



**Indywidualne
Ubezpieczenie na Życie**

Twój BONUS

Dokument zawierający informacje
o produkcie ubezpieczeniowym

Informacja o produkcie

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Indywidualne Ubezpieczenie na Życie Twój Bonus

SALTUS
UBEZPIECZENIA

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie (SALTUS TU ŻYCIE SA), ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot, Rzeczpospolita Polska, zarejestrowane w Rejestrze Przedsiębiorców prowadzonym przez Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, KRS: 0000014478, NIP 5252150753

Produkt: Indywidualne Ubezpieczenie na Życie Twój Bonus

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje na temat umowy dotyczące niniejszego produktu ubezpieczeniowego podane są w Ogólnych Warunkach Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie TWÓJ BONUS uchwalonych w dniu 16 kwietnia 2018 roku przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA i mających zastosowanie do umów zawieranych od dnia 16 kwietnia 2018 roku (OWU) oraz treści dokumentu ubezpieczenia.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

TWÓJ BONUS jest dobrowolnym ubezpieczeniem indywidualnym na życie z Działu I Grupy 1 i 5 zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Ubezpieczenie jest propozycją dla Członków Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych, którzy zaciągnęli lub zamierzają zaciągnąć kredyt/pożyczkę hipoteczną.



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ Życie Ubezpieczonego na wypadek śmierci w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
- ✓ Suma ubezpieczenia stanowi podstawę do określenia wysokości świadczenia.
- ✓ Suma ubezpieczenia określona jest w polisie.
- ✓ Suma ubezpieczenia jest równa wartości zadłużenia, wskazanej w pierwotnym harmonogramie spłat pożyczki na dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
- ✓ Odpowiedzialność SALTUS TU ŻYCIE SA polega na:
 - 1) w przypadku śmierci Ubezpieczającego - obowiązku wypłaty Uposażonemu świadczenia ubezpieczeniowego w kwocie zgodnej na dzień śmierci Ubezpieczającego z zadłużeniem wskazanym w pierwotnym harmonogramie spłat pożyczki,
 - 2) w przypadku zdiagnozowania choroby śmiertelnej - obowiązku wypłaty Ubezpieczającemu świadczenia ubezpieczeniowego w kwocie stanowiącej równowartość 10% zadłużenia wskazanego w pierwotnym harmonogramie spłat pożyczki na dzień zdiagnozowania choroby śmiertelnej.

Ochrona opcjonalna, za opłatą dodatkowej składki:
Zdrowie Ubezpieczonego na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego choroby śmiertelnej, której zdiagnozowanie miało miejsce w okresie odpowiedzialności SALTUS TU ŻYCIE SA.



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Odpowiedzialności SALTUS TU ŻYCIE SA jest wyłączona, gdy śmierć Ubezpieczonego nastąpiła wskutek:

- ! działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wewnętrznych zamieszek, strajków, rozruchów oraz aktów sabotażu,
 - ! zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radiologicznym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - ! umyślnego popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczającego przestępstwa, stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu,
 - ! zatrucia się Ubezpieczającego spowodowanego spożyciem alkoholu lub środków odurzających,
 - ! chorób związanych z nadużywaniem przez Ubezpieczającego alkoholu,
 - ! zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych użyciem: alkoholu, opiatów, kanaboli, kokainy, halucynogenów; zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych odurzeniem się lotnymi rozpuszczalnikami organicznymi; zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych naprzemiennym przyjmowaniem środków wyżej wymienionych i innych środków psychoaktywnych,
 - ! działania Ubezpieczającego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości albo działania Ubezpieczającego pod wpływem innych środków odurzających, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - ! czynnego udziału Ubezpieczającego w aktach przemocy lub terroryzmu,
 - ! samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczającego w okresie pierwszych dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
- o ile powyższe okoliczności wyżej wymienione miały wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.

SALTUS TU ŻYCIE SA nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku będącego wynikiem:

- ! wycynowego i zawodowego uprawiania sportów przez Ubezpieczającego,
 - ! wykonywania niebezpiecznych zawodów przez Ubezpieczającego,
 - ! samookaleczenia się Ubezpieczającego,
 - ! działania Ubezpieczającego pod wpływem, w stanie lub warunkach choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego,
 - ! przewozu lotniczego Ubezpieczającego w charakterze innym niż pasażer samolotu pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
 - ! poddania się przez Ubezpieczającego zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarzy,
 - ! prowadzenia przez Ubezpieczającego pojazdu bez wymaganego prawem uprawnienia do prowadzenia danego pojazdu,
- o ile powyższe okoliczności wyżej wskazane miały wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- ✗ Zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową powstałych poza okresem ubezpieczenia.
- ✗ Zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienia fizyczne i moralne.
- ✗ Śmierci Ubezpieczonego, której przyczyną nie był nieszczęśliwy wypadek, jeżeli śmierć nastąpiła w okresie karencji wynoszącym:
 - w odniesieniu do Ubezpieczającego, który w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ukończył 50 roku życia - 1 miesiąc od daty rozpoczęcia odpowiedzialności,
 - w odniesieniu do Ubezpieczającego, który w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończył 50 rok życia - 3 miesiące od daty rozpoczęcia odpowiedzialności.



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ Na terytorium całego świata.



Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

- Ubezpieczający, który jest jednocześnie Ubezpieczonym zobowiązany jest podać do wiadomości SALTUS TU ŻYCIE SA wszystkie znane sobie okoliczności, które mogą mieć wpływ na podjęcie przez SALTUS TU ŻYCIE SA decyzji o objęciu ochroną ubezpieczeniową, przez udzielenie przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania zawarte w formularzach SALTUS TU ŻYCIE SA lub przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
- Terminowe opłacanie składki ubezpieczeniowej.
- Przedstawienie dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego (w przypadku wystąpienia choroby śmiertelnej u Ubezpieczonego) oraz pozwalających określić wysokość świadczenia ubezpieczeniowego.



Jak i kiedy należy opłacać składki?

1. Składka ubezpieczeniowa płatna jednorazowo lub pierwsza składka ubezpieczeniowa, w przypadku o którym mowa jest w pkt 2, opłacana jest najpóźniej w dniu wypłaty przez pożyczkodawcę pożyczki Ubezpieczającemu, wysokość składki wskazana jest w polisie.
2. Składki ubezpieczeniowe, za wyjątkiem składki płatnej jednorazowo, są płatne w terminach i wysokości wynikających z harmonogramu płatności składek, stanowiącego załącznik do polisy.
3. W przypadku zawierania umowy ubezpieczenia w trakcie trwania umowy pożyczki, składka ubezpieczeniowa płatna jednorazowo lub pierwsza składka ubezpieczeniowa, w przypadku, o którym mowa w pkt 2, opłacana jest najpóźniej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
4. Składka ubezpieczeniowa płatna jest na rachunek bankowy wskazany w polisie. Za dzień zapłaty uważa się dzień dokonania zlecenia przelewu lub złożenia polecenia zapłaty w banku lub w urzędzie pocztowym na właściwy rachunek, pod warunkiem, że na rachunku Ubezpieczającego znajdowała się wystarczająca ilość środków pozwalająca na realizowanie zlecenia; w odmiennym przypadku za dzień zapłaty uznaje się dzień wpływu składki na rachunek SALTUS TU ŻYCIE SA.



