 th{¢!bh ² L9bL! hDj[b9

ƷMóLJ2ăŭI-y2ø1ŜyΛI-2Ƹ5ƭyŜú

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu Współubezpieczonego - małżonka lub partnera w następstwie wypadku komunikacyjnego, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

ƷHóŘŜƭyΛÖ2Ŝú

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) dzăÎÖÎŜWõŜ] yI- ÎŘW2ø1dz - trwałe naruszenie sprawności narządu, powodujące upośledzenie czynności organizmu wskazane w „Tabeli procentowego uszczerbku na zdrowiu, powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku" będące następstwem nieszczęśliwego wypadku przy pracy zaistniałego w okresie ubezpieczenia,
   2) øèLJI-ŘŜ]]2Ydzy1]I-Öè2yê ς nieszczęśliwy wypadek (w znaczeniu nadanym w OWU) w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Współubezpieczony jako:
      a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym, motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem morskim, promem lub pasażerskim statkiem powietrznym,
      b) rowerzysta,
      c) pieszy.
   3) ² ăLJ5ŭdzõŜÎLJ1ŜÖÎ2yê – małżonek lub partner Ubezpieczonego, którego zdrowie objęte jest zakresem umowy dodatkowej ubezpieczenia;
   4) ÎŘI-WÎŜyΛŜ dzõŜÎLJ1ŜÖÎŜyΛ2øŜ – wystąpienie uszczerbku na zdrowiu Współubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego.

LL0 ½!Yw9{¦.9½tL9/½9bL!

ƳóÎI-]WŜă dzõŜÎLJ1ŜÖÎŜyΛI-ú

Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.

LLL0 | ² L!5/½9bL9¦.9½tL9/½9bLh ² 9

Ƴnółø1I-ŘÖÎŜyΛŜ dzõŜÎLJ1ŜÖÎŜyΛ2øŜú

1. W przypadku uszczerbku na zdrowiu Współubezpieczonego powstałego w następstwie wypadku komunikacyjnego zaistniałego w okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w kwocie odpowiadającej takiemu procentowi sumy ubezpieczenia, w jakim został ustalony uszczerbek na zdrowiu zgodnie z „Tabelą procentowego uszczerbku na zdrowiu, powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku", zatwierdzoną przez Zarząd Towarzystwa i obowiązującą w dniu zawarcia niniejszej umowy dodatkowej, stanowiącą załącznik do niniejszych OWDU.
2. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu uszczerbku na zdrowiu ustalana jest na podstawie dokumentacji medycznej, w przypadkach uzasadnionych rodzajem uszczerbku - po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji, nie później niż po 18 miesiącach licząc od daty wypadku komunikacyjnego.
3. W przypadku powstania uszczerbku w obrębie narządu, którego czynności były upośledzone przed wypadkiem komunikacyjnym, ustalony procent uszczerbku na zdrowiu pomniejszany jest o procent uszczerbku na zdrowiu wynikający z wcześniejszego upośledzenia czynności tego narządu.
4. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu umowy dodatkowej, wynikająca z objęcia ochroną ubezpieczeniową Współubezpieczonego, w związku z jednym wypadkiem komunikacyjnym nie może przekroczyć kwoty świadczenia ubezpieczeniowego odpowiadającej 100% uszczerbku na zdrowiu.
5. Przy ustalaniu procentu uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy, ani czynności wykonywanych przez Współubezpieczonego.
6. Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania Współubezpieczonego na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza, w celu ustalenia prawa do świadczenia ubezpieczeniowego. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.
7. Świadczenie o którym mowa w ust.1, zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym i uszczerbkiem na zdrowiu Współubezpieczonego.

Ƴpóøè YI-ƸI-yŜ Ř2]dzYŜyúèú

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
2) dokumentację dotyczącą wypadku komunikacyjnego,
3) dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy po wypadku oraz leczenia skutków wypadku, która będzie również potwierdzać zakończenie leczenia,
4) w przypadku uszczerbku na zdrowiu małżonka w następstwie wypadku komunikacyjnego - skrócony odpis aktu małżeństwa,
5) w przypadku uszczerbku na zdrowiu partnera w następstwie wypadku komunikacyjnego – oświadczenie o prowadzeniu wspólnego gospodarstwa domowego przez co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed datą wystąpienia zdarzenia.
6) dokument tożsamości Ubezpieczonego,
7) zgodę Współubezpieczonego na przetwarzanie danych osobowych na formularzu Towarzystwa.

IV. th{¢!bh ² L9bL! Yhc/h ² 9

Ƴcółj1ÎŜLJ1ăèú

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 7 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie
dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek
uszczerbku na zdrowiu Współubezpieczonego – małżonka lub partnera w następstwie
nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu Współubezpieczonego –małżonka lub partnera w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 4 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 4 OWDU.

hDj[b9 ² !w¦bYL 5h5!¢Yh ² 9Dh Dw¦th ² 9Dh ¦.9½tL9/½9bL! b! ² ¸t!59Y¦{½/½9w.Y¦b!½5wh ² L¦ ²{tj_¦.9½tL9/½hb9Dhç a!_ÀhbY![¦.t!w¢b9w! ² b!{¢Bt{¢ ² L9 ² ¸t!5Y¦Yha¦bLY!/¸Wb9Dh tw½¸tw!/¸

L0 th{¢!bh ² L9bL! hDj[b9

ƷM óLJ2ăúI-y2ó!Ŝy!I- 2Ƶ5fyŜú

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu Współubezpieczonego – małżonka lub partnera w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

ƷH óŘŜŤłyłÔźŜú

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **dzăÎŏÎŜŴōŜ] yI- ÎŘŃ2ó!dz** - trwałe naruszenie sprawności narządu, powodujące upośledzenie czynności organizmu wskazane w „Tabeli procentowego uszczerbku na zdrowiu, powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku" będące następstwem wypadku komunikacyjnego zaistniałego w okresie ubezpieczenia,
   2) **yłŜăÎŏÎt'Ît'łó!è ó!èLJI-ŘŜ] LJŃÎè LJŃI-Ôè ç** nieszczęśliwy wypadek (w znaczeniu nadanym w OWU), który nastąpił w związku z pracą:
      a) podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem przez Współubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych oraz a trakcie trwania podróży służbowej, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem Współubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań,
      b) podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem przez Współubezpieczonego czynności w interesie zakładu pracy, nawet bez polecenia,
      c) w czasie pozostawania Współubezpieczonego w dyspozycji zakładu pracy w drodze między siedzibą zakładu pracy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,
      d) przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające w zakładzie pracy organizacje zawodowe lub społeczne,
   3) **ó!èLJI-ŘŜ]]2Ydzy!]I-Ôè¿yê LJŃÎè LJŃI-Ôè ç** nieszczęśliwy wypadek przy pracy w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Współubezpieczony jako:
      a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym, motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem morskim, promem lub pasażerskim statkiem powietrznym,
      b) rowerzysta,
      c) pieszy.
   4) **ÎŘI-ŃÎŜyłŜ dzōŜÎLJłŜŏÎŜy!2ó!Ŝ** – wystąpienie uszczerbku na zdrowiu Współubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy.

LL0 ½!Yw9{¦.9½tL9/½9bL!

Ƴo óÎI-]ŃŜă dzōŜÎLJłŜŏÎŜy!I-ú

Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.

LLL0 | ² L!5/½9bL9¦.9½tL9/½9bLh ² 9

Ƴn óŤó!I-ŘŏÎŜyłŜ dzōŜÎLJłŜŏÎŜy!2ó!Ŝú

1. W przypadku uszczerbku na zdrowiu Współubezpieczonego powstałego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy zaistniałego w okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w kwocie odpowiadającej takiemu procentowi sumy ubezpieczenia, w jakim został ustalony uszczerbek na zdrowiu zgodnie z „Tabelą procentowego uszczerbku na zdrowiu, powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku", zatwierdzoną przez Zarząd Towarzystwa i obowiązującą w dniu zawarcia niniejszej umowy dodatkowej, stanowiącą załącznik do niniejszych OWDU.
2. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu uszczerbku na zdrowiu ustalana jest na podstawie dokumentacji medycznej, w przypadkach uzasadnionych rodzajem uszczerbku - po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji, nie później niż po 18 miesiącach licząc od daty wypadku komunikacyjnego przy pracy.
3. W przypadku powstania uszczerbku w obrębie narządu, którego czynności były upośledzone przed wypadkiem komunikacyjnym przy pracy, ustalony procent uszczerbku na zdrowiu pomniejszany jest o procent uszczerbku na zdrowiu wynikający z wcześniejszego upośledzenia czynności tego narządu.
4. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu umowy dodatkowej, wynikająca z objęcia ochroną ubezpieczeniową Współubezpieczonego, w związku z jednym wypadkiem komunikacyjnym przy pracy nie może przekroczyć kwoty świadczenia ubezpieczeniowego odpowiadającej 100% uszczerbku na zdrowiu.
5. Przy ustalaniu procentu uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy, ani czynności wykonywanych przez Współubezpieczonego.
6. Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania Współubezpieczonego na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza, w celu ustalenia prawa do świadczenia ubezpieczeniowego. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.
7. Świadczenie o którym mowa w ust.1, zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym przy pracy i uszczerbkiem na zdrowiu Współubezpieczonego.

Ƴp óó!èYI-ƎI-yŜ Ř2]dzYŜyúèú

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
2) protokół powypadkowy sporządzony zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa,
3) dokumentację dotyczącą wypadku komunikacyjnego,
4) dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy po wypadku oraz leczenia skutków wypadku, która będzie również potwierdzać zakończenie leczenia,
5) w przypadku uszczerbku na zdrowiu małżonka w następstwie wypadku komunikacyjnego - aktualny odpis aktu małżeństwa,
6) w przypadku uszczerbku na zdrowiu partnera w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy – oświadczenie o prowadzeniu wspólnego gospodarstwa domowego przez co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed datą wystąpienia zdarzenia,
7) dokument tożsamości Ubezpieczonego,
8) zgodę Współubezpieczonego na przetwarzanie danych osobowych na formularzu Towarzystwa.

L±0 th{¢!bh ² L9bL! Yhc/h ² 9

Ƴc óLJłÎŜLJłăèú

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 7 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie
dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek
uszczerbku na zdrowiu Współubezpieczonego – małżonka lub partnera w następstwie
zawału serca lub udaru mózgu

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia na Życie Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu Współubezpieczonego – małżonka lub partnera w następstwie zawału serca lub udaru mózgu (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 4 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 4 OWDU.

hDj[b9 ² !w¦bYL 5h5!¢Yh ² 9Dh Dw¦th ² 9Dh¦.9½tL9/½9bL! b! ² ¸t!59Y¦{½/½9w.Y¦b!½5wh ² L¦ ²{tj_¦.9½tL9/½hb¸/I ç a!_ÀhbY![¦.t!w¢b9w! ² b!{¢Bt{¢ ² L9½! ² !_¦{9w/![¦.¦5!w¦ a j½D¦

L0 th{¢!bh ² L9bL! hDj[b9

ƷM óLJ2ăúI-y2øłŜyłI- 2Ƶ5łyŜú

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu Współubezpieczonego – małżonka lub partnera w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

ƷH óŘŜŤłyłÕźŜú

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) ŦŃI-ŀÕźI- øèŃÎdzú2øI- łŜøŜź ŀ2Y2Ńè ó9Cú - ilość krwi wypływająca z lewej komory do układu krążenia podczas skurczu serca. Frakcja wyrzutowa jest zwykle wyrażana w procentach jako stosunek objętości krwi wypływającej w czasie skurczu z lewej komory do całkowitej objętości lewej komory. Frakcja wyrzutowa określa zdolność serca do skurczu i jest wykładnikiem wydolności serca. W przypadku choroby serca prowadzącej do jego niewydolności, frakcja wyrzutowa wynosi zwykle poniżej 50%,
   2) dzŘI-Ń YsÎƵdz - nagłe, w efekcie trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzonych badaniem lekarskim; z zakresu ubezpieczenia wyłączone są: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego oraz udar nie pozostawiający trwałego ubytku funkcji ośrodkowego układu nerwowego; rozpoznanie trwałego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego winno być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej jednak niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów,
   3) dzăÎŏÎŜŃõŜŀ yI- ÎŘŃ2øłdz - trwałe naruszenie sprawności narządu, powodujące upośledzenie czynności organizmu określone w Tabeli Uszczerbków powstałe bezpośrednio w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, który wystąpił w okresie ubezpieczenia,
   4) ² ăLJƵdzõŜÎLJłŜŏÎ2yê – małżonek lub partner Ubezpieczonego, którego zdrowie objęte jest zakresem umowy dodatkowej ubezpieczenia;
   5) ÎI-øI-ŭ ăŜŃÕI- - ostre niedokrwienie mięśnia sercowego, przy dowodach na obecność martwicy mięśnia sercowego, czyli:
      a) wykryciu wzrostu i/lub spadku biomarkera sercowego (najlepiej troponiny sercowej) powyżej górnej granicy normy oraz jednego z następujących:
         – objawów niedokrwienia,
         – zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) typowych dla nowo powstałego niedokrwienia,
         – nowych odcinkowych zaburzeń kurczliwości uwidocznionych w badaniach obrazowych,
      b) wzroście wartości troponiny sercowej po angioplastyce wieńcowej (przekraczającym 5-krotnie górną granicę normy przy prawidłowych wartościach wyjściowych lub wzrost wartości troponiny sercowej o 20% przy jej wyjściowym podwyższeniu) przy występujących dodatkowo:
         – objawach niedokrwienia lub
         – zmianach w EKG lub
         – nowych odcinkowych zaburzeniach kurczliwości lub
         – uwidocznieniu obrazów angiograficznych zgodnych z powikłaniami zabiegu,
      c) stwierdzeniu zakrzepicy w stencie podczas koronarografii w przypadku niedokrwienia mięśnia sercowego ze wzrostem i/lub spadkiem biomarkera sercowego powyżej górnej granicy normy,
      d) wzroście wartości troponiny sercowej w związku z pomostowaniem tętnic wieńcowych - CABG (przekraczającym 10-krotnie górną granicę normy przy prawidłowych wartościach wyjściowych) przy występujących dodatkowo:
         – nowych zmianach w EKG lub
         – nowych odcinkowych zaburzeniach kurczliwości lub
         – uwidocznieniu w obrazach angiograficznych nowego zamknięcia pomostu lub natywnej tętnicy wieńcowej.
   6) ÎŘI-ŃÎŜyłŜ dzõŜÎLJłŜŏÎŜyłł2øŜ – wystąpienie uszczerbku na zdrowiu Współubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu.

LL0 ½!Yw9{¦.9½tL9/½9bL!

Ƴo óÎI-łŃŜă dzõŜÎLJłŜŏÎŜyłI-ú

Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.

LLL0 | ² L!5/½9bL9¦.9½tL9/½9bLh ² 9

Ƴn óŤøłI-ŘŏÎŜyłŜ dzõŜÎLJłŜŏÎŜył2øŜú

1. W przypadku uszczerbku na zdrowiu Współubezpieczonego powstałego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu zaistniałego w okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w kwocie odpowiadającej takiemu procentowi sumy ubezpieczenia, w jakim został ustalony uszczerbek na podstawie poniższej Tabeli uszczerbków:

¦ăÎŏÎŜŃõŜŀ ø yI-ăúťLJăúøłŜ ÎI-øI-ŭdz ăŜŃÕI-	tŃ2ŏŜyú dzăÎŏÎŜŃõŀdz
1) Uszkodzenie z wydolnym układem krążenia	10
2) Uszkodzenie z cechami wyrównanej (tzn. bezobjawowej), udokumentowanej niewydolności serca (EF > 50%)	20
3) Uszkodzenie z cechami łagodnej, udokumentowanej niewydolności serca (EF 46 - 50%)	30
4) Uszkodzenie z cechami umiarkowanej, udokumentowanej niewydolności serca (EF 36 - 45%)	50
5) Uszkodzenie z cechami ciężkiej, udokumentowanej niewydolności serca (EF 35 - 15%)	75

6) Uszkodzenie z cechami bardzo ciężkiej, udokumentowanej niewydolności serca (EF < 15%)	100

Uszczerbek w następstwie udaru mózgu	Procent uszczerbku
A. Porażenia i niedowłady	
1) Udokumentowane porażenie połowicze lub porażenie kończyn dolnych	100
2) Udokumentowany głęboki niedowład połowiczy lub niedowład obu kończyn dolnych z udokumentowanym znacznym ograniczeniem sprawności ruchowej	80
3) Udokumentowany umiarkowany niedowład połowiczy lub niedowład obu kończyn dolnych bez udokumentowanego znacznego ograniczenia sprawności ruchowej	60
4) Udokumentowane porażenie kończyny górnej lub dolnej	40
5) Udokumentowany niedowład kończyny górnej lub dolnej	30
B. Zaburzenia mowy	
1) Udokumentowana całkowita afazja mieszana (czuciowa i ruchowa), tzn. całkowita lub prawie całkowita niezdolność mówienia	100
2) Udokumentowana afazja mieszana (czuciowa i ruchowa)	60
3) Udokumentowana afazja czuciowa lub ruchowa	40

2. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu uszczerbku na zdrowiu ustalana jest na podstawie dokumentacji medycznej, w przypadkach uzasadnionych rodzajem uszczerbku - po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji, nie później niż po 6 miesiącach licząc od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
3. W przypadku powstania uszczerbku w obrębie narządu, którego czynności były upośledzone przed zawałem serca lub udarem mózgu, ustalony procent uszczerbku na zdrowiu pomniejszany jest o procent uszczerbku na zdrowiu wynikający z wcześniejszego upośledzenia czynności tego narządu.
4. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu umowy dodatkowej, wynikająca z objęcia ochroną ubezpieczeniową Współubezpieczonego, w związku z jednym zawałem serca lub udarem mózgu nie może przekroczyć kwoty świadczenia ubezpieczeniowego odpowiadającej 100% uszczerbku na zdrowiu.
5. Przy ustalaniu procentu uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy, ani czynności wykonywanych przez Współubezpieczonego.
6. Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania Współubezpieczonego na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza, w celu ustalenia prawa do świadczenia ubezpieczeniowego. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.
7. Świadczenie o którym mowa w ust.1, zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu i uszczerbkiem na zdrowiu Współubezpieczonego.

§ 5 (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo,
2) dokumentację medyczną potwierdzająca wystąpienie zawału serca lub udaru mózgu oraz leczenia jego skutków, która będzie również potwierdzać zakończenie leczenia,
3) w przypadku uszczerbku na zdrowiu małżonka w następstwie zawału serca lub udaru mózgu - aktualny odpis aktu małżeństwa,
4) w przypadku uszczerbku na zdrowiu partnera w następstwie zawału serca lub udaru mózgu – oświadczenie o prowadzeniu wspólnego gospodarstwa domowego przez co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed datą wystąpienia zdarzenia,
5) dokument tożsamości Ubezpieczonego,
6) zgodę Współubezpieczonego na przetwarzanie danych osobowych na formularzu Towarzystwa.

IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 6 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 7 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie

dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek pobytu Współubezpieczonego – małżonka lub partnera w szpitalu

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek pobytu Współubezpieczonych – małżonka lub partnera w szpitalu (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 6 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 2 OWDU, § 4 OWDU, § 5 OWDU.

hDj[b9 ² !w¦bYL 5h5!¢Yh ² 9Dh Dw¦th ² 9Dh ¦.9½tL9/½9bL! b! ² ¸t!59Y th.¸¢¦ ²{tj_¦.9½tL9/½hb¸/I ç a!_ÀhbY!Lt!w¢b9w! ²{½tL¢![¦

L0 th{¢!bh ² L9bL! hDj[b9

3 M óLJ2ăúI-y2øłŜyłI- 2Ǝ5łyŜú

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek pobytu Współubezpieczonych - małżonka lub partnera w szpitalu, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

3 H óŘŜŤłyłÓźŜú

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
3. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **ŎK2łł2ŏI-** - stwierdzona przez lekarza po raz pierwszy w okresie ochrony ubezpieczeniowej reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju Współubezpieczonego,
   2) **ŎłłŋŏI- øěă2ŋłŜƎ2 łěÎěŋI-** - ciąża, której dalsze trwanie, zgodnie z opinią lekarską, może zagrażać życiu matki lub płodu,
   3) **2ŏłłI-ŏŜyłI- ŎłI-ŋI-** - uszkodzenie narządów lub układów narządów Współubezpieczonego, powstałe bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa,
   4) **hŘŘÎłI-ŋ LyúŜyãèøyŜ2 hLJłŜŋł a ŜŘèŏÎyŜ2 к hŘŘÎłI-ŋ LyúŜyãèøyŜ2 ¢ŜłłI-LJłł óhLha кhL¢ú** - wydzielony, specjalistyczny oddział szpitalny, przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru; za OIOM/OIT uznaje się również Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK), Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK), Oddział Intensywnej Opieki Neurologicznej (OION) oraz Oddział Intensywnego Nadzoru Neurologicznego (OINN). Za OIOM/OIT uważa się także wydzielone sale intensywnego nadzoru znajdujące się w obrębie odpowiednich oddziałów specjalistycznych, w których przy wykorzystaniu specjalistycznego sprzętu do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych odbywa się leczenie ciężkich stanów chorobowych bezpośrednio zagrażających życiu,
   5) **hŘŘÎłI-ŋ LyúŜyãèøyŜ2 hLJłŜŋł YI-łłŘłł2f2ƎłŎÎyŜ2 óhLhYúł hŘŘÎłI-ŋ LyúŜyãèøyŜƎ2 bI-ŘÎ2łłdz YI-łłŘłł2f2ƎłŎÎyŜƎ2 óhLbYú** - wydzielony, specjalistyczny pododdział szpitalny, funkcjonujący w obrębie oddziału kardiologicznego, kliniki kardiologicznej lub oddziału internistycznego o profilu kardiologicznym, przeznaczony do leczenia chorych wymagających stałego nadzoru i ciągłego monitorowania czynności życiowych wyłącznie z nagłych wskazań kardiologicznych,
   6) **hŘŘÎłI-ŋ LyúŜyãèøyŜ2 hLJłŜŋł bŜdzłł2f2ƎłŎÎyŜ2 óhLhbúł hŘŘÎłI-ŋ LyúŜyãèøyŜƎ2 bI-ŘÎ2łłdz bŜdzłł2f2ƎłŎÎyŜƎ2 óhLbbú** - wydzielony, specjalistyczny pododdział szpitalny, funkcjonujący w obrębie oddziału neurologicznego, kliniki neurologicznej, przeznaczony do leczenia chorych wymagających stałego nadzoru i ciągłego monitorowania czynności życiowych wyłącznie z nagłych wskazań neurologicznych,
   7) **LJ2ŏèú ø ăÎLJłÚI-fdz** - potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu, trwający nieprzerwanie dłużej niż:
      a) 3 dni w przypadku pobytu w szpitalu w celu leczenia choroby,
      b) 9 dni od dnia porodu - w przypadkach pobytu związanego z porodem i mającego na celu leczenie choroby, będącej skutkiem powikłań poporodowych,
      c) 15 dni w przypadku pobytu w szpitalu związanego z ciążą wysokiego ryzyka,

      przy czym do okresu pobytu w szpitalu zaliczane są w całości: dzień, w którym Współubezpieczony został przyjęta do szpitala oraz dzień, w którym Współubezpieczony został wypisania ze szpitala,
   8) **łŜ]2yøI-fŜăŏŜyŎ2I-** - okres następujący bezpośrednio po zakończeniu okresu pobytu w szpitalu, służący powrotowi do zdrowia Współubezpieczonego,
   9) **ăI-yI-ú2łłdzY** - znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, zakład lecznictwa zorganizowany w miejscowości uzdrowiskowej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostrzeniom, za pobyt w sanatorium uznaje się również pobyt w szpitalu rehabilitacyjnym, na oddziale rehabilitacyjnym lub w ośrodku rehabilitacji,
   10) **ăÎLJłÚI-f** - działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa kraju, na terenie którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się: poradni przyszpitalnej, ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala rehabilitacyjnego, oddziału rehabilitacyjnego oraz ośrodka rehabilitacji,
   11) **² ăLJƎdzŏŜÎLJłŜŎÎ2yè** – małżonek lub partner Ubezpieczonego, którego zdrowie objęte jest zakresem umowy dodatkowej ubezpieczenia;
   12) **ÎŘI-łłÎŜyłŜ dzŏŜÎLJłŜŎÎŜyłł2øŜ** – pobyt Współubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

LL0 tw½95aLh¢L½!Yw9{¦.9½tL9/½9bL!

3 o óÎI-łłŜă dzŏŜÎLJłŜŎÎŜyłł-ú

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę świadczenia w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Za opłatą dodatkowej składki zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:
   1) pobyt na OIOM/OIT, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,
   2) rekonwalescencję, pod warunkiem, że rekonwalescencja pozostaje w bezpośrednim związku z pobytem w szpitalu, w związku z którym należne jest świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu umowy dodatkowej, o ile pobyt w szpitalu trwał nieprzerwanie co najmniej 15 dni,
   3) pobyt w sanatorium, pod warunkiem, że pobyt w sanatorium pozostaje w bezpośrednim związku z pobytem w szpitalu, w związku z którym należne jest świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu umowy dodatkowej, o ile pobyt w sanatorium potwierdzony został dokumentacją medyczną.

LLL0 hDw!bL/½9bL!L ² ¸_+/½9bL! h5th ² L95½L![bh|/L

3 n ó 2ƎłłI-yłŎÎŜyłł- 2ŘLJ2øłŜŘÎłI-fy2ĬŎłú

1. Wysokość łącznych świadczeń z tytułu pobytu (pobytów) Współubezpieczonego w szpitalu rozpoczętego (rozpoczętych) w danym roku polisowym nie może przekroczyć równowartości kwoty odpowiadającej świadczeniu ubezpieczeniowemu wypłaconemu za 180 dni pobytu w szpitalu, bez względu na liczbę pobytów w szpitalu rozpoczętych w danym roku polisowym.
2. Każde ze świadczeń, wymienionych w § 5 ust. 5 może zostać wypłacone tylko jeden raz na jeden pobytu w szpitalu Współubezpieczonego.

§ 5 (wyłączenia odpowiedzialności)

Oprócz wyłączeń odpowiedzialności wynikających z § 7 OWU, świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone, jeżeli celem pobytu w szpitalu jest:

1) leczenie lub poddanie się przez Współubezpieczonego zabiegowi pozostającemu w związku z ciążą, porodem lub połogiem (z zastrzeżeniem pobytu w szpitalu związanego z ciążą wysokiego ryzyka oraz pobytu w szpitalu związanego z porodem i mającego na celu leczenie choroby, będącej skutkiem powikłań poporodowych),
2) poddanie się operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu Współubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej,
3) wykonanie rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie jest choroba lub obrażenia ciała Współubezpieczonego,
4) wykonanie zabiegów rehabilitacyjnych,
5) leczenie zaburzeń psychicznych,
6) leczenie choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV,
7) leczenie wad wrodzonych,
8) leczenie zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu lub środków odurzających, z wyłączeniem przypadków ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 6 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku pobytu Współubezpieczonego w szpitalu, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe równe:
   a) 0,6% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu,
   b) 0,5% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za 15 i każdy kolejny dzień pobytu w szpitalu z zastrzeżeniem § 4 ust. 1.
2. W przypadku pobytu Współubezpieczonego na OIOM/OIT, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w Tabeli świadczeń wymienionej w ust. 5, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.
3. W przypadku rekonwalescencji Współubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w Tabeli świadczeń wymienionej w ust. 5, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.
4. W przypadku pobytu Współubezpieczonego w sanatorium, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w Tabeli świadczeń wymienionej w ust. 5, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.
5. Tabela świadczeń:

Rodzaj świadczenia	Wysokość świadczenia
pobyt na OIOM/OIT	500 zł
rekonwalescencja	250 zł
pobyt w sanatorium	500 zł

6. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest po zakończeniu pobytu Współubezpieczonego w szpitalu, po zakończeniu pobytu w sanatorium lub po zakończeniu rekonwalescencji.
7. W przypadku pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 30 dni, na wniosek Ubezpieczonego Towarzystwo może wypłacić część świadczenia ubezpieczeniowego przed zakończeniem tego pobytu.
8. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania Współubezpieczonego na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza, w celu ustalenia prawa do świadczenia ubezpieczeniowego. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.

§ 7 (wymagane dokumenty)

1. Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
   1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
   2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub kartę wypisową ze szpitala, wydaną przez lekarza prowadzącego (w przypadku pobytu na OIOM/OIT, również kartę wypisową z OIOM/OIT),
   3) w przypadku rekonwalescencji – zwolnienie lekarskie wydane przez szpital, albo zaświadczenie wydane przez pracodawcę o pobieranym zasiłku chorobowym w związku z pobytem Współubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim wydanym przez szpital,
   4) w przypadku pobytu w sanatorium - skierowanie Współubezpieczonego do sanatorium, wydane przez szpital lub lekarza prowadzącego oraz kartę informacyjną pobytu w sanatorium,
   5) w przypadku pobytu w szpitalu małżonka - aktualny skróconego odpisu aktu małżeństwa,
   6) w przypadku pobytu w szpitalu partnera – oświadczenie o prowadzeniu wspólnego gospodarstwa domowego przez co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed datą wystąpienia zdarzenia,
   7) dokument tożsamości Ubezpieczonego,
   8) zgodę Współubezpieczonego na przetwarzanie danych osobowych na formularzu Towarzystwa.
2. W przypadku pobytu w szpitalu lub pobytu na OIOM/OIT na terytorium kraju innego niż Rzeczpospolita Polska, Ubezpieczony winien przedłożyć dokumenty, o których mowa w ust.1 pkt 2) - 4) przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 9 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie

dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek pobytu Współubezpieczonego – małżonka lub partnera w szpitalu z powodu epidemii

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Zycie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek pobytu Współubezpieczonego – małżonka lub partnera w szpitalu z powodu epidemii (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 5 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 6 OWU, § 2 OWDU, § 3 OWDU, § 4 OWDU.

SALTUS UBEZPIECZENIA

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU WSPÓŁUBEZPIECZONEGO – MAŁŻONKA LUB PARTNERA W SZPITALU Z POWODU EPIDEMII

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek pobytu Współubezpieczonego – małżonka lub partnera w szpitalu z powodu epidemii, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **choroba** – choroba infekcyjna, która wystąpiła po raz pierwszy w okresie ochrony ubezpieczeniowej o przebiegu ostrym, spowodowana zakażeniem wirusem, z powodu którego władze państwowe ogłosiły stan epidemii lub zagrożenia epidemią. Warunkiem stwierdzenia wystąpienia choroby jest potwierdzenie obecności wirusa w teście diagnostycznym,
   2) **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej / Oddział Intensywnej Terapii (OIOM/OIT)** - wydzielony, specjalistyczny oddział szpitalny, przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru; za OIOM/OIT uznaje się również Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK), Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK), Oddział Intensywnej Opieki Neurologicznej (OION) oraz Oddział Intensywnego Nadzoru Neurologicznego (OINN). Za OIOM/OIT uważa się także wydzielone sale intensywnego nadzoru znajdujące się w obrębie odpowiednich oddziałów specjalistycznych, w których przy wykorzystaniu specjalistycznego sprzętu do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych odbywa się leczenie ciężkich stanów chorobowych bezpośrednio zagrażających życiu,
   3) **Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK), Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK)** - wydzielony, specjalistyczny pododdział szpitalny, funkcjonujący w obrębie oddziału kardiologicznego, kliniki kardiologicznej lub oddziału internistycznego o profilu kardiologicznym, przeznaczony do leczenia chorych wymagających stałego nadzoru i ciągłego monitorowania czynności życiowych wyłącznie z nagłych wskazań kardiologicznych,
   4) **Oddział Intensywnej Opieki Neurologicznej (OION), Oddział Intensywnego Nadzoru Neurologicznego (OINN)** - wydzielony, specjalistyczny pododdział szpitalny, funkcjonujący w obrębie oddziału neurologicznego, kliniki neurologicznej, przeznaczony do leczenia chorych wymagających stałego nadzoru i ciągłego monitorowania czynności życiowych wyłącznie z nagłych wskazań neurologicznych,
   5) **pobyt w szpitalu** - potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu spowodowany chorobą, trwający nieprzerwanie co najmniej 2 dni, przy czym do okresu pobytu w szpitalu zaliczane są w całości: dzień, w którym Współubezpieczony został przyjęty do szpitala oraz dzień, w którym Współubezpieczony został wypisany ze szpitala;
   6) **rekonwalescencja** - okres następujący bezpośrednio po zakończeniu okresu pobytu w szpitalu, służący powrotowi do zdrowia Współubezpieczonego,
   7) **sanatorium** - znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, zakład lecznictwa zorganizowany w miejscowości uzdrowiskowej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostrzeniom, za pobyt w sanatorium uznaje się również pobyt w szpitalu rehabilitacyjnym, na oddziale rehabilitacyjnym lub w ośrodku rehabilitacji,
   8) **szpital** - działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa kraju, na terenie którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się: poradni przyszpitalnej, ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala rehabilitacyjnego, oddziału rehabilitacyjnego oraz ośrodka rehabilitacji,
   9) **Współubezpieczony** – małżonek lub partner Ubezpieczonego, którego zdrowie objęte jest zakresem umowy dodatkowej ubezpieczenia,
   10) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – pobyt Współubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

II. ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (zakres ubezpieczenia)

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Za opłatą dodatkowej składki zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:
   1) pobyt na OIOM/OIT, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, pod warunkiem, że pobyt na OIOM/OIT pozostaje w bezpośrednim związku z leczeniem choroby,
   2) rekonwalescencję, pod warunkiem, że rekonwalescencja pozostaje w bezpośrednim związku z pobytem w szpitalu, w związku z którym należne jest świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu umowy dodatkowej, o ile pobyt w szpitalu trwał nieprzerwanie co najmniej 15 dni,
   3) pobyt w sanatorium, pod warunkiem, że pobyt w sanatorium pozostaje w bezpośrednim związku z pobytem w szpitalu, w związku z którym należne jest świadczenie z tytułu umowy dodatkowej, o ile pobyt w sanatorium potwierdzony został dokumentacją medyczną.

III. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4 (ograniczenia odpowiedzialności)

1. Wysokość łącznych świadczeń z tytułu pobytu (pobytów) Współubezpieczonego w szpitalu rozpoczętego (rozpoczętych) w danym roku polisowym nie może przekroczyć równowartości kwoty odpowiadającej świadczeniu ubezpieczeniowemu wypłaconemu za 180 dni pobytu w szpitalu, bez względu na liczbę pobytów w szpitalu rozpoczętych w danym roku polisowym.
2. Każde ze świadczeń, wymienionych w § 5 ust.5 może zostać wypłacone tylko jeden raz na jeden pobyt w szpitalu Współubezpieczonego.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 5 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku pobytu Współubezpieczonego w szpitalu, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe równe 0,5% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za każdy dzień pobytu w szpitalu z zastrzeżeniem § 4 ust. 1.
2. W przypadku pobytu Współubezpieczonego na OIOM/OIT, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie

ubezpieczeniowe w wysokości określonej w Tabeli świadczeń wymienionej w ust. 5, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.

3. W przypadku rekonwalescencji Współubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w Tabeli świadczeń wymienionej w ust. 5, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.
4. W przypadku pobytu Współubezpieczonego w sanatorium, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w Tabeli świadczeń wymienionej w ust. 5, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.
5. Tabela świadczeń:

Rodzaj świadczenia	Wysokość świadczenia
pobyt na OIOM/OIT	500 zł
rekonwalescencja	250 zł
pobyt w sanatorium	500 zł

6. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest po zakończeniu pobytu Współubezpieczonego w szpitalu, po zakończeniu pobytu w sanatorium lub po zakończeniu rekonwalescencji.
7. W przypadku pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 30 dni, na wniosek Ubezpieczonego Towarzystwo może wypłacić część świadczenia ubezpieczeniowego przed zakończeniem tego pobytu.
8. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania Współubezpieczonego na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza, w celu ustalenia prawa do świadczenia. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.

§ 6 (wymagane dokumenty)

1. Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
   1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
   2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub kartę wypisową ze szpitala, wydaną przez lekarza prowadzącego, (w przypadku pobytu na OIOM/OIT, również kartę informacyjną z leczenia na OIOM/OIT),
   3) w przypadku rekonwalescencji – zwolnienie lekarskie wydane przez szpital, albo zaświadczenie wydane przez pracodawcę o pobieranym zasiłku chorobowym w związku z pobytem Współubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim wydanym przez szpital,
   4) w przypadku pobytu w sanatorium - skierowanie Współubezpieczonego do sanatorium, wydane przez szpital lub lekarza prowadzącego oraz kartę informacyjną pobytu w sanatorium,
   5) w przypadku pobytu w szpitalu małżonka - aktualny odpis aktu małżeństwa,
   6) w przypadku pobytu w szpitalu partnera – oświadczenie o prowadzeniu wspólnego gospodarstwa domowego przez co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed datą wystąpienia zdarzenia,
   7) dokument tożsamości Ubezpieczonego,
   8) zgodę Współubezpieczonego na przetwarzanie danych osobowych na formularzu Towarzystwa.
2. W przypadku pobytu w szpitalu lub pobytu na OIOM/OIT na terytorium kraju innego niż Rzeczpospolita Polska, Ubezpieczony winien przedłożyć dokumenty, o których mowa w ust.1 pkt 2) - 4) przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 7 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 8 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie

dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek pobytu Współubezpieczonego – małżonka lub partnera w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek pobytu Współubezpieczonego – małżonka lub partnera w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 5 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 2 OWDU, § 4 OWDU, § 5 OWDU.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU WSPÓŁUBEZPIECZONEGO – MAŁŻONKA LUB PARTNERA W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek pobytu Współubezpieczonego – małżonka lub partnera w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **obrażenia ciała** - uszkodzenie narządów lub układów narządów Współubezpieczonego, powstałe bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa,
   2) **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej / Oddział Intensywnej Terapii (OIOM/OIT)** - wydzielony, specjalistyczny oddział szpitalny, przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru; za OIOM/OIT uznaje się również Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK), Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK), Oddział Intensywnej Opieki Neurologicznej (OION) oraz Oddział Intensywnego Nadzoru Neurologicznego (OINN). Za OIOM/OIT uważa się także wydzielone sale intensywnego nadzoru znajdujące się w obrębie odpowiednich oddziałów specjalistycznych, w których przy wykorzystaniu specjalistycznego sprzętu do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych odbywa się leczenie ciężkich stanów chorobowych bezpośrednio zagrażających życiu,
   3) **Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK), Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK)** - wydzielony, specjalistyczny pododdział szpitalny, funkcjonujący w obrębie oddziału kardiologicznego, kliniki kardiologicznej lub oddziału internistycznego o profilu kardiologicznym, przeznaczony do leczenia chorych wymagających stałego nadzoru i ciągłego monitorowania czynności życiowych wyłącznie z nagłych wskazań kardiologicznych,
   4) **Oddział Intensywnej Opieki Neurologicznej (OION), Oddział Intensywnego Nadzoru Neurologicznego (OINN)** - wydzielony, specjalistyczny pododdział szpitalny, funkcjonujący w obrębie oddziału neurologicznego, kliniki neurologicznej, przeznaczony do leczenia chorych wymagających stałego nadzoru i ciągłego monitorowania czynności życiowych wyłącznie z nagłych wskazań neurologicznych,
   5) **pobyt w szpitalu** - potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu Współubezpieczonego w celu leczenia doznanych obrażeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ubezpieczenia, trwający nieprzerwanie dłużej niż 1 dzień, przy czym do okresu pobytu w szpitalu zaliczane są w całości: dzień, w którym Współubezpieczony został przyjęty do szpitala oraz dzień, w którym Współubezpieczony został wypisany ze szpitala,
   6) **rekonwalescencja** - okres następujący bezpośrednio po zakończeniu okresu pobytu w szpitalu, służący powrotowi do zdrowia Współubezpieczonego,
   7) **sanatorium** - znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, zakład lecznictwa zorganizowany w miejscowości uzdrowiskowej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostrzeniom, za pobyt w sanatorium uznaje się również pobyt w szpitalu rehabilitacyjnym, na oddziale rehabilitacyjnym lub w ośrodku rehabilitacji,
   8) **szpital** - działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa kraju, na terenie którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się: poradni przyszpitalnej, ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala rehabilitacyjnego, oddziału rehabilitacyjnego oraz ośrodka rehabilitacji,
   9) **Współubezpieczony** – małżonek lub partner Ubezpieczonego, którego zdrowie objęte jest zakresem umowy dodatkowej ubezpieczenia;
   10) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – pobyt Współubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, , który rozpoczął się w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

II. ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (zakres ubezpieczenia)

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Za opłatą dodatkowej składki zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:
   1) pobyt na OIOM/OIT, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, pod warunkiem, że pobyt na OIOM/OIT pozostaje w bezpośrednim związku z obrażeniami ciała,
   2) rekonwalescencję, pod warunkiem, że rekonwalescencja pozostaje w bezpośrednim związku z pobytem w szpitalu, w związku z którym należne jest świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu umowy dodatkowej, o ile pobyt w szpitalu trwał nieprzerwanie co najmniej 15 dni,
   3) pobyt w sanatorium, pod warunkiem, że pobyt w sanatorium pozostaje w bezpośrednim związku z pobytem w szpitalu, w związku z którym należne jest świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu umowy dodatkowej, o ile pobyt w sanatorium potwierdzony został dokumentacją medyczną.

III. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4 (ograniczenia odpowiedzialności)

1. Wysokość łącznych świadczeń z tytułu pobytu (pobytów) Współubezpieczonego w szpitalu rozpoczętego (rozpoczętych) w danym roku polisowym nie może przekroczyć równowartości kwoty odpowiadającej świadczeniu ubezpieczeniowemu wypłaconemu za 180 dni pobytu w szpitalu, bez względu na liczbę pobytów w szpitalu rozpoczętych w danym roku polisowym.
2. Każde ze świadczeń, wymienionych w § 5 ust.5 może zostać wypłacone tylko jeden raz na jeden pobyt w szpitalu Współubezpieczonego.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 5 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku pobytu Współubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia obrażeń ciała powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe równe:
   1) 1% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu,

2) 0,5% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za 15 i każdy kolejny dzień pobytu w szpitalu z zastrzeżeniem § 4 ust. 1.

2. W przypadku pobytu Współubezpieczonego na OIOM/OIT, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w Tabeli świadczeń wymienionej w ust. 5, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.
3. W przypadku rekonwalescencji Współubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w Tabeli świadczeń wymienionej w ust. 5, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.
4. W przypadku pobytu Współubezpieczonego w sanatorium, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w Tabeli świadczeń wymienionej w ust. 5, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.
5. Tabela świadczeń:

Rodzaj świadczenia	Wysokość świadczenia
pobyt na OIOM/OIT	500 zł
rekonwalescencja	250 zł
pobyt w sanatorium	500 zł

6. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest po zakończeniu pobytu Współubezpieczonego w szpitalu, po zakończeniu pobytu w sanatorium lub po zakończeniu rekonwalescencji.
7. W przypadku pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 30 dni, na wniosek Ubezpieczonego Towarzystwo może wypłacić część świadczenia ubezpieczeniowego przed zakończeniem tego pobytu.
8. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania Współubezpieczonego na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza, w celu ustalenia prawa do świadczenia ubezpieczeniowego. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.

§ 6 (wymagane dokumenty)

1. Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
   1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
   2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub kartę wypisową ze szpitala, wydaną przez lekarza prowadzącego (w przypadku pobytu na OIOM/OIT, również kartę wypisową z OIOM/OIT),
   3) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku,
   4) dokumentację dotyczącą leczenia skutków nieszczęśliwego wypadku,
   5) w przypadku rekonwalescencji - zwolnienie lekarskie wydane przez szpital, albo zaświadczenie wydane przez pracodawcę o pobieranym zasiłku chorobowym w związku z pobytem Współubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim wydanym przez szpital,
   6) w przypadku pobytu w sanatorium - skierowanie Współubezpieczonego do sanatorium, wydane przez szpital lub lekarza prowadzącego oraz kartę informacyjną pobytu w sanatorium,
   7) w przypadku pobytu w szpitalu małżonka - aktualny odpis aktu małżeństwa,
   8) w przypadku pobytu w szpitalu partnera – oświadczenie o prowadzeniu wspólnego gospodarstwa domowego przez co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed datą wystąpienia zdarzenia,
   9) dokument tożsamości Ubezpieczonego,
   10) zgodę Współubezpieczonego na przetwarzanie danych osobowych na formularzu Towarzystwa.
2. W przypadku pobytu w szpitalu lub pobytu na OIOM/OIT na terytorium kraju innego niż Rzeczpospolita Polska, Ubezpieczony winien przedłożyć dokumenty, o których mowa w ust.1 pkt 2) - 4) przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 7 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 8 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie

dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek poważnego zachorowania Współubezpieczonego - małżonka lub partnera - wariant podstawowy (23 choroby)

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Współubezpieczonego -małżonka lub partnera - wariant podstawowy(23 choroby) (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 6 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 2 OWDU, § 4 OWDU, § 5 OWDU.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA WSPÓŁUBEZPIECZONEGO - MAŁŻONKA LUB PARTNERA WARIANT PODSTAWOWY (23 CHOROBY)

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Współubezpieczonego małżonka lub partnera – wariant podstawowy (23 choroby), zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:

2.1. **poważne zachorowanie** – jedna z niżej wymienionych chorób, która została zdiagnozowana po raz pierwszy u Współubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej:

2.1.1. **zawał serca** - ostre niedokrwienie mięśnia sercowego, przy dowodach na obecność martwicy mięśnia sercowego, czyli:

a) wykryciu wzrostu i/lub spadku biomarkera sercowego (najlepiej troponiny sercowej) powyżej górnej granicy normy oraz jednego z następujących:
- objawów niedokrwienia,
- zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) typowych dla nowo powstałego niedokrwienia,
- nowych odcinkowych zaburzeń kurczliwości uwidocznionych w badaniach obrazowych,

b) wzroście wartości troponiny sercowej po angioplastyce wieńcowej (przekraczającym 5-krotnie górną granicę normy przy prawidłowych wartościach wyjściowych lub wzrost wartości troponiny sercowej o 20% przy jej wyjściowym podwyższeniu) przy występujących dodatkowo:
- objawach niedokrwienia lub
- zmianach w EKG lub
- nowych odcinkowych zaburzeniach kurczliwości lub
- uwidocznieniu obrazów angiograficznych zgodnych z powikłaniami zabiegu,

c) stwierdzeniu zakrzepicy w stencie podczas koronarografii w przypadku niedokrwienia mięśnia sercowego ze wzrostem i/lub spadkiem biomarkera sercowego powyżej górnej granicy normy,

d) wzroście wartości troponiny sercowej w związku z pomostowaniem tętnic wieńcowych
- CABG (przekraczającym 10-krotnie górną granicę normy przy prawidłowych wartościach wyjściowych) przy występujących dodatkowo:
- nowych zmianach w EKG lub
- nowych odcinkowych zaburzeniach kurczliwości lub
- uwidocznieniu w obrazach angiograficznych nowego zamknięcia pomostu lub natywnej tętnicy wieńcowej,

2.1.2. **udar mózgu** - nagłe, w efekcie trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzonych badaniem lekarskim; z zakresu ubezpieczenia wyłączone są: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego oraz udar nie pozostawiający trwałego ubytku funkcji ośrodkowego układu nerwowego; rozpoznanie trwałego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego winno być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej jednak niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów,

2.1.3. **nowotwór złośliwy** - nowotwór (guz), charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek; rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym i przeprowadzonym przez lekarza onkologa lub histopatologa; zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów; z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są:
- rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy, rak szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 oraz wszelkie zmiany przedrukowe i nieinwazyjne,
- wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji),
- czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) (≤ 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 r.,
- nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), rak podstawnokomórkowy skóry i rak kolczystokomórkowy skóry,
- wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV,

2.1.4. **niewydolność nerek** - przewlekłe, trwałe i całkowite uszkodzenie obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu; diagnoza musi być jednoznacznie potwierdzona dokumentacją medyczną,

2.1.5. **łagodny guz mózgu** - wszystkie guzy mózgu, które nie są klasyfikowane jako złośliwe, potwierdzone przez specjalistę neurochirurga, wymagające usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji powodujące trwały ubytek neurologiczny; z zakresu ochrony wyłączone są: krwiaki, ziarniaki, cysty, guzy szyszynki lub przysadki mózgowej oraz malformacje naczyń mózgowych,

2.1.6. **przeszczep narządów** - przeszczepienie Współubezpieczonemu jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Współubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
- serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub
- szpiku kostnego z zastosowaniem komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy,

przy czym przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu; ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione,

2.1.7. **pomostowanie (*bypass*) naczyń wieńcowych** - przeprowadzenie operacji kardiochirurgicznej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego; operacja musi być poprzedzona angiografią wskazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa,

2.1.8. **angioplastyka wieńcowa** - pierwszorazowe leczenie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych z zastosowaniem angioplastyki balonowej, przezskórnej angioplastyki wieńcowej lub innych podobnych metod; przeprowadzenie takiej angioplastyki musi być uzasadnione medycznie na podstawie zalecenia specjalisty kardiologa oraz musi istnieć angiograficzne potwierdzenie istotnego zwężenia tętnicy wieńcowej,

2.1.9. **operacja aorty** - zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty; aorta definiowana jest jako jej odcinek piersiowy i brzuszny bez jej odgałęzień; ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty,

2.1.10. **anemia aplastyczna** - wystąpienie przewlekłej nieodwracalnej niewydolności szpiku, której rezultatem jest łączne wystąpienie niedokrwistości, trombocytopenii oraz granulocytopenii, wymagającej regularnego leczenia przynajmniej jednym z następujących sposobów:
- przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych,
- leczenie lekami immunosupresyjnymi,
- leczenie czynnikami stymulującymi szpik,
- przeszczepianie szpiku kostnego,

przy czym rozpoznanie anemii plastycznej musi być potwierdzone przez specjalistę hematologa,

2.1.11. **utrata wzroku w następstwie choroby** - całkowita, nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach spowodowana chorobą; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę z ośrodka prowadzącego leczenie,

2.1.12. **oparzenia** - głębokie termiczne lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych obejmujące:
- nie mniej niż 60 % całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia I stopnia,
- nie mniej niż 40 % całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia II stopnia,
- nie mniej niż 20 % całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia III stopnia;

przy czym przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek" lub tabelę Lunda i Brondera; zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych,

2.1.13. **utrata mowy** - całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia w następstwie choroby, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę z zakresu laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby fałdów głosowych; zakres ubezpieczenia nie obejmuje jakichkolwiek przypadków utraty zdolności mówienia spowodowanych schorzeniami psychicznymi ani utraty zdolności mówienia, która może być skorygowana z zastosowaniem jakichkolwiek procedur terapeutycznych,

2.1.14. **schyłkowa niewydolność wątroby (w tym schyłkowa niewydolność wątroby spowodowana wirusowym zapaleniem wątroby)** - schyłkowa postać choroby (marskość) wątroby, powodująca co najmniej jeden z poniższych powodów:
- wodobrzusze nie poddające się leczeniu,
- trwała żółtaczka,
- żylaki przełyku,
- encefalopatia wrotna,

przy czym zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków chorób wątroby wynikających z nadużywania alkoholu, leków i innych środków odurzających,

2.1.15. **śpiączka** - stan utraty świadomości z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin; dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii; zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu i innych substancji odurzających,

2.1.16. **stwardnienie rozsiane** - zespół mnogich ubytków neurologicznych wywołanych demielinizacją mózgu lub rdzenia kręgowego, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy; rozpoznanie musi być ostateczne i postawione przez specjalistę neurologa oraz poprzedzone więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia,

2.1.17. **utrata kończyn** - amputacja lub całkowita i nieodwracalna utrata funkcji co najmniej dwóch kończyn z powodu choroby; w przypadku amputacji zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje:
- w zakresie kończyn dolnych - amputację na poziomie stawów skokowych lub proksymalnie do nich,
- w zakresie kończyn górnych - amputację na wysokości nadgarstków lub proksymalnie do nich,

2.1.18. **utrata słuchu** - całkowita i nieodwracalna, obustronna utrata słuchu spowodowana chorobą; rozpoznanie musi nastąpić na podstawie badań audiometrycznych i być potwierdzone przez laryngologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym,

2.1.19. **choroba Parkinsona** - samoistna, postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodka układu nerwowego, spowodowana pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zaniku komórek produkujących dopaminę, charakteryzująca się występowaniem: drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, sztywności mięśniowej i niestabilności postawy, i skutkująca niemożnością wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego (poruszanie się po domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych, mycie i toaleta, ubieranie się, jedzenie); rozpoznanie choroby musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa,

2.1.20. **choroba Creutzfeldta-Jacoba (CJD)** - choroba ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzująca się postępującym otępieniem i występowaniem drgawek mioklonicznych, klinicznie rozpoznana za życia Współubezpieczonego przez specjalistę neurologa i skutkująca niemożnością wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego (poruszanie się po domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych, mycie i toaleta, ubieranie się, jedzenie); warunkiem uznania roszczenia przez Towarzystwo jest stwierdzenie przez specjalistę neurologa pełnoobjawowej choroby Creutzfeldta i Jacoba przy jednoczesnej niepełnosprawności w zakresie w/w czynności życia codziennego,

2.1.21. **zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji** - zakażenie wirusem HIV lub rozpoznanie AIDS jako zakażenia, w przypadku którego można udowodnić, że zostało spowodowane w okresie ubezpieczenia przetoczeniem zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych, wykonanym na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej u osób nie chorujących na hemofilię, pod warunkiem, że serokonwersja nastąpiła w ciągu 6 tygodni od daty przetoczenia krwi lub produktów krwiopochodnych,

2.1.22. **choroba Alzheimera** - upośledzenie lub utrata zdolności intelektualnej spowodowana nieodwracalnym zaburzeniem czynności mózgu, potwierdzona testami klinicznymi i kwestionariuszami odpowiednimi do diagnostyki choroby Alzheimera lub demencji, polegające na znaczącym upośledzeniu funkcji poznawczych; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa; ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje demencji spowodowanej chorobą AIDS, nadużywaniem alkoholu lub substancji odurzających,

2.1.23. **zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych** - zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, móżdżku) lub opon mózgowo-rdzeniowych o ciężkim przebiegu, powodujące powstanie znacznego i trwałego ubytku neurologicznego, potwierdzonego przez specjalistę neurologa, a w przypadku zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego,

2.2. **wada wrodzona** – nabyta w życiu płodowym, pojedyncza lub mnoga nieprawidłowość rozwojowa dotycząca narządu lub części ciała doprowadzająca do zmian morfologicznych danego narządu, narządów lub części ciała i upośledzająca czynność ustroju lub skracająca życie,

2.3. **Współubezpieczony** – małżonek lub partner Ubezpieczonego, którego zdrowie objęte jest zakresem umowy dodatkowej ubezpieczenia;

2.4. **zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie poważnego zachorowania Współubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

II. ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (zakres ubezpieczenia)

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Zawarcie umowy na podstawie niniejszych OWDU niniejszej umowy dodatkowej wyklucza możliwość zawarcia innych umów dodatkowych, których zakres ubezpieczenia obejmuje poważne zachorowania Współubezpieczonego.

III. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4 (ograniczenie odpowiedzialności)

W przypadku wystąpienia drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania u Współubezpieczonego, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, o ile nie pozostaje w związku przyczynowo - skutkowym z wcześniej rozpoznanym poważnym zachorowaniem, w związku z którym Towarzystwo wypłaciło świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu umowy dodatkowej.

§ 5 (wyłączenie odpowiedzialności)

W odniesieniu do Współubezpieczonego, wyłączone są poważne zachorowania, które są następstwem lub konsekwencją wady wrodzonej.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 6 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku wystąpienia u Współubezpieczonego, poważnego zachorowania, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Rodzaj i data wystąpienia poważnego zachorowania ustalane są na podstawie dokumentacji medycznej. W uzasadnionych przypadkach - na podstawie badań medycznych Współubezpieczonego przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo, wykonanych na zlecenie Towarzystwa. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.

§ 7 (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
2) dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania,
3) zaświadczenie od lekarza o całkowitym braku możliwości wykonywania określonych czynności życiowych w przypadku zgłaszania roszczenia z tytułu poważnego zachorowania w definicji którego został postawiony taki wymóg,
4) w przypadku poważnego zachorowania małżonka - aktualny odpis aktu małżeństwa,
5) w przypadku poważnego zachorowania partnera - oświadczenie o prowadzeniu wspólnego gospodarstwa domowego przez co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed datą wystąpienia zdarzenia,
6) dokument tożsamości Ubezpieczonego,
7) zgodę Współubezpieczonego na przetwarzanie danych osobowych na formularzu Towarzystwa.

V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 9 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie

dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek poważnego zachorowania Współubezpieczonego - małżonka lub partnera - wariant rozszerzony (37 chorób)

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Współubezpieczonego -małżonka lub partnera - wariant rozszerzony (37 chorób) (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 6 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 2 OWDU, § 4 OWDU, § 5 OWDU.

SALTUS UBEZPIECZENIA

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA WSPÓŁUBEZPIECZONEGO - MAŁŻONKA LUB PARTNERA WARIANT ROZSZERZONY (37 CHORÓB)

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Współubezpieczonego – małżonka lub partnera – wariant rozszerzony (37 chorób), zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:

2.1. **poważne zachorowanie** – jedna z niżej wymienionych chorób, która została zdiagnozowana po raz pierwszy u Współubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej:

2.1.1. **zawał serca** - ostre niedokrwienie mięśnia sercowego, przy dowodach na obecność martwicy mięśnia sercowego, czyli:

a) wykryciu wzrostu i/lub spadku biomarkera sercowego (najlepiej troponiny sercowej) powyżej górnej granicy normy oraz jednego z następujących:
- objawów niedokrwienia,
- zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) typowych dla nowo powstałego niedokrwienia,
- nowych odcinkowych zaburzeń kurczliwości uwidocznionych w badaniach obrazowych,

b) wzroście wartości troponiny sercowej po angioplastyce wieńcowej (przekraczającym 5-krotnie górną granicę normy przy prawidłowych wartościach wyjściowych lub wzrost wartości troponiny sercowej o 20% przy jej wyjściowym podwyższeniu) przy występujących dodatkowo:
- objawach niedokrwienia lub
- zmianach w EKG lub
- nowych odcinkowych zaburzeniach kurczliwości lub
- uwidocznieniu obrazów angiograficznych zgodnych z powikłaniami zabiegu,

c) stwierdzeniu zakrzepicy w stencie podczas koronarografii w przypadku niedokrwienia mięśnia sercowego ze wzrostem i/lub spadkiem biomarkera sercowego powyżej górnej granicy normy,

d) wzroście wartości troponiny sercowej w związku z pomostowaniem tętnic wieńcowych
- CABG (przekraczającym 10-krotnie górną granicę normy przy prawidłowych wartościach wyjściowych) przy występujących dodatkowo:
- nowych zmianach w EKG lub
- nowych odcinkowych zaburzeniach kurczliwości lub
- uwidocznieniu w obrazach angiograficznych nowego zamknięcia pomostu lub natywnej tętnicy wieńcowej,

2.1.2. **udar mózgu** - nagłe, w efekcie trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzonych badaniem lekarskim; z zakresu ubezpieczenia wyłączone są: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego oraz udar nie pozostawiający trwałego ubytku funkcji ośrodkowego układu nerwowego; rozpoznanie trwałego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego winno być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej jednak niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów,

2.1.3. **nowotwór złośliwy** - nowotwór (guz), charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek; rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym i przeprowadzonym przez lekarza onkologa lub histopatologa; zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów; z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są:
- rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy, rak szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 oraz wszelkie zmiany przedrukowe i nieinwazyjne,
- wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji),
- czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) (≤ 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 r.,
- nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), rak podstawnokomórkowy skóry i rak kolczystokomórkowy skóry,
- wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV,

2.1.4. **niewydolność nerek** - przewlekłe, trwałe i całkowite uszkodzenie obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu; diagnoza musi być jednoznacznie potwierdzona dokumentacją medyczną,

2.1.5. **łagodny guz mózgu** - wszystkie guzy mózgu, które nie są klasyfikowane jako złośliwe, potwierdzone przez specjalistę neurochirurga, wymagające usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji powodujące trwały ubytek neurologiczny; z zakresu ochrony wyłączone są: krwiaki, ziarniaki, cysty, guzy szyszynki lub przysadki mózgowej oraz malformacje naczyń mózgowych,

2.1.6. **przeszczep narządów** - przeszczepienie Współubezpieczonemu jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Współubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
- serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub
- szpiku kostnego z zastosowaniem komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy,

przy czym przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu; ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione,

2.1.7. **pomostowanie (*bypass*) naczyń wieńcowych** - przeprowadzenie operacji kardiochirurgicznej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego; operacja musi być poprzedzona angiografią wskazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa,

2.1.8. **angioplastyka wieńcowa** - pierwszorazowe leczenie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic

wieńcowych z zastosowaniem angioplastyki balonowej, przezskórnej angioplastyki wieńcowej lub innych podobnych metod; przeprowadzenie takiej angioplastyki musi być uzasadnione medycznie na podstawie zalecenia specjalisty kardiologa oraz musi istnieć angiograficzne potwierdzenie istotnego zwężenia tętnicy wieńcowej,

2.1.9. **operacja aorty** - zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty; aorta definiowana jest jako jej odcinek piersiowy i brzuszny bez jej odgałęzień; ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty,

2.1.10. **anemia aplastyczna** - wystąpienie przewlekłej nieodwracalnej niewydolności szpiku, której rezultatem jest łączne wystąpienie niedokrwistości, trombocytopenii oraz granulocytopenii, wymagającej regularnego leczenia przynajmniej jednym z następujących sposobów:
- przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych,
- leczenie lekami immunosupresyjnymi,
- leczenie czynnikami stymulującymi szpik,
- przeszczepianie szpiku kostnego,

przy czym rozpoznanie anemii plastycznej musi być potwierdzone przez specjalistę hematologa,

2.1.11. **utrata wzroku w następstwie choroby** - całkowita, nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach spowodowana chorobą; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę z ośrodka prowadzącego leczenie,

2.1.12. **oparzenia** - głębokie termiczne lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych obejmujące:
- nie mniej niż 60 % całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia I stopnia,
- nie mniej niż 40 % całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia II stopnia,
- nie mniej niż 20 % całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia III stopnia;

przy czym przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek" lub tabelę Lunda i Brondera; zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych,

2.1.13. **utrata mowy** - całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia w następstwie choroby, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę z zakresu laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby fałdów głosowych; zakres ubezpieczenia nie obejmuje jakichkolwiek przypadków utraty zdolności mówienia spowodowanych schorzeniami psychicznymi ani utraty zdolności mówienia, która może być skorygowana z zastosowaniem jakichkolwiek procedur terapeutycznych,

2.1.14. **schyłkowa niewydolność wątroby (w tym schyłkowa niewydolność wątroby spowodowana wirusowym zapaleniem wątroby)** - schyłkowa postać choroby (marskość) wątroby, powodująca co najmniej jeden z poniższych powodów:
- wodobrzusze nie poddające się leczeniu,
- trwała żółtaczka,
- żylaki przełyku,
- encefalopatia wrotna,

przy czym zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków chorób wątroby wynikających z nadużywania alkoholu, leków i innych środków odurzających,

2.1.15. **śpiączka** - stan utraty świadomości z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin; dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii; zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu i innych substancji odurzających,

2.1.16. **stwardnienie rozsiane** - zespół mnogich ubytków neurologicznych wywołanych demielinizacją mózgu lub rdzenia kręgowego, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy; rozpoznanie musi być ostateczne i postawione przez specjalistę neurologa oraz poprzedzone więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia,

2.1.17. **utrata kończyn** - amputacja lub całkowita i nieodwracalna utrata funkcji co najmniej dwóch kończyn z powodu choroby; w przypadku amputacji zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje:
- w zakresie kończyn dolnych - amputację na poziomie stawów skokowych lub proksymalnie do nich,
- w zakresie kończyn górnych - amputację na wysokości nadgarstków lub proksymalnie do nich,

2.1.18. **utrata słuchu** - całkowita i nieodwracalna, obustronna utrata słuchu spowodowana chorobą; rozpoznanie musi nastąpić na podstawie badań audiometrycznych i być potwierdzone przez laryngologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym,

2.1.19. **choroba Parkinsona** - samoistna, postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodka układu nerwowego, spowodowana pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zaniku komórek produkujących dopaminę, charakteryzująca się występowaniem: drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, sztywności mięśniowej i niestabilności postawy, i skutkująca niemożnością wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego (poruszanie się po domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych, mycie i toaleta, ubieranie się, jedzenie); rozpoznanie choroby musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa,

2.1.20. **choroba Creutzfeldta-Jacoba (CJD)** - choroba ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzująca się postępującym otępieniem i występowaniem drgawek mioklonicznych, klinicznie rozpoznana za życia Współubezpieczonegoprzez specjalistę neurologa i skutkująca niemożnością wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego (poruszanie się po domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych, mycie i toaleta, ubieranie się, jedzenie); warunkiem uznania roszczenia przez Towarzystwo jest stwierdzenie przez specjalistę neurologa pełnoobjawowej choroby Creutzfeldta i Jacoba przy jednoczesnej niepełnosprawności w zakresie w/w czynności życia codziennego,

2.1.21. **zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji** - zakażenie wirusem HIV lub rozpoznanie AIDS jako zakażenia, w przypadku którego można udowodnić, że zostało spowodowane w okresie ubezpieczenia przetoczeniem zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych, wykonanym na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej u osób nie chorujących na hemofilię, pod warunkiem, że serokonwersja nastąpiła w ciągu 6 tygodni od daty przetoczenia krwi lub produktów krwiopochodnych,

2.1.22. **choroba Alzheimera** - upośledzenie lub utrata zdolności intelektualnej spowodowana nieodwracalnym zaburzeniem czynności mózgu, potwierdzona testami klinicznymi i kwestionariuszami odpowiednimi do diagnostyki choroby Alzheimera lub demencji, polegające na znaczącym upośledzeniu funkcji poznawczych; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa; ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje demencji spowodowanej chorobą AIDS, nadużywaniem alkoholu lub substancji odurzających,

2.1.23. **zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych** - zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu,

móżdżku) lub opon mózgowo-rdzeniowych o ciężkim przebiegu, powodujące powstanie znacznego i trwałego ubytku neurologicznego, potwierdzonego przez specjalistę neurologa, a w przypadku zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego,

2.1.24. **schyłkowa niewydolność oddechowa –** schyłkowe stadium choroby płuc powodujące przewlekłą niewydolność oddechową. Choroba musi przebiegać z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów:
- natężona pierwszosekundowa objętość wydechowa (FEV1) poniżej 1 litra w 3 badaniach wykonanych w odstępie 3 miesięcy,
- pacjent wymaga przewlekłej tlenoterapii z powodu hipoksemii,
- ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej poniżej 55 mmHg (pO2 < 55 mmHg),
- duszność spoczynkowa;

rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę pulmonologa,

2.1.25. **choroba Leśniowskiego - Crohna** – przewlekłe, nieswoiste zapalenie ścian przewodu pokarmowego, mogące prowadzić do powstawania przetok, niedrożności lub perforacji jelit. Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikami histopatologicznymi,