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres wskazany w polisie ubezpieczeniowej, nie dłuższy niż okres umowy pożyczki.
2. Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia zawarcia umowy pożyczki, wypłaty pożyczki w całości, złożenia wniosku ubezpieczeniowego oraz po pozytywnym zweryfikowaniu ankiety medycznej lub kwestionariusza medycznego (wypełnienie ankiety medycznej jest wymagane w przypadku osób, którym zostaje udzielone pożyczka na kwotę przekraczającą 10 000,00 zł, wypełnienie kwestionariusza medycznego jest wymagane w przypadku osób, którym zostaje udzielona pożyczka przekraczająca 100 000,00 zł).
3. Ochrona ubezpieczeniowa kończy się: z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, z dniem upływu okresu wypowiedzenia przez Ubezpieczającego umowy ubezpieczenia, na skutek rozwiązania umowy za porozumieniem stron z dniem określonym w porozumieniu, z dniem upływu okresu ubezpieczenia, na skutek nieopłacenia składki ubezpieczeniowej, z dniem śmierci Ubezpieczającego.



Jak rozwiązać umowę?

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu na jaki została zawarta.
2. Jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta jest na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia przez złożenie do SALTUS TU ŻYCIE SA pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia Ubezpieczający nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie; odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim SALTUS TU ŻYCIE SA udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
3. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, w każdym czasie, z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
4. Wypowiedzenie umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres trwania odpowiedzialności SALTUS TU ŻYCIE SA.
5. Na wniosek Ubezpieczającego i za zgodą SALTUS TU ŻYCIE SA, umowa ubezpieczenia może zostać rozwiązana ze skutkiem na dzień doręczenia do SALTUS TU ŻYCIE SA wniosku o wcześniejsze zakończenie ochrony ubezpieczeniowej.
6. W przypadku nieopłacenia w terminie kolejnej składki ubezpieczeniowej w całości lub w części, SALTUS TU ŻYCIE SA wezwie Ubezpieczającego do zapłaty tej składki lub jej brakującej części, wyznaczając w tym celu dodatkowy termin 14 dni. W wezwaniu do zapłaty SALTUS TU ŻYCIE SA powiadomi Ubezpieczającego o skutkach określonych w pkt 7.
7. Jeżeli kolejna składka lub jej brakująca część nie zostanie opłacona w dodatkowym terminie wskazanym w pkt 6, umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem na dzień, w którym upływa dodatkowy termin wskazany w pkt 6.

Informacja o produkcie

Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie

Twój Bonus

uchwalone przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA
w dniu 16 kwietnia 2018 roku

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń § 3 i 15
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub obniżenia: § 4 i 5

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE - TWÓJ BONUS -

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Twój Bonus, zwanych dalej OWU, SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie, zwane dalej „Towarzystwem”, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, zawiera umowę ubezpieczenia z osobą fizyczną posiadającą zdolność do czynności prawnych, zwaną dalej „Ubezpieczającym”.
2. W porozumieniu z Ubezpieczającym, do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
3. W przypadku określonym w ust.2, Towarzystwo zobowiązane jest przedstawić Ubezpieczającemu różnicę między treścią umowy ubezpieczenia, a treścią OWU w formie pisemnej przed zawarciem umowy ubezpieczenia. W razie niedopełnienia tego obowiązku, Towarzystwo nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla Ubezpieczającego. Przepisu tego nie stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych w drodze negocjacji.

§ 2 (definicje)

Przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWU:

- 1) **choroba śmiertelna** – nieuleczalna choroba zdiagnozowana u Ubezpieczającego po raz pierwszy w okresie udzielania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej, która na podstawie co najmniej dwóch niezależnych zaświadczeń wydanych przez lekarzy specjalistów w danej dziedzinie, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, nie rokuje przeżycia przez Ubezpieczającego okresu 12 miesięcy od daty jej zdiagnozowania,
- 2) **harmonogram spłat pożyczki:**
 - **pierwotny harmonogram spłat pożyczki** – harmonogram spłat pożyczki aktualny na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - **bieżący harmonogram spłat pożyczki** – harmonogram spłat pożyczki aktualny na dzień przedłużenia umowy ubezpieczenia,
- 3) **karencja** – okres ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa występujący w sytuacjach wskazanych w umowie ubezpieczenia, uwzględniany w wyliczeniu składki ubezpieczeniowej,
- 4) **niebezpieczne zawody** – kaskader, nurek, pracownik platformy wiertniczej, saper, pirotechnik, spadochroniarz, detektyw, górnik, marynarz, pilot, żołnierz służby zawodowej, rybak, ratownik (górnicy, lotniczy, wodny, górniczy), kierowca wyścigowy i rajdowy, agent ochrony posługujący się bronią,
- 5) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, w następstwie którego Ubezpieczający, niezależnie od swojej woli, doznał trwałego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł,
- 6) **okres ubezpieczenia** – okres, w którym Towarzystwo świadczy ochronę ubezpieczeniową,
- 7) **polisa** – dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia między Ubezpieczającym a Towarzystwem,
- 8) **pożyczka** – pożyczka lub kredyt zabezpieczony hipoteką udzielony Ubezpieczającemu przez pożyczkodawcę,
- 9) **pożyczkodawca** – instytucja finansowa, która udzieliła pożyczki,
- 10) **rocznica polisy** – każda kolejna rocznica wskazanego w polisie dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, przy czym za rocznicę dnia 29 lutego uważa się dzień 28 lutego następnego roku polisowego (w przypadku, gdy w roku polisowym występuje dzień 29 lutego, za rocznicę polisy uważa się dzień 29 lutego),
- 11) **sporty wysokiego ryzyka** – sporty wodne uprawiane na rzekach górskich, nurkowanie przy użyciu aparatów gazowych, surfing, windsurfing, kitesurfing, sporty motorowe i motorowodne, sporty spadochronowe, sporty balonowe, paralotniarstwo, szybownictwo, pilotowanie samolotów silnikowych, skoki bungee, sztuki walki i sporty obronne, sporty związane z użyciem broni, wspinaczka górską i skałkowa, speleologia, myślistwo, rugby, futbol amerykański, jazda konna, kolarstwo, jazda na nartach wodnych, narciarstwo zjazdowe, snowboard, bobsleje, saneczkarstwo, skoki narciarskie i akrobatyczne, narciarstwo ekstremalne, heliskiing, heliboarding, sporty, w których wykorzystywane są pojazdy poruszające się po śniegu lub lodzie, wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, góry powyżej 2500 m n.p.m., busz, obszary podbiegunowe, dżungla, tereny lodowcowe lub wiecznej zmarzliny albo udział w ekspedycjach wymagających użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego,
- 12) **świadczenie ubezpieczeniowe** – świadczenie z tytułu zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ochrony ubezpieczeniowej,
- 13) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna zawierająca z Towarzystwem na własny rachunek, na podstawie niniejszych OWU, umowę ubezpieczenia, której życie i zdrowie stanowi przedmiot ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy ubezpieczenia,

- 14) **Uposażony** – wskazana przez Ubezpieczającego osoba uprawniona do świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci Ubezpieczającego,
- 15) **wyczynowe uprawianie sportu** – udział w regularnych treningach, zawodach, obozach kondycyjnych, zgrupowaniach, w celu uzyskania maksymalnych wyników sportowych,
- 16) **zadłużenie** – zobowiązanie finansowe Ubezpieczającego wobec pożyczkodawcy z tytułu zawartej umowy pożyczki, obejmujące wyłącznie wartość kwoty niespłaconego kapitału, zgodnie z pierwotnym lub bieżącym harmonogramem spłat pożyczki,
- 17) **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 Rzeczypospolitej Polskiej u osób nie chorujących na hemofilię, pod warunkiem, że serokonwersja nastąpiła w ciągu 6 tygodni od daty przetoczenia krwi lub produktów krwiopochodnych,
- 18) **zawodowe uprawianie sportu** – uprawianie dyscyplin sportowych za wynagrodzeniem.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczającego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczającego, która nastąpiła w okresie obejmowania go ochroną ubezpieczeniową.
3. Za opłatą dodatkowej składki Ubezpieczający może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową na wypadek wystąpienia u niego choroby śmiertelnej, której zdiagnozowanie miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa polega na:
 - 1) w przypadku śmierci Ubezpieczającego - obowiązku wypłaty osobie uprawnionej świadczenia ubezpieczeniowego w kwocie zgodnej na dzień śmierci Ubezpieczającego z zadłużeniem wskazanym w pierwotnym harmonogramie spłat pożyczki lub bieżącym harmonogramie spłat pożyczki w przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia na warunkach opisanych w § 9 ust.2-4,
 - 2) w przypadku zdiagnozowania choroby śmiertelnej - obowiązku wypłaty Ubezpieczającemu świadczenia ubezpieczeniowego w kwocie stanowiącej równowartość 10% zadłużenia wskazanego w pierwotnym harmonogramie spłat pożyczki na dzień zdiagnozowania choroby śmiertelnej lub bieżącym harmonogramie spłat pożyczki w przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia na warunkach opisanych w § 9 ust. 2-4, z zastrzeżeniem postanowień § 4 i § 5 niniejszych OWU.

§ 4 (ograniczenia odpowiedzialności)

1. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona, gdy śmierć Ubezpieczającego nastąpiła wskutek:
 - 1) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wewnętrznych zamieszek, strajków, rozruchów oraz aktów sabotażu,
 - 2) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radiologicznym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - 3) umyślnego popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczającego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu,
 - 4) zatrucia się Ubezpieczającego spowodowanego spożyciem alkoholu lub środków odurzających,
 - 5) chorób związanych z nadużywaniem przez Ubezpieczającego alkoholu,
 - 6) zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych użyciem: alkoholu, opiatów, kanaboli, kokainy, halucynogenów; zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych odurzaniem się lotnymi rozpuszczalnikami organicznymi; zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych naprzemiennym przyjmowaniem środków wyżej wymienionych i innych środków psychoaktywnych,
 - 7) działania Ubezpieczającego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości albo działania Ubezpieczającego pod wpływem innych środków odurzających, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - 8) czynnego udziału Ubezpieczającego w aktach przemocy lub terroryzmu,
 - 9) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczającego w okresie pierwszych dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, o ile powyższe okoliczności wymienione w pkt 1)-9) miały wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczającego w następstwie nieszczęśliwego wypadku będącego wynikiem:
 - 1) uprawiania przez Ubezpieczającego sportów wysokiego ryzyka,
 - 2) wyczynowego i zawodowego uprawiania sportów przez Ubezpieczającego,
 - 3) wykonywania niebezpiecznych zawodów przez Ubezpieczającego,
 - 4) samookaleczenia się Ubezpieczającego,
 - 5) działania Ubezpieczającego pod wpływem, w stanie lub warunkach choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego,
 - 6) przewozu lotniczego Ubezpieczającego w charakterze innym niż pasażer samolotu pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,

- 7) poddania się przez Ubezpieczającego zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarzy,
- 8) prowadzenia przez Ubezpieczającego pojazdu bez wymaganego prawem uprawnienia do prowadzenia danego pojazdu, o ile powyższe okoliczności wskazane w pkt 1)-8), miały wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci Ubezpieczającego w następstwie nieszczęśliwego wypadku nie jest należne, jeżeli pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczającego nie istniał związek przyczynowy.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdiagnozowania u Ubezpieczającego choroby śmiertelnej, w przypadku gdy choroba śmiertelna została wywołana przez wirus HIV za wyjątkiem zakażenia wirusem HIV w wyniku transfuzji.
5. W przypadku zdiagnozowania kolejnej choroby śmiertelnej u Ubezpieczającego, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, o ile zdiagnozowana choroba śmiertelna nie pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z wcześniej zdiagnozowaną chorobą śmiertelną, z zastrzeżeniem ustępu 6.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za kolejną zdiagnozowaną u Ubezpieczającego chorobę śmiertelną, w przypadku gdy zarówno pierwsza, jak i kolejna choroba śmiertelna była spowodowana nowotworami sklasyfikowanymi w II Rozdziale Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD10) pod zbiorczym numerem statystycznym C00-D48.

§ 5 (karencja)

1. Karencja ma zastosowanie:
 - 1) w odniesieniu do Ubezpieczającego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej nie ukończył 50 roku życia i wynosi 1 miesiąc od tej daty,
 - 2) w odniesieniu do Ubezpieczającego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej ukończył 50 rok życia i wynosi 3 miesiące od tej daty.
2. Ograniczenie określone w ust.1 nie ma zastosowania w sytuacji, gdy przyczyną śmierci Ubezpieczającego był nieszczęśliwy wypadek, z zastrzeżeniem postanowień § 4 ust.2-3.
3. Jeżeli Ubezpieczający w dniu bezpośrednio poprzedzającym objęcie go ochroną ubezpieczeniową, był objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie zawartej z Towarzystwem umowy ubezpieczenia Twój Bonus, trwającej nie krócej niż 3 miesiące, stanowiącej zabezpieczenie tej samej umowy pożyczki, ograniczenie, o którym mowa w ust.1, ma zastosowanie wyłącznie w odniesieniu do kwoty, o którą wzrosła odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do umów ubezpieczenia Twój Bonus będących wcześniej zabezpieczeniem tej samej umowy pożyczki, pod warunkiem zachowania ciągłości w ochronie ubezpieczeniowej pomiędzy umowami ubezpieczenia Twój Bonus.
4. Ograniczenie określone w ust. 3 ma zastosowanie tylko w przypadku śmierci Ubezpieczającego.

III. SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 6 (suma ubezpieczenia)

1. Suma ubezpieczenia stanowi podstawę do określenia wysokości świadczenia oraz obliczenia wysokości składki ubezpieczeniowej.
2. Suma ubezpieczenia jest równa wartości zadłużenia, wskazanej w pierwotnym harmonogramie spłat pożyczki na dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej. Suma ubezpieczenia określona jest w polisie.
3. W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia na warunkach opisanych w § 9 ust.2-4 suma ubezpieczenia równa jest wartości zadłużenia wskazanej w bieżącym harmonogramie spłat pożyczki na dzień przedłużenia umowy ubezpieczenia. Suma ubezpieczenia określona jest w dokumencie potwierdzającym przedłużenie umowy ubezpieczenia.

§ 7 (składka ubezpieczeniowa)

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej uzależniona jest od: zakresu ubezpieczenia, wysokości sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, okresu karencji, o którym mowa w § 5, oraz taryfy składek obowiązującej w dniu zawierania umowy ubezpieczenia.
2. Stawki taryfowe zawarte w taryfie składek są uzależnione od wieku Ubezpieczającego. Zostały wyznaczone zgodnie z zasadami matematyki aktuarialnej, w oparciu o wykorzystywane przez Towarzystwo tablice trwania życia, z uwzględnieniem kosztów zawarcia i obsługi ubezpieczenia.
3. Częstotliwość opłacania składki ubezpieczeniowej określona jest w polisie ubezpieczeniowej.
4. Składka ubezpieczeniowa płatna jednorazowo lub pierwsza składka ubezpieczeniowa, w przypadku o którym mowa jest w ust. 5, opłacana jest najpóźniej w dniu wypłaty przez pożyczkodawcę pożyczki Ubezpieczającemu, wysokość składki wskazana jest w polisie.
5. Składki ubezpieczeniowe, za wyjątkiem składki płatnej jednorazowo, są płatne w terminach i wysokości wynikających z harmonogramu płatności składek, stanowiącego załącznik do polisy.
6. W przypadku zawierania umowy ubezpieczenia w trakcie trwania umowy pożyczki, składka ubezpieczeniowa płatna jednorazowo lub pierwsza składka ubezpieczeniowa, w przypadku, o którym mowa w ust.5, opłacana jest najpóźniej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
7. Składka ubezpieczeniowa płatna jest na rachunek bankowy wskazany w polisie. Za dzień zapłaty uważa się dzień dokonania zlecenia przelewu lub złożenia polecenia zapłaty w banku lub w urzędzie pocztowym na właściwy rachunek,

pod warunkiem, że na rachunku Ubezpieczającego znajdowała się wystarczająca ilość środków pozwalająca na zrealizowanie zlecenia; w odmiennym przypadku za dzień zapłaty uznaje się dzień wpływu składki na rachunek Towarzystwa.