2.1.26. **pierwotne nadciśnienie płucne powodujące inwalidztwo** – patologiczne podwyższenie ciśnienia w tętnicy płucnej, w wyniku zmian strukturalnych lub czynnościowych płuc, bądź zaburzeń krążenia płucnego prowadzącego do powiększenia prawej komory serca. Świadczenie jest należne, jeśli choroba spowoduje trwałe i nieodwracalne upośledzenie funkcji organizmu w stopniu równoważnym, co najmniej klasie IV według klasyfikacji niewydolności krążenia Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (New York Heart Association, NYHA), oraz zostanie udokumentowane utrzymywanie się u Współubezpieczonego wartości ciśnienia w tętnicy płucnej powyżej 30mm Hg przez co najmniej 6 miesięcy,

2.1.27. **tężec** – zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, która przebiegała klinicznie w postaci uogólnionej i którą wywołała neurotoksyna produkowana przez laseczki tężca (Clostridium tetani),

2.1.28. **operacja zastawek serca** – przebycie operacji chirurgicznej na otwartym sercu, w celu całkowitej wymiany jednej lub więcej zastawek serca uszkodzonych w wyniku wad, które ujawniły się po rozpoczęciu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej,

2.1.29. **dystrofia mięśniowa** – postępujący zanik mięśni, prowadzący do trwałych zaburzeń ich funkcji. Diagnoza choroby musi być postawiona przez lekarza neurologa w oparciu o standardy medyczne obowiązujące w chwili jej rozpoznawania, w tym o wyniki badań laboratoryjnych, biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG). Współubezpieczony musi być trwale niezdolny do samodzielnego wykonywania, przynajmniej trzech z wymienionych czynności życiowych:
- kąpiel – zdolność do samodzielnego umycia się w wannie lub pod prysznicem (w tym wejście i wyjście z wanny lub spod prysznica) lub samodzielne wykonanie wszystkich zabiegów umożliwiających zachowanie higieny osobistej,
- ubieranie się – zdolność samodzielnego zakładania i zdejmowania odzieży, w tym także, w stosownych przypadkach, wszelkich aparatów ortopedycznych, protez czy innych przyrządów medycznych,
- przemieszczanie się – zdolność do samodzielnego przemieszczenia się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem,
- toaleta – zdolność do samodzielnego korzystania z toalety lub zdolność do utrzymania higieny osobistej poprzez prawidłową funkcję zwieraczy pęcherza moczowego i odbytu,
- odżywianie się – zdolność do samodzielnego spożywania przygotowanego i podanego posiłku,

2.1.30. **paraliż (niedowład)** – całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji w dwóch lub więcej kończynach, spowodowana urazem lub chorobą. Niedowład musi mieć charakter nie rokujący poprawy i występować przez okres minimum 3 miesięcy. Rozpoznanie i zakres zmian musi być potwierdzone przez lekarza neurologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje wszystkich przypadków niedowładów częściowych, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych), niedowładów spowodowanych zaburzeniami psychologicznymi lub psychiatrycznymi lub będących skutkiem samouszkodzenia lub próby samobójczej,

2.1.31. **wrzodziejące zapalenie jelita grubego -** ostre piorunujące wrzodziejące zapalenie jelita grubego z zagrażającymi życiu zaburzeniami elektrolitowymi, zwykle związane z rozdęciem jelit i ryzykiem pęknięcia jelita, obejmujące całą okrężnicę z ciężką krwawą biegunką i ogólnymi objawami podmiotowymi i przedmiotowymi, których leczeniem jest często całkowita kolektomia i ileostomia. Diagnoza musi być podparta wynikiem badania histopatologicznego oraz częścią leczenia powinna być kolektomia i ileostomia,

2.1.32. **choroba neuronu ruchowego** – postępujące zwyrodnienie dróg korowo-rdzeniowych z zanikiem komórek rogów przednich rdzenia lub uszkodzeniem nerwów opuszki. Choroba neuronu ruchowego obejmuje takie jednostki, jak: rdzeniowy zanik mięśni (ang. spinal muscular atrophy, SMA), postępujące porażenie opuszkowe (ang. progressive bulbar palsy, PBP), stwardnienie zanikowe boczne (ang. amyotrophic lateral sclerosis, ALS) oraz pierwotne stwardnienie boczne (ang. primary lateral sclerosis, PLS). Świadczenie będzie należne, jeśli choroba neuronu ruchowego spowoduje deficyt neurologiczny skutkujący trwałą i nieodwracalną niezdolnością Współubezpieczonego do:
- poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji lub
- samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków,

2.1.33. **odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu** – oznacza chorobę przenoszoną przez kleszcze, przebiegającą z różnorodnymi objawami neurologicznymi, skutkującymi koniecznością hospitalizacji, potwierdzoną badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. Rozpoznanie choroby powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A84) wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego,

2.1.34. **zakażenie wirusem HIV w związku z wykonywanym zawodem** – zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV) lub zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) potwierdzone pozytywnym wynikiem dwóch testów: testu na przeciwciała anty-HIV (ELISA) oraz testu Western Blot lub PCR. Do wystąpienia zakażenia wirusem HIV musi dojść w następujących warunkach:
- Współubezpieczony w trakcie trwania ubezpieczenia musi czynnie pracować w zawodzie: lekarza i lekarza dentysty, personelu laboratoryjnego, asystenta medycznego i stomatologicznego, położnej/ego, policjanta/policjantki, pielęgniarki/pielęgniarza, personelu pomocniczego szpitali, personelu ambulatoryjnego, strażaka, funkcjonariusza więziennego,
- serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od wypadku,

– Współubezpieczony musi zapewnić o negatywnych wynikach testu na wirus HIV lub na przeciwciała na wirus HIV, który był zrobiony najpóźniej do 5 dni od wypadku,
– Współubezpieczony musi wykazać obecność wirusa HIV lub przeciwciał wirusa HIV do 12 miesięcy od wypadku,

2.1.35. **piorunujące zapalenie wątroby – submasywna lub** masywna martwica komórek wątrobowych (hepatocytów) w wyniku zakażenia wirusem zapalenia wątroby, prowadząca nieuchronnie do niewydolności wątroby. Świadczenie jest należne, jeśli rozpoznanie choroby opiera się na stwierdzeniu u Współubezpieczonego wszystkich wymienionych niżej warunków:
– szybkie zmniejszanie się wielkości wątroby oraz
– martwica obejmująca całe zraziki z pozostawieniem jedynie zapadniętej siatki podścieliska; oraz
– szybkie pogorszenie się wyników testów czynnościowych wątroby (wzrost aktywności enzymów wskaźnikowych uszkodzenia hepatocytów), a wyniki badań Współubezpieczonego wykazują następujące cechy: wyniki testów czynnościowych wątroby wskazują na masywne uszkodzenie miąższu wątroby; oraz obiektywne oznaki encefalopatii wrotno-systemowej,

2.1.36. **wścieklizna** - wymagająca zastosowania leczenia w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, której istotą jest ostre zapalenie mózgu i rdzenia wywołane wirusem wścieklizny (Rabies virus),

2.1.37. **utrata możliwości niezależnej egzystencji** - stan spowodowany chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, w którym Współubezpieczonego przez okres przynajmniej 6 miesięcy jest całkowicie niezdolny do wykonania (z pomocą lub bez) co najmniej trzech z sześciu wymienionych poniżej podstawowych czynności życiowych:
– kąpiel – zdolność do samodzielnego umycia się w wannie lub pod prysznicem (w tym wejście i wyjście z wanny lub spod prysznica) lub samodzielne wykonanie wszystkich zabiegów umożliwiających zachowanie higieny osobistej,
– ubieranie się – zdolność do samodzielnego zakładania i zdejmowania odzieży, w tym także, w stosownych przypadkach, wszelkich aparatów ortopedycznych, protez czy innych przyrządów medycznych,
– przemieszczanie się – zdolność do samodzielnego przemieszczenia się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem,
– poruszanie się - zdolność do samodzielnego poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji,
– toaleta – zdolność do samodzielnego korzystania z toalety lub zdolność do utrzymania higieny osobistej poprzez prawidłową funkcję zwieraczy pęcherza moczowego i odbytu,
– odżywianie się – zdolność do samodzielnego spożywania przygotowanego i podanego posiłku.

Stan taki musi być uznany przez lekarza za trwały.

2.2. **wada wrodzona** – nabyta w życiu płodowym, pojedyncza lub mnoga nieprawidłowość rozwojowa dotycząca narządu lub części ciała doprowadzająca do zmian morfologicznych danego narządu, narządów lub części ciała i upośledzająca czynność ustroju lub skracająca życie, z zastrzeżeniem ppkt 2.1.29 i 2.1.32,

2.3. **Współubezpieczony** – małżonek lub partner Ubezpieczonego, którego życie objęte jest zakresem umowy dodatkowej ubezpieczenia;

2.4. **zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie poważnego zachorowania Współubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

II. ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (zakres ubezpieczenia)

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Zawarcie umowy na podstawie niniejszych OWDU niniejszej umowy dodatkowej wyklucza możliwość zawarcia innych umów dodatkowych, których zakres ubezpieczenia obejmuje poważne zachorowania Współubezpieczonego.

III. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4 (ograniczenie odpowiedzialności)

W przypadku wystąpienia drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania u Współubezpieczonego, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, o ile nie pozostaje w związku przyczynowo - skutkowym z wcześniej rozpoznanym poważnym zachorowaniem, w związku z którym Towarzystwo wypłaciło świadczenie z tytułu umowy dodatkowej.

§ 5 (wyłączenie odpowiedzialności)

W odniesieniu do Współubezpieczonego, wyłączone są poważne zachorowania, które są następstwem lub konsekwencją wady wrodzonej.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 6 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku wystąpienia u Współubezpieczonego, poważnego zachorowania, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Rodzaj i data wystąpienia poważnego zachorowania ustalane są na podstawie dokumentacji medycznej. W uzasadnionych przypadkach - na podstawie badań medycznych Współubezpieczonego przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo, wykonanych na zlecenie Towarzystwa. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.

§ 7 (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
2) dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania,
3) zaświadczenie od lekarza o całkowitym braku możliwości wykonywania określonych czynności życiowych w przypadku zgłaszania roszczenia z tytułu poważnego zachorowania w definicji którego został postawiony taki wymóg,
4) w przypadku małżonka - aktualny odpis aktu małżeństwa,
5) w przypadku partnera - oświadczenie o prowadzeniu wspólnego gospodarstwa domowego przez co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed datą wystąpienia zdarzenia
6) dokument tożsamości Ubezpieczonego,
7) zgodę Współubezpieczonego na przetwarzanie danych osobowych na formularzu Towarzystwa.

V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 9 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie
dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek operacji medycznej
Współubezpieczonego – małżonka lub partnera

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej Współubezpieczonego – małżonka lub partnera (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 6 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 2 OWDU, § 4 OWDU, § 5 OWDU.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI MEDYCZNEJ WSPÓŁUBEZPIECZONEGO – MAŁŻONKA LUB PARTNERA

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej Współubezpieczonego – małżonka lub partnera, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **choroba** - stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju osoby objętej ochroną ubezpieczeniową, której zdiagnozowanie miało miejsce po raz pierwszy w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej,
   2) **obrażenia ciała** - uszkodzenie narządów lub układów narządów osoby objętej ochroną ubezpieczeniową, powstałe bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej,
   3) **operacja medyczna** - zabieg medyczny przeprowadzony z powodu choroby lub obrażeń ciała wymieniony w Tabeli operacji medycznych, stanowiącej załącznik do niniejszych OWDU), przeprowadzony przez lekarza w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym w trakcie pobytu osoby objętej ochroną ubezpieczeniową w szpitalu,
   4) **szpital** - działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa kraju, na terenie którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się: poradni przyszpitalnej, ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala rehabilitacyjnego, oddziału rehabilitacyjnego oraz ośrodka rehabilitacji,
   5) **wada wrodzona** – nabyta w życiu płodowym, pojedyncza lub mnoga nieprawidłowość rozwojowa dotycząca narządu lub części ciała doprowadzająca do zmian morfologicznych danego narządu, narządów lub części ciała i upośledzająca czynność ustroju lub skracająca życie,
   6) **Współubezpieczony** – małżonek lub partner Ubezpieczonego, którego zdrowie objęte jest zakresem umowy dodatkowej ubezpieczenia;
   7) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – przeprowadzenie operacji medycznej Współubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.

III. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4 (ograniczenia odpowiedzialności)

Niezależnie od liczby operacji medycznych przeprowadzonych w okresie kolejnych 60 dni w związku z leczeniem:

a) choroby lub
b) obrażeń ciała powstałych w wyniku nieszczęśliwego wypadku,

Towarzystwo wypłaci tylko jedno, najwyższe świadczenie (zgodnie z Tabelą operacji medycznych), z tytułu operacji medycznej.

§ 5 (wyłączenia odpowiedzialności)

1. Oprócz wyłączeń odpowiedzialności wynikających z § 7 OWU, świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone, jeżeli celem pobytu świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie również wypłacone, jeżeli operacja medyczna dotyczy:
   1) leczenia wad wrodzonych,
   2) pobrania organów tkanek od osoby objętej ochroną ubezpieczeniową jako dawcy,
   3) operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu osoba objęta ochroną ubezpieczeniową uległa w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej,
   4) korekty ostrości wzroku,
   5) ciąży, porodu, połogu, powikłań ciąży, poronienia samoistnego lub sztucznego,
   6) zmiany płci,
   7) leczenia niepłodności,
   8) sterylizacji, podwiązania, przecięcia jajowodów lub antykoncepcji operacyjnej,
   9) chirurgii szczękowej, włączając wszczepienie zębów,
   10) chirurgii zwiadowczej i eksperymentalnej,
   11) eksperymentów medycznych,
   12) leczenia choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV.
2. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są także zabiegi diagnostyczne i stomatologiczne.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 6 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku operacji medycznej Współubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wskazanego procentu sumy ubezpieczenia zgodnie z **Tabelą operacji medycznych**, stanowiącą załącznik do niniejszych OWDU.
2. Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania Współubezpieczonego na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza, w celu ustalenia prawa do świadczenia ubezpieczeniowego. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.

§ 7 (wymagane dokumenty)

1. Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
   1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
   2) dokumentację medyczną dotyczącą przeprowadzonej operacji medycznej, w tym - kartę informacyjną leczenia szpitalnego z opisem wykonanej operacji,
   3) dokumentację dotyczącą choroby oraz jej leczenia,
   4) dokumentację dotyczącą nieszczęśliwego wypadku,
   5) w przypadku operacji medycznej małżonka - dokumenty stwierdzające zawarcie małżeństwa,
   6) w przypadku operacji medycznej partnera – oświadczenie o prowadzeniu wspólnego gospodarstwa domowego przez co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed datą wystąpienia zdarzenia,
   7) dokument tożsamości Ubezpieczonego,
   8) zgodę Współubezpieczonego na przetwarzanie danych osobowych na formularzu Towarzystwa.
2. W przypadku operacji medycznej przeprowadzonej na terytorium kraju innego niż Rzeczpospolita Polska, Ubezpieczony winien przedłożyć dokumenty, o których mowa w ust.1 pkt 2) - 4) przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 9 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie

dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek operacji medycznej Współubezpieczonego – małżonka lub partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej Współubezpieczonego – małżonka lub partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 6 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 4 OWDU, § 5 OWDU.

SALTUS UBEZPIECZENIA

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI MEDYCZNEJ WSPÓŁUBEZPIECZONEGO – MAŁŻONKA LUB PARTNERA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej Współubezpieczonego – małżonka lub partnera, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **obrażenia ciała** - uszkodzenie narządów lub układów narządów Współubezpieczonego, powstałe bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej,
   2) **operacja medyczna** - zabieg medyczny przeprowadzony z powodu obrażeń ciała wymieniony w Tabeli operacji medycznych, stanowiącej załącznik do niniejszych OWDU, przeprowadzony przez lekarza w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym w trakcie pobytu Współubezpieczonego w szpitalu,
   3) **szpital** - działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa kraju, na terenie którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się: poradni przyszpitalnej, ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala rehabilitacyjnego, oddziału rehabilitacyjnego oraz ośrodka rehabilitacji,
   4) **Współubezpieczony** – małżonek lub partner Ubezpieczonego, którego zdrowie objęte jest zakresem umowy dodatkowej ubezpieczenia;
   5) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – przeprowadzenie operacji medycznej Współubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.

III. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4 (ograniczenia odpowiedzialności)

Niezależnie od liczby operacji medycznych przeprowadzonych w okresie kolejnych 60 dni w związku z leczeniem obrażeń ciała powstałych w wyniku nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci tylko jedno, najwyższe świadczenie (zgodnie z Tabelą operacji medycznych), z tytułu operacji medycznej.

§ 5 (wyłączenia odpowiedzialności)

Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy obrażenia ciała będące przyczyną operacji medycznej są następstwem zdarzeń wymienionych w § 7 OWU.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 6 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku operacji medycznej Współubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wskazanego procentu sumy ubezpieczenia zgodnie z **Tabelą operacji medycznych**, stanowiącą załącznik do niniejszych OWDU.
2. Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania Współubezpieczonego na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza, w celu ustalenia prawa do świadczenia ubezpieczeniowego. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.

§ 7 (wymagane dokumenty)

1. Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
   1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
   2) dokumentację medyczną dotyczącą przeprowadzonej operacji medycznej, w tym - kartę informacyjną leczenia szpitalnego z opisem wykonanej operacji,
   3) dokumentację dotyczącą nieszczęśliwego wypadku,
   4) w przypadku operacji medycznej małżonka - dokumenty stwierdzające zawarcie małżeństwa,
   5) w przypadku operacji medycznej partnera – oświadczenie o prowadzeniu wspólnego gospodarstwa domowego przez co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed datą wystąpienia zdarzenia,
   6) dokument tożsamości Ubezpieczonego,
   7) zgodę Współubezpieczonego na przetwarzanie danych osobowych na formularzu Towarzystwa.
2. W przypadku operacji medycznej przeprowadzonej na terytorium kraju innego niż Rzeczpospolita Polska, Ubezpieczony winien przedłożyć dokumenty, o których mowa w ust.1 pkt 2) - 4) przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 9 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

ŻYCIE I ZDROWIE DZIECKA

GRUPOWE UBEZPIECZENIE VERTUS ŻYCIE I ZDROWIE

WARUNKI UBEZPIECZENIA

Informacja o produkcie dodatkowe grupowe ubezpieczenie
na wypadek śmierci Współubezpieczonego – dziecka

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci Współubezpieczonego – dziecka (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 5 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 4 OWDU.

SALTUS UBEZPIECZENIA

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI WSPÓŁUBEZPIECZONEGO – DZIECKA

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci Współubezpieczonego - dziecka, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **Współubezpieczony** – dziecko Ubezpieczonego, którego życie objęte jest zakresem umowy dodatkowej ubezpieczenia;
   2) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć Współubezpieczonego, która wystąpiła w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

II. ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (zakres ubezpieczenia)

Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.

III. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 4 (świadczenie ubezpieczeniowe)

W przypadku śmierci Współubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu umowy.

§ 5 (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
2) skrócony odpis aktu zgonu Współubezpieczonego,
3) dokument tożsamości Ubezpieczonego.

IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 6 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 7 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie

dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci Współubezpieczonego – dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci Współubezpieczonego – dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 4 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 4 OWDU.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI WSPÓŁUBEZPIECZONEGO – DZIECKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci Współubezpieczonego – dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **Współubezpieczony** – dziecko Ubezpieczonego, którego życie objęte jest zakresem umowy dodatkowej ubezpieczenia;
   2) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć Współubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

II. ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (zakres ubezpieczenia)

Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.

III . ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 4 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku śmierci Współubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust.1 zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem i śmiercią Współubezpieczonego .

§ 5 (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
2) kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu,
3) skrócony odpis aktu zgonu,
4) dokument tożsamości Ubezpieczonego.

IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 6 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 7 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie

dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek pobytu Współubezpieczonego – dziecka w szpitalu

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek pobytu Współubezpieczonego – dziecka w szpitalu (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 6 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, §2 OWDU, § 4 OWDU § 5 OWDU.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU WSPÓŁUBEZPIECZONEGO - DZIECKA W SZPITALU

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek pobytu Współubezpieczonego - dziecka w szpitalu, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **choroba** - stwierdzona przez lekarza po raz pierwszy w okresie ochrony ubezpieczeniowej reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju Współubezpieczonego,
   2) **ciąża wysokiego ryzyka** - ciąża, której dalsze trwanie, zgodnie z opinią lekarską, może zagrażać życiu matki lub płodu,
   3) **dziecko** - dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ukończyło 4 rok życia i nie ukończyło 25 roku życia,
   4) **obrażenia ciała** - uszkodzenie narządów lub układów narządów Współubezpieczonego, powstałe bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa,
   5) **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej / Oddział Intensywnej Terapii (OIOM/OIT)** - wydzielony, specjalistyczny oddział szpitalny, przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru; za OIOM/OIT uznaje się również Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK), Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK), Oddział Intensywnej Opieki Neurologicznej (OION) oraz Oddział Intensywnego Nadzoru Neurologicznego (OINN). Za OIOM/OIT uważa się także wydzielone sale intensywnego nadzoru znajdujące się w obrębie odpowiednich oddziałów specjalistycznych, w których przy wykorzystaniu specjalistycznego sprzętu do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych odbywa się leczenie ciężkich stanów chorobowych bezpośrednio zagrażających życiu,
   6) **Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK), Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK)** - wydzielony, specjalistyczny pododdział szpitalny, funkcjonujący w obrębie oddziału kardiologicznego, kliniki kardiologicznej lub oddziału internistycznego o profilu kardiologicznym, przeznaczony do leczenia chorych wymagających stałego nadzoru i ciągłego monitorowania czynności życiowych wyłącznie z nagłych wskazań kardiologicznych,
   7) **Oddział Intensywnej Opieki Neurologicznej (OION), Oddział Intensywnego Nadzoru Neurologicznego (OINN)** - wydzielony, specjalistyczny pododdział szpitalny, funkcjonujący w obrębie oddziału neurologicznego, kliniki neurologicznej, przeznaczony do leczenia chorych wymagających stałego nadzoru i ciągłego monitorowania czynności życiowych wyłącznie z nagłych wskazań neurologicznych,
   8) **pobyt w szpitalu** - potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu, trwający nieprzerwanie dłużej niż:
      a) 1 dzień w przypadku pobytu w szpitalu wyłącznie w celu leczenia doznanych obrażeń ciała,
      b) 6 dni w przypadku pobytu w szpitalu w celu leczenia choroby,
      c) 9 dni od dnia porodu - w przypadkach pobytu związanego z porodem i mającego na celu leczenie choroby, będącej skutkiem powikłań poporodowych,
      d) 15 dni w przypadku pobytu w szpitalu związanego z ciążą wysokiego ryzyka,

      przy czym do okresu pobytu w szpitalu zaliczane są w całości: dzień, w którym Współubezpieczony został przyjęty do szpitala oraz dzień, w którym Współubezpieczony został wypisany ze szpitala,
   9) **rekonwalescencja** - okres następujący bezpośrednio po zakończeniu okresu pobytu w szpitalu, służący powrotowi do zdrowia Współubezpieczonego,
   10) **sanatorium** - znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, zakład lecznictwa zorganizowany w miejscowości uzdrowiskowej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostrzeniom, za pobyt w sanatorium uznaje się również pobyt w szpitalu rehabilitacyjnym, na oddziale rehabilitacyjnym lub w ośrodku rehabilitacji,
   11) **szpital** - działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa kraju, na terenie którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się: poradni przyszpitalnej, ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala rehabilitacyjnego, oddziału rehabilitacyjnego oraz ośrodka rehabilitacji,
   12) **Współubezpieczony** – dziecko Ubezpieczonego, którego zdrowie objęte jest zakresem umowy dodatkowej ubezpieczenia;
   13) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – pobyt Współubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

II. ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (zakres ubezpieczenia)

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę świadczenia w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Za opłatą dodatkowej składki zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:
   1) pobyt na OIOM/OIT, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,
   2) rekonwalescencję, pod warunkiem, że rekonwalescencja pozostaje w bezpośrednim związku z pobytem w szpitalu, w związku z którym należne jest świadczenie z tytułu umowy dodatkowej, o ile pobyt w szpitalu trwał nieprzerwanie co najmniej 15 dni,
   3) pobyt w sanatorium, pod warunkiem, że pobyt w sanatorium pozostaje w bezpośrednim związku z pobytem w szpitalu, w związku z którym należne jest świadczenie z tytułu umowy dodatkowej, o ile pobyt w sanatorium potwierdzony został dokumentacją medyczną.

III. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4 (ograniczenia odpowiedzialności)

1. Wysokość łącznych świadczeń z tytułu pobytu (pobytów) Współubezpieczonego w szpitalu rozpoczętego (rozpoczętych) w danym roku polisowym nie może przekroczyć równowartości kwoty odpowiadającej świadczeniu ubezpieczeniowemu wypłaconemu za 180 dni pobytu w szpitalu, bez względu na liczbę pobytów w szpitalu rozpoczętych w danym roku polisowym.
2. Każde ze świadczeń, wymienionych w § 5 ust. 5 może zostać wypłacone tylko jeden raz na jeden pobyt w szpitalu Współubezpieczonego

§ 5 (wyłączenia odpowiedzialności)

Oprócz wyłączeń odpowiedzialności wynikających z § 7 OWU, świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone, jeżeli celem pobytu w szpitalu jest:

1) leczenie lub poddanie się przez Współubezpieczonego zabiegowi pozostającemu w związku z ciążą, porodem lub połogiem (z zastrzeżeniem pobytu w szpitalu związanego z ciążą wysokiego ryzyka oraz pobytu w szpitalu związanego z porodem i mającego na celu leczenie choroby, będącej skutkiem powikłań poporodowych),
2) poddanie się operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu Współubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej,
3) wykonanie rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie jest choroba lub obrażenia ciała Współubezpieczonego,
4) wykonanie zabiegów rehabilitacyjnych,
5) leczenie zaburzeń psychicznych,
6) leczenie choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV,
7) leczenie wad wrodzonych,
8) leczenie zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu lub środków odurzających, z wyłączeniem przypadków ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 6 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku pobytu Współubezpieczonego w szpitalu, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe równe:
   1) 0,6% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu,
   2) 0,5% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej za 15 i każdy kolejny dzień pobytu w szpitalu z zastrzeżeniem § 4 ust. 1.
2. W przypadku pobytu Współubezpieczonego na OIOM/OIT, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w Tabeli świadczeń wymienionej w ust. 5, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.
3. W przypadku rekonwalescencji Współubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w Tabeli świadczeń wymienionej w ust. 5, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.
4. W przypadku pobytu Współubezpieczonego w sanatorium, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w Tabeli świadczeń wymienionej w ust. 5, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.
5. Tabela świadczeń:

Rodzaj świadczenia	Wysokość świadczenia
pobyt na OIOM/OIT	500 zł
rekonwalescencja	250 zł
pobyt w sanatorium	500 zł

6. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest po zakończeniu pobytu Współubezpieczonego w szpitalu, po zakończeniu pobytu w sanatorium lub po zakończeniu rekonwalescencji.
7. W przypadku pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 30 dni, na wniosek Ubezpieczonego Towarzystwo może wypłacić część świadczenia ubezpieczeniowego przed zakończeniem tego pobytu.
8. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania Współubezpieczonego na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza, w celu ustalenia prawa do świadczenia ubezpieczeniowego. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.

§ 7 (wymagane dokumenty)

1. Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
   1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
   2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub kartę wypisową ze szpitala, wydaną przez lekarza prowadzącego (w przypadku pobytu na OIOM/OIT, również kartę wypisową z OIOM/OIT),
   3) w przypadku rekonwalescencji – zwolnienie lekarskie wydane przez szpital, albo zaświadczenie wydane przez pracodawcę o pobieranym zasiłku chorobowym w związku z pobytem Współubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim wydanym przez szpital,
   4) w przypadku pobytu w sanatorium - skierowanie Współubezpieczonego do sanatorium, wydane przez szpital lub lekarza prowadzącego oraz kartę informacyjną pobytu w sanatorium,
   5) dokument tożsamości Ubezpieczonego,
   6) dokumenty stwierdzające pokrewieństwo lub przysposobienie,
   7) zgodę dorosłego Współubezpieczonego na przetwarzanie danych osobowych na formularzu Towarzystwa.
2. W przypadku pobytu w szpitalu lub pobytu na OIOM/OIT na terytorium kraju innego niż Rzeczpospolita Polska, Ubezpieczony winien przedłożyć dokumenty, o których mowa w ust.1 pkt 2) - 4) przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 9 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie
dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek poważnego zachorowania Współubezpieczonego - dziecka - wariant podstawowy (10 chorób)

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Współubezpieczonego - dziecka - wariant podstawowy (10 chorób) (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 6 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 2 OWDU, § 4 OWDU, § 5 OWDU.

SALTUS UBEZPIECZENIA

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA WSPÓŁUBEZPIECZONEGO - DZIECKA - WARIANT PODSTAWOWY (10 CHORÓB)

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Współubezpieczonego - dziecka – wariant podstawowy (10 chorób), zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   - 2.1. **poważne zachorowanie** – jedna z niżej wymienionych chorób, która została zdiagnozowana po raz pierwszy u Współubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej:
     - 2.1.1. **nowotwór złośliwy z białaczkami i chłoniakami** - niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych niszczący zdrowe tkanki; choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego; ostateczny wynik badania histopatologicznego jednoznacznie potwierdzający nowotworowe tło choroby przyjmuje się za datę zaistnienia choroby; wykluczeniu podlegają nowotwory „in situ", nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (w tym czerniak złośliwy do 1-B stopnia zaawansowania w klasyfikacji TNM), ziarnica złośliwa i chłoniaki w 1. stopniu zaawansowania,
     - 2.1.2. **niewydolność nerek** - końcowe stadium przewlekłej niewydolności nerek charakteryzujące się wskaźnikiem filtracji kłębuszkowej mniejszym niż 10 ml/min oraz wymagające ze wskazań życiowych przewlekłego leczenia dializami lub przeszczepu nerek,
     - 2.1.3. **niewydolność wątroby** - krańcowa przewlekła niewydolność wątroby ze stałą żółtaczką, encefalopatią i wodobrzuszem; rozpoznanie wymaga potwierdzenia jednoznaczną dokumentacją medyczną; za stan przewlekły uważa się co najmniej 6 miesięczny okres trwania choroby będącej przyczyną krańcowej niewydolności wątroby,
     - 2.1.4. **cukrzyca** - choroba metaboliczna o wieloczynnikowej etiologii, charakteryzująca się przewlekłą hiperglikemią, która rozwija się w wyniku defektu wydzielania lub działania insuliny, bądź też obu tych zaburzeń,
     - 2.1.5. **dystrofia mięśniowa** - dystrofia mięśniowa typu Duchenne'a (najczęściej występująca i najcięższa postać dystrofii); rozpoznanie wymaga potwierdzenia wyczerpującą dokumentacją medyczną dotyczącą rozpoznania choroby,
     - 2.1.6. **guzy śródczaszkowe** - niezłośliwe guzy śródczaszkowe będące przyczyną stałych ubytków neurologicznych; wykluczeniu podlegają torbiele, ziarniaki, malformacje śródczaszkowe, guzy przysadki,
     - 2.1.7. **śpiączka** - stan utraty świadomości charakteryzujący się brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne (oceniany w skali śpiączki Glasgow na mniej niż 9 punktów) i koniecznością użycia sprzętu wspomagającego utrzymanie czynności życiowych (np. respiratora); stan ten winien trwać co najmniej 96 godzin oraz pozostawiać trwałe ubytki neurologiczne, a jego rozpoznanie wymaga potwierdzenia wyczerpującą dokumentacją medyczną, zawierającą między innymi końcową ocenę stanu neurologicznego; zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu i innych substancji odurzających,
     - 2.1.8. **sepsa (sepsis)** - zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej powstały w wyniku krwiopochodnego rozsiewu zakażenia bakteryjnego, wirusowego lub grzybiczego, podczas którego we krwi krążą najczęściej bakterie, ich toksyny bądź toksyczne metabolity komórek gospodarza, objawiający się niewydolnością lub poważną dysfunkcją narządów lub układów narządów; w rozumieniu niniejszych OWDU za sepsę uznaje się też rozwijający się w jej przebiegu wstrząs septyczny; wykluczeniu podlegają bakteriemia, wiremia i fungemia oraz przypadki sepsy wtórnej, rozwijającej się jako powikłanie po zabiegach operacyjnych lub urazach; jednoznaczne rozpoznanie winno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie,
     - 2.1.9. **inwazyjna choroba pneumokokowa (IChP)** - pierwotne zakażenie wywołane przez pneumokoki *(Streptococcus pneumoniae)*, o dużym nasileniu objawów chorobowych, przebiegające pod postacią chorób o charakterze miejscowym lub uogólnionym; ubezpieczeniem objęte są przypadki ciężkich zakażeń inwazyjnych, takich jak między innymi: zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, kości i szpiku, stawów, wsierdzia, osierdzia, otrzewnej, ucha środkowego, sepsa penumokokowa i inne pozostawiające trwałe następstwa pod postacią np. utraty słuchu, zaburzeń procesu uczenia się, opóźnień w nauce mowy, porażeń lub innych ubytków neurologicznych; wykluczeniu podlegają zakażenia pneumokokowe o przebiegu lekkim, niepowikłane lub niepozostawiające trwałych następstw oraz pourazowe wtórne zakażenia pneumokokowi; rozpoznanie IChP oraz jej trwałych następstw winno być jednoznacznie potwierdzone wynikami badań, w tym bakteriologicznych, i zawarte w dokumentacji medycznej wydanej przez ośrodek służby zdrowia prowadzący leczenie,
     - 2.1.10. **zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych** - pierwotne ropne, włóknikowe, ziarniakowe lub limfocytowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych; zakresem ubezpieczenia objęte są również przypadki poronnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych; rozpoznanie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych musi być udokumentowane wynikami badań i zawarte w dokumentacji medycznej ośrodka medycznego prowadzącego leczenie, z określeniem właściwego numeru statystycznej klasyfikacji ICD-10,
   - 2.2. **wada wrodzona** – nabyta w życiu płodowym, pojedyncza lub mnoga nieprawidłowość rozwojowa dotycząca narządu lub części ciała, doprowadzająca do zmian morfologicznych danego narządu, narządów lub części ciała i upośledzająca czynność ustroju lub skracająca życie, z zastrzeżeniem ppkt. 2.1.5,
   - 2.3. **Współubezpieczony** – dziecko Ubezpieczonego, którego zdrowie objęte jest zakresem umowy dodatkowej ubezpieczenia;
   - 2.4. **zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie poważnego zachorowania Współubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

II. ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (zakres ubezpieczenia)

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Zawarcie umowy na podstawie niniejszych OWDU wyklucza możliwość zawarcia innych umów dodatkowych, których zakres ubezpieczenia obejmuje poważne zachorowania Współubezpieczonego dziecka.

III. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4 (ograniczenie odpowiedzialności)

W przypadku wystąpienia drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania Współubezpieczonego, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, o ile nie pozostaje w związku przyczynowo - skutkowym z wcześniej rozpoznanym poważnym zachorowaniem, w związku z którym Towarzystwo wypłaciło świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu umowy dodatkowej.

§ 5 (wyłączenie odpowiedzialności)

W odniesieniu do Współubezpieczonego, wyłączone są poważne zachorowania, które są następstwem lub konsekwencją wady wrodzonej.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 6 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku wystąpienia u Współubezpieczonego, poważnego zachorowania, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Rodzaj i data wystąpienia poważnego zachorowania ustalane są na podstawie dokumentacji medycznej. W uzasadnionych przypadkach - na podstawie badań medycznych Współubezpieczonego przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo, wykonanych na zlecenie Towarzystwa. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.

§ 7 (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
2) dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania,
3) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego,
4) zaświadczenie od lekarza o całkowitym braku możliwości wykonywania określonych czynności życiowych w przypadku zgłaszania roszczenia z tytułu poważnego zachorowania w definicji którego został postawiony taki wymóg,
5) akt urodzenia lub przysposobienia dziecka
6) zgodę dorosłego Współubezpieczonego na przetwarzanie danych osobowych na formularzu Towarzystwa.

V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 9 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie

dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek poważnego zachorowania Współubezpieczonego - dziecka - wariant rozszerzony (20 chorób)

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Współubezpieczonego - dziecka - wariant rozszerzony (20 chorób) (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 6 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 2 OWDU, § 4 OWDU, § 5 OWDU.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA WSPÓŁUBEZPIECZONEGO - DZIECKA WARIANT ROZSZERZONY (20 CHORÓB)

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Współubezpieczonego – dziecka – wariant rozszerzony (20 chorób), zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:

2.1. **poważne zachorowanie** – jedna z niżej wymienionych chorób, która została zdiagnozowana po raz pierwszy u Współubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej:

2.1.1. **nowotwór złośliwy z białaczkami i chłoniakami** - niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych niszczący zdrowe tkanki; choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego; ostateczny wynik badania histopatologicznego jednoznacznie potwierdzający nowotworowe tło choroby przyjmuje się za datę zaistnienia choroby; wykluczeniu podlegają nowotwory „in situ", nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (w tym czerniak złośliwy do 1-B stopnia zaawansowania w klasyfikacji TNM), ziarnica złośliwa i chłoniaki w 1. stopniu zaawansowania,

2.1.2. **niewydolność nerek** - końcowe stadium przewlekłej niewydolności nerek charakteryzujące się wskaźnikiem filtracji kłębuszkowej mniejszym niż 10 ml/min oraz wymagające ze wskazań życiowych przewlekłego leczenia dializami lub przeszczepu nerek,

2.1.3. **niewydolność wątroby** - krańcowa przewlekła niewydolność wątroby ze stałą żółtaczką, encefalopatią i wodobrzuszem; rozpoznanie wymaga potwierdzenia jednoznaczną dokumentacją medyczną; za stan przewlekły uważa się co najmniej 6 miesięczny okres trwania choroby będącej przyczyną krańcowej niewydolności wątroby,

2.1.4. **cukrzyca** - choroba metaboliczna o wieloczynnikowej etiologii, charakteryzująca się przewlekłą hiperglikemią, która rozwija się w wyniku defektu wydzielania lub działania insuliny, bądź też obu tych zaburzeń,

2.1.5. **dystrofia mięśniowa** - dystrofia mięśniowa typu Duchenne'a (najczęściej występująca i najcięższa postać dystrofii); rozpoznanie wymaga potwierdzenia wyczerpującą dokumentacją medyczną dotyczącą rozpoznania choroby,

2.1.6. **guzy śródczaszkowe** - niezłośliwe guzy śródczaszkowe będące przyczyną stałych ubytków neurologicznych; wykluczeniu podlegają torbiele, ziarniaki, malformacje śródczaszkowe, guzy przysadki,

2.1.7. **śpiączka** - stan utraty świadomości charakteryzujący się brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne (oceniany w skali śpiączki Glasgow na mniej niż 9 punktów) i koniecznością użycia sprzętu wspomagającego utrzymanie czynności życiowych (np. respiratora); stan ten winien trwać co najmniej 96 godzin oraz pozostawiać trwałe ubytki neurologiczne, a jego rozpoznanie wymaga potwierdzenia wyczerpującą dokumentacją medyczną, zawierającą między innymi końcową ocenę stanu neurologicznego; zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu i innych substancji odurzających,

2.1.8. **sepsa (sepsis)** - zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej powstały w wyniku krwiopochodnego rozsiewu zakażenia bakteryjnego, wirusowego lub grzybiczego, podczas którego we krwi krążą najczęściej bakterie, ich toksyny bądź toksyczne metabolity komórek gospodarza, objawiający się niewydolnością lub poważną dysfunkcją narządów lub układów narządów; w rozumieniu niniejszych OWDU za sepsę uznaje się też rozwijający się w jej przebiegu wstrząs septyczny; wykluczeniu podlegają bakteriemia, wiremia i fungemia oraz przypadki sepsy wtórnej, rozwijającej się jako powikłanie po zabiegach operacyjnych lub urazach; jednoznaczne rozpoznanie winno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie,

2.1.9. **inwazyjna choroba pneumokokowa (IChP)** - pierwotne zakażenie wywołane przez pneumokoki *(Streptococcus pneumoniae)*, o dużym nasileniu objawów chorobowych, przebiegające pod postacią chorób o charakterze miejscowym lub uogólnionym; ubezpieczeniem objęte są przypadki ciężkich zakażeń inwazyjnych, takich jak między innymi: zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, kości i szpiku, stawów, wsierdzia, osierdzia, otrzewnej, ucha środkowego, sepsa penumokokowa i inne pozostawiające trwałe następstwa pod postacią np. utraty słuchu, zaburzeń procesu uczenia się, opóźnień w nauce mowy, porażeń lub innych ubytków neurologicznych; wykluczeniu podlegają zakażenia pneumokokowe o przebiegu lekkim, niepowikłane lub niepozostawiające trwałych następstw oraz pourazowe wtórne zakażenia pneumokokowi; rozpoznanie IChP oraz jej trwałych następstw winno być jednoznacznie potwierdzone wynikami badań, w tym bakteriologicznych, i zawarte w dokumentacji medycznej wydanej przez ośrodek służby zdrowia prowadzący leczenie,

2.1.10. **zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych** - pierwotne ropne, włóknikowe, ziarniakowe lub limfocytowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych; zakresem ubezpieczenia objęte są również przypadki poronnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych; rozpoznanie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych musi być udokumentowane wynikami badań i zawarte w dokumentacji medycznej ośrodka medycznego prowadzącego leczenie, z określeniem właściwego numeru statystycznej klasyfikacji ICD-10,

2.1.11. **choroba Heinego Medina (Poliomyelitis)** – jednoznaczne rozpoznanie zakażenia wirusem polio prowadzącego do porażenia objawiającego się upośledzeniem ruchowym (funkcji motorycznej) lub osłabieniem mięśni układu oddechowego. W odniesieniu do niniejszej umowy roszczenie zostanie uznane jedynie, gdy w wyniku choroby stwierdzony zostanie deficyt neurologiczny powodujący trwałe porażenie mięśni kończyn,

2.1.12. **przeszczep narządów** - przeszczepienie Współubezpieczonemu jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Współubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:

- serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub
- szpiku kostnego z zastosowaniem komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy,

przy czym przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu; ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione,

2.1.13. **oparzenia** - głębokie termiczne lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych obejmujące:
- nie mniej niż 60 % całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia I stopnia,
- nie mniej niż 40 % całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia II stopnia,
- nie mniej niż 20 % całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia III stopnia;

przy czym przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek" lub tabelę Lunda i Brondera; zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych,

2.1.14. **utrata wzroku w następstwie choroby** - całkowita, nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach spowodowana chorobą; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę z ośrodka prowadzącego leczenie,

2.1.15. **utrata mowy** - całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia w następstwie choroby, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę z zakresu laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby fałdów głosowych; zakres ubezpieczenia nie obejmuje jakichkolwiek przypadków utraty zdolności mówienia spowodowanych schorzeniami psychicznymi ani utraty zdolności mówienia, która może być skorygowana z zastosowaniem jakichkolwiek procedur terapeutycznych,

2.1.16. **odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu** – oznacza chorobę przenoszoną przez kleszcze, przebiegającą z różnorodnymi objawami neurologicznymi, skutkującymi koniecznością hospitalizacji, potwierdzoną badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. Rozpoznanie choroby powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A84) wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego,

2.1.17. **utrata słuchu** - całkowita i nieodwracalna, obustronna utrata słuchu spowodowana zachorowaniem; rozpoznanie musi nastąpić na podstawie badań audiometrycznych i być potwierdzone przez laryngologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym,

2.1.18. **paraliż (niedowład)** – całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji w dwóch lub więcej kończynach, spowodowana urazem lub chorobą. Niedowład musi mieć charakter nie rokujący poprawy i występować przez okres minimum 3 miesięcy. Rozpoznanie i zakres zmian musi być potwierdzone przez lekarza neurologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje wszystkich przypadków niedowładów częściowych, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych), niedowładów spowodowanych zaburzeniami psychologicznymi lub psychiatrycznymi lub będących skutkiem samouszkodzenia lub próby samobójczej,

2.1.19. **choroba neuronu ruchowego** – postępujące zwyrodnienie dróg korowo-rdzeniowych z zanikiem komórek rogów przednich rdzenia lub uszkodzeniem nerwów opuszki. Choroba neuronu ruchowego obejmuje takie jednostki, jak: rdzeniowy zanik mięśni (ang. spinal muscular atrophy, SMA), postępujące porażenie opuszkowe (ang. progressive bulbar palsy, PBP), stwardnienie zanikowe boczne (ang. amyotrophic lateral sclerosis, ALS) oraz pierwotne stwardnienie boczne (ang. primary lateral sclerosis, PLS). Świadczenie będzie należne, jeśli choroba neuronu ruchowego spowoduje deficyt neurologiczny skutkujący trwałą i nieodwracalną niezdolnością Współubezpieczonego do:
- poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji lub
- samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków,

2.1.20. **wścieklizna** – wymagająca zastosowania leczenia w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, której istotą jest ostre zapalenie mózgu i rdzenia wywołane wirusem wścieklizny (Rabies virus).

2.2. **wada wrodzona** – nabyta w życiu płodowym, pojedyncza lub mnoga nieprawidłowość rozwojowa dotycząca narządu lub części ciała, doprowadzająca do zmian morfologicznych danego narządu, narządów lub części ciała i upośledzająca czynność ustroju lub skracająca życie, z zastrzeżeniem ppkt. 2.1.5 I 2.1.19,

2.3. **Współubezpieczony** – dziecko Ubezpieczonego, którego zdrowie objęte jest zakresem umowy dodatkowej ubezpieczenia,

2.4. **zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie poważnego zachorowania Współubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

II. ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (zakres ubezpieczenia)

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Zawarcie umowy na podstawie niniejszych OWDU wyklucza możliwość zawarcia innych umów dodatkowych, których zakres ubezpieczenia obejmuje poważne zachorowania Współubezpieczonego dziecka.

III. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4 (ograniczenie odpowiedzialności)

W przypadku wystąpienia drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania Współubezpieczonego, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, o ile nie pozostaje w związku przyczynowo - skutkowym z wcześniej rozpoznanym poważnym zachorowaniem, w związku z którym Towarzystwo wypłaciło świadczenie z tytułu umowy dodatkowej.

§ 5 (wyłączenie odpowiedzialności)

W odniesieniu do Współubezpieczonego, wyłączone są poważne zachorowania, które są następstwem lub konsekwencją wady wrodzonej.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 6 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku wystąpienia u Współubezpieczonego, poważnego zachorowania, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Rodzaj i data wystąpienia poważnego zachorowania ustalane są na podstawie dokumentacji medycznej. W uzasadnionych przypadkach - na podstawie badań medycznych Współubezpieczonego przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo, wykonanych na zlecenie Towarzystwa. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.

§ 7 (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
2) dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania,
3) zaświadczenie od lekarza o całkowitym braku możliwości wykonywania określonych czynności życiowych w przypadku zgłaszania roszczenia z tytułu poważnego zachorowania w definicji którego został postawiony taki wymóg,
4) akt urodzenia lub przysposobienia dziecka
5) dokument tożsamości Ubezpieczonego,
6) zgodę dorosłego Współubezpieczonego na przetwarzanie danych osobowych na formularzu Towarzystwa.

V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych

Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 9 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie
dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek
urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 5 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 2 OWDU, § 4 OWDU.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK URODZENIA SIĘ DZIECKA UBEZPIECZONEMU

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu** - urodzenie się żywego dziecka, potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia, w którym Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic dziecka. Przez urodzenie się dziecka należy rozumieć także pełne lub całkowite (blankietowe) przysposobienie w rozumieniu odpowiednich zapisów Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego,
   2) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu, które wystąpiło w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

II.ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (zakres ubezpieczenia)

Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.

III. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4 (ograniczenia odpowiedzialności)

Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpiło w okresie karencji trwającej 9 miesięcy od pierwszego dnia miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym została złożona Towarzystwu deklaracja zgody Ubezpieczonego na przystąpienie do ubezpieczenia grupowego i zaakceptowana przez Towarzystwo.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 5 (świadczenie ubezpieczeniowe)

W przypadku urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, za każde urodzone dziecko z zastrzeżeniem § 4 niniejszych OWDU.

§ 6 (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu, następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
2) akt urodzenia lub przysposobienia dziecka,
3) dokument tożsamości Ubezpieczonego.

V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 7 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 8 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie
dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek urodzenia się dzieci Ubezpieczonemu wskutek ciąży mnogiej

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dzieci Ubezpieczonemu wskutek ciąży mnogiej (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 5 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 2 OWDU, § 4 OWDU.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK URODZENIA SIĘ DZIECI UBEZPIECZONEMU WSKUTEK CIĄŻY MNOGIEJ

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dzieci Ubezpieczonemu wskutek ciąży mnogiej, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **urodzenie się dzieci Ubezpieczonemu wskutek ciąży mnogiej** – urodzenie się więcej niż jednego żywego dziecka, potwierdzone wystawionymi przez urząd stanu cywilnego aktami urodzenia, w których Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic dzieci. Urodzenie się dzieci Ubezpieczonego wskutek ciąży mnogiej nie obejmuje jakiejkolwiek formy przysposobienia.
   2) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – urodzenie się dzieci Ubezpieczonemu wskutek ciąży mnogiej, które wystąpiło w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.

II. ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (zakres ubezpieczenia)

Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.

III. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4 (ograniczenia odpowiedzialności)

Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpiło w okresie karencji trwającej 9 miesięcy od pierwszego dnia miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym ostała złożona Towarzystwu deklaracja zgody Ubezpieczonego na przystąpienie do ubezpieczenia grupowego i zaakceptowana przez Towarzystwo.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 5 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku urodzenia się Ubezpieczonemu więcej niż jednego dziecka wskutek ciąży mnogiej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, niezależnie od świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka, z zastrzeżeniem § 4 niniejszych OWDU.
2. Świadczenie z tytułu urodzenia się dzieci wskutek ciąży mnogiej przysługuje w kwocie określonej w polisie bez względu na liczbę żywo urodzonych dzieci.

§ 6 (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
2) skrócone odpisy aktów urodzenia dzieci,
3) dokument tożsamości Ubezpieczonego.

V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 7 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 8 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie
dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek
urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu wymagającego leczenia

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu wymagającego leczenia (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 5 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 4 OWDU.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK URODZENIA SIĘ DZIECKA UBEZPIECZONEMU WYMAGAJĄCEGO LECZENIA

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu wymagającego leczenia, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu wymagającego leczenia** - urodzenie się żywego dziecka, potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia, w którym Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic dziecka, które spełnia jeden z poniższych warunków:
      a) przy urodzeniu otrzymało 1-7 punktów w skali Apgar (przy punktacji w skali Apgar bierze się pod uwagę ostatnią dokonaną ocenę);
      b) urodziło się z wadą wrodzoną,
      c) urodziło się jako wcześniak;
   2) **wada wrodzona** – nabyta w życiu płodowym, pojedyncza lub mnoga nieprawidłowość rozwojowa dotycząca narządu lub części ciała, doprowadzająca do zmian morfologicznych danego narządu, narządów lub części ciała i upośledzająca czynność ustroju lub skracająca życie. Ochroną ubezpieczeniową objęte są wady rozwojowe istniejące w chwili urodzenia żywego dziecka.
   3) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu wymagającego leczenia**,** które wystąpiło w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

II. ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (zakres ubezpieczenia)

Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.

III. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4 (ograniczenia odpowiedzialności)

1. Jeżeli dziecko Ubezpieczonego wymagające leczenia urodziło się z wadą wrodzoną, świadczenie zostanie wypłacone, pod warunkiem, że istnienie wady wrodzonej zostało potwierdzone odpowiednimi wynikami badań laboratoryjnych lub obrazowych.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpiło w okresie karencji trwającej 9 miesięcy od pierwszego dnia miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym została złożona Towarzystwu deklaracja zgody Ubezpieczonego na przystąpienie do ubezpieczenia grupowego i zaakceptowana przez Towarzystwo

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 5 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu wymagającego leczenia, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej z zastrzeżeniem § 4 niniejszych OWDU.
2. W przypadku urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu wymagającego leczenia, które przy urodzeniu otrzymało 1-4 punktów w skali Apgar, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 150% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem § 4 niniejszych OWDU.
3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania dziecka Ubezpieczonego na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza, w celu ustalenia prawa do świadczenia ubezpieczeniowego. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.

§ 6 (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
2) skrócony odpis aktu urodzenia dziecka,
3) kartę informacyjną leczenia szpitalnego dziecka lub kartę wypisową ze szpitala dziecka, wydaną przez lekarza prowadzącego,
4) dokumentację medyczną potwierdzającą rozpoznanie i leczenie wady wrodzonej,
5) dokument tożsamości Ubezpieczonego.

V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 7 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 8 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie
dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek
urodzenia się martwego dziecka

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek urodzenia się martwego dziecka (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 5 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 4 OWDU.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK URODZENIA SIĘ MARTWEGO DZIECKA

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek urodzenia się martwego dziecka, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **urodzenie się martwego dziecka** – urodzenie się martwego dziecka, potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia dla dziecka martwo urodzonego, w którym Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic dziecka.
   2) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – urodzenie się martwego dziecka Ubezpieczonemu**,** które wystąpiło w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

II. ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (zakres ubezpieczenia)

Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.

III. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4 (ograniczenia odpowiedzialności)

Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpiło w okresie karencji trwającej 9 miesięcy od pierwszego dnia miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym została złożona Towarzystwu deklaracja zgody Ubezpieczonego na przystąpienie do ubezpieczenia grupowego i zaakceptowana przez Towarzystwo

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 5 (świadczenie ubezpieczeniowe)

W przypadku urodzenia się martwego dziecka, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem § 4 niniejszych OWDU.

§ 6 (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
2) skrócony odpis aktu urodzenia dla dziecka martwo urodzonego,
3) dokument tożsamości Ubezpieczonego.

V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 7 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 8 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

ŻYCIE RODZICÓW LUB TEŚCIÓW

GRUPOWE UBEZPIECZENIE VERTUS ŻYCIE I ZDROWIE

WARUNKI UBEZPIECZENIA

Informacja o produkcie dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci Współubezpieczonych – rodziców lub teściów

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci Współubezpieczonych – rodziców lub teściów (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 4 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI WSPÓŁUBEZPIECZONYCH – RODZICÓW LUB TEŚCIÓW

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci Współubezpieczonych – rodziców lub teściów, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **Współubezpieczony** – rodzice lub teściowie Ubezpieczonego, których życie objęte jest zakresem umowy dodatkowej ubezpieczenia;
   2) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć Współubezpieczonego, która wystąpiła w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

II. ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (zakres ubezpieczenia)

Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.

III. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 4 (świadczenie ubezpieczeniowe)

W przypadku śmierci Współubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.

§ 5 (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
2) skrócony odpis aktu zgonu Współubezpieczonego,
3) w przypadku śmierci teściów – aktualny odpis aktu małżeństwa Ubezpieczonego,
4) dokument tożsamości Ubezpieczonego.

V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 6 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 7 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci Współubezpieczonych – rodziców lub teściów w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci Współubezpieczonych – rodziców lub teściów w wyniku nieszczęśliwego wypadku (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 5 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU, § 4 OWDU.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI WSPÓŁUBEZPIECZONYCH – RODZICÓW LUB TEŚCIÓW W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci Współubezpieczonych – rodziców lub teściów w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   1) **Współubezpieczony** – rodzice lub teściowie Ubezpieczonego, których życie objęte jest zakresem umowy dodatkowej ubezpieczenia;
   2) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć Współubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

II. ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (zakres ubezpieczenia)

Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 4 (świadczenie ubezpieczeniowe)

1. W przypadku śmierci Współubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ubezpieczenia,, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust.1 zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem i śmiercią Współubezpieczonego .

§ 5 (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
2) skrócony odpis aktu zgonu,
3) kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu,
4) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku,
5) w przypadku śmierci teściów – aktualny odpis aktu małżeństwa Ubezpieczonego,
6) dokument tożsamości Ubezpieczonego.

V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 6 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 7 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

USŁUGI WSPIERAJĄCE POWRÓT DO ZDROWIA UBEZPIECZONEGO

GRUPOWE UBEZPIECZENIE VERTUS ŻYCIE I ZDROWIE

WARUNKI UBEZPIECZENIA

Informacja o produkcie

dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu POMOC DLA RODZICÓW

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu POMOC DLA RODZICÓW (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 2 OWDU, § 5 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU ust. 1 i 2, § 2 OWDU, § 4 - 6 OWDU

POMOC DLA RODZICÓW

usługa wspierająca powrót do zdrowia dostępna pod czynnym całą dobę numerem telefonu **+48 22 522 29 02**	czas świadczenia od wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego	limit na zdarzenie
Infolinia Baby Assistance	-	*bez limitu*
Infolinia medyczna	-	*bez limitu*
wizyta położnej	*14 dni*	*500,00 zł*
wizyta pielęgniarki	*7 dni*	*500,00 zł*
transport medyczny do placówki medycznej	*30 dni*	*1 000,00 zł*
dostawa leków, sprzętu laktacyjnego oraz materiałów pielęgnacyjnych	*30 dni*	*500,00 zł*
dostawa posiłków i artykułów spożywczych	*30 dni*	*700,00 zł*
pomoc domowa	*7 dni*	*1 500,00 zł*
organizacja konsultacji i procesu rehabilitacji po cięciu cesarskim	.-	*700,00 zł*
organizacja konsultacji i procesu rehabilitacji po porodzie naturalnym	.-	*700,00 zł*
konsultacje z trenerem fitness	-	*500,00 zł*
konsultacje dietetyczne	-	*500,00 zł*
telekonsultacje pediatryczne	*30 dni*	*3 telekonsultacje*

SALTUS UBEZPIECZENIA

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK URODZENIA SIĘ DZIECKA UBEZPIECZONEMU – POMOC DLA RODZICÓW

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1. (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka Ubezpieczonego POMOC DLA RODZICÓW, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2. (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   - 2.1. **Centrum Operacyjne** – jednostka działająca na zlecenie Towarzystwa odpowiedzialna za organizację i udzielanie ubezpieczonemu usług wspierających powrót do zdrowia dostępna pod czynnym całą dobę numerem telefonu **+48 22 522 29 02**
   - 2.2. **zdarzenie ubezpieczeniowe** - urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia, w którym Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic dziecka;
   - 2.3. **usługi wspierające powrót do zdrowia** – uzasadnione działania, których koszty i organizację ponosi Towarzystwo, służące powrotowi do optymalnego stanu zdrowia Ubezpieczonego po wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego:
     - 2.3.1. **dostawa leków, sprzętu laktacyjnego oraz materiałów pielęgnacyjnych** - jeżeli Ubezpieczony wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym leżenia, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, lub pomocy osób trzecich, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia leków, sprzętu laktacyjnego oraz materiałów pielęgnacyjnych do miejsca pobytu Ubezpieczonego. Koszty leków, sprzętu laktacyjnego i materiałów pielęgnacyjnych pokrywa Ubezpieczony. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 500 zł przez 30 dni od wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
     - 2.3.2. **dostawa posiłków i artykułów spożywczych** - jeżeli Ubezpieczony wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym leżenia, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, lub pomocy osób trzecich, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia posiłków i artykułów spożywczych do miejsca pobytu Ubezpieczonego. Koszty posiłków i artykułów spożywczych pokrywa Ubezpieczony. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 700 zł przez 30 dni od wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
     - 2.3.3. **Infolinia Baby Assistance -** jednostka działająca całodobowo udzielająca Ubezpieczonemu informacji o:
       - a) objawach ciąży,
       - b) badaniach prenatalnych,
       - c) wskazówkach w zakresie przygotowania się do porodu,
       - d) szkołach rodzenia,
       - e) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie,
       - f) karmieniu noworodka,
       - g) obowiązkowych szczepieniach dzieci,
       - h) pielęgnacji noworodka,

       udzielane informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza Centrum Operacyjnego lub Towarzystwa;
     - 2.3.4. **Infolinia medyczna -** jednostka działająca całodobowo udzielająca Ubezpieczonemu informacji o:
       - a) działaniu leków, ich skutkach ubocznych i interakcjach,
       - b) przygotowaniu do zabiegów medycznych,
       - c) przygotowaniu do badań diagnostycznych,
       - d) podmiotach leczniczych, w których świadczenia są opłacane przez płatnika publicznego i płatników prywatnych,
       - e) aptekach czynnych całą dobę,
       - f) niezbędnych badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
       - g) zdrowym żywieniu,
       - h) o wymaganych szczepieniach i zagrożeniach epidemiologicznych przed podróżą.

       udzielane informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza Centrum Operacyjnego lub Towarzystwa.
     - 2.3.5. **konsultacje dietetyczne -** jeżeli Ubezpieczony wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym doradztwa w zakresie prawidłowej diety Towarzystwo w zapewnia organizację i pokrywa koszty konsultacji dietetyka. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
     - 2.3.6. **konsultacje z trenerem fitness** - jeżeli Ubezpieczony wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym indywidualnych konsultacji z trenerem fitness, Towarzystwo w zapewnia organizację i pokrywa koszty konsultacji trenera fitness. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
     - 2.3.7. **organizacja konsultacji i procesu rehabilitacji po cięciu cesarskim** - jeżeli Ubezpieczony wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, rehabilitacji, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty konsultacji fizjoterapeuty lub lekarza rehabilitacji i ewentualne zabiegi rehabilitacyjne. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 700 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
     - 2.3.8. **organizacja konsultacji i procesu rehabilitacji po porodzie naturalnym** - jeżeli Ubezpieczony wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, rehabilitacji, Towarzystwo w zapewnia organizację i pokrywa koszty konsultacji fizjoterapeuty lub lekarza rehabilitacji i ewentualne zabiegi rehabilitacyjne. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 700 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
     - 2.3.9. **pomoc domowa** - jeżeli Ubezpieczony wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym leżenia, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, 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 zakresem: 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 do łącznej kwoty 1500 zł przez 7 dni od wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
     - 2.3.10. **telekonsultacje pediatryczne** – jeżeli Ubezpieczony w związku ze stanem zdrowia swojego nowonarodzonego dziecka potrzebuje telefonicznej konsultacji z lekarzem pediatrą,

Towarzystwo w zapewnia organizację i pokrywa koszty 3 telekonsultacji pediatrycznych. Usługa jest świadczona przez 30 dni od wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;

2.3.11. **transport medyczny do placówki medycznej (i z powrotem)** - jeżeli Ubezpieczony, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym transportu medycznego, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu Ubezpieczonego do i z szpitala lub innej placówki medycznej dostosowanym do aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 1000 zł przez 30 dni od wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;

2.3.12. **wizyta pielęgniarki** - jeżeli Ubezpieczony wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym konsultacji i zabiegów pielęgniarskich, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty wynagrodzenia i dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 500 zł przez 7 dni od wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego,

2.3.13. **wizyta położnej** - jeżeli Ubezpieczony wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym konsultacji i zabiegów świadczonych przez położne, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty wynagrodzenia i dojazdu położnej do miejsca pobytu Ubezpieczonego. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 500 zł przez 14 dni od wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3. (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakresem ubezpieczenia objęte jest świadczenie usług wspierających powrót do zdrowia organizowanych za pośrednictwem Centrum Operacyjnego.

III. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4. (wyłączenia odpowiedzialności)

Oprócz wyłączeń odpowiedzialności wynikających z § 7 ust. 1 i 2 OWU ochroną ubezpieczeniową nie są objęte koszty połączeń z Centrum Operacyjnym.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 5. (świadczenie usług wspierających powrót do zdrowia)

1. W celu uzyskania świadczeń Ubezpieczony kontaktuje się telefonicznie z Centrum Operacyjnym.
2. 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 świadczenia.

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

1. Osoba kontaktująca się z Centrum Operacyjnym powinna podać następujące informacje:
   a) imię i nazwisko;
   b) numer PESEL;
   c) adres zamieszkania;
   d) numer telefonu do kontaktu zwrotnego.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest na wniosek Centrum Operacyjnego dostarczyć dokumenty wskazane w § 7.
3. Centrum operacyjne przystąpi do organizacji świadczenia niezwłocznie po pozytywnej weryfikacji ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego oraz po wypełnieniu obowiązków określonych w ustępach powyższych.
4. O wszelkich zmianach w sposobie i terminie realizacji świadczeń Centrum Operacyjne będzie niezwłocznie informować Ubezpieczonego.
5. W przypadku gdy Ubezpieczony nie wypełnia obowiązków określonych w ustępach 1, 2 i 3 powyżej, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

§ 7. (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o udzielenie świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przekazać Towarzystwu, następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) skrócony odpis aktu urodzenia,
2) dokumenty wskazane w definicjach usług wspierających powrót do zdrowia w § 2 ust. 2 pkt 2.3, o które może wystąpić Centrum operacyjne potwierdzające konieczność udzielenia danej usługi lub konieczne do jej realizacji.

V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8. (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 9. (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie

dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek nagłego zachorowania i nieszczęśliwego wypadku – NA WSZELKI WYPADEK

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek nagłego zachorowania i nieszczęśliwego wypadku – NA WSZELKI WYPADEK (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 2 OWDU, § 5 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU ust. 1 i 2, § 2 OWDU, § 4 - 6 OWDU.