IV. UMOWA UBEZPIECZENIA

§ 8 (zawarcie umowy ubezpieczenia)

1. Umowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczający w dniu składania wniosku o ubezpieczenie na życie ukończył 18 lat.
2. Podstawą zawarcia umowy ubezpieczenia jest złożenie przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na formularzu stosowanym przez Towarzystwo.
3. Na dowód zawarcia umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wystawia polisę, którą doręcza Ubezpieczającemu.
4. Jeżeli strony nie umówią się inaczej, do zawarcia umowy dochodzi z chwilą akceptacji przez Towarzystwo wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust.5-7, pod warunkiem opłacenia składki ubezpieczeniowej.
5. Jeżeli polisa zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, Towarzystwo zobowiązane jest zwrócić na to Ubezpieczającemu uwagę na piśmie przy doręczeniu polisy, wyznaczając mu co najmniej siedmiodniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku przez Towarzystwo, zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie są skuteczne, a umowa ubezpieczenia jest zawarta zgodnie z warunkami złożonej przez Ubezpieczającego oferty.
6. W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego, o którym mowa w ust.5, uważa się, że umowa doszła do skutku zgodnie z treścią polisy, od następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
7. W przypadku zgłoszenia przez Ubezpieczającego sprzeciwu, o którym mowa w ust.5, uważa się że umowa ubezpieczenia nie doszła do skutku, a odpowiedzialność Towarzystwa nie rozpoczęła się, chyba że strony dojdą do porozumienia co do warunków umowy ubezpieczenia. W przypadku niedościa do skutku umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę ubezpieczeniową, w terminie 14 dni od dnia zgłoszenia przez Ubezpieczającego sprzeciwu, o którym mowa w ust.5.

§ 9 (czas trwania umowy ubezpieczenia)

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres wskazany w polisie ubezpieczeniowej, nie dłuższy niż okres umowy pożyczki.
2. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na jeden rok, zostanie ona przedłużona na okres kolejnego roku lub okres krótszy wynikający z pozostałego do spłaty okresu umowy pożyczki, na sumę ubezpieczenia wynikającą z bieżącego harmonogramu spłaty pożyczki, o ile najpóźniej na 30 dni przed końcem umowy ubezpieczenia, żadna ze stron umowy nie złoży pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu tej umowy lub o gotowości przedłużenia umowy na zmienionych warunkach. Warunkiem przedłużenia umowy ubezpieczenia jest opłacenie składki jednorazowej za kolejny okres ubezpieczenia lub pierwszej składki, w przypadku o którym mowa w § 7 ust.5, najpóźniej do dnia rocznicy polisy.
3. W przypadku złożenia przez stronę umowy ubezpieczenia oświadczenia, o którym mowa w ust.2, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu na jaki została zawarta, chyba że strony dojdą do porozumienia co do warunków przedłużenia okresu trwania umowy ubezpieczenia.
4. W przypadku zawarcia porozumienia, o którym mowa w ust.3, zmienione warunki ubezpieczenia mają zastosowanie od dnia następnego po dniu rocznicy polisy, chyba że strony umówią się inaczej.

V. CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

§ 10 (obejmowanie ubezpieczeniem i początek odpowiedzialności Towarzystwa)

1. Warunkiem objęcia Ubezpieczającego ochroną ubezpieczeniową jest zawarcie przez niego umowy pożyczki, wypłata pożyczki w całości, zawarcie umowy ubezpieczenia oraz opłacenie składki ubezpieczeniowej.
2. W przypadku, gdy suma ubezpieczenia w odniesieniu do Ubezpieczającego, niezależnie od ilości zawartych umów ubezpieczenia Twój Bonus nie przekracza 100 000,00 zł, wymagane jest wypełnienie przez Ubezpieczającego deklaracji zdrowia.
3. W przypadku, gdy suma ubezpieczenia w odniesieniu do Ubezpieczającego, niezależnie od ilości zawartych umów ubezpieczenia Twój Bonus przekracza 100 000,00 zł, wymagane jest wypełnienie przez Ubezpieczającego oświadczenia o stanie zdrowia w formie kwestionariusza medycznego.
4. W przypadku zawierania kolejnej umowy ubezpieczenia Twój Bonus stanowiącej zabezpieczenie tej samej umowy pożyczki bądź przedłużenia umowy ubezpieczenia na warunkach opisanych w § 9 ust.2-4 - nie jest wymagane wypełnienie przez Ubezpieczającego deklaracji zdrowia bądź kwestionariusza medycznego, jeżeli suma ubezpieczenia w stosunku do wcześniejszych umów ubezpieczenia Twój Bonus stanowiących zabezpieczenie tej samej umowy pożyczki nie wzrosła, pod warunkiem zachowania ciągłości w ochronie ubezpieczeniowej pomiędzy umowami ubezpieczenia Twój Bonus.
5. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia w innym terminie niż umowę pożyczki.
6. Deklaracja zdrowia jest weryfikowana przez przedstawiciela Towarzystwa. W przypadku kwestionariusza medycznego, oceny ryzyka ubezpieczeniowego dokonuje Towarzystwo. W przypadku ryzyka wyższego niż standardowe Towarzystwo ma prawo odrzucić wniosek lub zaproponować zawarcie umowy

z wyższą składką od taryfowej lub na zasadach innych niż przewidują OWU. Towarzystwo uzależnia ocenę ryzyka od wykonywanego zawodu, uprawianych sportów, hobby oraz stanu zdrowia, potwierdzonego odpowiedziami udzielonymi w kwestionariuszu medycznym przez Wnioskującego lub dodatkowo wynikami badań lekarskich zleconych przez Towarzystwo oraz dokumentacją medyczną dotyczącą stanu zdrowia Wnioskującego o ubezpieczenie. Koszty zleconych badań lekarskich ponosi Towarzystwo.

7. W przypadku negatywnego zweryfikowania deklaracji zdrowia, podlega ona zwrotowi osobie wnioskującej o ubezpieczenie, zaś oświadczenie o stanie zdrowia w formie kwestionariusza medycznego, podlega zniszczeniu przez Towarzystwo. W obu przypadkach nie dochodzi do zawarcia umowy ubezpieczenia.
8. Zmiana istotnych warunków umowy pożyczki, której zabezpieczenie stanowi umowa ubezpieczenia Twój Bonus, powoduje konieczność zawarcia nowej umowy ubezpieczenia Twój Bonus. Zawarcie nowej umowy ubezpieczenia Twój Bonus poprzedzone jest oceną ryzyka opisaną w ust.2-6. W przypadku zawarcia nowej umowy ubezpieczenia Twój Bonus, poprzednia umowa ubezpieczenia Twój Bonus ulega rozwiązaniu, a Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
9. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczającego rozpoczyna się w dniu, w którym zostały spełnione wszystkie warunki opisane w ust. 1, z zastrzeżeniem postanowień ust.2-6 oraz § 4 i § 5.
10. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczającego, o którym mowa w ust.5, rozpoczyna się od dnia opłacenia składki ubezpieczeniowej z zastrzeżeniem ust.4 oraz § 4 i § 5.
11. Jeżeli Ubezpieczający odstąpi od umowy pożyczki, w której przewidziane jest uprawnienie do odstąpienia lub uprawnienie do odstąpienia wynika z powszechnie obowiązujących przepisów prawa, umowa ubezpieczenia nie dochodzi do skutku. W takim przypadku Towarzystwo dokona zwrotu składki ubezpieczeniowej Ubezpieczającemu niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni od dnia zgłoszenia przez Ubezpieczającego informacji o odstąpieniu od umowy pożyczki.

§ 11 (zakończenie odpowiedzialności Towarzystwa)

1. Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się:
 - 1) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego w trybie określonym w § 12 ust.2,
 - 2) z dniem upływu okresu wypowiedzenia przez Ubezpieczającego umowy ubezpieczenia w trybie określonym w § 12 ust.3 i ust.7,
 - 3) z dniem doręczenia Towarzystwu wniosku o wcześniejsze zakończenie ochrony ubezpieczeniowej, w trybie określonym w § 12 ust.5,
 - 4) z dniem upływu okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 9 ust.2-4,
 - 5) z dniem śmierci Ubezpieczającego,
 - 6) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 10 ust.8.
2. W przypadku ustania ochrony ubezpieczeniowej wobec Ubezpieczającego przed zakończeniem okresu ubezpieczenia, wskazanego w polisie, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

VI. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

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

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu na jaki została zawarta, o ile nie dojdzie do jej przedłużenia na zasadach opisanych w § 9 ust.2-4.
2. Jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta jest na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia przez złożenie Towarzystwu pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczyciel nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie; odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
3. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, w każdym czasie, z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
4. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
5. Na wniosek Ubezpieczającego i z zgodą Towarzystwa, umowa ubezpieczenia może zostać rozwiązana ze skutkiem na dzień doręczenia Towarzystwu wniosku o wcześniejsze zakończenie ochrony ubezpieczeniowej.
6. W przypadku nieopłacenia w terminie kolejnej składki ubezpieczeniowej w całości lub w części, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty tej składki lub jej brakującej części, wyznaczając w tym celu dodatkowy termin 14 dni. W wezwaniu do zapłaty Towarzystwo powiadomi Ubezpieczającego o skutkach określonych w ust.7.
7. Jeżeli kolejna składka lub jej brakująca część nie zostanie opłacona w dodatkowym terminie wskazanym w ust.6, umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem na dzień, w którym upływa dodatkowy termin wskazany w ust.6.

VII. PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

§ 13 (obowiązki Ubezpieczającego)

1. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, które mogą mieć wpływ na podjęcie przez Towarzystwo decyzji o objęciu ochroną ubezpieczeniową, przez udzielenie przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania Towarzystwa zawarte w formularzach Towarzystwa lub przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo umowy mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust.1 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia postanowień ust.1 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie przewidziane umową i jego następstwa prawne są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
3. Jeżeli do zdarzenia doszło po upływie lat trzech od zawarcia umowy ubezpieczenia, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności że zatajona została choroba Ubezpieczającego.

§ 14 (obowiązki Towarzystwa)

Przed zawarciem umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, Towarzystwo zobowiązane jest do:

- 1) udostępnienia Ubezpieczającemu treści obowiązujących OWU, z uwzględnieniem zmian wprowadzonych zgodnie z postanowieniem § 1 ust.2 i z zastrzeżeniem postanowień § 8 ust.5, a Ubezpieczający zobowiązany jest zapoznać się z ich treścią,
- 2) udzielenia Ubezpieczającemu informacji o sposobie i trybie rozpatrywania reklamacji oraz o organie właściwym do ich rozpatrzenia.

VIII. WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 15 (wypłata świadczenia)

1. Jednorazowe świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczającego, w kwocie stanowiącej wartość zadłużenia na dzień śmierci wskazanego w pierwotnym harmonogramie spłat pożyczki lub bieżącym harmonogramie spłat pożyczki w przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia na warunkach opisanych w § 9 ust.2-4., z zastrzeżeniem § 4 ust.1-3 i § 5 niniejszych OWU, wypłaca się osobie lub osobom wskazanym w § 16.
2. Świadczenie z tytułu choroby śmiertelnej Ubezpieczającego, w kwocie stanowiącej równowartość 10% zadłużenia na dzień zdiagnozowania choroby śmiertelnej wskazanego w pierwotnym harmonogramie spłat pożyczki lub bieżącym harmonogramie spłat pożyczki w przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia na warunkach opisanych w § 9 ust.2-4, z zastrzeżeniem § 4 ust.4-6 i § 5, wypłaca się Ubezpieczającemu.

§ 16 (uprawnieni do świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczającego)

1. Ubezpieczający może wskazać jednego lub więcej Uposażonych do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Wskazanie Uposażonego może nastąpić zarówno przy zawarciu umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej trwania.
3. Ubezpieczający ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać Uposażonego. Zmiana lub odwołanie Uposażonego następuje w momencie wpłynięcia tego zawiadomienia do Towarzystwa.
4. Jeżeli zostało wskazanych kilku Uposażonych, a nie oznaczono ich udziałów w kwocie świadczenia, uważa się, że ich udziały są równe.
5. Wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczającego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci.
6. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczającego nie ma imiennie wyznaczonego Uposażonego, świadczenie ubezpieczeniowe otrzymują wskazane poniżej osoby, w następującej kolejności:
 - 1) małżonek, z którym Ubezpieczający pozostaje w związku małżeńskim w dacie wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa – otrzymuje w całości,
 - 2) dzieci Ubezpieczającego – otrzymują w równych częściach,
 - 3) rodzice Ubezpieczającego – otrzymują w równych częściach,
 - 4) inni spadkobiercy Ubezpieczającego – otrzymują w równych częściach, po przedłożeniu postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku wraz z klauzulą prawomocności bądź zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia.
7. W razie braku Uposażonego lub osoby wymienionej w ust.6, z przysługującego świadczenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaca, w granicach sumy ubezpieczenia, w pierwszym rzędzie udowodnione rachunkami koszty pogrzebu osobie, która te koszty poniosła.

§ 17 (wymagane dokumenty)

1. Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczającego, występująca z roszczeniem o wypłatę świadczenia, obowiązana jest przedłożyć

Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

- 1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
 - 2) skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczającego,
 - 3) kartę zgonu Ubezpieczającego z podaną przyczyną śmierci lub protokół sekcyjny lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza określający przyczynę śmierci,
 - 4) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli przyczyną śmierci Ubezpieczającego był nieszczęśliwy wypadek,
 - 5) własny dokument tożsamości (nie dotyczy pożyczkodawcy),
 - 6) postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku wraz z klauzulą prawomocności bądź zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia - dotyczy tylko innych spadkobierców Ubezpieczającego, o których mowa w § 16 ust.6 pkt 4).
2. W przypadku śmierci Ubezpieczającego, która nastąpiła za granicą, Uposażony lub inna osoba występująca z roszczeniem winna przedłożyć wraz z dokumentami, o których mowa w ust.1, dokumenty dotyczące śmierci Ubezpieczającego, wystawione za granicą przez uprawnione podmioty, przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
 3. Ubezpieczający, w przypadku zdiagnozowania u niego choroby śmiertelnej, obowiązany jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
 - 1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
 - 2) dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie choroby śmiertelnej w postaci historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, kart leczenia szpitalnego oraz wyników badań,
 - 3) co najmniej dwa pisemne, niezależne zaświadczenia lekarzy specjalistów w danej dziedzinie stwierdzające, że u Ubezpieczającego została zdiagnozowana choroba śmiertelna, która według aktualnego stanu wiedzy medycznej nie rokuje przeżycia przez Ubezpieczającego okresu 12 miesięcy od daty jej zdiagnozowania,
 - 4) dokument tożsamości Ubezpieczającego.
 4. W przypadku zdiagnozowania choroby śmiertelnej u Ubezpieczającego, które nastąpiło za granicą, Ubezpieczający występujący z roszczeniem winien przedłożyć wraz z dokumentami, o których mowa w ust.3, dokumenty medyczne wystawione za granicą przez uprawnione podmioty, przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
 5. Koszty związane z uzyskaniem i przekazaniem dokumentów, o których mowa w ust.1-4 ponosi osoba występująca z roszczeniem o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego.