NA WSZELKI WYPADEK

zdarzenie ubezpieczeniowe	usługa wspierająca powrót do zdrowia dostępna pod czynnym całą dobę numerem telefonu **+48 22 522 29 02**	limit na zdarzenie
	Infolinia medyczna	bez limitu
nagłe zachorowanie/nieszczęśliwy wypadek	dostawa leków	500,00 zł
	dostawa posiłków	500,00 zł
	organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego z osobą bliską do placówki medycznej i z powrotem	1 200,00 zł
	pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej	800,00 zł
	lekarska wizyta domowa	800,00 zł
	pielęgniarska wizyta domowa	800,00 zł
hospitalizacja z powodu nieszczęśliwego wypadku lub zachorowania	organizacja i pokrycie kosztów transportu osoby bliskiej do szpitala i z powrotem	600,00 zł
	organizacja i pokrycie kosztów noclegu osoby bliskiej	800,00 zł
	pielęgniarska wizyta domowa po pobycie w szpitalu	800,00 zł
	pomoc domowa po pobycie w szpitalu	800,00 zł
	organizacja i pokrycie kosztów transportu osoby bliskiej do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego	600,00 zł
	telekonsultacje dietetyczne	3 telekonsultacje
hospitalizacja z powodu nieszczęśliwego wypadku	organizacja procesu rehabilitacyjnego po pobycie w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku	1 500,00 zł
	dostawa sprzętu rehabilitacyjnego po pobycie w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku	500,00 zł
	organizacja i pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego po pobycie w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku	600,00 zł
	organizacja i pokrycie kosztów pobytu w sanatorium po długiej hospitalizacji	2 000,00 zł
	organizacja i pokrycie kosztów dostosowania mieszkania do potrzeb Ubezpieczonego z dysfunkcjami narządów ruchu	5 000,00 zł
hospitalizacja z powodu nagłego zachorowania na choroby serca	teleopieka kardiologiczna	1 raz w roku ochrony przez 6 miesięcy

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK NAGŁEGO ZACHOROWANIA I NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU – NA WSZELKI WYPADEK

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1. (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek nagłego zachorowania i nieszczęśliwego wypadku NA WSZELKI WYPADEK zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2. (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   - 2.1. **Centrum Operacyjne** – jednostka działająca na zlecenie Towarzystwa odpowiedzialna za organizację i udzielanie ubezpieczonemu usług wspierających powrót do zdrowia dostępna pod czynnym całą dobę numerem telefonu **+48 22 522 29 02;**
   - 2.2. **Centrum Telemedyczne** – całodobowa jednostka organizacyjna odpowiedzialna za organizację usług teleopieki kardiologicznej,
   - 2.3. **choroba przewlekła** – zdiagnozowany przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia stan chorobowy, charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, leczony stale lub okresowo lub będący przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia.
   - 2.4. **nagłe zachorowanie Ubezpieczonego** - powstały w sposób nagły stan chorobowy zagrażający zdrowiu Ubezpieczonego i powodujący konieczność udzielenia Ubezpieczonemu natychmiastowej pomocy medycznej.
   - 2.5. **osoba bliska Ubezpieczonego** - małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez Ubezpieczonego;
   - 2.6. **pobyt w szpitalu** - potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu, trwający nieprzerwanie co najmniej 2 dni, przy czym do okresu pobytu w szpitalu zaliczane są w całości: dzień, w którym Ubezpieczony został przyjęty do szpitala oraz dzień, w którym Ubezpieczony został wypisany ze szpitala;
   - 2.7. **pobyt w szpitalu z powodu choroby serca** - potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu Ubezpieczonego, którego przyczyną było nagłe zachorowanie Ubezpieczonego z powodu chorób układu sercowo – naczyniowego;
   - 2.8. **rok ochrony** – okres kolejnych 12 miesięcy nieprzerwanego objęcia ochroną ubezpieczeniową, liczonych od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu przystąpienia do ubezpieczenia,
   - 2.9. **sanatorium** - znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, zakład lecznictwa zorganizowany w miejscowości uzdrowiskowej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostrzeniom, za pobyt w sanatorium uznaje się również pobyt w szpitalu rehabilitacyjnym, na oddziale rehabilitacyjnym lub w ośrodku rehabilitacji;
   - 2.10. **szpital** - działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa kraju, na terenie którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się: poradni przyszpitalnej, ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala rehabilitacyjnego, oddziału rehabilitacyjnego oraz ośrodka rehabilitacji,
   - 2.11. **zdarzenie ubezpieczeniowe** - wystąpienie w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej nagłego zachorowania Ubezpieczonego lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku**.**
   - 2.12. **usługi wspierające powrót do zdrowia** – uzasadnione działania w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, których koszty i organizację ponosi Towarzystwo służące powrotowi do optymalnego stanu zdrowia Ubezpieczonego po wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego:
     - 2.12.1 **dostawa leków -** jeżeli Ubezpieczony wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym leżenia, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, lub pomocy osób trzecich, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego. Koszty dostarczonych leków pokrywa Ubezpieczony. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
     - 2.12.2 **dostawa posiłków** - jeżeli Ubezpieczony wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym leżenia, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, lub pomocy osób trzecich, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia posiłków do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego. Koszty dostarczonych posiłków pokrywa Ubezpieczony. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
     - 2.12.3 **dostawa sprzętu rehabilitacyjnego po pobycie w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku -** jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po pobycie w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia sprzętu do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego. Koszty dostarczonego sprzętu rehabilitacyjnego pokrywa Ubezpieczony. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
     - 2.12.4 **Infolinia medyczna -** jednostka działająca całodobowo udzielająca Ubezpieczonemu informacji o:
       1) działaniu leków, ich skutkach ubocznych i interakcjach,
       2) przygotowaniu do zabiegów medycznych,
       3) przygotowaniu do badań diagnostycznych,
       4) podmiotach leczniczych, w których świadczenia są opłacane przez płatnika publicznego i płatników prywatnych,
       5) aptekach czynnych całą dobę,
       6) niezbędnych badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
       7) zdrowym żywieniu,
       8) o wymaganych szczepieniach i zagrożeniach epidemiologicznych przed podróżą.

       udzielane informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza Centrum Operacyjnego lub Towarzystwa.
     - 2.12.5 **lekarska wizyta domowa** - jeżeli Ubezpieczony wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym konsultacji lekarskiej w warunkach domowych, Towarzystwo zapewnia

2.12.6 organizację i pokrywa koszty wizyty domowej. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 800 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego. Wizyty domowe nie obejmują medycznych czynności ratunkowych zgodnie z zapisami ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 800 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;

2.12.7 **organizacja i pokrycie kosztów noclegu osoby bliskiej** - jeżeli Ubezpieczony wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym pobytu w szpitalu, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty noclegu osoby bliskiej w hotelu w pobliżu szpitala, w którym przebywa Ubezpieczony. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 800 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;

2.12.8 **organizacja i pokrycie kosztów transportu osoby bliskiej do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego** – 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 transportu osoby bliskiej Ubezpieczonego do jego miejsca zamieszkania. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 600 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;

2.12.9 **organizacja i pokrycie kosztów transportu osoby bliskiej do szpitala i z powrotem** - jeżeli Ubezpieczony wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym pobytu w szpitalu, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu osoby bliskiej Ubezpieczonego do i z szpitala. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 600 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;

2.12.10 **organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego z osobą bliską do placówki medycznej i z powrotem** - jeżeli Ubezpieczony wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza przewiezienia do placówki medycznej, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty przewiezienia Ubezpieczonego wraz z osoba bliską, dostosowanym do aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 1200 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;

2.12.11 **organizacja procesu rehabilitacyjnego po pobycie w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku** - jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po pobycie w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku, rehabilitacji, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty konsultacji fizjoterapeuty i zabiegów rehabilitacyjnych. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 1500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;

2.12.12 **pielęgniarska wizyta domowa** - jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym zabiegów pielęgniarskich w warunkach domowych, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty wizyty domowej. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 800 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;

2.12.13 **pielęgniarska wizyta domowa po pobycie w szpitalu** - jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po pobycie w szpitalu, którego przyczyną było zdarzenie ubezpieczeniowe, 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;

2.12.14 **pomoc domowa po pobycie w szpitalu** – 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 zakresem: 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 do łącznej kwoty 800 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,

2.12.15 **pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej** - jeżeli Ubezpieczony wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym pomocy psychologicznej, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty telekonsultacji lub w przypadku ich dostępności w pobliżu miejsca zamieszkania Ubezpieczonego bezpośrednich konsultacji psychologa. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 800 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;

2.12.16 **organizacja i pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego po pobycie w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku** - jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po pobycie w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty sprzętu zleconego sprzętu rehabilitacyjnego. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 600 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;

2.12.17 **organizacja i pokrycie kosztów pobytu w sanatorium po długiej hospitalizacji** - jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po trwającym minimum 10 dni pobycie w szpitalu spowodowanym zdarzeniem ubezpieczeniowym, leczenia sanatoryjnego, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty pobytu w sanatorium. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 2000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;

2.12.18 **organizacja i pokrycie kosztów dostosowania mieszkania do potrzeb Ubezpieczonego z dysfunkcjami narządów ruchu** - jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po trwającym minimum 5 dni pobycie w szpitalu spowodowanym zdarzeniem ubezpieczeniowym, dostosowania mieszkania ze względu na powstałe dysfunkcje narządu ruchu, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty takiego dostosowania. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 5000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;

2.12.19 **teleopieka kardiologiczna** – jeżeli Ubezpieczony, wymaga po trwającym minimum 2 dni pobycie w szpitalu z powodu choroby serca spowodowanym zdarzeniem ubezpieczeniowym, monitorowania pracy serca, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty:

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 Teleopieka 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 bliskiej,
   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.

   Usługa jest świadczona raz w roku ochrony przez 6 miesięcy;

2.12.20 **telekonsultacje dietetyczne** – jeżeli Ubezpieczony, wymaga po pobycie w szpitalu spowodowanym zdarzeniem ubezpieczeniowym, doradztwa w zakresie prawidłowej diety, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty 3 telefonicznych konsultacji z dietetykiem w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3. (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego,
2. Zakresem ubezpieczenia objęte jest świadczenie usług wspierających powrót do zdrowia organizowanych za pośrednictwem Centrum Operacyjnego.

III. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4. (wyłączenia odpowiedzialności)

1. Oprócz wyłączeń odpowiedzialności wynikających z § 7 ust. 1 i 2 OWU, świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone, jeżeli przyczyną nagłego zachorowania jest zaostrzenie choroby przewlekłej.
2. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte koszty:
   a) połączeń z Centrum Operacyjnym,
   b) połączeń z Centrum Telemedycznym,
   c) naprawy zestawu Teleopieki Kardiologicznej, uszkodzonego przez Ubezpieczonego.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 5. (świadczenie usług wspierających powrót do zdrowia)

1. W celu uzyskania świadczeń Ubezpieczony kontaktuje się telefonicznie z Centrum Operacyjnym.
2. 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 świadczenia.

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

1. Osoba kontaktująca się z Centrum Operacyjnym powinna podać następujące informacje:
   a) imię i nazwisko;
   b) numer PESEL;
   c) adres zamieszkania;
   d) numer telefonu do kontaktu zwrotnego.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest na wniosek Centrum Operacyjnego dostarczyć dokumenty wskazane w § 7.
3. Centrum Operacyjne przystąpi do organizacji świadczenia niezwłocznie po pozytywnej weryfikacji ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego oraz po wypełnieniu obowiązków określonych w ustępach powyższych.
4. O wszelkich zmianach w sposobie i terminie realizacji świadczeń Centrum Operacyjne będzie niezwłocznie informować Ubezpieczonego.
5. W przypadku gdy Ubezpieczony nie wypełnia obowiązków określonych w ustępach 1, 2 i 3 powyżej, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

§ 7. (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o udzielenie świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przekazać Towarzystwu następujące dokumenty i informacje niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) opis wystąpienia nieszczęśliwego wypadku;
2) dokumentacja udzielenia pierwszej pomocy lekarskiej w przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku;
   w przypadku korzystania z usług wspierających powrót do zdrowia po nieszczęśliwym wypadku;
3) karta wypisu ze szpitala w przypadku korzystania z usług wspierających powrót do zdrowia po pobycie w szpitalu;
4) dokumentacja lekarska potwierdzająca brak występowania choroby przewlekłej w przypadku korzystania z usług wspierających powrót do zdrowia po nagłym zachorowaniu;
5) dokumenty wskazane w definicjach usług wspierających powrót do zdrowia w § 2 ust. 2 pkt 2.12, o które może wystąpić Centrum operacyjne potwierdzające konieczność udzielenia danej usługi lub konieczne do jej realizacji.

IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8. (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 9. (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie

dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek nagłego zachorowania i nieszczęśliwego wypadku – POWRÓT DO ZDROWIA

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek nagłego zachorowania i nieszczęśliwego wypadku – POWRÓT DO ZDROWIA (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 4 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU ust. 1 i 2, § 2 OWDU, § 4 – 6 OWDU.

SALTUS UBEZPIECZENIA

POWRÓT DO ZDROWIA

zdarzenie ubezpieczeniowe	usługa wspierająca powrót do zdrowia dostępna pod czynnym całą dobę numerem telefonu **+48 22 522 29 02**	limit na zdarzenie
	Infolinia medyczna	*bez limitu*
nagłe zachorowanie/ nieszczęśliwy wypadek	dostawa leków	*2000 zł*
	organizacja i pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego	
	organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego	
	lekarska wizyta domowa	
	pielęgniarska wizyta domowa	
	konsultacje lekarskie: chirurga, okulisty, otolaryngologa, ortopedy, kardiologa, neurologa, pulmonologa, lekarza rehabilitacji, neurochirurga	*10 świadczeń w roku ochrony*
	konsultacje psychologa	
	zabiegi ambulatoryjne	
	badania laboratoryjne	
	badania radiologiczne (RTG klasyczne)	
	badania ultrasonograficzne	
	tomografii komputerowej - jedno badanie w roku ochrony	
	rezonansu magnetycznego - jedno badanie w roku ochrony	
	zabiegi rehabilitacyjne – do maksymalnego limitu 10 zabiegów stanowiących jedno świadczenie w roku ochrony	

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK NAGŁEGO ZACHOROWANIA I NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU – POWRÓT DO ZDROWIA

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1. (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek nagłego zachorowania i nieszczęśliwego wypadku - POWRÓT DO ZDROWIA zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2. (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   - 2.1 **Centrum Operacyjne** – jednostka działająca na zlecenie Towarzystwa odpowiedzialna za organizację i udzielanie ubezpieczonemu usług wspierających powrót do zdrowia dostępna pod czynnym całą dobę numerem telefonu +48 **+48 22 522 29 02** ;
   - 2.2 **choroba przewlekła** – zdiagnozowany przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia stan chorobowy, charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, leczony stale lub okresowo lub będący przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia,
   - 2.3 **nagłe zachorowanie Ubezpieczonego** - powstały w sposób nagły stan chorobowy zagrażający zdrowiu Ubezpieczonego i powodujący konieczność udzielenia Ubezpieczonemu natychmiastowej pomocy medycznej,
   - 2.4 **rok ochrony** – okres kolejnych 12 miesięcy nieprzerwanego objęcia ochroną ubezpieczeniową, liczonych od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu przystąpienia do ubezpieczenia,
   - 2.5 **zdarzenie ubezpieczeniowe** - wystąpienie w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej nagłego zachorowania Ubezpieczonego lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku**,**
   - 2.6 **usługi medyczne** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie (skierowaniem), wymaga po wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego wykonania usługi medycznej, Towarzystwo zapewnia ich organizację i pokrywa koszty. Usługi są świadczone do łącznego limitu 10 świadczeń w roku ochrony. Zakres ochrony obejmuje poniższe świadczenia:
     1) konsultacje lekarskie: chirurga, okulisty, otolaryngologa, ortopedy, kardiologa, neurologa, pulmonologa, lekarza rehabilitacji, neurochirurga;
     2) konsultacje psychologa;
     3) zabiegi ambulatoryjne;
     4) badania laboratoryjne;
     5) badania radiologiczne (RTG klasyczne);
     6) badania ultrasonograficzne;
     7) jedno badanie tomografii komputerowej w roku ochrony;
     8) jedno badanie rezonansu magnetycznego w roku ochrony;
     9) zabiegi rehabilitacyjne – do maksymalnego limitu 10 zabiegów stanowiących jedno świadczenie w roku ochrony;
   - 2.7 **usługi wspierające powrót do zdrowia** – uzasadnione działania w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, których koszty i organizację ponosi Towarzystwo służące powrotowi do optymalnego stanu zdrowia Ubezpieczonego po wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego. Usługi są świadczone do łącznego limitu 2000 zł w roku ochrony. Zakres ochrony obejmuje poniższe świadczenia:
     - 2.7.1 **dostawa leków** - jeżeli Ubezpieczony wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym leżenia, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, lub pomocy osób trzecich, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego. Koszty dostarczonych leków pokrywa Ubezpieczony. Usługa jest świadczona do wyczerpania łącznego limitu na usługi wspierające powrót do zdrowia;
     - 2.7.2 **Infolinia medyczna -** jednostka działająca całodobowo udzielająca Ubezpieczonemu informacji o:
       - a. działaniu leków, ich skutkach ubocznych i interakcjach,
       - b. przygotowaniu do zabiegów medycznych,
       - c. przygotowaniu do badań diagnostycznych,
       - d. podmiotach leczniczych, w których świadczenia są opłacane przez płatnika publicznego i płatników prywatnych,
       - e. aptekach czynnych całą dobę,
       - f. niezbędnych badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku
       - g. zdrowym żywieniu,
       - h. o wymaganych szczepieniach i zagrożeniach epidemiologicznych przed podróżą.
       - i. udzielane informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza Centrum Operacyjnego lub Towarzystwa.
     - 2.7.3 **lekarska wizyta domowa** - jeżeli Ubezpieczony wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym konsultacji lekarskiej w warunkach domowych, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty wizyty domowej. Usługa jest świadczona do wyczerpania łącznego limitu na usługi wspierające powrót do zdrowia, nie więcej niż jedna usługa z tytułu wystąpienia jednego zdarzenia ubezpieczeniowego. Wizyty domowe nie obejmują medycznych czynności ratunkowych zgodnie z zapisami ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;
     - 2.7.4 **organizacja i pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego** - jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego, Towarzystwo zapewnia organizację, dostarczenie i pokrywa koszty sprzętu zleconego sprzętu rehabilitacyjnego. Usługa jest świadczona do wyczerpania łącznego limitu na usługi wspierające powrót do zdrowia;
     - 2.7.5 **pielęgniarska wizyta domowa** - jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym zabiegów pielęgniarskich w warunkach domowych, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty wizyty domowej. Usługa jest świadczona do wyczerpania łącznego limitu na usługi wspierające powrót do zdrowia, nie więcej niż jedna usługa z tytułu wystąpienia jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
     - 2.7.6 **organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego** - jeżeli Ubezpieczony, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym transportu medycznego, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu Ubezpieczonego do i z placówki medycznej

2.7.7 lub między placówkami dostosowanym do aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu. Usługa jest świadczona do wyczerpania łącznego limitu na usługi wspierające powrót do zdrowia.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3. (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego,
2. Zakresem ubezpieczenia objęte jest świadczenie usług medycznych i usług wspierających powrót do zdrowia organizowanych za pośrednictwem Centrum Operacyjnego.

III. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4. (wyłączenia odpowiedzialności)

1. Oprócz wyłączeń odpowiedzialności wynikających z § 7 ust. 1 i 2 OWU, świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie spełnione, jeżeli przyczyną nagłego zachorowania jest zaostrzenie choroby przewlekłej.
2. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte koszty połączeń z Centrum Operacyjnym.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 5. (świadczenie usług medycznych i usług wspierających powrót do zdrowia)

1. W celu uzyskania świadczeń Ubezpieczony kontaktuje się telefonicznie z Centrum Operacyjnym.
2. 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 świadczenia.

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

1. Osoba kontaktująca się z Centrum Operacyjnym powinna podać następujące informacje:
   a) imię i nazwisko;
   b) numer PESEL;
   c) adres zamieszkania;
   d) numer telefonu do kontaktu zwrotnego.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest na wniosek Centrum Operacyjnego dostarczyć dokumenty wskazane w § 7.
3. Centrum Operacyjne przystąpi do organizacji świadczenia niezwłocznie po pozytywnej weryfikacji ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego oraz po wypełnieniu obowiązków określonych w ustępach powyższych.
4. O wszelkich zmianach w sposobie i terminie realizacji świadczeń Centrum Operacyjne będzie niezwłocznie informować Ubezpieczonego.
5. W przypadku gdy Ubezpieczony nie wypełnia obowiązków określonych w ustępach 1, 2 i 3 powyżej, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

§ 7. (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o udzielenie świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przekazać Towarzystwu następujące dokumenty i informacje niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) opis wystąpienia nieszczęśliwego wypadku i /lub dokumentacja udzielenia pierwszej pomocy lekarskiej w przypadku korzystania z usług wspierających powrót do zdrowia po nieszczęśliwym wypadku;
2) karta wypisu ze szpitala w przypadku korzystania z usług wspierających powrót do zdrowia po pobycie w szpitalu;
3) dokumentacja lekarska potwierdzająca brak występowania choroby przewlekłej w przypadku korzystania z usług wspierających powrót do zdrowia po nagłym zachorowaniu;
4) dokumenty wskazane w definicjach usług wspierających powrót do zdrowia w § 2 ust. 2 pkt 2.7 lub w definicjach usług medycznych w § 2 ust. 2 pkt 2.7, o które może wystąpić Centrum operacyjne potwierdzające konieczność udzielenia danej usługi lub konieczne do jej realizacji.

IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8. (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 9. (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie
dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek nagłego zachorowania
i nieszczęśliwego wypadku – SPORT I AKTYWNOŚĆ

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU Życie SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek nagłego zachorowania i nieszczęśliwego wypadku – SPORT I AKTYWNOŚĆ (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 4 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU ust. 1 i 2, § 2 OWDU, § 4 – 6 OWDU

SALTUS UBEZPIECZENIA

SPORT I AKTYWNOŚĆ

zdarzenie ubezpieczeniowe	usługa wspierająca powrót do zdrowia dostępna pod czynnym całą dobę numerem telefonu **+48 22 522 29 02**	limit na zdarzenie
	Infolinia medyczna	*bez limitu*
nieszczęśliwy wypadek	organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego do szpitala	*1000 zł*
	organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego ze szpitala	*1000 zł*
	lekarska wizyta domowa	*700 zł*
	dostawa leków i sprzętu rehabilitacyjnego	*500 zł*
	organizacja i pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego	*600 zł*
	konsultacje fizjoterapeuty	*700 zł*
	konsultacje dietetyczne	*500 zł*
	konsultacje trenera fitness	*500 zł*
	pielęgniarska wizyta domowa po pobycie w szpitalu	*5 dni do 1500 zł*
	pomoc psychologa po pobycie w szpitalu	*800 zł*
	konsultacje specjalistyczne po pobycie w szpitalu	*800 zł*
	opieka nad osobami niesamodzielnymi	*800 zł*
	organizacja transportu i pokrycie kosztów turnusu rehabilitacyjnego	*1000 zł*
	rekompensata za brak udziału w imprezie sportowej po pobycie w szpitalu	*500 zł*

SALTUS UBEZPIECZENIA

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK NAGŁEGO ZACHOROWANIA I NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU – SPORT I AKTYWNOŚĆ

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1. (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek nagłego zachorowania i nieszczęśliwego wypadku VERTUS - SPORT I AKTYWNOŚĆ zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2. (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   - 2.1 **Centrum Operacyjne** – jednostka działająca na zlecenie Towarzystwa odpowiedzialna za organizację i udzielanie ubezpieczonemu usług wspierających powrót do zdrowia dostępna pod czynnym całą dobę numerem telefonu +48 **+48 22 522 29 02**;
   - 2.2 **miejsce zamieszkania** – wskazane przez Ubezpieczonego miejsce stałego pobytu znajdujące się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
   - 2.3 **osoba niesamodzielna** - osoba, która w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego mieszka z Ubezpieczonym, i która z powodów zdrowotnych lub ze względu na wiek nie jest zdolna do samodzielnego wykonywania czynności życia codziennego i wymaga stałej opieki;
   - 2.4 **pobyt w szpitalu** - potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu, trwający nieprzerwanie co najmniej 5 dni, przy czym do okresu pobytu w szpitalu zaliczane są w całości: dzień, w którym Ubezpieczony został przyjęty do szpitala oraz dzień, w którym Ubezpieczony został wypisany ze szpitala;
   - 2.5 **rok ochrony** – okres kolejnych 12 miesięcy nieprzerwanego objęcia ochroną ubezpieczeniową, liczonych od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu przystąpienia do ubezpieczenia,
   - 2.6 **szpital** - działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa kraju, na terenie którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się: poradni przyszpitalnej, ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala rehabilitacyjnego, oddziału rehabilitacyjnego oraz ośrodka rehabilitacji,
   - 2.7 **zdarzenie ubezpieczeniowe** - wystąpienie w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej uszkodzenia ciała Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku**,**
   - 2.8 **usługi wspierające powrót do zdrowia** – uzasadnione działania w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, których koszty i organizację ponosi Towarzystwo służące powrotowi do optymalnego stanu zdrowia Ubezpieczonego po wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego.

     Zakres ochrony obejmuje poniższe świadczenia:
     - 2.8.1 **dostawa leków i sprzętu rehabilitacyjnego -** jeżeli Ubezpieczony wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym leżenia, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, lub pomocy osób trzecich, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia leków i sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego. Koszty dostarczonych leków i sprzętu rehabilitacyjnego pokrywa Ubezpieczony. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
     - 2.8.2 **Infolinia medyczna -** jednostka działająca całodobowo udzielająca Ubezpieczonemu informacji o:
       - a. działaniu leków, ich skutkach ubocznych i interakcjach,
       - b. przygotowaniu do zabiegów medycznych,
       - c. przygotowaniu do badań diagnostycznych,
       - d. podmiotach leczniczych, w których świadczenia są opłacane przez płatnika publicznego i płatników prywatnych,
       - e. aptekach czynnych całą dobę,
       - f. niezbędnych badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku
       - g. zdrowym żywieniu,
       - h. o wymaganych szczepieniach i zagrożeniach epidemiologicznych przed podróżą.

       udzielane informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza Centrum Operacyjnego lub Towarzystwa.
     - 2.8.3 **konsultacje dietetyczne -** jeżeli Ubezpieczony wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym doradztwa w zakresie prawidłowej diety Towarzystwo w zapewnia organizację i pokrywa koszty konsultacji dietetyka. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
     - 2.8.4 **konsultacje fizykoterapeuty** - jeżeli Ubezpieczony wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym konsultacji z fizykoterapeutą Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty konsultacji fizykoterapeuty. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 700 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
     - 2.8.5 **konsultacje z trenerem fitness** - jeżeli Ubezpieczony wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym indywidualnych konsultacji z trenerem fitness, Towarzystwo w zapewnia organizację i pokrywa koszty konsultacji trenera fitness. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
     - 2.8.6 **konsultacje specjalistyczne po pobycie w szpitalu** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie (skierowaniem), wymaga po pobycie w szpitalu spowodowanym zdarzeniem ubezpieczeniowym przeprowadzenia konsultacji lekarza specjalisty, Towarzystwo zapewnia ich organizację i pokrywa koszty. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 800 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
     - 2.8.7 **lekarska wizyta domowa** - jeżeli Ubezpieczony wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym konsultacji lekarskiej w warunkach domowych, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty wizyty domowej. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 700 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego. Wizyty domowe nie obejmują medycznych czynności ratunkowych zgodnie z zapisami ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;
     - 2.8.8 **opieka nad osobami niesamodzielnymi -** jeżeli Ubezpieczony, po zdarzeniu ubezpieczeniowym ze względu na stan zdrowia lub pobyt w szpitalu nie jest w stanie sprawować opieki nad osobami niesamodzielnymi, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty codziennej opieki. Usługa jest

świadczona do łącznej kwoty 800 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;

2.8.9 **organizacja i pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego** - jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego, Towarzystwo zapewnia organizację, dostarczenie i pokrywa koszty sprzętu zleconego sprzętu rehabilitacyjnego. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 600 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;

2.8.10 **organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego do szpitala** - jeżeli Ubezpieczony, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym transportu medycznego, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu Ubezpieczonego do szpitala dostosowanym do aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 1000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;

2.8.11 **organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego ze szpitala do miejsca zamieszkania** - jeżeli Ubezpieczony, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym transportu medycznego, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu Ubezpieczonego ze szpitala do miejsca zamieszkania dostosowanym do aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 1000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;

2.8.12 **organizacja transportu i pokrycie kosztów turnusu rehabilitacyjnego** - jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po pobycie w szpitalu spowodowanym zdarzeniem ubezpieczeniowym, rehabilitacji w warunkach stacjonarnych w szpitalu rehabilitacyjnym, oddziale rehabilitacyjnym lub sanatorium na terenie Rzeczpospolitej Polskiej, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu Ubezpieczonego i koszty turnusu rehabilitacyjnego. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 1000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;

2.8.13 **pielęgniarska wizyta domowa po pobycie w szpitalu** - jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po pobycie w szpitalu, którego przyczyną było zdarzenie ubezpieczeniowe, zabiegów pielęgniarskich, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty wynagrodzenia i dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego. Usługa jest świadczona przez 5 dni do łącznej kwoty 1500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;

2.8.14 **pomoc psychologa po pobycie w szpitalu** - jeżeli Ubezpieczony, wymaga po pobycie w szpitalu spowodowanym zdarzeniem ubezpieczeniowym pomocy psychologicznej, Towarzystwo zapewnia ich organizację i pokrywa koszty. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 800 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;

2.8.15 **rekompensata za brak udziału w imprezie sportowej po pobycie w szpitalu -** jeżeli Ubezpieczony, po pobycie w szpitalu spowodowanym zdarzeniem ubezpieczeniowym, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, stracił możliwość uczestnictwa w opłaconej przed zdarzeniem ubezpieczeniowym imprezie sportowej, Towarzystwo zapewnia pokrycie kosztów poniesionej opłaty wpisowej. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3. (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego,
2. Zakresem ubezpieczenia objęte jest świadczenie usług wspierających powrót do zdrowia organizowanych za pośrednictwem Centrum Operacyjnego.

III. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4. (wyłączenia odpowiedzialności)

1. Oprócz wyłączeń odpowiedzialności wynikających z § 7 ust. 1 i 2 OWU, świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie spełnione, jeżeli przyczyną nagłego zachorowania jest zaostrzenie choroby przewlekłej.
2. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte koszty połączeń z Centrum Operacyjnym.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 5. (świadczenie usług medycznych i usług wspierających powrót do zdrowia)

1. W celu uzyskania świadczeń Ubezpieczony kontaktuje się telefonicznie z Centrum Operacyjnym.
2. 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 świadczenia.

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

1. Osoba kontaktująca się z Centrum Operacyjnym powinna podać następujące informacje:
   a) imię i nazwisko;
   b) numer PESEL;
   c) adres zamieszkania;
   d) numer telefonu do kontaktu zwrotnego.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest na wniosek Centrum Operacyjnego dostarczyć dokumenty wskazane w § 7.
3. Centrum Operacyjne przystąpi do organizacji świadczenia niezwłocznie po pozytywnej weryfikacji ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego oraz po wypełnieniu obowiązków określonych w ustępach powyższych.
4. O wszelkich zmianach w sposobie i terminie realizacji świadczeń Centrum Operacyjne będzie niezwłocznie informować Ubezpieczonego.
5. W przypadku gdy Ubezpieczony nie wypełnia obowiązków określonych w ustępach 1, 2 i 3 powyżej, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

§ 7. (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o udzielenie świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przekazać Towarzystwu następujące dokumenty i informacje niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) opis wystąpienia nieszczęśliwego wypadku i /lub dokumentacja udzielenia pierwszej pomocy lekarskiej w przypadku korzystania z usług wspierających powrót do zdrowia po nieszczęśliwym wypadku;
2) karta wypisu ze szpitala w przypadku korzystania z usług wspierających powrót do zdrowia po pobycie w szpitalu;
3) dokumentacja lekarska potwierdzająca brak występowania choroby przewlekłej w przypadku korzystania z usług wspierających powrót do zdrowia po nagłym zachorowaniu;
4) dokumenty wskazane w definicjach usług wspierających powrót do zdrowia w § 2 ust. 2 pkt 2.8, o które może wystąpić Centrum operacyjne potwierdzające konieczność udzielenia danej usługi lub konieczne do jej realizacji.

IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8. (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 9. (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie
dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek poważnej choroby serca –
POMOC dla SERCA

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek poważnej choroby serca– POMOC dla SERCA (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 4 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU ust. 1 i 2, § 2 OWDU, § 4 – 6 OWDU.

SALTUS UBEZPIECZENIA

POMOC dla SERCA

zdarzenie ubezpieczeniowe	usługa wspierająca powrót do zdrowia dostępna pod czynnym całą dobę numerem telefonu **+48 22 522 29 02**	limit na zdarzenie
	Infolinia medyczna	*bez limitu*
poważna choroba serca	Teleopieka kardiologiczna	*1 raz w roku ochrony przez 9 miesięcy*
	dostawa leków	*5000 zł*
	dostawa posiłków	
	pomoc domowa	
	organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego	
	organizacja i pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego	
	pielęgniarska wizyta domowa	
	konsultacje psychologa	
	konsultacje lekarskie: chirurga, endokrynologa, dermatologa, hepatologa, hematologa, okulisty, otolaryngologa, onkologa, ortopedy, ginekologa, nefrologa, pulmonologa, lekarza rehabilitacji, urologa	*10 świadczeń w roku ochrony*
	zabiegi rehabilitacyjne – do maksymalnego limitu 20 zabiegów stanowiących jedno świadczenie w roku ochrony	

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEJ CHOROBY SERCA – POMOC DLA SERCA

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1. (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek poważnej choroby serca – POMOC dla SERCA zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2. (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:

2.1 **Centrum Operacyjne** – jednostka działająca na zlecenie Towarzystwa odpowiedzialna za organizację i udzielanie ubezpieczonemu usług wspierających powrót do zdrowia dostępna pod czynnym całą dobę numerem telefonu +48 **+48 22 522 29 02**;

2.2 **rok ochrony** – okres kolejnych 12 miesięcy nieprzerwanego objęcia ochroną ubezpieczeniową, liczonych od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu przystąpienia do ubezpieczenia,

2.3 **poważna choroba serca Ubezpieczonego** – występująca u Ubezpieczonego jedna z poniżej wymienionych chorób:

2.3.1 **zawał serca** - ostre niedokrwienie mięśnia sercowego, przy dowodach na obecność martwicy mięśnia sercowego, czyli:

1) wykryciu wzrostu i/lub spadku biomarkera sercowego (najlepiej troponiny sercowej) powyżej górnej granicy normy oraz jednego z następujących:
- objawów niedokrwienia,
- zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) typowych dla nowo powstałego niedokrwienia,
- nowych odcinkowych zaburzeń kurczliwości uwidocznionych w badaniach obrazowych,

2) wzroście wartości troponiny sercowej po angioplastyce wieńcowej (przekraczającym 5-krotnie górną granicę normy przy prawidłowych wartościach wyjściowych lub wzrost wartości troponiny sercowej o 20% przy jej wyjściowym podwyższeniu) przy występujących dodatkowo:
- objawach niedokrwienia lub
- zmianach w EKG lub
- nowych odcinkowych zaburzeniach kurczliwości lub
- uwidocznieniu obrazów angiograficznych zgodnych z powikłaniami zabiegu,

3) wzroście wartości troponiny sercowej w związku z pomostowaniem tętnic wieńcowych - CABG (przekraczającym 10-krotnie górną granicę normy przy prawidłowych wartościach wyjściowych) przy występujących dodatkowo:
- nowych zmianach w EKG lub
- nowych odcinkowych zaburzeniach kurczliwości lub
- uwidocznieniu w obrazach angiograficznych nowego zamknięcia pomostu lub natywnej tętnicy wieńcowej,

2.3.2 **pomostowanie (bypass) naczyń wieńcowych** - przeprowadzenie operacji chirurgicznej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego; operacja musi być oporządzona angiografią wskazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe,

2.3.3 **angioplastyka wieńcowa** - pierwszorazowe leczenie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych z zastosowaniem angioplastyki balonowej, przezskórnej angioplastyki wieńcowej lub innych podobnych metod; przeprowadzenie takiej angioplastyki musi być uzasadnione medycznie na podstawie zalecenia specjalisty kardiologa oraz musi istnieć angiograficzne potwierdzenie istotnego zwężenia tętnicy wieńcowej,

2.3.4 **operacja aorty** - zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty; aorta definiowana jest jako jej odcinek piersiowy i brzuszny bez jej odgałęzień; ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty,

2.4 **zdarzenie ubezpieczeniowe** - wystąpienie w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej poważnej choroby serca Ubezpieczonego,

2.5 **usługi medyczne** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie (skierowaniem), wymaga po wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego wykonania usługi medycznej, Towarzystwo zapewnia ich organizację i pokrywa koszty. Usługi są świadczone do łącznego limitu 10 świadczeń w roku ochrony.