§ 18 (realizacja świadczenia ubezpieczeniowego)

1. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo informuje o tym osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego, o ile nie jest ona osobą występującą z zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, a także informuje, w formie pisemnej lub drogą elektroniczną (jeżeli osoba występująca z roszczeniem o wypłatę świadczenia wyrazi na to zgodę), osobę występującą z roszczeniem o wypłatę świadczenia, o wykazie dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz procedurze składania i rozpatrywania reklamacji (niezależnie, czy osoba uprawniona do wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczającego jest osobą występującą z zawiadomieniem).
2. Towarzystwo wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe na podstawie uznania roszczenia, w wyniku ustaleń dokonanych w procesie likwidacji, zawartej ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.
3. Towarzystwo wypłaca należne świadczenie w ciągu 30 dni od daty zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Jeżeli w terminie określonym w ust.3 ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego jest niemożliwe, świadczenie to powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym - przy zachowaniu należytej staranności - wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego, wypłaca się w terminie przewidzianym w ust.3.
5. Jeżeli w terminie określonym w ust.3 nie zostanie wypłacone świadczenie ubezpieczeniowe, Towarzystwo zawiadamia osobę występującą z roszczeniem o wypłatę świadczenia o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części.
6. Jeżeli Ubezpieczający zgłosił roszczenie i przed wypłatą świadczenia zmarł, należne przed śmiercią świadczenie wypłaca się spadkobiercom Ubezpieczającego.
7. W przypadku gdy pożyczkodawca, występujący jako uprawniony do wypłaty świadczenia, odstąpi od dochodzenia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia, spadkobiercy Ubezpieczającego mogą dochodzić roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia bezpośrednio od Towarzystwa. Spadkobiercy Ubezpieczającego powinni przedłożyć Towarzystwu oświadczenie pożyczkodawcy o odstąpieniu od dochodzenia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia.

IX. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 19 (zasady korespondencji)

1. Wypowiedzenia, odstąpienia oraz wszelkie inne zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Towarzystwa, Ubezpieczającego i Uposażonego lub osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, powinny być kierowane na piśmie, pod rygorem nieważności, z zastrzeżeniem § 20 ust.1 pkt c). Strony mogą umówić się co do innej formy korespondencji.
2. Towarzystwo i Ubezpieczający zobowiązani są do powiadamiania się wzajemnie o zmianie swojego adresu zamieszkania lub siedziby.

§ 20 (tryb składania i rozpatrywania reklamacji)

1. Ubezpieczający lub osoba uprawniona do świadczenia mająca zastrzeżenia dotyczące świadczonego przez Towarzystwo usług lub wykonywanej przez niego działalności ma prawo składania reklamacji do Towarzystwa:
 - a) w formie pisemnej - oświadczenie w siedzibie Towarzystwa, w dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa zajmującej się obsługą klientów bądź przesyłką pocztową na adres: SALTUS TU ŻYCIE SA, Władysława IV 22, 81-743 Sopot,
 - b) osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Towarzystwa lub dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa zajmującej się obsługą klientów,
 - c) telefonicznie, pod numerem telefonu: 58 770 36 94.
2. Reklamacja powinna zawierać:
 - a) imię, nazwisko, adres i numer telefonu kontaktowego zgłaszającego reklamację,
 - b) numer polisy ubezpieczeniowej,
 - c) przedmiot reklamacji,
 - d) uzasadnienie reklamacji z podaniem ewentualnych dowodów.
3. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie przez Towarzystwo reklamacji chyba, że okoliczność ta nie ma wpływu na sposób procedowania reklamacji.
4. Na żądanie zgłaszającego reklamację Towarzystwo potwierdzi pisemnie na adres wskazany w reklamacji fakt złożenia reklamacji. Towarzystwo na wniosek zgłaszającego reklamację może potwierdzić wpływ reklamacji w postaci elektronicznej.
5. Reklamacja rozpatrywana jest przez Towarzystwo, bez zbędnej zwłoki, a odpowiedź na nią powinna być udzielona nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej wpływu. Po rozpatrzeniu reklamacji, stanowisko Towarzystwa zostanie przesłane w formie pisemnej na adres wskazany w treści reklamacji.
6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust.5, Towarzystwo poinformuje zgłaszającego reklamację o przyczynie opóźnienia, okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia reklamacji oraz o przewidywanym terminie udzielenia odpowiedzi. Łączny czas rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi nie może być dłuższy niż 60 dni od daty wpływu reklamacji.
7. Ubezpieczający lub osoba uprawniona do świadczenia ma prawo do zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz Rzecznika Finansowego.
8. Podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich w rozumieniu ustawy z dnia 23 września 2016 roku o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla Towarzystwa jest Rzecznik Finansowy. Informacje dotyczące podmiotu uprawnionego dostępne są na stronie <http://rf.gov.pl>.
9. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 21 (przepisy zewnętrzne)

1. Podatki i opłaty związane z płatnością składek ubezpieczeniowych obciążają Ubezpieczającego.
2. Przepisy regulujące opodatkowanie świadczeń ubezpieczeniowych określonych w niniejszych OWU, Towarzystwo wskazuje w polisie lub innym dokumencie stanowiącym integralną część umowy ubezpieczenia.
3. W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty zobowiązania finansowe wynikające z umowy ubezpieczenia będą odpowiednio zmienione, zgodnie z kursem wymiany złotego ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski.
4. Wszelkie informacje związane z zawarciem umowy ubezpieczenia, uzyskane przez strony zarówno w trakcie negocjacji zmierzających do podpisania umowy ubezpieczenia, jak i w trakcie realizacji tej umowy, objęte są tajemnicą i nie mogą być udostępniane osobom trzecim, poza przypadkami określonymi powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.
5. W sprawach niuregulowanych niniejszymi OWU, mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy polskiego prawa.

§ 22 (prawo wglądu do akt)

Towarzystwo udostępnia na wniosek Ubezpieczającego bądź osób uprawnionych do odbioru świadczenia ubezpieczeniowego, informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Towarzystwo udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt

kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Towarzystwo. Towarzystwo na wniosek tych osób udostępni informacje i dokumenty w postaci elektronicznej.

§ 23 (spory sądowe)

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

§ 24 (informacja o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa)


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

§ 25

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 16 kwietnia 2018 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie od dnia 16 kwietnia 2018 roku.


ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU


KRZYSZTOF KOSZNIK
WICEPREZES ZARZĄDU


GRZEGORZ BUCZKOWSKI
CZŁONEK ZARZĄDU

**Karta Produktu
INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
- TWÓJ BONUS -**

I. Informacje podstawowe

1.	Główny cel ubezpieczenia	
	Indywidualne Ubezpieczenie na Życie TWÓJ BONUS ma na celu zabezpieczenie spłaty pożyczki/kredytu zabezpieczonego hipoteką na wypadek śmierci pożyczkobiorcy (Ubezpieczającego).	
2.	Zakres ochrony ubezpieczeniowej	
	Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczającego. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczającego, która nastąpiła w okresie obejmowania go ochroną ubezpieczeniową. Za opłatą dodatkowej składki Ubezpieczający może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową na wypadek wystąpienia u niego choroby śmiertelnej, której zdiagnozowanie miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.	
3.	Opis świadczeń przysługujących klientowi lub innym osobom z umowy ubezpieczenia	
	Odpowiedzialność Towarzystwa polega na: 1) w przypadku śmierci Ubezpieczającego - obowiązku wypłaty osobie uprawnionej świadczenia ubezpieczeniowego w kwocie zgodnej na dzień śmierci Ubezpieczającego z zadłużeniem wskazanym w pierwotnym harmonogramie spłat pożyczki lub bieżącym harmonogramie spłat pożyczki w przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia na warunkach opisanych w § 9 ust.2-4, 2) w przypadku zdiagnozowania choroby śmiertelnej - obowiązku wypłaty Ubezpieczającemu świadczenia ubezpieczeniowego w kwocie stanowiącej równowartość 10% zadłużenia wskazanego w pierwotnym harmonogramie spłat pożyczki na dzień zdiagnozowania choroby śmiertelnej lub bieżącym harmonogramie spłat pożyczki w przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia na warunkach opisanych w § 9 ust. 2-4,	
4.	Koszty ponoszone przez Ubezpieczającego	
	Rodzaj kosztów	Kosztem ponoszonym przez Ubezpieczającego jest składka ubezpieczeniowa.
	Wysokość kosztów	Wysokość składki ubezpieczeniowej uzależniona jest od: zakresu ubezpieczenia, wysokości sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, okresu karencji, o którym mowa w § 5 OWU, oraz taryfy składek obowiązującej w dniu zawierania umowy ubezpieczenia.
	Taryfa składek	Stawki taryfowe zawarte w taryfie składek są uzależnione od wieku Ubezpieczającego. Zostały wyznaczone zgodnie z zasadami matematyki aktuariałnej, w oparciu o wykorzystywane przez Towarzystwo tablice trwania życia, z uwzględnieniem kosztów zawarcia i obsługi ubezpieczenia.
	Częstotliwość ponoszenia kosztów	Częstotliwość płatności składki może być miesięczna lub jednorazowa.
5.	Zasady ustalania wysokości świadczenia należnego z tytułu umowy ubezpieczenia, w tym czynników, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości świadczenia	
	Wysokość jednorazowego świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczającego stanowi kwotę stanowiącą wartość zadłużenia na dzień śmierci wskazanego w pierwotnym harmonogramie spłat pożyczki lub bieżącym harmonogramie spłat pożyczki w przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia na warunkach opisanych w § 9 ust.2-4, z zastrzeżeniem § 4 ust.1-3 i § 5 niniejszych OWU Wysokość świadczenia z tytułu wystąpienia u Ubezpieczającego choroby śmiertelnej stanowi równowartość 10% zadłużenia na dzień zdiagnozowania choroby śmiertelnej wskazanego w pierwotnym harmonogramie spłat pożyczki lub bieżącym harmonogramie spłat pożyczki w przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia na warunkach opisanych w § 9 ust.2-4, z zastrzeżeniem § 4 ust.4-6 i § 5.	
6.	Wysokość sumy ubezpieczenia	
	1) Suma ubezpieczenia stanowi podstawę do określenia wysokości świadczenia oraz obliczenia wysokości składki ubezpieczeniowej. 2) Suma ubezpieczenia jest równa wartości zadłużenia, wskazanej w pierwotnym harmonogramie spłat pożyczki na dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej. Suma ubezpieczenia określona jest w polisie.	
7.	Zasady i przesłanki ewentualnej zmiany wysokości sumy ubezpieczenia	
	Nie dotyczy.	
8.	Okres ochrony ubezpieczeniowej	
	Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres wskazany w polisie ubezpieczeniowej, nie dłuższy niż okres umowy pożyczki.	
9.	Zasady kontynuacji lub wznowienia ochrony ubezpieczeniowej	
	Brak możliwości.	

10.	<p>Warunki wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń</p> <ol style="list-style-type: none"> Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona, gdy śmierć Ubezpieczającego nastąpiła wskutek: <ol style="list-style-type: none"> działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wewnętrznych zamieszek, strajków, rozruchów oraz aktów sabotażu, zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radiologicznym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość, umyślnego popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczającego przestępstwa, stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu, zatrucia się Ubezpieczającego spowodowanego spożyciem alkoholu lub środków odurzających, chorób związanych z nadużywaniem przez Ubezpieczającego alkoholu, Zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych użyciem: alkoholu, opiatów, kanaboli, kokainy, halucynogenów; zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych odurzeniem się lotnymi rozpuszczalnikami organicznymi; zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych naprzemiennym przyjmowaniem środków wyżej wymienionych i innych środków psychoaktywnych, działania Ubezpieczającego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości albo działania Ubezpieczającego pod wpływem innych środków odurzających, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniami lekarza, czynnego udziału Ubezpieczającego w aktach przemocy lub terroryzmu, samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczającego w okresie pierwszych dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, o ile powyższe okoliczności wymienione w pkt 1)-9) miały wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczającego w następstwie nieszczęśliwego wypadku będącego wynikiem: <ol style="list-style-type: none"> uprawiania przez Ubezpieczającego sportów wysokiego ryzyka przez Ubezpieczającego, wyczynowego i zawodowego uprawiania sportów przez Ubezpieczającego, wykonywania niebezpiecznych zawodów przez Ubezpieczającego, samookaleczenia się Ubezpieczającego, działania Ubezpieczającego pod wpływem, w stanie lub warunkach choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego, przewozu lotniczego Ubezpieczającego w charakterze innym niż pasażer samolotu pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych, poddania się przez Ubezpieczającego zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarzy, prowadzenia przez Ubezpieczającego pojazdu bez wymaganego prawem uprawnienia do prowadzenia danego pojazdu, o ile powyższe okoliczności wskazane w pkt 1)-8), miały wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci Ubezpieczającego w następstwie nieszczęśliwego wypadku nie jest należne, jeżeli pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczającego nie istniał związek przyczynowy. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdiagnozowania u Ubezpieczającego choroby śmiertelnej, w przypadku gdy choroba śmiertelna została wywołana przez wirus HIV za wyjątkiem zakażenia wirusem HIV w wyniku transfuzji. W przypadku zdiagnozowania kolejnej choroby śmiertelnej u Ubezpieczającego, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, o ile zdiagnozowana choroba śmiertelna nie pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z wcześniej zdiagnozowaną chorobą śmiertelną, z zastrzeżeniem ustępu 6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za kolejną zdiagnozowaną u Ubezpieczającego chorobę śmiertelną, w przypadku gdy zarówno pierwsza, jak i kolejna choroba śmiertelna była spowodowana nowotworami sklasyfikowanymi w II Rozdziale Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD10) pod zbiorczym numerem statystycznym C00-D48.
	<p>Karencja ma zastosowanie:</p> <ol style="list-style-type: none"> w odniesieniu do Ubezpieczającego, który w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ukończył 50 roku życia i wynosi 1 miesiąc od daty rozpoczęcia odpowiedzialności, w odniesieniu do Ubezpieczającego, który w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończył 50 rok życia i wynosi 3 miesiące od daty rozpoczęcia odpowiedzialności. <p>Ograniczenie nie ma zastosowania w sytuacji, gdy przyczyną śmierci Ubezpieczającego był nieszczęśliwy wypadek, z zastrzeżeniem postanowień § 4 ust.2 – 3 OWU.</p>
11.	<p>Możliwość i sposób rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej</p> <p>Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, w każdym czasie, z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.</p>
12.	<p>Skutki rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej</p> <p>Rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej skutkuje brakiem dalszej odpowiedzialności Towarzystwa wobec Ubezpieczającego.</p>
13.	<p>Wysokość kosztów związanych z rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej, ponoszonych przez klienta</p> <p>Brak kosztów.</p>
14.	<p>Zasady i tryb zgłaszania zdarzenia ubezpieczeniowego</p> <p>Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, występująca z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczającego obowiązana jest przedłożyć Towarzystwu, następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo), skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczającego, kartę zgonu Ubezpieczającego z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza określający przyczynę śmierci, dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli przyczyną śmierci Ubezpieczającego był nieszczęśliwy wypadek, własny dokument tożsamości (nie dotyczy pożyczkodawcy), postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku wraz z klauzulą prawomocności bądź zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia - dotyczy tylko innych spadkobierców Ubezpieczającego, o których mowa w § 17 ust.6 pkt 4) OWU. <p>Ubezpieczający występujący z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu choroby śmiertelnej obowiązany jest przedłożyć Towarzystwu, następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy, bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo), dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie choroby śmiertelnej w postaci historii choroby z leczenia ambulatoryjnego, kart leczenia szpitalnego oraz wyników badań, co najmniej dwa pisemne, niezależne zaświadczenia lekarzy specjalistów w danej dziedzinie stwierdzające, że u Ubezpieczającego została zdiagnozowana choroba śmiertelna, która według aktualnego stanu wiedzy medycznej nie rokuje przeżycia przez Ubezpieczającego okresu 12 miesięcy od daty jej zdiagnozowania, dokument tożsamości Ubezpieczającego.

15.	Tryb składania i rozpatrywania reklamacji
	<ol style="list-style-type: none"> Ubezpieczający lub osoba uprawniona do świadczenia mająca zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez Towarzystwo usług lub wykonywanej przez niego działalności ma prawo składania reklamacji do Towarzystwa: <ol style="list-style-type: none"> w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa, w dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa zajmującej się obsługą klientów bądź przesyłką pocztową na adres: SALTUS TU ŻYCIE SA, Władysława IV 22, 81-743 Sopot, osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Towarzystwa lub dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa zajmującej się obsługą klientów, telefonicznie, pod numerem telefonu: 58 770 36 90. Reklamacja powinna zawierać: <ol style="list-style-type: none"> imię, nazwisko, adres i numer telefonu kontaktowego zgłaszającego reklamację, numer polisy ubezpieczeniowej, przedmiot reklamacji, uzasadnienie reklamacji z podaniem ewentualnych dowodów. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie przez Towarzystwo reklamacji chyba, że okoliczność ta nie ma wpływu na sposób procedowania reklamacją. Na żądanie zgłaszającego reklamację Towarzystwo potwierdzi pisemnie na adres wskazany w reklamacji fakt złożenia reklamacji. Towarzystwo na wniosek zgłaszającego reklamację może potwierdzić wpływ reklamacji w postaci elektronicznej. Reklamacja rozpatrywana jest przez Towarzystwo, bez zbędnej zwłoki, a odpowiedź na nią powinna być udzielona nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej wpływu. Po rozpatrzeniu reklamacji, stanowisko Towarzystwa zostanie przesłane w formie pisemnej na adres wskazany w treści reklamacji. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust.5, Towarzystwo poinformuje zgłaszającego reklamację o przyczynie opóźnienia, okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia reklamacji oraz o przewidywanym terminie udzielenia odpowiedzi. Łączny czas rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi nie może być dłuższy niż 60 dni od daty wpływu reklamacji. Ubezpieczający lub osoba uprawniona do świadczenia ma prawo do zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz Rzecznika Finansowego. Podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich w rozumieniu ustawy z dnia 23 września 2016 roku o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla Towarzystwa jest Rzecznik Finansowy. Informacje dotyczące podmiotu uprawnionego dostępne są na stronie http://rf.gov.pl/. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
16.	Zasady obejmowania ochroną ubezpieczeniową osób innych niż klient i zakres takiej ochrony
	Nie dotyczy.
17.	Podmiot uprawniony do otrzymania świadczenia z umowy ubezpieczenia
	<ol style="list-style-type: none"> Ubezpieczający może wskazać jednego lub więcej Uposażonych do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego. Wskazanie Uposażonego może nastąpić zarówno przy zawarciu umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej trwania. Ubezpieczający ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać Uposażonego. Zmiana lub odwołanie Uposażonego następuje w momencie wpłynięcia tego zawiadomienia do Towarzystwa. Jeżeli zostało wskazanych kilku Uposażonych, a nie oznaczono ich udziału w kwocie świadczenia, uważa się, że ich udziały są równe. Wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczającego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczającego nie ma imiennie wyznaczonego Uposażonego, świadczenie ubezpieczeniowe otrzymują wskazane poniżej osoby, w następującej kolejności: <ol style="list-style-type: none"> małżonek, z którym Ubezpieczający pozostaje w związku małżeńskim w dacie wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa – otrzymuje w całości, dzieci Ubezpieczającego – otrzymują w równych częściach, rodzice Ubezpieczającego – otrzymują w równych częściach, inni spadkobiercy Ubezpieczającego – otrzymują w równych częściach, po przedłożeniu postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku wraz z klauzulą prawomocności bądź zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia. W razie braku Uposażonego lub osoby wymienionej w ust.6, z przysługującego świadczenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaca, w granicach sumy ubezpieczenia, w pierwszym rzędzie udowodnione rachunkami koszty pogrzebu osobie, która te koszty poniosła.
18.	Prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w przypadku, gdy takie uprawnienie przysługuje klientowi
	Jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta jest na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia przez złożenie Towarzystwu pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczyciel nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie; odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
19.	Przepisy regulujące ewentualne opodatkowanie świadczeń zakładu ubezpieczeń
	Nie dotyczy.
20.	Informacje o ewentualnych premiach i rabatach
	Nie dotyczy.
21.	Ryzyka związane z ubezpieczeniem
	Nie dotyczy.
22.	Główne cechy ubezpieczenia
	<ul style="list-style-type: none"> umowa ubezpieczeniowa dla pożyczkobiorców, zawierających umowę pożyczki/kredytu zabezpieczonego hipoteką, w przypadku śmierci Ubezpieczającego - obowiązku wypłaty osobie uprawnionej świadczenia ubezpieczeniowego w kwocie zgodnej na dzień śmierci Ubezpieczającego z zadłużeniem wskazanym w pierwotnym harmonogramie spłat pożyczki lub bieżącym harmonogramie spłat pożyczki w przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia na warunkach opisanych w § 9 ust.2-4, - w przypadku zdiagnozowania choroby śmiertelnej - obowiązku wypłaty Ubezpieczającemu świadczenia ubezpieczeniowego w kwocie stanowiącej równowartość 10% zadłużenia wskazanego w pierwotnym harmonogramie spłat pożyczki na dzień zdiagnozowania choroby śmiertelnej lub bieżącym harmonogramie spłat pożyczki w przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia na warunkach opisanych w § 9 ust. 2-4, składka ustalona w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, opłacana z częstotliwością miesięczną lub jednorazowo.

II. Zastrzeżenia i informacje prawne dotyczące Karty Produktu

- Karta Produktu została opracowana zgodnie z wytycznymi określonymi w Rekomendacji U dotyczącej dobrych praktyk w zakresie bancassurance opracowanej przez Komisję Nadzoru Finansowego w czerwcu 2014 r. i ma za zadanie pokazać kluczowe informacje o produkcie ubezpieczeniowym i pomóc zrozumieć cechy produktu.
- Przedstawionych powyżej informacji nie należy odczytywać jako oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu Cywilnego, ani rekomendacji do złożenia wniosku ubezpieczeniowego.
- Powyższy dokument nie stanowi wzorca umownego ani też części umowy uzgodnionej indywidualnie. Dokument jest prezentowany w celach informacyjnych i nie powinien być wyłączną podstawą podejmowania decyzji dotyczących ubezpieczenia.
- Klient powinien rozważyć ryzyka związane z zakupem produktu, potencjalne korzyści oraz straty, charakterystykę produktu oraz konsekwencje prawne związane z zawarciem produktu.
- Decyzja o nabyciu produktu ubezpieczeniowego powinna zostać podjęta po wcześniejszym zapoznaniu się z dokumentacją ubezpieczeniową, zwłaszcza z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia, gdzie znajdują się szczegółowe informacje o ubezpieczeniu.

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie Twój Bonus, uchwalonymi w dniu 16 kwietnia 2018 roku.

SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna
81-743 Sopot, ul. Władysława IV 22
tel.: 801 888 666, fax: 58 550 97 29
e-mail: info@saltus.pl
www.saltus.pl