Zakres ochrony obejmuje poniższe świadczenia:

2.5.1. konsultacje lekarskie: chirurga, endokrynologa, dermatologa, hepatologa, hematologa, okulisty, otolaryngologa, onkologa, ortopedy, ginekologa, nefrologa, pulmonologa, lekarza rehabilitacji, urologa;

2.5.2. zabiegi rehabilitacyjne tj. ćwiczenia wytrzymałościowe, cykloergometr, bieżnia, stepper, ćwiczenia ogólnousprawniające, trening oporowy, fizykoterapia i rehabilitacja oddechowa do maksymalnego limitu 20 zabiegów stanowiących jedno świadczenie w roku ochrony;

2.6 **usługi wspierające powrót do zdrowia** – uzasadnione działania w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, których koszty i organizację ponosi Towarzystwo służące powrotowi do optymalnego stanu zdrowia Ubezpieczonego po wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego. Zakres ochrony obejmuje poniższe świadczenia:

2.6.1. **dostawa leków -** jeżeli Ubezpieczony wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym leżenia, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, lub pomocy osób trzecich, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego. Koszty dostarczonych leków pokrywa Ubezpieczony. Usługa jest świadczona do wyczerpania łącznego limitu na usługi wspierające powrót do zdrowia;

2.6.2. **organizacja i pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego** - jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego, Towarzystwo zapewnia organizację, dostarczenie i pokrywa koszty sprzętu zleconego sprzętu rehabilitacyjnego. Usługa jest świadczona do wyczerpania łącznego limitu na usługi wspierające powrót do zdrowia;

2.6.3. **pielęgniarska wizyta domowa** - jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza,

wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym zabiegów pielęgniarskich w warunkach domowych, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty wizyty domowej. Usługa jest świadczona do wyczerpania łącznego limitu na usługi wspierające powrót do zdrowia, nie więcej niż jedna usługa z tytułu wystąpienia jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;

2.6.4. **organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego** - jeżeli Ubezpieczony, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym transportu medycznego, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu Ubezpieczonego do i z placówki medycznej lub między placówkami dostosowanym do aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu. Usługa jest świadczona do wyczerpania łącznego limitu na usługi wspierające powrót do zdrowia.

2.6.5. **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 zakresem: 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.

2.6.6. **pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej** - jeżeli Ubezpieczony wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym pomocy psychologicznej, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty telekonsultacji lub w przypadku ich dostępności w pobliżu miejsca zamieszkania Ubezpieczonego bezpośrednich konsultacji psychologa.

Powyższe usługi wspierające powrót do zdrowia wskazane w pkt. 2.6.1. – 2.6.6. są świadczone do łącznego limitu 5000 zł w roku ochrony.

2.6.7. **teleopieka kardiologiczna** – jeżeli Ubezpieczony, po zdarzeniu ubezpieczeniowym wymaga monitorowania pracy serca, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty:

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 Teleopieka 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 bliskiej,
   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.

Usługa jest świadczona raz w roku ochrony przez 9 miesięcy;

2.6.8. **Infolinia medyczna -** jednostka działająca całodobowo udzielająca Ubezpieczonemu informacji o:

a. działaniu leków, ich skutkach ubocznych i interakcjach,
b. przygotowaniu do zabiegów medycznych,
c. przygotowaniu do badań diagnostycznych,
d. podmiotach leczniczych, w których świadczenia są opłacane przez płatnika publicznego i płatników prywatnych,
e. aptekach czynnych całą dobę,
f. niezbędnych badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku
g. zdrowym żywieniu,
h. o wymaganych szczepieniach i zagrożeniach epidemiologicznych przed podróżą.
i. udzielane informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza Centrum Operacyjnego lub Towarzystwa.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3. (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego,
2. Zakresem ubezpieczenia objęte jest świadczenie usług medycznych i usług wspierających powrót do zdrowia organizowanych za pośrednictwem Centrum Operacyjnego.

III. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4. (wyłączenia odpowiedzialności)

Oprócz wyłączeń odpowiedzialności wynikających z § 7 ust. 1 i 2 OWU ochroną ubezpieczeniową nie są objęte koszty połączeń z Centrum Operacyjnym.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 5. (świadczenie usług medycznych i usług wspierających powrót do zdrowia)

1. W celu uzyskania świadczeń Ubezpieczony kontaktuje się telefonicznie z Centrum Operacyjnym.
2. 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 świadczenia.

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

1. Osoba kontaktująca się z Centrum Operacyjnym powinna podać następujące informacje:
   a) imię i nazwisko;
   b) numer PESEL;
   c) adres zamieszkania;
   d) numer telefonu do kontaktu zwrotnego.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest na wniosek Centrum Operacyjnego dostarczyć dokumenty wskazane w § 7.
3. Centrum Operacyjne przystąpi do organizacji świadczenia niezwłocznie po pozytywnej weryfikacji ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego oraz po wypełnieniu obowiązków określonych w ustępach powyższych.
4. O wszelkich zmianach w sposobie i terminie realizacji świadczeń Centrum Operacyjne będzie niezwłocznie informować Ubezpieczonego.
5. W przypadku gdy Ubezpieczony nie wypełnia obowiązków określonych w ustępach 1, 2 i 3 powyżej, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

§ 7. (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o udzielenie świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przekazać Towarzystwu następujące dokumenty i informacje niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) karta wypisu ze szpitala spowodowanego wystąpieniem poważnej choroby serca,
2) dokumenty wskazane w definicjach usług wspierających powrót do zdrowia w § 2 ust. 2 pkt 2.6 lub w definicjach usług medycznych w § 2 ust. 2 pkt 2.5 i, o które może wystąpić Centrum operacyjne potwierdzające konieczność udzielenia danej usługi lub konieczne do jej realizacji.

IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8. (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 9. (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie

dodatkowe grupowe ubezpieczenie – WSPARCIE W POWAŻNYM ZACHOROWANIU

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia – WSPARCIE W POWAŻNYM ZACHOROWANIU (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 28 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3 OWDU, § 4 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 7 OWU ust. 1 i 2, § 2 OWDU, § 4 – 6 OWDU.

WSPARCIE W POWAŻNYM ZACHOROWANIU

zdarzenie ubezpieczeniowe	usługa wspierająca powrót do zdrowia dostępna pod czynnym całą dobę numerem telefonu **+48 22 522 29 02**	limit na zdarzenie
	Infolinia medyczna	*bez limitu*
Poważne zachorowanie	Powtórna opinia medyczna	*1 raz*
	dostawa leków	*5000 zł*
	dostawa posiłków	
	organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego	
	organizacja i pokrycie kosztów lub wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego	
	pielęgniarska wizyta domowa po pobycie w szpitalu	
	organizacja i pokrycie kosztów peruk i protez	
	konsultacje psychologa	*1500 zł*
	zabiegi rehabilitacyjne	*10 zabiegów*
	pomoc domowa	*2000 zł*
	opieka nad osobami niesamodzielnymi	
	opieka nad zwierzętami	
	konsultacje psychologa dla członków rodziny	

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA WSPARCIE W POWAŻNYM ZACHOROWANIU

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1. (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia WSPARCIE W POWAŻNYM ZACHOROWANIU zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 ust.1 pkt 2) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2. (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
   - 2.1 **Centrum Operacyjne** – jednostka działająca na zlecenie Towarzystwa odpowiedzialna za organizację i udzielanie ubezpieczonemu usług wspierających powrót do zdrowia dostępna pod czynnym całą dobę numerem telefonu +48 **+48 22 522 29 02**;
   - 2.2 **Lekarz konsultant –** lekarz specjalista praktykujący na lub poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, który jest uznany za wybitnego specjalistę w zakresie swojej wiedzy i umiejętności lekarskich;
   - 2.3 **Lekarz prowadzący leczenie –** lekarz, który prowadzi leczenie ubezpieczonego po rozpoznaniu poważnego zachorowania;
   - 2.4 **miejsce zamieszkania** – wskazane przez Ubezpieczonego miejsce stałego pobytu znajdujące się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
   - 2.5 **członek rodziny** - małżonek, dzieci, rodzice, rodzeństwo Ubezpieczonego lub osoba pozostająca we wspólnym pożyciu z Ubezpieczonym;
   - 2.6 **osoba niesamodzielna** - osoba, która w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego mieszka z Ubezpieczonym, i która z powodów zdrowotnych lub ze względu na wiek nie jest zdolna do samodzielnego wykonywania czynności życia codziennego i wymaga stałej opieki;
   - 2.7 **pobyt w szpitalu** - potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu, trwający nieprzerwanie co najmniej 5 dni, przy czym do okresu pobytu w szpitalu zaliczane są w całości: dzień, w którym Ubezpieczony został przyjęty do szpitala oraz dzień, w którym Ubezpieczony został wypisany ze szpitala;
   - 2.8 **poważne zachorowanie** - jedna z niżej wymienionych chorób:
     - 2.8.1 **zawał serca** - ostre niedokrwienie mięśnia sercowego, przy dowodach na obecność martwicy mięśnia sercowego, czyli:
       - a) wykryciu wzrostu i/lub spadku biomarkera sercowego (najlepiej troponiny sercowej) powyżej górnej granicy normy oraz jednego z następujących:
         - objawów niedokrwienia,
         - zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) typowych dla nowo powstałego niedokrwienia,
         - nowych odcinkowych zaburzeń kurczliwości uwidocznionych w badaniach obrazowych,
       - b) wzroście wartości troponiny sercowej po angioplastyce wieńcowej (przekraczającym 5-krotnie górną granicę normy przy prawidłowych wartościach wyjściowych lub wzrost wartości troponiny sercowej o 20% przy jej wyjściowym podwyższeniu) przy występujących dodatkowo:
         - objawach niedokrwienia lub
         - zmianach w EKG lub
         - nowych odcinkowych zaburzeniach kurczliwości lub
         - uwidocznieniu obrazów angiograficznych zgodnych z powikłaniami zabiegu,
       - c) stwierdzeniu zakrzepicy w stencie podczas koronarografii w przypadku niedokrwienia mięśnia sercowego ze wzrostem i/lub spadkiem biomarkera sercowego powyżej górnej granicy normy,
       - d) wzroście wartości troponiny sercowej w związku z pomostowaniem tętnic wieńcowych - CABG (przekraczającym 10-krotnie górną granicę normy przy prawidłowych wartościach wyjściowych) przy występujących dodatkowo:
         - nowych zmianach w EKG lub
         - nowych odcinkowych zaburzeniach kurczliwości lub
         - uwidocznieniu w obrazach angiograficznych nowego zamknięcia pomostu lub natywnej tętnicy wieńcowej,
     - 2.8.2 **udar mózgu** - nagłe, w efekcie trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzonych badaniem lekarskim; z zakresu ubezpieczenia wyłączone są: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego oraz udar nie pozostawiający trwałego ubytku funkcji ośrodkowego układu nerwowego; rozpoznanie trwałego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego winno być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej jednak niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów,
     - 2.8.3 **nowotwór złośliwy** - nowotwór (guz), charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek; rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym i przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa; zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów; z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są:
       - rak nieinwazyjny (*carcinoma in situ*), dysplazja szyjki macicy, rak szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 oraz wszelkie zmiany przedrukowe i nieinwazyjne,
       - wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji),
       - czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) (≤ 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 r.,
       - nadmierne rogowacenie (*hyperkeratosis*), rak podstawnokomórkowy skóry i rak kolczystokomórkowy skóry,
       - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV,
     - 2.8.4 **niewydolność nerek** - przewlekłe, trwałe i całkowite uszkodzenie obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu; diagnoza musi być jednoznacznie potwierdzona dokumentacją medyczną,
     - 2.8.5 **łagodny guz mózgu** - wszystkie guzy mózgu, które nie są klasyfikowane jako złośliwe, potwierdzone przez specjalistę neurochirurga, wymagające usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji powodujące trwały ubytek neurologiczny; z zakresu ochrony wyłączone są: krwiaki, ziarniaki, cysty, guzy szyszynki lub przysadki mózgowej oraz malformacje naczyń mózgowych,
     - 2.8.6 **przeszczep narządów** - przeszczepienie osobie objętej ubezpieczeniem jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie osoby

objętej ubezpieczeniem na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
- serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub
- szpiku kostnego z zastosowaniem komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy,

przy czym przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu; ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione,

2.8.7 **pomostowanie (*bypass*) naczyń wieńcowych** - przeprowadzenie operacji chirurgicznej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego; operacja musi być oporządzona angiografią wskazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe,

2.8.8 **angioplastyka wieńcowa** - pierwszorazowe leczenie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych z zastosowaniem angioplastyki balonowej, przezskórnej angioplastyki wieńcowej lub innych podobnych metod; przeprowadzenie takiej angioplastyki musi być uzasadnione medycznie na podstawie zalecenia specjalisty kardiologa oraz musi istnieć angiograficzne potwierdzenie istotnego zwężenia tętnicy wieńcowej,

2.8.9 **operacja aorty** - zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty; aorta definiowana jest jako jej odcinek piersiowy i brzuszny bez jej odgałęzień; ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty,

2.8.10 **anemia aplastyczna** - wystąpienie przewlekłej nieodwracalnej niewydolności szpiku, której rezultatem jest łączne wystąpienie niedokrwistości, trombocytopenii oraz granulocytopenii, wymagającej regularnego leczenia przynajmniej jednym z następujących sposobów:
- przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych,
- leczenie lekami immunosupresyjnymi,
- leczenie czynnikami stymulującymi szpik,
- przeszczepianie szpiku kostnego,

przy czym rozpoznanie anemii plastycznej musi być potwierdzone przez specjalistę hematologa,

2.8.11 **utrata wzroku w następstwie choroby** - całkowita, nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach spowodowana chorobą; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę z ośrodka prowadzącego leczenie,

2.8.12 **oparzenia** - głębokie termiczne lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych obejmujące:
- nie mniej niż 60 % całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia I stopnia,
- nie mniej niż 40 % całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia II stopnia,
- nie mniej niż 20 % całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia III stopnia;

przy czym przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek" lub tabelę Lunda i Brondera; zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych,

2.8.13 **utrata mowy** - całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia w następstwie choroby, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę z zakresu laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby fałdów głosowych; zakres ubezpieczenia nie obejmuje jakichkolwiek przypadków utraty zdolności mówienia spowodowanych schorzeniami psychicznymi ani utraty zdolności mówienia, która może być skorygowana z zastosowaniem jakichkolwiek procedur terapeutycznych,

2.8.14 **schyłkowa niewydolność wątroby (w tym schyłkowa niewydolność wątroby spowodowana wirusowym zapaleniem wątroby)** - schyłkowa postać choroby (marskość) wątroby, powodująca co najmniej jeden z poniższych objawów:
- wodobrzusze nie poddające się leczeniu,
- trwała żółtaczka,
- żylaki przełyku,
- encefalopatia wrotna,

przy czym zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków chorób wątroby wynikających z nadużywania alkoholu, leków i innych środków odurzających,

2.8.15 **śpiączka** - stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin; dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii; zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu i innych substancji odurzających,

2.8.16 **stwardnienie rozsiane** - zespół mnogich ubytków neurologicznych wywołanych demielinizacją mózgu lub rdzenia kręgowego, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy; rozpoznanie musi być ostateczne i postawione przez specjalistę neurologa oraz poprzedzone więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia,

2.8.17 **utrata kończyn** - amputacja lub całkowita i nieodwracalna utrata funkcji co najmniej dwóch kończyn z powodu choroby; w przypadku amputacji zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje:
- w zakresie kończyn dolnych - amputację na poziomie stawów skokowych lub proksymalnie do nich,
- w zakresie kończyn górnych - amputację na wysokości nadgarstków lub proksymalnie do nich,

2.8.18 **utrata słuchu** - całkowita i nieodwracalna, obustronna utrata słuchu spowodowana zachorowaniem; rozpoznanie musi nastąpić na podstawie badań audiometrycznych i być potwierdzone przez laryngologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym,

2.8.19 **choroba Parkinsona** - samoistna, postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodka układu nerwowego, spowodowana pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zaniku komórek produkujących dopaminę, charakteryzująca się występowaniem: drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, sztywności mięśniowej i niestabilności postawy, i skutkująca niemożnością wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego (poruszanie się po domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych, mycie i toaleta, ubieranie się, jedzenie); rozpoznanie choroby musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa,

2.8.20 **choroba Creutzfeldta-Jacoba (CJD)** - choroba ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzująca się postępującym otępieniem i występowaniem drgawek mioklonicznych, klinicznie rozpoznana za życia osoby objętej ubezpieczeniem przez specjalistę neurologa i skutkująca niemożnością wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego (poruszanie się po domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych, mycie i toaleta, ubieranie się, jedzenie); warunkiem

uznania roszczenia przez Towarzystwo jest stwierdzenie przez specjalistę neurologa pełnoobjawowej choroby Creutzfeldta i Jacoba przy jednoczesnej niepełnosprawności w zakresie w/w czynności życia codziennego,

2.8.21 **zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji** - zakażenie wirusem HIV lub rozpoznanie AIDS jako zakażenia, w przypadku którego można udowodnić, że zostało spowodowane w okresie ubezpieczenia przetoczeniem zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych, wykonanym na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej u osób nie chorujących na hemofilię, pod warunkiem, że serokonwersja nastąpiła w ciągu 6 tygodni od daty przetoczenia krwi lub produktów krwiopochodnych,

2.8.22 **choroba Alzheimera** - upośledzenie lub utrata zdolności intelektualnej spowodowana nieodwracalnym zaburzeniem czynności mózgu, potwierdzona testami klinicznymi i kwestionariuszami odpowiednimi do diagnostyki choroby Alzheimera lub demencji, polegające na znaczącym upośledzeniu funkcji poznawczych; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa; ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje demencji spowodowanej chorobą AIDS, nadużywaniem alkoholu lub substancji odurzających,

2.8.23 **zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych** - zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, móżdżku) lub opon mózgowo-rdzeniowych o ciężkim przebiegu, powodujące powstanie znacznego i trwałego ubytku neurologicznego, potwierdzonego przez specjalistę neurologa, a w przypadku zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego,

2.8.24 **schyłkowa niewydolność oddechowa –** schyłkowe stadium choroby płuc powodujące przewlekłą niewydolność oddechową. Choroba musi przebiegać z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów:

- natężona pierwszosekundowa objętość wydechowa (FEV1) poniżej 1 litra w 3 badaniach wykonanych w odstępie 3 miesięcy,
- pacjent wymaga przewlekłej tlenoterapii z powodu hipoksemii,
- ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej poniżej 55 mmHg (pO2 < 55 mmHg),
- duszność spoczynkowa.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę pulmonologa,

2.8.25 **choroba Leśniowskiego-Crohna** – przewlekłe, nieswoiste zapalenie ścian przewodu pokarmowego, mogące prowadzić do powstawania przetok, niedrożności lub perforacji jelit. Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikami histopatologicznymi,

2.8.26 **pierwotne nadciśnienie płucne powodujące inwalidztwo** – patologiczne podwyższenie ciśnienia w tętnicy płucnej, w wyniku zmian strukturalnych lub czynnościowych płuc, bądź zaburzeń krążenia płucnego prowadzącego do powiększenia prawej komory serca. Świadczenie jest należne, jeśli choroba spowoduje trwałe i nieodwracalne upośledzenie funkcji organizmu w stopniu równoważnym, co najmniej klasie IV według klasyfikacji niewydolności krążenia Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (New York Heart Association, NYHA), oraz zostanie udokumentowane utrzymywanie się u Ubezpieczonego wartości ciśnienia w tętnicy płucnej powyżej 30mm Hg przez co najmniej 6 miesięcy,

2.8.27 **tężec** – zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, która przebiegała klinicznie w postaci uogólnionej i którą wywołała neurotoksyna produkowana przez laseczki tężca (Clostridium tetani),

2.8.28 **operacja zastawek serca** – przebycie operacji chirurgicznej na otwartym sercu, w celu całkowitej wymiany jednej lub więcej zastawek serca uszkodzonych w wyniku wad, które ujawniły się po rozpoczęciu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej,

2.8.29 **dystrofia mięśniowa** – postępujący zanik mięśni, prowadzący do trwałych zaburzeń ich funkcji. Diagnoza choroby musi być postawiona przez lekarza neurologa w oparciu o standardy medyczne obowiązujące w chwili jej rozpoznawania, w tym o wyniki badań laboratoryjnych, biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG). Ubezpieczony musi być trwale niezdolny do samodzielnego wykonywania, przynajmniej trzech z wymienionych czynności życiowych:

- kąpiel – zdolność do samodzielnego umycia się w wannie lub pod prysznicem (w tym wejście i wyjście z wanny lub spod prysznica) lub samodzielne wykonanie wszystkich zabiegów umożliwiających zachowanie higieny osobistej,
- ubieranie się – zdolność samodzielnego zakładania i zdejmowania odzieży, w tym także, w stosownych przypadkach, wszelkich aparatów ortopedycznych, protez czy innych przyrządów medycznych,
- przemieszczanie się – zdolność do samodzielnego przemieszczenia się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem,
- toaleta – zdolność do samodzielnego korzystania z toalety lub zdolność do utrzymania higieny osobistej poprzez prawidłową funkcję zwieraczy pęcherza moczowego i odbytu,
- odżywianie się – zdolność do samodzielnego spożywania przygotowanego i podanego posiłku,

2.8.30 **paraliż (niedowład)** – całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji w dwóch lub więcej kończynach, spowodowana urazem lub chorobą. Niedowład musi mieć charakter nie rokujący poprawy i występować przez okres minimum 3 miesięcy. Rozpoznanie i zakres zmian musi być potwierdzone przez lekarza neurologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje wszystkich przypadków niedowładów częściowych, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych), niedowładów spowodowanych zaburzeniami psychologicznymi lub psychiatrycznymi lub będących skutkiem samouszkodzenia lub próby samobójczej,

2.8.31 **wrzodziejące zapalenie jelita grubego -** ostre piorunujące wrzodziejące zapalenie jelita grubego z zagrażającymi życiu zaburzeniami elektrolitowymi, zwykle związane z rozdęciem jelit i ryzykiem pęknięcia jelita, obejmujące całą okrężnicę z ciężką krwawą biegunką i ogólnymi objawami podmiotowymi i przedmiotowymi, których leczeniem jest często całkowita kolektomia i ileostomia. Diagnoza musi być podparta wynikiem badania histopatologicznego oraz częścią leczenia powinna być kolektomia i ileostomia,

2.8.32 **choroba neuronu ruchowego** – postępujące zwyrodnienie dróg korowo-rdzeniowych z zanikiem komórek rogów przednich rdzenia lub uszkodzeniem nerwów opuszki. Choroba neuronu ruchowego obejmuje takie jednostki, jak: rdzeniowy zanik mięśni (ang. spinal muscular atrophy, SMA), postępujące porażenie opuszkowe (ang. progressive bulbar palsy, PBP), stwardnienie zanikowe boczne (ang. amyotrophic lateral sclerosis, ALS) oraz pierwotne stwardnienie boczne (ang. primary lateral sclerosis, PLS). Świadczenie będzie należne, jeśli choroba neuronu ruchowego spowoduje deficyt neurologiczny skutkujący trwałą i nieodwracalną niezdolnością Ubezpieczonego do:

- poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji lub

- samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków,

2.8.33 **odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu** – oznacza chorobę przenoszoną przez kleszcze, przebiegającą z różnorodnymi objawami neurologicznymi, skutkującymi koniecznością hospitalizacji, potwierdzoną badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. Rozpoznanie choroby powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A84) wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego,

2.8.34 **zakażenie wirusem HIV w związku z wykonywanym zawodem** – zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV) lub zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) potwierdzone pozytywnym wynikiem dwóch testów: testu na przeciwciała anty-HIV (ELISA) oraz testu Western Blot lub PCR. Do wystąpienia zakażenia wirusem HIV musi dojść w następujących warunkach:

- Ubezpieczony w trakcie trwania ubezpieczenia musi czynnie pracować w jednym z zawodów wymienionych poniżej,
- serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od zdarzenia mogącego prowadzić do zakażenia ,
- Ubezpieczony musi zapewnić o negatywnych wynikach testu na wirus HIV lub na przeciwciała na wirus HIV, który był zrobiony najpóźniej do 5 dni od zdarzenia mogącego prowadzić do zakażenia,
- Ubezpieczony musi wykazać obecność wirusa HIV lub przeciwciał wirusa HIV do 12 miesięcy od zdarzenia mogącego prowadzić do zakażenia.

Ograniczona lista zawodów: lekarze i lekarze dentyści, personel laboratoryjny, medyczni i stomatologiczni asystenci, położne, policjanci/policjantki, pielęgniarki/pielęgniarze, personel pomocniczy szpitali, personel ambulatoryjny, strażacy, funkcjonariusze więzienni.

2.8.35 **piorunujące zapalenie wątroby** – submasywna lub masywna martwica komórek wątrobowych (hepatocytów) w wyniku zakażenia wirusem zapalenia wątroby, prowadząca nieuchronnie do niewydolności wątroby. Świadczenie jest należne, jeśli rozpoznanie choroby opiera się na stwierdzeniu u Ubezpieczonego wszystkich wymienionych niżej warunków:

- szybkie zmniejszanie się wielkości wątroby oraz
- martwica obejmująca całe zraziki z pozostawieniem jedynie zapadniętej siatki podścieliska; oraz
- szybkie pogorszenie się wyników testów czynnościowych wątroby (wzrost aktywności enzymów wskaźnikowych uszkodzenia hepatocytów), a wyniki badań Ubezpieczonego wykazują następujące cechy:
- wyniki testów czynnościowych wątroby wskazują na masywne uszkodzenie miąższu wątroby; oraz
- obiektywne oznaki encefalopatii wrotno-systemowej,

2.8.36 **wścieklizna** - wymagająca zastosowania leczenia w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, której istotą jest ostre zapalenie mózgu i rdzenia wywołane wirusem wścieklizny (Rabies virus),

2.8.37 **utrata możliwości niezależnej egzystencji** - stan spowodowany chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, w którym Ubezpieczony przez okres przynajmniej 6 miesięcy jest całkowicie niezdolny do wykonania (z pomocą lub bez) co najmniej trzech z sześciu wymienionych poniżej podstawowych czynności życiowych:

- kąpiel – zdolność do samodzielnego umycia się w wannie lub pod prysznicem (w tym wejście i wyjście z wanny lub spod prysznica) lub samodzielne wykonanie wszystkich zabiegów umożliwiających zachowanie higieny osobistej,
- ubieranie się – zdolność do samodzielnego zakładania i zdejmowania odzieży, w tym także, w stosownych przypadkach, wszelkich aparatów ortopedycznych, protez czy innych przyrządów medycznych,
- przemieszczanie się – zdolność do samodzielnego przemieszczenia się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem,
- poruszanie się - zdolność do samodzielnego poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji,
- toaleta – zdolność do samodzielnego korzystania z toalety lub zdolność do utrzymania higieny osobistej poprzez prawidłową funkcję zwieraczy pęcherza moczowego i odbytu,
- odżywianie się – zdolność do samodzielnego spożywania przygotowanego i podanego posiłku.

Stan taki musi być uznany przez lekarza za trwały.

2.9 **szpital** - działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa kraju, na terenie którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się: poradni przyszpitalnej, ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala rehabilitacyjnego, oddziału rehabilitacyjnego oraz ośrodka rehabilitacji;

2.10 **zdarzenie ubezpieczeniowe** - wystąpienie w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej poważnego zachorowania Ubezpieczonego,

2.11 **usługi wspierające powrót do zdrowia** – uzasadnione działania w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, których koszty i organizację ponosi Towarzystwo służące powrotowi do optymalnego stanu zdrowia Ubezpieczonego po wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego. Zakres ochrony obejmuje poniższe świadczenia:

2.11.1 **Powtórna opinia medyczna** – jeżeli Ubezpieczony po wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego wystąpi za pośrednictwem Centrum Operacyjnego o wydanie pisemnej opinii Lekarza konsultanta w zakresie poprawności ustalonej diagnozy przez Lekarza prowadzącego leczenie, podjętego leczenia oraz rokowania co do możliwości wyleczenia, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty :

a. wynagrodzenia Lekarza konsultanta specjalizującego się w danym poważnym zachorowaniu,
b. przesyłki dostarczonej dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, a następnie wydanej opinii Lekarza konsultanta,
c. tłumaczenia z języka polskiego dokumentacji medycznej Ubezpieczonego i tłumaczenia na język polski wydanej opinii Lekarza konsultanta w przypadku gdy Lekarz konsultant praktykuje poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
d. przekazania Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej sporządzenie powtórnej opinii medycznej i w razie potrzeby zapewni pomoc w zebraniu tych dokumentów;
e. Powtórna opinia medyczna zawiera:

– opinię dotyczącą postawionej przez lekarzy leczących diagnozy i dotychczas prowadzonego leczenia,
– odpowiedź na pytania zadane przez Ubezpieczonego w związku z opiniowanym poważnym zachorowaniem i stanem zdrowia ubezpieczonego,

- propozycję planu leczenia, jeśli zdaniem Lekarza konsultanta zastosowany sposób leczenia powinien zostać zmieniony lub uzupełniony,
- rokowanie co do możliwości wyleczenia - w przypadku wyrażenia stosownej prośby Ubezpieczonego we wniosku wydanie powtórnej opinii medycznej.

Informacje zawarte w powtórnej opinii medycznej są opinią uzupełniającą w stosunku do opinii wydanej przez Lekarza prowadzącego leczenie, a zakres wykorzystania drugiej opinii medycznej wymaga uzgodnienia przez Ubezpieczonego z Lekarzem prowadzącym leczenie.

Towarzystwo nie odpowiada za skutki jakichkolwiek działań lub zaniechania działań w oparciu o informacje zawarte w powtórnej opinii medycznej oraz za skutki wdrożenia proponowanych przez Lekarza Konsultanta planów leczenia, a także ich skuteczność.

2.11.2 **dostawa leków -** jeżeli Ubezpieczony wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym leżenia, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie, lub pomocy osób trzecich, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego. Koszty dostarczonych leków pokrywa Ubezpieczony. Usługa jest świadczona do wyczerpania łącznego limitu podanego poniżej;

2.11.3 **dostawa posiłków** - jeżeli Ubezpieczony wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym leżenia, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie, lub pomocy osób trzecich, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia posiłków do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego. Koszty dostarczonych posiłków pokrywa Ubezpieczony. Usługa jest świadczona do wyczerpania łącznego limitu podanego poniżej;

2.11.4 **organizacja i pokrycie kosztów lub wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego** - jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego, Towarzystwo zapewnia organizację, dostarczenie i pokrywa koszty sprzętu zleconego sprzętu rehabilitacyjnego lub jego wypożyczenia. Usługa jest świadczona do wyczerpania łącznego limitu podanego poniżej;

2.11.5 **pielęgniarska wizyta domowa po pobycie w szpitalu** - jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po pobycie w szpitalu, którego przyczyną było zdarzenie ubezpieczeniowe, zabiegów pielęgniarskich, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty wynagrodzenia i dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego. Usługa jest świadczona do wyczerpania łącznego limitu podanego poniżej;

2.11.6 **organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego** - jeżeli Ubezpieczony, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym transportu medycznego, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu Ubezpieczonego do i z placówki medycznej lub między placówkami dostosowanym do aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu. Usługa jest świadczona do wyczerpania łącznego limitu podanego poniżej;

2.11.7 **organizacja i pokrycie kosztów peruk i protez** - jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym korzystania z peruki lub protezy, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty peruki lub protezy. Usługa jest świadczona do wyczerpania łącznego limitu podanego poniżej;

Powyższe usługi wspierające powrót do zdrowia wskazane w pkt. 2.11.2 – 2.11.7 są świadczone do łącznego limitu 5000 zł z tytułu wystąpienia jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.

2.11.8 **pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej** - jeżeli Ubezpieczony wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym pomocy psychologicznej, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty telekonsultacji lub w przypadku ich dostępności w pobliżu miejsca zamieszkania Ubezpieczonego bezpośrednich konsultacji psychologa. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 1500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;

2.11.9 **rehabilitacja** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie (skierowaniem), wymaga po wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego wykonania zabiegów rehabilitacyjnych, Towarzystwo zapewnia ich organizację i pokrywa koszty. Usługi są świadczone do łącznego limitu 10 zabiegów z tytułu wystąpienia jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;

2.11.10 **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 zakresem: 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 do wyczerpania łącznego limitu podanego poniżej;

2.11.11 **opieka nad zwierzętami** - jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym leżenia lub pomocy osób trzecich lub przebywa w szpitalu, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty opieki nad zwierzętami domowymi Ubezpieczonego (z wyłączeniem ras psów uznanych na mocy przepisów prawa za niebezpieczne) w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego lub organizuje i pokrywa koszty transportu do osoby wyznaczonej przez Ubezpieczonego do opieki lub do odpowiedniej placówki opiekuńczej. Usługa jest świadczona pod warunkiem przedstawienia aktualnego zaświadczenia o wymaganych szczepieniach profilaktycznych. Usługa jest świadczona do wyczerpania łącznego limitu podanego poniżej;

2.11.12 **opieka nad osobami niesamodzielnymi** - jeżeli Ubezpieczony, po zdarzeniu ubezpieczeniowym ze względu na stan zdrowia lub pobyt w szpitalu nie jest w stanie sprawować opieki nad osobami niesamodzielnymi, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty codziennej opieki. Usługa jest świadczona do wyczerpania łącznego limitu podanego poniżej;

2.11.13 **konsultacje psychologa dla członków rodziny** - jeżeli członkowie rodziny wymagają po wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego w życiu Ubezpieczonego pomocy psychologicznej, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty telekonsultacji lub w

przypadku ich dostępności w pobliżu miejsca zamieszkania członków rodziny bezpośrednich konsultacji psychologa. Usługa jest świadczona do wyczerpania łącznego limitu podanego poniżej;

Powyższe usługi wspierające powrót do zdrowia wskazane w pkt. 2.11.10 – 2.11.13 są świadczone do łącznego limitu 2000 zł z tytułu wystąpienia jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,

2.11.14 **Infolinia medyczna** - jednostka działająca całodobowo udzielająca Ubezpieczonemu informacji o:

a. działaniu leków, ich skutkach ubocznych i interakcjach,
b. przygotowaniu do zabiegów medycznych,
c. przygotowaniu do badań diagnostycznych,
d. podmiotach leczniczych, w których świadczenia są opłacane przez płatnika publicznego i płatników prywatnych,
e. aptekach czynnych całą dobę,
f. niezbędnych badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku
g. zdrowym żywieniu,
h. o wymaganych szczepieniach i zagrożeniach epidemiologicznych przed podróżą.
i. udzielane informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza Centrum Operacyjnego lub Towarzystwa.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3. (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego,
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u osoby objętej ochroną ubezpieczeniową, poważnego zachorowania, które po raz pierwszy zostało zdiagnozowane w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.
3. Zakresem ubezpieczenia objęte jest świadczenie usług wspierających powrót do zdrowia organizowanych za pośrednictwem Centrum Operacyjnego.
4. Objęcie ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWDU nie stanowi objęcia ochroną ubezpieczeniową na podstawie innych umów dodatkowych, których zakres ubezpieczenia obejmuje poważne zachorowania, o których mowa w § 3 ust. 3 OWDU Na Wypadek Poważnego Zachorowania Wariant Podstawowy (23 Choroby) i Rozszerzony (37 Chorób).

III. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4. (wyłączenia odpowiedzialności)

1. Oprócz wyłączeń odpowiedzialności wynikających z § 7 ust. 1 i 2 OWU, świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy poważne zachorowanie jest następstwem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV, chyba że zakażenia nastąpiło w okolicznościach, o których mowa w § 2 ust.2 pkt 2.1) ppkt 2.1.21).
2. W odniesieniu do osoby objętej ochroną ubezpieczeniową, wyłączone są poważne zachorowania, które są następstwem lub konsekwencją wady wrodzonej lub schorzenia wrodzonego.
3. Oprócz wyłączeń odpowiedzialności wynikających z ustępów powyżej ochroną ubezpieczeniową nie są objęte koszty:
   1) połączeń z Centrum Operacyjnym;
   2) konsultacji lekarskich i badań diagnostycznych zaleconych w powtórnej opinii medycznej lub niezbędnych do jej sporządzenia.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 5. (świadczenie usług medycznych i usług wspierających powrót do zdrowia)

1. W celu uzyskania świadczeń Ubezpieczony kontaktuje się telefonicznie z Centrum Operacyjnym.
2. 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 świadczenia.

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

1. Osoba kontaktująca się z Centrum Operacyjnym powinna podać następujące informacje:
   a) imię i nazwisko;
   b) numer PESEL;
   c) adres zamieszkania;
   d) numer telefonu do kontaktu zwrotnego.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest na wniosek Centrum Operacyjnego dostarczyć dokumenty wskazane w § 7.
3. Centrum Operacyjne przystąpi do organizacji świadczenia niezwłocznie po pozytywnej weryfikacji ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego oraz po wypełnieniu obowiązków określonych w ustępach powyższych.
4. O wszelkich zmianach w sposobie i terminie realizacji świadczeń Centrum Operacyjne będzie niezwłocznie informować Ubezpieczonego.
5. W przypadku gdy Ubezpieczony nie wypełnia obowiązków określonych w ustępach 1, 2 i 3 powyżej, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

§ 7. (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o udzielenie świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przekazać Towarzystwu następujące dokumenty i informacje niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania,
2) dokumenty wskazane w definicjach usług wspierających powrót do zdrowia w § 2 ust. 2 pkt 2.11, o które może wystąpić Centrum operacyjne potwierdzające konieczność udzielenia danej usługi lub konieczne do jej realizacji.

V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8. (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 9. (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.

ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU

MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

ZAŁĄCZNIKI

GRUPOWE UBEZPIECZENIE VERTUS ŻYCIE I ZDROWIE

WARUNKI UBEZPIECZENIA

SALTUS UBEZPIECZENIA

TABELA OPERACJI

	Rodzaj operacji	*Wysokość świadczenia (% sumy ubezpieczenia)*
A	**OPERACJE UKŁADU NERWOWEGO**	
	Struktury wewnątrzczaszkowe i nerwy czaszkowe	
1	Wycięcie tkanek mózgu lub pnia mózgu	*100%*
2	Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomia)	*50%*
3	Drenaż zmiany w tkance mózgowej	*50%*
4	Drenaż przestrzeni nadtwardówkowej/podtwardówkowej	*25%*
5	Zabiegi w obrębie nerwów czaszkowych	*50%*
6	Zabiegi w obrębie opon mózgowych	*25%*
	Rdzeń kręgowy	
7	Zabiegi w obrębie tkanek rdzenia kręgowego	*50%*
8	Zabiegi na korzeniach nerwów rdzeniowych	*25%*
	Nerwy obwodowe	
9	Całkowite wycięcie nerwu obwodowego lub współczulnego	*25%*
10	Przeszczep nerwu obwodowego	*50%*
11	Inne zabiegi w obrębie nerwu obwodowego, w tym odbarczenia nerwów	*10%*
B	**OPERACJE UKŁADU WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO**	
12	Całkowite lub częściowe wycięcie przysadki	*75%*
13	Operacje szyszynki	*75%*
14	Całkowite wycięcie tarczycy	*50%*
15	Częściowe wycięcie tarczycy	*25%*
16	Wycięcie grasicy	*25%*
17	Wycięcie nadnercza	*50%*
C	**OPERACJE SUTKA**	
18	Całkowita amputacja sutka (mastektomia)	*50%*
19	Całkowita amputacja sutka (mastektomia) z zawartością dołu pachowego	*75%*
20	Wycięcie kwadrantu piersi lub wycięcie guza piersi – BCT	*25%*
D	**OPERACJE NARZĄDU WZROKU I STRUKTUR OTACZAJACYCH**	
21	Usunięcie oka (gałki ocznej) - enukleacja	*50%*
22	Operacje mięśni oka	*25%*
23	Operacje oczodołu	*25%*
24	Operacje zaćmy lub jaskry	*25%*
E	**OPERACJE NARZĄDU SŁUCHU I STRUKTUR OTACZAJACYCH**	
25	Operacje ślimaka	*50%*
26	Wycięcie zmiany ucha środkowego	*25%*
27	Wycięcie zmiany ucha zewnętrznego	*10%*
F	**OPERACJE KRTANI, GARDŁA I TCHAWICY**	
28	Całkowite wycięcie krtani	*75%*
29	Wycięcie zmiany w obrębie krtani	*25%*
30	Częściowe wycięcie tchawicy	*50%*
31	Wyłonienie tchawicy (tracheostomia)	*25%*
G	**OPERACJE PŁUC I OSKRZELI**	
32	Przeszczep płuca jako biorca	*100%*
33	Całkowite wycięcie płuca	*75%*
34	Częściowe wycięcie płuca	*50%*
35	Otwarte operacje śródpiersia	*50%*
36	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w obrębie dolnych dróg oddechowych	*25%*
H	**OPERACJE W OBRĘBIE JAMY USTNEJ**	
37	Całkowite wycięcie języka	*75%*
38	Częściowe wycięcie języka	*25%*
39	Całkowite wycięcie migdałka podniebiennego	*10%*
40	Całkowite wycięcie ślinianki przyusznej, podjęzykowej, podżuchwowej	*25%*
41	Usunięcie zmiany patologicznej ślinianki	*25%*

	Rodzaj operacji	*Wysokość świadczenia (% sumy ubezpieczenia)*
42	Usunięcie kamienia ze światła ślinianki	*10%*
I	**OPERACJE PRZEWODU POKARMOWEGO**	
	Przełyk i żołądek	
43	Wycięcie przełyku i żołądka	*75%*
44	Całkowite wycięcie przełyku	*75%*
45	Częściowe wycięcie przełyku	*50%*
46	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku	*10%*
47	Otwarte operacje żylaków przełyku	*25%*
48	Całkowite wycięcie żołądka	*75%*
49	Częściowe wycięcie żołądka	*50%*
50	Leczenie chirurgiczne przepukliny przeponowej	*25%*
51	Endoskopowe usunięcie zmiany żołądka	*10%*
52	Zespolenie żołądkowo-jelitowe	*50%*
	Dwunastnica, jelito czcze i jelito kręte	
53	Całkowite lub częściowe wycięcie dwunastnicy	*50%*
54	Otwarte usunięcie zmiany patologicznej dwunastnicy	*25%*
55	Całkowite lub częściowe wycięcie jelita czczego	*50%*
56	Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomia)	*50%*
57	Zespolenie omijające jelito czcze	*50%*
58	Całkowite lub częściowe wycięcie jelita krętego	*50%*
59	Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomia)	*50%*
60	Zespolenie omijające jelito kręte	*50%*
	Wyrostek robaczkowy	
61	Wycięcie wyrostka robaczkowego powikłanego zapaleniem otrzewnej lub ropniem zaotrzewnowym	*25%*
62	Inne wycięcie wyrostka robaczkowego	*10%*
	Okrężnica i odbytnica	
62	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	*100%*
64	Całkowite wycięcie okrężnicy	*75%*
65	Częściowe wycięcie okrężnicy	*50%*
66	Wycięcie odbytnicy	*75%*
67	Otwarte usunięcie zmiany patologicznej odbytnicy	*25%*
68	Endoskopowe usunięcie zmiany patologicznej okrężnicy	*10%*
69	Operacje z dojścia przez krocze przeciwdziałające wypadaniu odbytnicy	*25%*
70	Całkowite wycięcie odbytu	*25%*
	Wątroba	
71	Przeszczep wątroby jako biorca	*100%*
72	Częściowe wycięcie wątroby	*75%*
	Pęcherzyk żółciowy	
73	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	*25%*
74	Inne operacje pęcherzyka żółciowego	*25%*
	Trzustka	
75	Przeszczep trzustki jako biorca	*100%*
76	Całkowite wycięcie trzustki lub wycięcie głowy trzustki	*50%*
77	Częściowe wycięcie trzustki	*25%*
	Śledziona	
78	Całkowite wycięcie śledziony	*25%*
J	**OPERACJE UKŁADU SERCOWO - NACZYNIOWEGO**	
	Serce	
79	Przeszczep serca (lub płuc i serca) jako biorca	*100%*
80	Operacje na otwartym sercu	*75%*
81	Pomostowanie aortalno-wieńcowe	*75%*
82	Przezskórna angioplastyka wieńcowa	*25%*
83	Wszczepienie stymulatora	*25%*
84	Wszczepienie kardiowertera	*50%*
85	Drenaż osierdzia	*10%*

	Rodzaj operacji	*Wysokość świadczenia (% sumy ubezpieczenia)*
86	Inne zabiegi na osierdziu	*25%*
	Aorta	
87	Operacja tętniakowego odcinka aorty	*100%*
88	Zabiegi operacyjne aorty wykonywane od strony światła aorty	*75%*
	Tętnice mózgowe i szyjne	
89	Operacje tętniaka tętnicy mózgowej z dostępu zewnątrzczaszkowego	*100%*
90	Operacje tętniaka tętnicy mózgowej metodą przezżylną	*50%*
91	Otwarte operacje tętnicy szyjnej z dostępu	*75%*
92	Zabiegi wewnątrznaczyniowe tętnicy szyjnej	*50%*
	Odgałęzienia aorty brzusznej	
93	Zabiegi operacyjne tętnicy nerkowej	*50%*
94	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej	*75%*
95	Zabiegi operacyjne tętnicy biodrowej wykonywane ze światła tętnicy biodrowej	*50%*
96	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej	*75%*
97	Zabiegi operacyjne tętnicy udowej wykonywane ze światła tętnicy udowej	*50%*
K	**OPERACJE UKŁADU MOCZOWEGO**	
	Nerki	
98	Przeszczep nerki jako biorca	*100%*
99	Całkowite wycięcie nerki	*50%*
100	Otwarta naprawcza operacja nerki	*50%*
101	Zabiegi terapeutyczne dotyczące nerki wykonywane metodą ureteroskopii	*25%*
	Moczowód	
102	Całkowite wycięcie moczowodu	*50%*
103	Odprowadzenie moczu przez przetokę	*50%*
104	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą ureteroskopii	*25%*
105	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne moczowodu	*25%*
106	Operacja ujścia moczowodu	*25%*
	Pęcherz moczowy	
107	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	*75%*
108	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	*25%*
109	Wycięcie zmiany w obrębie pęcherza moczowego metodą endoskopową	*10%*
	Gruczoł krokowy (prostata)	
110	Całkowite wycięcie gruczołu krokowego	*75%*
111	Częściowe wycięcie gruczołu krokowego	*25%*
	Operacje odpływu z pęcherza moczowego	
112	Operacje zaburzeń w oddawaniu moczu z dostępu brzusznego	*50%*
113	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne zaburzeń w oddawaniu moczu u kobiet	*25%*
114	Endoskopowa resekcja ujścia pęcherza moczowego u mężczyzn	*25%*
	Cewka moczowa	
115	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące cewki moczowej	*25%*
116	Operacje ujścia cewki moczowej	*10%*
L	**OPERACJE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH**	
117	Obustronne wycięcie jąder	*50%*
118	Operacja sprowadzenia jąder/a do moszny	*25%*
119	Usunięcie zmiany patologicznej jądra	*10%*
120	Operacje najądrza	*25%*
121	Całkowite wycięcie nasieniowodu	*25%*
122	Operacje żylaków powrózka nasiennego	*10%*
123	Amputacja prącia	*50%*
124	Wycięcie zmiany w obrębie prącia	*10%*
M	**OPERACJE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH**	
125	Wycięcie pochwy	*75%*
126	Operacja naprawcza wypadania pochwy	*25%*
127	Wycięcie macicy	*75%*
128	Amputacja szyjki macicy	*10%*

	Rodzaj operacji	*Wysokość świadczenia (% sumy ubezpieczenia)*
129	Obustronne wycięcie jajowodu	*25%*
130	Jednostronne wycięcie jajowodu	*10%*
131	Całkowite wycięcie jajników obustronne	*50%*
132	Całkowite wycięcie jajnika	*10%*
N	**OPERACJE OPŁUCNEJ I PRZEPONY**	
133	Zabiegi terapeutyczne opłucnej metodą otwartą	*50%*
134	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej	*25%*
O	**OPERACJE PRZEPUKLIN I INNE OPERACJE BRZUSZNE**	
135	Operacja uwięźniętej przepukliny pachwinowej, udowej, pępkowej, kresy białej i w bliźnie pooperacyjnej	*50%*
136	Operacja przepukliny pachwinowej, udowej, pępkowej, kresy białej i w bliźnie pooperacyjnej	*25%*
137	Otwarcie jamy brzusznej (laparotomia)	*50%*
P	**OPERACJE MIĘŚNI, ŚCIĘGIEN**	
138	Operacja naprawcza ścięgna	*25%*
139	Zmiana długości ścięgna	*10%*
140	Operacja naprawcza mięśnia	*50%*
141	Uwolnienie przykurczu mięśnia	*25%*
R	**OPERACJE UKŁADU LIMFATYCZNEGO**	
142	Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	*25%*
S	**OPERACJE KOŚCI TWARZOCZASZKI**	
143	Operacje kości czaszki	*50%*
144	Wycięcie kości twarzy	*25%*
145	Operacyjne nastawienie złamania szczęki	*25%*
146	Operacyjne nastawienie złamania żuchwy	*25%*
147	Operacyjne nastawienie złamania innej części twarzy	*25%*
148	Stabilizacja żuchwy	*25%*
T	**OPERACJE KRĘGOSŁUPA I KRĄŻKÓW MIĘDZYKRĘGOWYCH**	
149	Operacja obarczająca kręgosłup szyjny	*50%*
150	Operacja obarczająca kręgosłup piersiowy	*50%*
151	Operacja obarczająca kręgosłup lędźwiowy	*50%*
152	Odbarczenie złamania kręgosłupa	*50%*
153	Stabilizacja złamania kręgosłupa	*25%*
154	Usunięcie zmiany patologicznej kręgosłupa	*25%*
155	Zespolenie kręgów	*25%*
U	**OPERACJE CHIRURGII URAZOWEJ I ORTOPEDYCZNEJ**	
156	Zespolenia kostne, przeszczep kości w leczeniu złamań złożonych	*50%*
157	Operacyjne leczenie złamania kości kończyny górnej i dolnej	*25%*
158	Amputacja kończyny górnej powyżej stawu łokciowego	*50%*
159	Amputacja kończyny górnej poniżej stawu łokciowego	*25%*
160	Amputacja kończyny dolnej powyżej stawu kolanowego	*50%*
161	Amputacja kończyny dolnej poniżej stawu kolanowego	*25%*
162	Amputacja palucha	*10%*
163	Operacje stawu łokciowego, barkowego, biodrowego, kolanowego	*50%*
164	Operacje stawu skokowego, nadgarstkowego	*25%*
165	Operacje innych stawów	*10%*

SALTUS UBEZPIECZENIA

TABELA PROCENTOWEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU POWSTAŁEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

	Rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
A	**Uszkodzenia głowy**	
1.	Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):	
	1) > 5 cm średnicy/długości blizny, bez dolegliwości bólowych	3
	2) > 5 cm średnicy/długości blizny, towarzyszące dolegliwości bólowe	4
2.	Oskalpowanie:	
	1) < 5 cm średnicy	5
	2) 5 -10 cm średnicy	8
	3) > 10 cm średnicy	12
3.	Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki (wgłębienia, szczeliny, fragmentacja) w zależności od rozległości uszkodzeń:	
	1) < 2,5 cm średnicy/długości	4
	2) 2,5-5 cm średnicy/długości	6
	3) > 5 cm średnicy /długości	8
4.	Ubytek w kościach czaszki	
	1) < 2,5 cm średnicy/długości	5
	2) 2,5-5 cm średnicy/długości	8
	3) 5-8 cm średnicy/długości	12
	4) > 8 cm średnicy /długości	20
	Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (pkt 3 i 4) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (pkt 1 i 2) osobno ocenia się stopień uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości wg. pkt 3 lub 4 i osobno za uszkodzenia powłok czaszki wg. pkt 1 i 2	
5.	Porażenia i niedowłady:	
	1) porażenie połowicze lub paraplegie (porażenia kończyn dolnych) uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie 0 - 1 ° wg Skali Lovette'a	100
	2) głęboki niedowład połowiczy lub parapareza 2° wg Skali Lovette'a	70
	3) średniego stopnia niedowład połowiczy lub parapareza kończyn dolnych 3° wg Skali Lovette'a	50
	4) niewielki lub dyskretny niedowład połowiczy lub niedowład kończyn dolnych 4° wg Skali Lovette'a, dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostateczności precyzji ruchów itp.	10
	5) monoparezy pochodzenia ośrodkowego:	
	a) kończyna górna wg Skali Lovette'a	
	– 0°	35
	– 1 - 2°	25
	– 3 - 4°	15
	b) kończyna dolna wg Skali Lovette'a	
	– 0°	35
	– 1 - 2°	25
	– 3 - 4°	15
6.	Zespoły pozapiramidowe:	
	1) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki innych osób	100
	2) zespół pozapiramidowy naruszający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, napadami ocznymi itp.	75
	3) zaznaczony zespół pozapiramidowy	25
7.	Zaburzenia równowagi pochodzenia móżdżkowego:	
	1) uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100
	2) utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w stopniu znacznym	75
	3) miernego stopnia utrudnienie chodu i sprawności ruchowej	50
	4) dyskretnie wpływające na sposób chodu i niewielkie upośledzenie zborności i precyzji ruchów	10
8.	Padaczka pourazowa:	
	1) z licznymi napadami ze współistnieniem zaburzeń psychicznych, charakteropatii, otępienia wymagających opieki innej osoby	100
	2) padaczka z zaburzeniami psychicznymi	50
	3) padaczka bez zaburzeń psychicznych	30
	Podstawą rozpoznania padaczki są: typowe zmiany EEG, dokumentacja ambulatoryjna bądź szpitalna.	
9.	Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie):	

	Rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
	1) otępienie lub ciężkie zaburzenia zachowania i em ocji uniemożliwiające samodzielną egzystencję	100
	2) encefalopatie ze zmianami charakterologicznymi	60
	3) encefalopatie bez zmian charakterologicznych	30
	Za encefalopatią poza zespołem psychoorganicznym przemawiają odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym, zmiany w zapisie EEG. Encefalopatia powinna być potwierdzona badaniami dodatkowymi.	
10.	Zaburzenia adaptacyjne będące następstwem urazów i wypadków, w których nie doszło do trwałych uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego:	
	1) utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo-mózgowym	5
	2) ujawnienie się psychozy w następstwie ciężkiego stresu	50
11.	Zaburzenia mowy:	
	1) afazja całkowita	50
	2) afazja znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się	40
	3) afazja nieznacznego stopnia	20
12.	Zespoły podwzgórzowe pourazowe (cukrzyca, moczówka prosta, nadczynność tarczycy i inne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego):	
	1) zaburzenia wydzielania hormonów płciowych	15
	2) zaburzenia wydzielania hormonu wzrostu (u dzieci do 18 roku życia)	15
	3) niedoczynność tarczycy	10
	4) wtórna niedoczynność kory nadnerczy	10
	5) moczówka prosta	10
13.	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej:	
	1) nerwu okoruchowego, w zakresie mięśni wewnętrznych oka – w zależności stopnia uszkodzenia	
	a) zaburzenie akomodacji i rozszerzenie z brakiem reakcji źrenicy na światło	8
	b) zaburzenie akomodacji	3
	2) nerwu okoruchowego, w zakresie mięśni zewnętrznych oka – w zależności od stopnia uszkodzenia	
	a) z podwójnym widzeniem i opadnięciem całkowitym powieki	20
	b) podwójne widzenie, opadanie powieki	15
	c) podwójne widzenie, bez opadania powieki	10
	3) nerwu bloczkowego	3
	4) nerwu odwodzącego	
	a) z nieprawidłowym ustawieniem twarzy	10
	b) podwójne widzenie, wzmaga się przy próbie ruchu w kierunku działania porażonego mięśnia	7
	c) zez zbieżny	3
14.	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia	
	1) przewaga zaburzeń czucia w zakresie pojedyncze j gałęzi	5
	2) przewaga zaburzeń czucia w zakresie wszystkich gałęzi jednostronne	8
	3) przewaga dolegliwości bólowych	10
	4) całkowite	15
15.	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu twarzowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	
	1) uszkodzenie 1szej gałęzi	7
	2) uszkodzenie 2giej i 3ciej gałęzi	10
	3) całkowite	15
	Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej należy ocenić według pkt 44	
16.	Uszkodzenie nerwów językowo-gardłowego i błędnego – w zależności od stopnia uszkodzenia	
	1) całkowite porażenie podniebienia, gardła i krtani	40
	2) porażenie nerwu krtaniowego wstecznego	
	a) jednostronne	8
	b) obustronne	25
	3) porażenie nerwu językowo-gardłowego, w zależności od trudności połykania	
	a) występowanie ryzyka aspiracji do dróg oddechowych	20
	b) zwolniony pasaż gardłowy bez ryzyka aspiracji do dróg oddechowych	12
	c) zaleganie pokarmu w jamie ustnej	8
	d) neuralgia nerwu językowo-gardłowego	15
17.	Uszkodzenie nerwu dodatkowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	
	1) całkowite, obejmujące mięsień mostkowo-obojczykowo-sutkowy oraz górną część mięśnia czworobocznego	10

	Rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
	2) częściowe	7
18.	Uszkodzenie nerwu podjęzykowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	
	1) całkowite z obecnością fascykulacji i zaników	10
	2) częściowe	5
B	**Uszkodzenia twarzy**	
19.	Uszkodzenia powłok twarzy:	
	1) oszpecenia bez zaburzeń funkcji	
	a) blizna, przewaga zmiany pigmentacji skóry	2
	b) wyraźne, szpecące blizny do 3 cm długości/średnicy	3
	c) wyraźne, szpecące blizny powyżej 3 cm długości/średnicy	5
	2) oszpecenie z miernymi zaburzeniami funkcji (sumuje się poszczególne rodzaje uszkodzeń, ale nie więcej niż 20)	
	a) blizny i ubytki	+8
	b) zaburzenia przyjmowania pokarmów	+6
	c) zaburzenia artykulacji	+6
	d) ślinotok	+5
	e) zaburzenia funkcji powiek	+5
	f) zaburzenia czucia	+5
	g) dolegliwości bólowe	+6
	3) oszpecenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji wymagającymi stosowania przyrządów pomocniczych do naprawy przynajmniej jednej funkcji (sumuje się poszczególne rodzaje zaburzeń, ale nie więcej niż 45)	
	a) blizny i ubytki	+10
	b) zaburzenia przyjmowania pokarmów	+12
	c) zaburzenia oddychania i/lub powonienia	+12
	d) zaburzenia artykulacji	+12
	e) ślinotok	+8
	f) zaburzenia funkcji powiek	+8
20.	Uszkodzenia nosa:	
	a) uszkodzenie nosa bez zaburzeń oddychania i powonienia	3
	b) uszkodzenie nosa z zaburzeniami oddychania	10
	c) uszkodzenie nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia	15
	d) utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszkowego	5
	e) utrata nosa w całości (łącznie z kośćmi nosa)	30
21.	Utrata zębów stałych (niezależnie od zaprotezowania)	
	a) siekacze i kły - za każdy ząb	
	– całkowita	3
	– częściowa (poniżej ½ korony) z zachowaniem stabilnego korzenia	1,5
	b) pozostałe zęby począwszy od dwóch - za każdy ząb	
	– całkowita	1
	– częściowa (poniżej ½ korony) z zachowaniem stabilnego korzenia	0,5
22.	Utrata części szczęki lub żuchwy (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów) lub staw rzekomy	25
23.	Utrata szczęki lub żuchwy (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów)	50
24.	Złamania szczęki i/lub żuchwy wygojone z przemieszczeniem odłamów:	
	a) bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo-skroniowego	3
	b) z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego	7
25.	Ubytek podniebienia:	
	a) z niewielkimi zaburzeniami mowy i/lub połykania	15
	b) z dużymi zaburzeniami mowy lub połykania	20
	c) z dużymi zaburzeniami mowy i połykania	30
26.	Ubytki języka:	
	a) bez zaburzeń mowy i połykania	3
	b) z niewielkimi zaburzeniami mowy	10
	c) ze średnio nasilonymi zaburzeniami mowy i połykania	25
	d) z dużymi zaburzeniami mowy i połykania	35
	e) całkowita utrata języka	50
	f) bez zaburzeń mowy i połykania	3

	Rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
C	**Uszkodzenia narządu wzroku**	
27.	Uszkodzenie wzroku - uszczerbek określa s ię na podstawie tabeli ostrości wzroku	

ostrość wzroku prawego oka / ostrość wzroku lewego oka	1,0 (10/10)	0,9 (9/10)	0,8 (8/10)	0,7 (7/10)	0,6 (6/10)	0,5 (1/2)	0,4 (4/10)	0,3 (3/10)	0,2 (2/10)	0,1 (1/10)	0
1,0 (10/10)	0	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35
0,9 (9/10)	2,5	5	7.5	10	12,5	15	20	25	30	35	40
0,8 (8/10)	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45
0,7 (7/10)	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50
0,6 (6/10)	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55
0,5 (1/2)	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
0,4 (4/10)	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
0,3 (3/10)	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
0,2 (2/10)	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80
0,1 (1/10)	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90
0	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90	100

Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji szkłami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego. W przypadku wcześniejszego upośledzenia wzroku w jednym oku należy uwzględnić wcześniejsze upośledzenie w wysokości wskazanej w tabeli.

28.	Porażenie nastawności (akomodacji) - przy zastosowaniu szkieł korekcyjnych lub soczewek kontaktowych:	
	a) jednego oka	15
	b) obojga oczu	30
29.	Uszkodzenia gałki ocznej - uszczerbek okre śla się na podstawie tabeli ostrości wzroku z pkt 27	
	a) rozdarcie naczyniówki jednego oka	
	b) zapalenie naczyniówki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia - środkowego lub obwodowego	
	c) urazowe uszkodzenia plamki żółtej jednego oka	
	d) blizny rogówki lub twardówki (garbiak twardówki)	
	e) ciało obce wewnątrzgałkowe powodujące obniżenie ostrości wzroku	
30.	Koncentryczne zwężenie pola widzenia - u szczerbek określa się na podstawie tabeli zwężenia pola widzenia	

zwężenie pola do	przy nienaruszonym drugim oku	w obu oczach	przy ślepocie drugiego oka
60°	0	0	35
50°	5	15	45
40°	10	25	55
30°	15	50	70
20°	20	80	85

	Rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
	10° 25 90 95 poniżej 10° 35 95 100	
	W przypadku wcześniejszego upośledzenia wzroku w jednym oku należy uwzględnić wcześniejsze upośledzenie w wysokości wskazanej w tabeli	
31.	Połowicze niedowidzenia:	
	a) dwuskroniowe	40
	b) dwunosowe	40
	c) jednoimienne	25
	d) jednoimienne górne	10
	e) jednoimienne dolne	40
32.	Utrata funkcji soczewki po operacyjnym usunięciu zaćmy pourazowej, bezsoczewkowość pourazowa - uszczerbek określa się na podstawie tabeli ostrości wzroku z pkt. 26	
33.	Usunięcie zaćmy pourazowej ze wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej:	
	a) w jednym oku	15
	b) w obojgu oczach	30
34.	Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie)	
	a) w jednym oku	10
	b) w obojgu oczach	15
35.	Pourazowe odwarstwienie siatkówki jednego oka, jaskra pourazowa jednego oka - uszczerbek określa się na podstawie tabeli ostrości wzroku z pkt. 27 i tabeli zwężenia pola widzenia z pkt.30	
36.	Wytrzeszcz tętniący	40
37.	Pourazowe przewlekłe zapalenie spojówek	5
D	Uszkodzenia narządu słuchu	
38.	Obustronne uszkodzenie słuchu - uszczerbek określa się na podstawie tabeli upośledzenia słuchu	

w nawiasach podano stopień upośledzenia

ucho prawe / ucho lewe	Słuch normalny (0%)	Nieznaczne upośledzenie (30%)	Średnie upośledzenie upośledzenie (50%)	Duże upośledzenie upośledzenie (70%)	Upośledzenie graniczące z głuchotą (90%)	Głuchota zupełna (100%)
Słuch normalny (0%)	0	5	10	15	18	20
Nieznaczne upośledzenie (30%)	5	10	15	18	20	25
Średnie upośledzenie (50%)	10	15	18	20	25	30
Duże upośledzenie (70%)	15	18	20	25	30	35
Upośledzenie Graniczące z głuchotą (90%)	18	20	25	30	35	40
Głuchota zupełna (100%)	20	25	30	35	40	50

	W celu wykluczenia agrawacji lub symulacji ostrość słuchu określa się badaniem audiometrycznym i badaniem stroikami. W przypadku wcześniejszego upośledzenia słuchu w jednym uchu należy uwzględnić wcześniejsze upośledzenie w wysokości wskazanej w tabeli	
39.	Jednostronna utrata słuchu - uszczerbek określa się na podstawie tabeli upośledzenia słuchu z pkt. 38	
40.	Urazy małżowiny usznej:	
	a) utrata części małżowiny	5
	b) zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia i odmrożenia)	5
	c) utrata jednej małżowiny	15
	d) utrata obu małżowin	25

	Rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
41.	Pourazowe zwężenie lub zarośnięcie przewodu słuchowego zewnętrznego - uszczerbek określa się na podstawie tabeli upośledzenia słuchu z pkt. 38	
42.	Uszkodzenie ucha środkowego w następstwie złamania kości skroniowej z upośledzeniem słuchu - uszczerbek określa się na podstawie tabeli upośledzenia słuchu z pkt. 38	
43.	Uszkodzenie ucha wewnętrznego	
	a) z uszkodzeniem części słuchowej (upośledzenie słuchu - uszczerbek określa się na podstawie tabeli upośledzenia słuchu z pkt. 38)	
	b) z uszkodzeniem części statycznej – (upośledzenie słuchu - uszczerbek określa się na podstawie tabeli upośledzenia słuchu z pkt. 38) zwiększając wartość uszczerbku w zależności od występujących objawów:	
	– zawroty głowy	+15
	– nudności, wymioty	+10
	– oczopląs spontaniczny	+10
	c) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej – część słuchową oceniać jak w pkt. 43 a, część statyczną jak w pkt. 43 b	
44.	Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej	
	a) dwustronne	60
	b) jednostronne – w zależności od rozległości uszkodzenia	
	– porażenie mięśni twarzy	10
	– zaburzenia smaku i wydzielania śliny (dodatkowo)	+10
	– znaczne upośledzenie wydzielania łez (dodatkowo)	+10
	– uszkodzenie słuchu (dodatkowo)	+10
E	Uszkodzenia szyi, krtani, tchawicy i przełyku	
45.	Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji	
	a) niewielkie uszkodzenie funkcji połykania i artykulacji	5
	b) znaczne upośledzenie funkcji połykania i artykulacji	10
46.	Uszkodzenie lub zwężenie krtani nie wymagające tracheotomii	
	a) niewielka, sporadyczna duszność	8
	b) duszność przy umiarkowanych wysiłkach życia codziennego	12
	c) duszność przy niewielkich wysiłkach życia codziennego	20
47.	Uszkodzenie lub zwężenie krtani wymagające tracheotomii	
	a) z zaburzeniami głosu	40
	b) z bezgłosem	50
48.	Uszkodzenie tchawicy – w zależności od rozległości uszkodzenia	
	a) duszność przy szybkim chodzeniu po równym, wchodzeniu pod górę lub po schodach	20
	b) duszność podczas chodzenia po równym	30
	c) duszność (konieczność zatrzymania się dla nabrania powietrza)	40
	d) duszność spoczynkowa	50
49.	Uszkodzenie przełyku powodujące	
	a) częściowe trudności w odżywianiu	20
	b) odżywianie tylko płynami	50
	c) całkowitą niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową	80
50.	Uszkodzenia tkanek miękkich (skóry i mięśni) szyi z ograniczeniem ruchomości szyi – w zależności od stopnia ruchomości i ustawienia głowy	
	a) rozległe blizny powyżej 5 cm z ograniczeniami do 50 % ruchomości	5
	b) znaczne ograniczenia ruchomości powyżej 50% w pozycji czynnościowo korzystnej	10
	c) znaczne ograniczenie ruchomości w pozycji czynnościowo niekorzystnej	20
	Uszkodzenia tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego należy oceniać według pkt. 84	
F	Uszkodzenia klatki piersiowej i ich następstwa	
51.	Utrata gruczołu piersiowego – w zależności od rozległości uszkodzenia	
	a) utrata brodawki sutkowej u kobiet	5
	b) częściowa	10
	c) całkowita	20
	d) całkowita z częścią mięśnia piersiowego	25
52.	Blizny powłok klatki piersiowej ograniczające ruchomość klatki piersiowej	
	a) dolegliwości przy szybkim chodzeniu po równym, wchodzeniu pod górę lub po schodach i dolegliwości spoczynkowe ustępujące po zmianie pozycji ciała	8
	b) dolegliwości podczas chodzenia po równym i dolegliwości spoczynkowe ustępujące po zmianie pozycji ciała	10

	Rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
	c) dolegliwości (konieczność zatrzymania się dla nabrania powietrza lub do ustąpienia dolegliwości bólowych) w trakcie chodzenia po równym w swoim tempie i dolegliwości spoczynkowe ustępujące po zmianie pozycji ciała	15
	d) dolegliwości wysiłkowe i spoczynkowe stałe, niezależne od przyjętej pozycji ciała	25
53.	Uszkodzenie przynajmniej dwóch żeber:	
	a) z obecnością zniekształceń klatki piersiowej i bez zmniejszenia pojemności życiowej płuc	5
	b) z obecnością zniekształceń klatki piersiowej i ze zmniejszeniem pojemności życiowej płuc	15
54.	Złamanie mostka z zniekształceniami klatki piersiowej	8
55.	Uszkodzenia płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenia tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce i inne):	
	a) bez niewydolności oddechowej	5
	b) z niewydolnością oddechową	
	– duszność przy szybkim chodzeniu po równym, wchodzeniu pod górę lub po schodach	10
	– duszność (konieczność zatrzymania się dla nabrania powietrza) w trakcie chodzenia	20
	– duszność spoczynkowa (zaawansowane serce płucne)	30
56.	Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc w zależności od stopnia niewydolności oddechowej	
	a) duszność przy szybkim chodzeniu po równym, wchodzeniu pod górę lub po schodach	20
	b) duszność (konieczność zatrzymania się dla nabrania powietrza) w trakcie chodzenia	30
	c) duszność spoczynkowa (zaawansowane serce płucne)	40
	Przy orzekaniu według pkt 55 i 56 stopień uszkodzenia tkanki płucnej i niewydolności oddechowej należy potwierdzić badaniem spirometrycznym i badaniem rentgenowskim.	
57.	Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
	a) z wydolnym układem krążenia	10
	b) z cechami wyrównanej (tzn. bezobjawowej), udokumentowanej niewydolności serca (EF > 50%)	20
	c) z cechami łagodnej, udokumentowanej niewydolności serca (EF 46 - 50%)	30
	d) z cechami umiarkowanej, udokumentowanej niewydolności serca (EF 36 - 45%)	40
	e) z cechami ciężkiej, udokumentowanej niewydolności serca (EF 35 - 15%)	50
	f) z cechami bardzo ciężkiej, udokumentowanej niewydolności serca (EF < 15%)	60
	Stopień uszkodzenia serca oceniać należy na podstawie badania ECHO na podstawie frakcji wyrzutowej lewej komory (EF)	
58.	Pourazowe przepukliny przeponowe w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia (dolegliwości ze strony układu sercowo-naczyniowego i układu pokarmowego)	3
	a) objawy niewydolności krążeniowo-oddechowej	
	– I st. wg NYHA	+3
	– II st. wg NYHA	+5
	– III st. wg NYHA	+8
	– IV st. wg NYHA	+12
	b) dolegliwości ze strony układu pokarmowego	
	– o umiarkowanym nasileniu	+ 5
	– o znacznym nasileniu (zaburzenia drożności układu pokarmowego)	+15
	Klasy wg NYHA: *Klasa I. - Choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca i bólów wieńcowych.* *Klasa II. - Choroba serca powodująca niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.* *Klasa III. - Choroba serca powodująca ograniczenie aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.* *Klasa IV. - Choroba serca, która przy jakiejkolwiek aktywności fizycznej wywołuje dyskomfort. Objawy niewydolności serca lub niewydolności wieńcowej mogą występować nawet w spoczynku. Jeśli zostanie podjęta jakakolwiek aktywność fizyczna, wzrasta dyskomfort.*	
F	Uszkodzenia ściany i narządów jamy brzusznej	
59.	Uszkodzenia powłok jamy brzusznej	
	a) ubytki mięśniowe bez przepukliny	5
	b) przepukliny pourazowe	15
	c) przetoki w przebiegu powikłań pourazowych	25
	Za przepukliny pourazowe uważa się przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych). Przepuklinami pourazowymi nie są przepukliny spowodowane nagłym wysiłkiem fizycznym lub gwałtownym ruchem.	
60.	Uszkodzenie żołądka, jelit i sieci:	

	Rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
	a) bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego i przy dostatecznym stanie odżywienia	5
	b) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – w zależności od stopnia zaburzeń stanu odżywiania:	5
	– znaczna utrata masy ciała (>10%)	+10
	– objawy niedoboru białek	+5
	– objawy niedoboru węglowodanów	+5
	– objawy niedoboru witamin rozpuszczalnych w tłuszczach (A, D, E, K)	+5
	– objawy niedoboru witaminy B12, kwasu foliowego, żelaza	+5
	– wtórne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze	+5
	c) odżywianie jedynie parenteralne	50
61.	Pourazowe przetoki jelitowe, kałowe i odbyt sztuczny – w zależności od stopnia zanieczyszczania się i zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę	
	a) jelita cienkiego	20
	– zapalenie tkanek otaczających przetokę	+10
	– reakcja uczuleniowa tkanek otaczających przetokę	+5
	– niedostateczny stan odżywienia	+20
	– nieregularna wymiana torebek stomijnych	+5
	– częsta wymiana torebek stomijnych	+5
	b) jelita grubego	10
	– zapalenie tkanek otaczających przetokę	+10
	– reakcja uczuleniowa tkanek otaczających przetokę	+5
	– nieregularna wymiana torebek stomijnych	+5
	– częsta wymiana torebek stomijnych	+5
62.	Przetoki okołoodbytnicze	15
63.	Uszkodzenie zwieracza odbytu, powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60
64.	Wypadanie odbytnicy – w zależności od stopnia wypadania	
	a) wypadanie błony śluzowej odbytnicy	10
	b) niepełne wypadanie odbytnicy	15
	c) pełne wypadanie odbytnicy	20
65.	Utrata śledziony	
	a) bez istotnych zmian w obrazie krwi	15
	b) ze zmianami w obrazie krwi	30
G	Uszkodzenia wątroby, dróg żółciowych lub trzustki:	
66.	Uszkodzenie/resekcja fragmentu wątroby	
	a) bez wpływu na funkcje narządu	10
	b) z następowymi zaburzeniami funkcji wątroby	30
67.	Uszkodzenie/resekcja fragmentu trzustki	
	a) bez wpływu na funkcje narządu	10
	b) z następowymi zaburzeniami funkcji zewnątrzwydzielniczej (dodatkowo)	+20
	c) z następowymi zaburzeniami funkcji wewnątrzwydzielniczej (dodatkowo)	+20
68.	Uszkodzenie dróg żółciowych z następowym zwężeniem	10
H	Uszkodzenia narządów moczowo-płciowych	
69.	Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo funkcjonującej	20
70.	Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek prowadzące do powstania:	5
	a) przewlekłych stanów zapalnych (dodatkowo)	+5
	b) nadciśnienia nerkopochodnego (dodatkowo)	+15
71.	Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki lub uszkodzenie obu nerek prowadzące do ich schyłkowej niewydolności – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki (funkcja określana według badań laboratoryjnych i obrazu klinicznego):	
	a) utajona niewydolność nerek	30
	b) wyrównana niewydolność nerek	35
	c) niewyrównana niewydolność nerek	40
	d) schyłkowa niewydolność nerek (mocznica)	50
72.	Uszkodzenie moczowodu powodujące zwężenie jego światła	15
73.	Uszkodzenie pęcherza powodujące:	2
	a) powodujące przewlekłe stany zapalne	+8

	Rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
	b) powodujące zmniejszenie pojemności pęcherza	+8
	c) powodujące zaburzenia w oddawaniu moczu	+8
74.	Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego – w zależności od stopnia stałego zanieczyszczania się moczem	
	a) uniemożliwiające prawidłowe funkcjonowanie w życiu codziennym i podjęcie pracy zarobkowej/nauki	50
	b) znacznie utrudniające wykonywanie pracy zarobkowej/nauki, lub podjęcie pracy zarobkowej/nauki w specjalnych warunkach	30
	c) nie utrudniające w sposób znaczący pracy zarobkowej/nauki	15
75.	Zwężenie cewki moczowej:	
	a) powodujące trudności w oddawaniu moczu	10
	b) z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu	20
	c) z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu z powikłaniami	30
76.	Utrata prącia	40
77.	Częściowa utrata prącia	20
78.	Utrata jednego jądra lub jajnika	15
79.	Utrata obu jąder lub obu jajników	40
80.	Pourazowy wodniak jądra	10
81.	Utrata macicy:	
	a) w wieku do 45 lat	40
	b) w wieku powyżej 45 lat	15
82.	Uszkodzenie krocza powodujące wypadnięcie narządów rodnych:	
	a) pochwy	10
	b) pochwy i macicy	20
I	Ostre zatrucia i ich następstwa (z wyjątkiem zatruć pokarmowych) powodujące trwałe uszkodzenie:	
83.	Nagłe zatrucie gazami lub/i substancjami (z wyjątkiem zatruć pokarmowych)	
	a) ze stwierdzoną utratą przytomności, lecz bez wtórnych powikłań	5
	b) powodujące uszkodzenie układu krwiotwórczego i narządów wewnętrznych (rozedma, przewlekły nieżyt krtani, tchawicy i oskrzeli)	20
	Następstwa są oceniane po 5 miesiącach od wypadku. Uszkodzenia innych układów spowodowane nagłym zatruciem gazami należy oceniać według odpowiednich pkt ich dotyczących.	
J	Uszkodzenia kręgosłupa, rdzenia kręgowego i ich następstwa	
84.	Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku szyjnym:	
	a) ograniczenie ruchomości w zakresie rotacji lub zginania	5
	b) całkowite zesztywnienie	35
	c) całkowite zesztywnienie z niekorzystnym ustawieniem głowy	50
85.	Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th 1 – Th 11):	
	a) z ograniczeniem ruchomości i bez zniekształceń kręgów	
	– następstwa urazów powodujące miejscowe dolegliwości bólowe, z ograniczeniem zakresu ruchomości do 50%	5
	– następstwa urazów powodujące znaczne dolegliwości bólowe, z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	10
	b) ze zniekształceniem i ograniczeniem ruchomości – w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchomości	
	– powodujące nieznaczne ograniczenia ruchomości do 25%	10
	– powodujące umiarkowane dolegliwości bólowe oraz ograniczenia ruchomości do 50%	15
	– powodujące znaczne dolegliwości bólowe oraz ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	25
86.	Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym i lędźwiowym (Th 12-L5)	
	a) z ograniczeniem ruchomości i bez zniekształceń kręgów	
	– następstwa urazów powodujące miejscowe dolegliwości bólowe, z ograniczeniem zakresu ruchomości	5
	– następstwa urazów powodujące znaczne dolegliwości bólowe, ze zniesieniem ruchomości	10
	b) ze zniekształceniem i ograniczeniem ruchomości – w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchomości	
	– powodujące nieznaczne ograniczenia ruchomości	10
	– powodujące umiarkowane dolegliwości bólowe oraz ograniczenia ruchomości	15
	– powodujące znaczne dolegliwości bólowe oraz zniesienie ruchomości	25
87.	Izolowane uszkodzenia wyrostków poprzecznych, wyrostków ościstych	5
88.	Uszkodzenia rdzenia kręgowego:	
	a) przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn	100
	b) niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiający poruszanie się za pomocą dwóch lasek	70
	c) niedowład kończyn dolnych umożliwiający poruszanie się o jednej lasce	40

	Rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu		Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
	d) porażenie całkowite obu kończyn górnych z zanikami mięśniowymi, zaburzeniami zmianami czucia, zmianami troficznymi bez porażenia kończyn dolnych (po wylewie śródrdzeniowym		100
	e) niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrdzeniowym)		70
	f) niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrdzeniowym)		30
	g) zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego)		40
	h) zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów		10
89.	Urazowe zespoły korzonkowe (bólowe, ruchowe, czuciowe lub mieszane)		
	a) szyjne		5
	b) piersiowe		5
	c) lędźwiowo-krzyżowe		10
	d) guziczne		5
	Gdy występują jednocześnie zniekształcenia, zespoły korzeniowe ocenia się wg pkt. 84-87		
K	Uszkodzenia miednicy		
90.	Utrwalone rozejście się spojenia łonowego lub rozerwanie stawu krzyżowo-biodrowego		15
91.	Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej jedno- lub wielomiejscowe		
	a) w odcinku przednim (kość łonowa, kulszowa)		10
	b) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a)		20
92.	Złamanie panewki stawu biodrowego, stropu panewki – w zależności od przemieszczeń, zborności stawu stopnia zwichnięcia i zakresu ruchów:		
	a) bez zwichnięcia		5
	b) zwichnięcie I°		10
	c) zwichnięcie II°		15
	d) zwichnięcie III°		20
	e) zwichnięcie IV°		30
93.	Izolowane złamanie miednicy (talerz biodrowy, kolce biodrowe, guz kulszowy)		5
L	Uszkodzenia kończyny górnej	***kończyna dominująca*** *(np. prawa u osób praworęcznych)*	***kończyna asystująca*** *(np. lewa u osób praworęcznych)*
	Łopatka		
94.	Wygojone złamanie łopatki:		
	a) z nieznacznym przemieszczeniem i niewielkimi zaburzeniami funkcji kończyny	4	2
	b) z wyraźnym przemieszczeniem i ograniczeniem ruchomości do 30%	9	7
	c) z wyraźnym przemieszczeniem i średnim upośledzeniem funkcji kończyny z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	12	10
	d) z wyraźnym przemieszczeniem i znacznym upośledzeniem funkcji kończyny z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	20	15
	Obojczyk		
95.	Wadliwe wygojone złamanie obojczyka:		
	a) wyraźna deformacja powodująca skrócenie wymiaru poprzecznego barku bez istotnych ograniczeń zakresu ruchów w stawie łopatkowo ramiennym	4	2
	b) wyraźna deformacja z ograniczeniem zakresu ruchomości w stawie łopatkowo-ramiennym	10	6
96.	Staw rzekomy obojczyka ograniczający ruchy kończyny	20	18
97.	Zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego:		
	a) uszkodzenia IO z deformacją bez ograniczenia ruchomości ze skargami subiektywnymi	4	2
	b) deformacja, uszkodzenia IIO z ograniczeniem ruchomości do 30%	8	6
	c) wyraźna deformacja, uszkodzenia IIIº z ograniczeniem ruchomości powyżej 30% i upośledzeniem funkcji kończyny	10	8
98.	Uszkodzenia obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych) dodatkowo do uszczerbków z pozycji 95-97.	+3	+3
	Bark		
99.	Uszkodzenia stawu łopatkowo- ramiennego (zwichnięcia, złamania głowy lub nasady bliższej kości ramiennej, skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku w zależności od ubytków tkanek, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń i zniekształceń złamanej głowy kości ramiennej)		
	a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	6	4
	b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31%–50%	10	8

	Rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu		Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
	c) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	20	16
100.	Staw cepowy w następstwie pourazowych ubytków kości tego stawu	35	30
101.	Nawykowe zwichnięcie barku potwierdzone dokumentacją w zależności od ograniczenia ruchomości:		
	a) nieodprowadzalne zwichnięcie pozwalające na wykonywanie podstawowych czynności	15	12
	b) nieodprowadzalne zwichnięcie z ustawieniem kończyny w pozycji czynnościowo niekorzystnej w przywiedzeniu i rotacji wewnętrznej	20	16
	c) nieodprowadzalne zwichniecie graniczące z bezużytecznością kończyny	25	20
	Kolejnych epizodów nawykowego zwichnięcia nie należy traktować jako kolejnego nieszczęśliwego wypadku, lecz jako skutek ostatniego urazowego zwichnięcia stawu łopatkowo-ramiennego. *Odnosi się do nawyku zwichania, który nie może być wyleczony operacyjnie lub nawrotów nawykowych zwichnięć po leczeniu operacyjnym bez rokowania na poprawę.*		
102.	Zesztywnienie barku		
	a) w ustawieniu częściowo korzystnym (w odwiedzeniu około 70°, antepozycja 35° i rotacja zewnętrzna około 25°)	20	12
	b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	35	25
103.	Bliznowaty przykurcz stawu barkowego		
	a) niewielkie ograniczenie ruchomości	2	1
	b) wyraźny przykurcz z zaburzeniami ruchomości	6	3
	c) wyraźny przykurcz z możliwością unoszenia kończyny do kąta 100°	12	6
104.	Uszkodzenia barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych) dodatkowo do uszczerbków z pkt 99 -103.	+3	+3
105.	Utrata kończyny na wysokości barku	70	60
106.	Utrata kończyny wraz z łopatką	75	65
	Ramię		
107.	Wygojone złamanie trzonu kości ramiennej:		
	a) wygojone z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi < 10º, skróceniem do 3 cm, deficytem ruchomości do 30%	8	6
	b) wygojone z przemieszczeniem i zaburzeniem osi 3 cm, deficytem ruchomości powyżej 30%	15	12
108.	Złamanie powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, brakiem zrostu, stawem rzekomym, ciałami obcymi i zmianami neurologicznymi:		
	a) złamanie wygojone ze zrostem, z zachowaniem osi kończyny powikłane zapaleniem kości	25	20
	b) staw rzekomy kości ramieniowej	30	25
	c) zakażony staw rzekomy kości ramieniowej	35	30
	d) zakażony staw rzekomy kości ramieniowej z powikłaniami neurologicznymi	40	35
109.	Uszkodzenia mięśni, ścięgien i ich przyczepów – w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji		
	a) uszkodzenie ścięgien mięśni i ich przyczepów powodujące niewielkie upośledzenie funkcji oraz dolegliwości głównie subiektywne	4	2
	b) uszkodzenie ścięgien, mięśni i ich przyczepów powodujące średnie upośledzenie funkcji z osłabieniem siły mięśni (zerwania ścięgien i brzuśców mięśnia dwugłowego i trójgłowego)	8	4
	c) uszkodzenie ścięgien, mięśni i ich przyczepów powodujące upośledzenie funkcji z osłabieniem siły mięśni (zerwania ścięgien i brzuśców mięśnia dwugłowego i trójgłowego)	10	6
110.	Utrata kończyny na wysokości ramienia	65	60
111.	Utrzymujące się przepukliny mięśniowe ramienia	3	3
	Staw łokciowy		
112.	Wygojone złamanie (nasady dalszej kości ramiennej, nasady bliższej kości promieniowej lub łokciowej) w zależności od zaburzeń osi, ograniczenia ruchów w stawie łokciowym oraz innych zmian wtórnych:		
	a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	10	6
	b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21–50%	15	12
	c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	20	15
	Staw łokciowy		
113.	Zesztywnienie stawu łokciowego:		
	a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia (75°-110°)	30	25
	b) z brakiem ruchów obrotowych	35	30
	c) w ustawieniu wyprostnym lub zbliżonym (160°-180°)	40	35
114.	Przykurcz w stawie łokciowym - w zależności od zakresu zgięcia, wyprostu i stopnia zachowania ruchów obrotowych przedramienia:		

	Rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu		Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
	a) przy możliwości zgięcia ponad 90°	10	7
	b) przy niemożności zgięcia do 90°	20	14
115.	Cepowy staw łokciowy utrwalony mimo leczenia	25	20
116.	Uszkodzenia stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami	+3	+3
	Przedramię		
117.	Wygojone złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia w zależności od stopnia zaburzeń funkcji:		
	a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	6	4
	b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–60%	8	6
	c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	10	8
	d) usztywnienie przegubu dłoni w położeniu korzystnym (wyprost i pronacja)	15	10
	e) usztywnienie przegubu dłoni w położeniu niekorzystnym	20	15
118.	Wygojone złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia w zależności od zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:		
	a) bez zniekształceń i zaznaczonymi zaburzeniami funkcji	6	4
	b) ze zniekształceniem i zaznaczonymi zaburzeniami funkcji	10	8
	c) ze znacznym zniekształceniem, dużym ograniczeniem ruchomości i zmianami wtórnymi (troficzne, krążeniowe itp.)	20	16
119.	Staw rzekomy kości promieniowej	20	12
120.	Staw rzekomy kości łokciowej	20	12
121.	Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia	30	25
122.	Utrata kończyny w obrębie przedramienia	50	40
	Nadgarstek		
123.	Ograniczenia ruchomości w obrębie nadgarstka w następstwie jego uszkodzeń (skręcenia, zwichnięcia, złamania kości nadgarstka, pourazowe martwice aseptyczne tych kości)	5	3
	a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	10	8
	b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–60%	15	12
	c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%		
124.	Całkowite zesztywnienie w obrębie nadgarstka:	15	12
	a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	20	15
	b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	30	25
125.	Utrata ręki na poziomie nadgarstka	5	3
	Śródręcze i palce		
126.	Wygojone złamania kości śródręcza, uszkodzenia ścięgien i pozostałych części miękkich (mięśni, naczyń, nerwów), w zależności od blizn, ubytków, zniekształceń, upośledzenia funkcji ręki i palców oraz innych zmian wtórnych:		
	a) jednej kości śródręcza – od III do V pozostawiające deformację i powodujące ograniczenia zakresu ruchów palca odpowiadające przynajmniej amputacji na poziomie paliczka dystalnego	4	2
	b) I lub II kości śródręcza z następstwami jak powyżej lub kilku kolejnych z następstwami odpowiadającymi amputacji paliczka dystalnego	8	4
	c) kilku kości śródręcza powodujące znaczną deformację z ograniczeniami funkcji chwytnej palców II do V spowodowanej zesztywnieniem stawów śródręczno-paliczkowych, lub ograniczeniem samej opozycji kciuka, odpowiadające amputacji na poziomie paliczka podstawnego	12	10
	d) kilku kości śródręcza powodujące znaczną deformację z brakiem funkcji chwytnej palców II do V lub uszkodzenie I kości śródręcza z całkowitym zniesieniem funkcji chwytnej kciuka	18	16
	Kciuk		
127.	Utraty w obrębie kciuka w zależności od rozmiaru ubytku, blizn, zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych:		
	a) utrata paliczka paznokciowego	3	2
	b) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawowego (do 2/3 długości paliczka)	6	4
	c) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródręcza	12	8
	d) utrata obu paliczków z kością śródręcza	16	10
128.	Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia mięśni, ścięgien, naczyń, nerwów – w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych		
	a) następstwa odpowiadające częściowej utracie paliczka paznokciowego	4	2
	b) następstwa odpowiadające co najwyżej częściowej utracie 1/2 paliczka podstawnego	8	6

	Rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu		Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
	c) upośledzenie funkcji graniczące z następstwami utraty kciuka	16	10
	Palec wskazujący		
129.	Utraty w obrębie palca wskazującego:		
	a) utrata paliczka paznokciowego	2	1
	b) utrata paliczka paznokciowego z 1/3 dalszą paliczka środkowego	3	2
	c) utrata paliczka paznokciowego i środkowego powyżej 1/3	4	3
	d) utrata trzech paliczków	5	4
	e) utrata palca wskazującego z kością śródręcza	7	5
130.	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palca wskazującego oraz II kości śródręcza (blizny, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zesztywnienia, zmiany troficzne, czuciowe itp.) - powodujące		
	a) następstwa odpowiadające częściowej utracie paliczka paznokciowego	2	1
	b) następstwa odpowiadające co najwyżej częściowej utracie 1/2 paliczka podstawnego	3	2
	c) upośledzenie funkcji graniczące z następstwami utraty palca wskazującego	4	3
	Palec trzeci, czwarty i piąty		
131.	Utrata palców III, IV lub V z kością śródręcza - za każdy palec	3	2
132.	Utrata palca (utrata trzech paliczków) - za każdy palec	2	1
133.	Utrata mniej niż trzech paliczków - za każdy palec	1	1
	Łączny % wartości uszczerbku kończyny górnej nie może przekroczyć wartości za amputację na tym poziomie. Wartość uszczerbku ustalona za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę tego palca.		
M	Uszkodzenia kończyny dolnej		
	Biodro		
134.	Utrata kończyny dolnej przez wyłuszczenie jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkrętarzowej		100
135.	Zesztywnienie stawu biodrowego		
	a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym		20
	b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym		40
136.	Uszkodzenia stawu biodrowego – następstwa zwichnięć, złamań panewki, bliższej nasady kości udowej, szyjki, krętarzowych, urazowego złuszczenia głowy kości udowej oraz uszkodzenia tkanek miękkich okolicy stawu biodrowego w zależności od ubytków, stopnia ograniczenia ruchów, zniekształceń i zmian wtórnych:		
	a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%		3
	b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–60%		15
	c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%		25
137.	Przewlekłe zapalenie tkanki kostnej i przetoki dodatkowo do uszczerbków z pkt 135 -136		+5
	Udo		
138.	Utrata kończyny dolnej na wysokości kości udowej		70
139.	Wygojone złamanie kości udowej - w zależności od zniekształceń, skrócenia, zaników mięśniowych i ograniczenia ruchów w stawach:		
	a) z nieznacznymi zmianami i skróceniem od 1 do 4 cm		8
	b) z nieznacznymi zmianami i skróceniem od 4 do 6 cm		10
	c) z miernymi zmianami i skróceniem od 4 do 6 cm		20
	d) ze skróceniem ponad 6 cm i ciężkimi zmianami		35
140.	Staw rzekomy kości udowej, ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążenie kończyny		50
141.	Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien (oparzenia, przecięcia, pęknięcia podskórne, przepukliny mięśniowe itp.)		5
142.	Uszkodzenia dużych naczyń, tętniaki pourazowe		
	a) bez zaburzeń ukrwienia		5
	b) z zaburzeniami ukrwienia		10
	Kolano		
143.	Utrata jednej kończyny na poziomie stawu kolanowego		60
144.	Uszkodzenia aparatu więzadłowo-torebkowego w zależności od stabilności stawu oraz wydolności statyczno-dynamicznej kończyny.		
	a) niestabilność jednopłaszczyznowa II, dwupłaszczyznowa I		5
	b) niestabilność jednopłaszczyznowa III lub dwupłaszczyznowa II		10
	c) niestabilność dwupłaszczyznowa III		15
	d) pełna niestabilność wielopłaszczyznowa		20

	Rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
145.	Wygojone złamania lub inne urazy kości lub więzadeł tworzących staw kolanowy w zależności od zniekształceń, przykurczów, ograniczenia ruchów, stabilności stawu i innych zmian wtórnych.	
	a) ograniczenie ruchomości poniżej 40o	5
	b) ograniczenie ruchomości powyżej 40o	10
	c) zesztywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnie korzystnej	20
	d) zesztywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnie niekorzystnej	30
146.	Inne następstwa urazów stawu kolanowego (zaburzenia osi stawu, przewlekłe wysiękowe zapalenia, chondromalacja pourazowa, niestabilności rzepki) dodatkowo do uszczerbków z pkt 144 -145	+5
	Podudzie	
147.	Utrata kończyny w obrębie podudzia przy długości kikuta do 8 cm, mierząc od szpary stawowej	50
148.	Utrata kończyny w obrębie podudzia przy długości kikuta powyżej 8 cm, mierząc od szpary stawowej	45
149.	Złamanie kości podudzia - w zależności od zniekształcenia, przemieszczenia, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.:	
	a) ze zmianami lub skróceniem do 4 cm	10
	b) z dużymi wtórnymi zmianami lub ze skróceniem od 4 cm do 6 cm	15
	c) ze skróceniem powyżej 6 cm lub z bardzo rozległymi zmianami wtórnymi i dodatkowymi powikłaniami w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych	30
150.	Wygojone Izolowane złamanie strzałki z przemieszczeniami, zniekształceniami, upośledzenia funkcji kończyny	3
151.	Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien w zależności od rozległości uszkodzenia oraz ograniczeń czynnościowych i innych zmian wtórnych:	
	a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	2
	b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–50%	5
	c) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	10
	Stawy skokowe	
152.	Ograniczenie ruchomości i zniekształcenia w stawach skokowych (w następstwie wykręcenia, zwichnięcia, złamania kości tworzących staw, zranień, ciał obcych, blizn itp.) - w zależności od ich stopnia i dolegliwości:	
	a) zniekształcenia niewielkiego stopnia z ograniczeniem ruchomości do 20%	3
	b) zniekształcenia średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21–50%	7
	c) zniekształcenia dużego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	10
153.	Zesztywnienie stawu skokowo- goleniowego w zależności od utrzymujących się dolegliwości oraz ograniczenia funkcji	
	a) pod kątem zbliżonym do prostego	10
	b) w innych ustawieniach czynnościowo niekorzystnych	15
154.	Wygojone złamanie kości skokowej lub piętowej w zależności od utrzymujących się dolegliwości oraz ograniczenia funkcji:	
	a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	4
	b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21–50%	8
	c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	16
155.	Uszkodzenie stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami lub zmianami neurologicznymi dodatkowo do uszczerbków z pkt 152 -154	+7
	Stopa	
156.	Uszkodzenie kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniem oraz innymi zmianami wtórnymi:	
	a) niewielkiego stopnia z ograniczeniem ruchomości do 20%	4
	b) średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21–50%	7
	c) dużego stopnia z ograniczeniem powyżej 50%	15
157.	Wygojone złamania kości śródstopia w zależności od przemieszczeń, zniekształceń stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych i innych zmian wtórnych:	
	a) I lub V kości śródstopia: znaczne zmiany, zniekształcenie, ograniczenie ruchomości stopy	5
	b) II, III lub IV kości śródstopia: znaczne zmiany ze zniekształceniem i ograniczeniem ruchomości stopy	3
	c) złamania trzech i więcej kości śródstopia ze zniekształceniem i ograniczeniem ruchomości stopy	8
	d) złamania trzech i więcej kości śródstopia w zależności od zniekształceń i zaburzeń czynnościowych znacznego stopnia	12
158.	Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi	+5
159.	Inne uszkodzenia stopy pozostawiające zmiany bliznowate i zniekształcające	3
160.	Utrata stopy w całości	30
161.	Utrata stopy na poziomie stawu Choparta	25
162.	Utrata stopy w stawie Lisfranka	20

	Rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu		Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
163.	Utrata stopy w obrębie kości śródstopia		18
	Palce stopy		
164.	Utrata paliczka paznokciowego palucha		5
165.	Utrata całego palucha		12
166.	Utrata palucha wraz z kością śródstopia		15
167.	Utrata minimum 1 paliczka palców II -V - za każdy palec		1
168.	Utrata palców II -V - za każdy palec		2
169.	Utrata V palca wraz z kością śródstopia		7
170.	Utrata palców II-IV z kością śródstopia - za każdy palec		3
	Łączny % wartości uszczerbku kończyny dolnej nie może przekroczyć wartości za amputację na tym poziomie. Wartość uszczerbku ustalona za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę tego palca.		
	Porażenia lub niedowłady poszczególnych nerwów obwodowych		
171.	Uszkodzenie częściowe lub całkowite		
	a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym		10
		kończyna dominująca *(np. prawa u osób praworęcznych)*	***kończyna asystująca*** *(np. lewa u osób praworęcznych)*
	b) nerwu piersiowego długiego	8	10
	c) nerwu pachowego	8	10
	d) nerwu mięśniowo-skórnego	16	20
	e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia	20	25
	f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia	16	20
	g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia	7	10
	h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia	5	7
	i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia	16	20
	j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka	12	15
	k) nerwu łokciowego	20	25
	l) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	18	20
	m) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	20	25
	n) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego		35
	o) nerwu zasłonowego		10
	p) nerwu udowego		10
	q) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)		10
	r) nerwu sromowego wspólnego		15
	s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy		30
	t) nerwu piszczelowego		25
	u) nerwu strzałkowego		15
	v) splotu lędźwiowo-krzyżowego		50
	w) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego		5
	Według pkt 171 ocenia się tylko uszkodzenia nerwów obwodowych. W przypadkach współistnienia uszkodzeń kostnych, mięśniowych i nerwowych należy stosować ocenę według pkt dotyczących uszkodzeń kończyn górnych i dolnych.		

Przy ustalaniu trwałego uszczerbku na zdrowiu bierze się pod uwagę jedynie biologiczne uszkodzenie organizmu, nie bierze się natomiast pod uwagę zawodu i wcześniejszych umiejętności Ubezpieczonego.
Orzeczenie nie uwzględnia czasu leczenia, bólu ani cierpienia doznanego podczas zdarzenia oraz utraconych korzyści związanych z urazem i jego leczeniem.

Tabela procentowego uszczerbku na zdrowiu powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku została uchwalona w dniu 28 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i ma zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia VERTUS Zdrowie i Życie zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku.