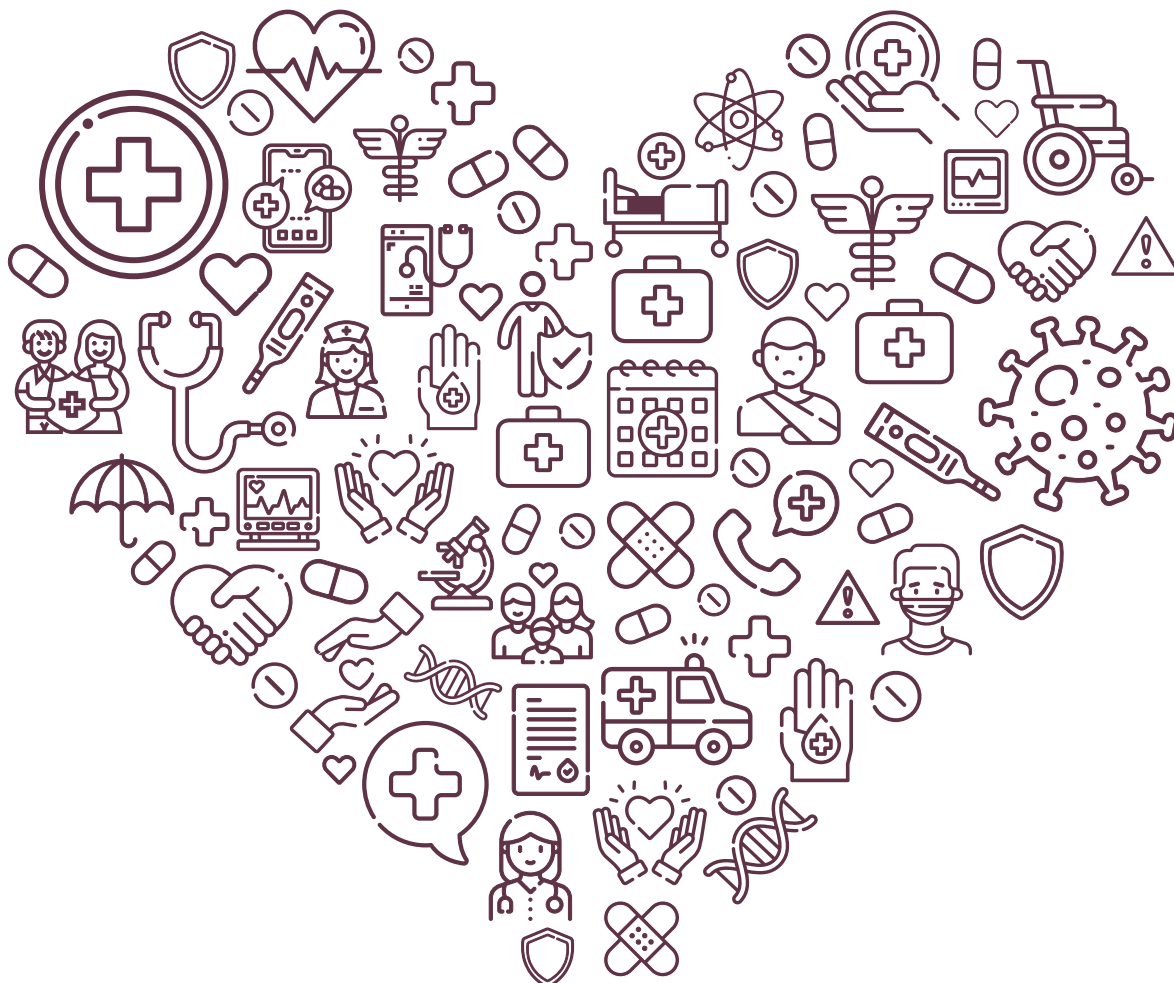


SALTUS
UBEZPIECZENIA



ZDROWY ORGANIZM TWOJEJ FIRMY

GRUPOWE UBEZPIECZENIE VERTUS ŻYCIE I ZDROWIE

WARUNKI UBEZPIECZENIA

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie **7**

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE	9
II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	9
III. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	10
IV. SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA	10
V. UMOWA UBEZPIECZENIA	10
VI. CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA	11
VII. PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY	11
VIII. OSOBA UPRAWNIONA DO ŚWIADCZENIA	12
IX. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH	12
X. INDYWIDUALNA KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA	12
XI. POSTANOWIENIA KOŃCOWE	12

ŻYCIE I ZDROWIE UBEZPIECZONEGO **14**

Ubezpieczenie na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku	15
Ubezpieczenie na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy	17
Ubezpieczenie na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego	19
Ubezpieczenie na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy	21
Ubezpieczenie na wypadek śmierci w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	23
Ubezpieczenie na wypadek osierocenia dziecka	25
Ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa w następstwie nieszczęśliwego wypadku	27
Ubezpieczenie na wypadek uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	29
Ubezpieczenie na wypadek uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy	31
Ubezpieczenie na wypadek uszczerbku na zdrowiu w następstwie wypadku komunikacyjnego	33
Ubezpieczenie na wypadek uszczerbku na zdrowiu w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy	35
Ubezpieczenie na wypadek uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	37
Ubezpieczenie na wypadek czasowej niezdolności do pracy zarobkowej	40
Ubezpieczenie na wypadek całkowitej niezdolności do pracy zarobkowej	42
Ubezpieczenie na wypadek całkowitej niezdolności do pracy zarobkowej w następstwie nieszczęśliwego wypadku	44
Ubezpieczenie na wypadek pobytu w szpitalu	46
Ubezpieczenie na wypadek pobytu w szpitalu z powodu epidemii	49
Ubezpieczenie na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	51
Ubezpieczenie na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy	53
Ubezpieczenie na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego	56
Ubezpieczenie na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy	58
Ubezpieczenie na wypadek poważnego zachorowania - wariant podstawowy (23 choroby)	61
Ubezpieczenie na wypadek poważnego zachorowania - wariant rozszerzony (37 chorób)	64
Ubezpieczenie na wypadek operacji medycznej	68
Ubezpieczenie na wypadek operacji medycznej w następstwie nieszczęśliwego wypadku	70

ŻYCIE I ZDROWIE MAŁŻONKA lub PARTNERA **72**

Ubezpieczenie na wypadek śmierci	73
Ubezpieczenie na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku	75
Ubezpieczenie na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy	77
Ubezpieczenie na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego	79
Ubezpieczenie na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy	81
Ubezpieczenie na wypadek śmierci w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	83
Ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa w następstwie nieszczęśliwego wypadku	85
Ubezpieczenie na wypadek uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	87
Ubezpieczenie na wypadek uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy	89
Ubezpieczenie na wypadek uszczerbku na zdrowiu w następstwie wypadku komunikacyjnego	91
Ubezpieczenie na wypadek uszczerbku na zdrowiu w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy	93
Ubezpieczenie na wypadek uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	95
Ubezpieczenie na wypadek pobytu w szpitalu	98
Ubezpieczenie na wypadek pobytu w szpitalu z powodu epidemii	101
Ubezpieczenie na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	104
Ubezpieczenie na wypadek poważnego zachorowania - wariant podstawowy (23 choroby)	107

Ubezpieczenie na wypadek poważnego zachorowania - wariant rozszerzony (37 chorób)	110
Ubezpieczenie na wypadek operacji medycznej	114
Ubezpieczenie na wypadek operacji medycznej w następstwie nieszczęśliwego wypadku	116

ŻYCIE I ZDROWIE DZIECKA 118

Ubezpieczenie na wypadek śmierci	119
Ubezpieczenie na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku	121
Ubezpieczenie na wypadek pobytu w szpitalu	123
Ubezpieczenie na wypadek poważnego zachorowania wariant podstawowy (10 chorób)	126
Ubezpieczenie na wypadek poważnego zachorowania - wariant rozszerzony (20 chorób)	128
Ubezpieczenie na wypadek urodzenia się dziecka	131
Ubezpieczenie na wypadek urodzenia się dzieci wskutek ciąży mnogiej	133
Ubezpieczenie na wypadek urodzenia się dziecka wymagającego leczenia	135
Ubezpieczenie na wypadek urodzenia się martwego dziecka	137

ŻYCIE RODZICÓW lub TEŚCIÓW 139

Ubezpieczenie na wypadek śmierci	140
----------------------------------	-----

USŁUGI WSPIERAJĄCE POWRÓT DO ZDROWIA UBEZPIECZONEGO 142

Ubezpieczenie na wypadek urodzenia się dziecka – POMOC DLA RODZICÓW	143
Ubezpieczenie na wypadek nagłego zachorowania i nieszczęśliwego wypadku – NA WSZELKI WYPADEK	147
Ubezpieczenie na wypadek nagłego zachorowania i nieszczęśliwego wypadku – POWRÓT DO ZDROWIA	151
Ubezpieczenie na wypadek nagłego zachorowania i nieszczęśliwego wypadku – SPORT I AKTYWNOŚĆ	155
Ubezpieczenie na wypadek poważnej choroby serca – POMOC dla SERCA	159
Ubezpieczenie – WSPARCIE W POWAŻNYM ZACHOROWANIU	163

ZAŁĄCZNIKI 169

Tabela operacji medycznych	170
Tabela procentowego uszczerbku na zdrowiu powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	174

Grupowe Ubezpieczenie VERTUS Życie i Zdrowie

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: Grupowe Ubezpieczenie VERTUS Życie i Zdrowie

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje na temat umowy dotyczące niniejszego produktu ubezpieczeniowego podane są w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie uchwalonych w dniu 30 lipca 2020 roku (OWU) wraz z Ogólnymi Warunkami Dodatkowych Grupowych Ubezpieczeń uchwalonymi w dniu 27 sierpnia 2020 roku (OWDU) przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA i mającymi zastosowanie do umów zawieranych od dnia 1 września 2020 roku oraz w treści dokumentu ubezpieczenia.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

VERTUS Życie i Zdrowie jest dobrowolnym ubezpieczeniem grupowym na życie z Działu I Grupy 1 i 5 zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Ubezpieczenie jest kierowane do pracowników przedsiębiorstw, którzy zainteresowani są ochroną ubezpieczeniową.



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ Życie i zdrowie Ubezpieczonego
- ✓ Umowa podstawowa gwarantuje wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego z każdej przyczyny.
- ✓ Za opłatą dodatkowej składki SALTUS TU ŻYCIE SA obejmuje ochroną ubezpieczeniową następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - ✓ śmierć małżonka/partnera Ubezpieczonego z każdej przyczyny i dodatkowo w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wypadku komunikacyjnego, wypadku przy pracy i spowodowaną zawałem serca lub udarem mózgu,
 - ✓ osierocenia dziecka Ubezpieczonego,
 - ✓ śmierć dziecka Ubezpieczonego, rodziców i teściów Ubezpieczonego z każdej przyczyny i dodatkowo w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - ✓ inwalidztwo Ubezpieczonego lub małżonka/partnera Ubezpieczonego spowodowane następstwami nieszczęśliwego wypadku,
 - ✓ czasową i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego spowodowaną chorobą lub następstwami nieszczęśliwego wypadku,
 - ✓ trwałe uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego lub małżonka/partnera Ubezpieczonego spowodowany następstwami nieszczęśliwego wypadku, wypadku komunikacyjnego, wypadku przy pracy i spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu,
 - ✓ pobyt Ubezpieczonego lub małżonka/partnera Ubezpieczonego w szpitalu z każdej przyczyny, z powodu choroby będącej przyczyną ogłoszenia epidemii, na skutek leczenia w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wypadku komunikacyjnego i wypadku przy pracy,
 - ✓ pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu z każdej przyczyny,
 - ✓ rozpoznanie poważnego zachorowania u Ubezpieczonego, małżonka/partnera lub u dziecka Ubezpieczonego,
 - ✓ przeprowadzenie operacji medycznej u Ubezpieczonego i małżonka/partnera z powodu choroby i/ub następstw nieszczęśliwych wypadków,
 - ✓ urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu zdrowemu i chorego, w tym z ciąży bliźniaczej/mnogiej, jak również zakończonej martwym urodzeniem dziecka,
 - ✓ konieczność udzielenia usług wspierających powrót do zdrowia z powodu nagłego zachorowania Ubezpieczonego, stanu zdrowia będącego następstwem nieszczęśliwych wypadków i urodzenia dziecka.



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- ✗ Zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową powstałych poza okresem ubezpieczenia.
- ✗ Inwalidztwa, które nie zostało wskazane w odpowiednich OWDU.
- ✗ Uszczerbków na zdrowiu nie wymienionych w Tabeli uszczerbków, będącej załącznikiem do odpowiednich OWDU.
- ✗ Pobytów w szpitalu krótszych niż to opisano w odpowiednich OWDU.
- ✗ Poważnego zachorowania, które nie zostało wskazane w odpowiednich OWDU lub gdy pozostaje w związku przyczynowo - skutkowym z wcześniej rozpoznany poważnym zachorowaniem, w związku z którym SALTUS TU ŻYCIE SA wypłaciło świadczenie ubezpieczeniowe.
- ✗ Operacji medycznych nie wymienionych w Tabeli operacji medycznych, będącej załącznikiem do odpowiednich OWDU.
- ✗ Niezależnie od liczby operacji medycznych przeprowadzonych w okresie kolejnych 60 dni w związku z leczeniem obrażeń ciała powstałych w wyniku nieszczęśliwego wypadku, SALTUS TU ŻYCIE SA wypłaci tylko jedno, najwyższe świadczenie zgodnie z Tabelą operacji medycznych.
- ✗ Kosztów połączeń telefonicznych z Centrum Operacyjnym, Centrum Telemedycznym i kosztów naprawy zestawu Teleopieki Kardiologicznej.



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

! Odpowiedzialność SALTUS TU ŻYCIE SA jest wyłączona, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpiło:

- ! wskutek działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych,
- ! wskutek zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radiologicznym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepiania jądrowego lub promieniotwórczość,
- ! w wyniku umyślnego popełnienia lub usiłowania popełnienia przez osobę objętą ochroną ubezpieczeniową przestępstwa, stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu,
- ! zatrucia się osoby objętej ochroną ubezpieczeniową spowodowanego spożywaniem alkoholu lub środków odurzających bądź działania osoby objętej ochroną ubezpieczeniową w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości albo działania osoby objętej ochroną ubezpieczeniową pod wpływem innych środków odurzających, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,
- ! wskutek czynnego udziału osoby objętej ochroną ubezpieczeniową w aktach przemocy lub terroryzmu, z wyłączeniem przypadków obrony koniecznej,
- ! wskutek samobójstwa popełnionego przez osobę objętą ochroną ubezpieczeniową w okresie pierwszych dwóch lat od daty złożenia przez Ubezpieczonego deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia grupowego, o ile miało to wpływ na powstanie zdarzenia ubezpieczeniowego.

! SALTUS TU ŻYCIE SA nie ponosi odpowiedzialności z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku będącego wynikiem:

- ! uprawiania przez osobę objętą ochroną ubezpieczeniową sportów wysokiego ryzyka,
- ! samookaleczenia się osoby objętej ochroną ubezpieczeniową,
- ! działania osoby objętej ochroną ubezpieczeniową pod wpływem, w stanie lub warunkach zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego,
- ! przewozu lotniczego osoby objętej ochroną ubezpieczeniową, w charakterze innym niż pasażer samolotu pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
- ! poddania się osoby objętej ochroną ubezpieczeniową zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarzy,
- ! prowadzenia przez osobę objętą ochroną ubezpieczeniową pojazdu bez wymaganego prawem uprawnienia do prowadzenia danego pojazdu, o ile miało to wpływ na powstanie zdarzenia ubezpieczeniowego.

! SALTUS TU ŻYCIE SA nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli czasowa niezdolność do pracy spowodowana była:

- ! leczeniem lub poddaniem się przez Ubezpieczonego zabiegowi pozostającemu w związku z ciążą, porodem lub położeniem,
- ! poddaniem się operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba, że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu Ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności SALTUS TU ŻYCIE SA z tytułu umowy dodatkowej,
- ! wykonywaniem rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie była choroba lub obrażenia ciała osoby objętej ubezpieczeniową,
- ! wykonywaniem zabiegów rehabilitacyjnych,
- ! leczeniem zaburzeń psychicznych,
- ! leczeniem choroby AIDS lub zakażeniem wirusem HIV,
- ! leczeniem wad wrodzonych,
- ! leczeniem zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu lub środków odurzających, z wyłączeniem przypadków ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza.

! SALTUS TU ŻYCIE SA nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli celem pobytu w szpitalu jest:

- ! leczenie lub poddanie się przez osobę objętą ochroną ubezpieczeniową zabiegowi pozostającemu w związku z ciążą, porodem lub położeniem (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),
- ! 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 SALTUS TU ŻYCIE SA z tytułu umowy dodatkowej,
- ! 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,
- ! wykonanie zabiegów rehabilitacyjnych,
- ! leczenie zaburzeń psychicznych,
- ! leczenie choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV,
- ! leczenie wad wrodzonych,
- ! leczenie zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu lub środków odurzających, z wyłączeniem przypadków ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza

! SALTUS TU ŻYCIE SA nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli poważne zachorowanie jest następstwem lub konsekwencją wady wrodzonej lub gdy jest następstwem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV.

! SALTUS TU ŻYCIE SA nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli operacja medyczna dotyczy:

- ! leczenia wad wrodzonych,
- ! pobrania organów tkanek od osoby objętej ochroną ubezpieczeniową jako dawcy,
- ! operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu osoba objęta ochroną ubezpieczeniową uległa w okresie odpowiedzialności SALTUS TU ŻYCIE SA z tytułu umowy dodatkowej,
- ! korekty ostrości wzroku,
- ! ciąży, porodu, położu, powikłań ciąży, poronienia samoistnego lub sztucznego,
- ! zmiany płci,
- ! leczenia niepłodności,
- ! sterylizacji, podwiązania, przecięcia jajowodów lub antykoncepcji operacyjnej,
- ! chirurgii szczękowej, włączając wszczepienie zębów,
- ! chirurgii zwiadowczej i eksperymentalnej,
- ! eksperymentów medycznych,
- ! leczenia choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV.

! Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są także zabiegi diagnostyczne i stomatologiczne.

! SALTUS TU ŻYCIE SA nie spełni świadczenia ubezpieczeniowego należnego z tytułu ubezpieczenia POWRÓT DO ZDROWIA lub SPORT i AKTYWNOŚĆ, jeżeli przyczyną nagłego zachorowania jest zaostrzenie choroby przewlekłej.



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

✓ Na terytorium całego świata.



Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

- Ubezpieczający 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 zawarciu umowy ubezpieczenia.
- Ubezpieczony zobowiązany jest do udzielenia zgodnych z prawdą, odpowiedzi na postawione przez SALTUS TU ŻYCIE SA pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego oraz innych okoliczności, istotnych dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego przy przystępowaniu do ubezpieczenia grupowego, bądź zmianie ubezpieczenia grupowego lub podgrupy zawarte w formularzach SALTUS TU ŻYCIE SA lub w kierowanych do niego innych pismach.
- Ubezpieczający zobowiązany jest do terminowego opłacania składki ubezpieczeniowej.
- Ubezpieczony lub osoba uprawniona, w przypadku zgłaszania roszczenia, zobowiązany jest do przedłożenia SALTUS TU ŻYCIE SA dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia.



Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia grupowego opłacana jest z częstotliwością miesięczną.

Składkę przekazuje Ubezpieczający przelewem na rachunek bankowy SALTUS TU ŻYCIE SA.

Datą wymagalności składki jest ostatni dzień miesiąca poprzedzający miesiąc, za który należna jest składka ubezpieczeniowa.

Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania SALTUS TU ŻYCIE SA składek ubezpieczeniowych w terminie do ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, za który należna jest składka ubezpieczeniowa.



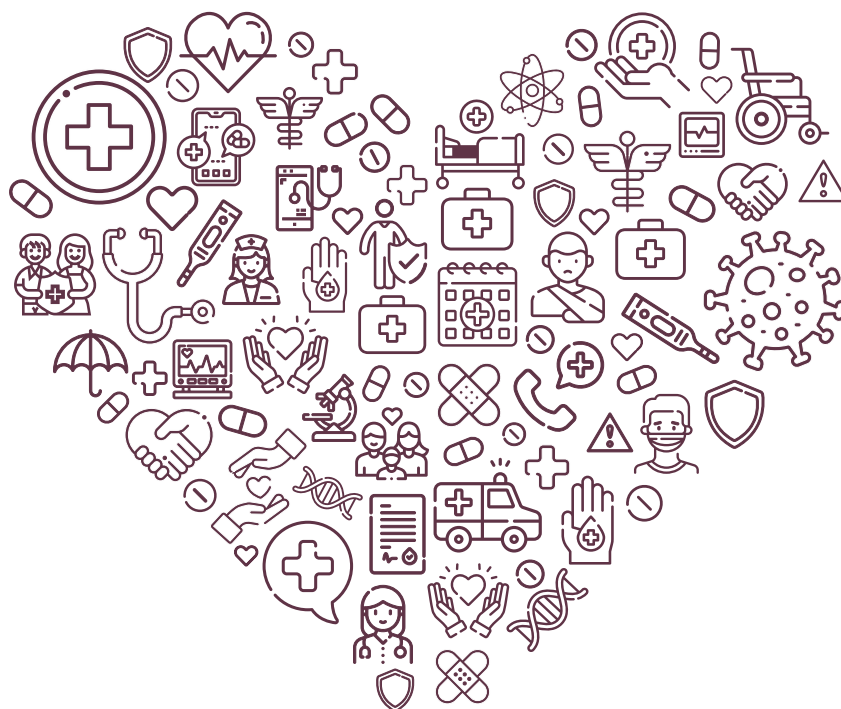
Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

- Umowa ubezpieczenia grupowego zawierana jest na jeden rok.
- Umowa ubezpieczenia zostanie automatycznie przedłużona na okres kolejnego roku, o ile najpóźniej na 30 dni przed końcem umowy ubezpieczenia, żadna ze stron nie złoży pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy lub o gotowości przedłużenia umowy na zmienionych warunkach.
- W stosunku do Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa, rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym została złożona SALTUS TU ŻYCIE SA prawidłowo wypełniona deklaracja zgody Ubezpieczonego na przystąpienie do ubezpieczenia grupowego lub w przypadkach określonych w OWU pierwszego dnia miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym dokonano pozytywnej weryfikacji wypełniono prawidłowo deklaracji stanu zdrowia ubezpieczonego.
- Odpowiedzialność SALTUS TU ŻYCIE SA kończy się:
 - z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego - względem wszystkich ubezpieczonych,
 - z upływem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia przez Ubezpieczającego umowy ubezpieczenia względem wszystkich lub poszczególnych Ubezpieczonych, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego,
 - z dniem wykreślenia Ubezpieczającego z właściwego rejestru bądź ewidencji - wskutek zaprzestania prowadzenia działalności przez Ubezpieczającego - względem wszystkich ubezpieczonych,
 - z upływem okresu na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, jeżeli któraś ze stron złożyła oświadczenie o nieprzedłużaniu umowy ubezpieczenia.
- Ponadto w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych, odpowiedzialność kończy się:
 - z końcem miesiąca, w którym nastąpiło rozwiązanie lub wygaśnięcie stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego głównego z Ubezpieczającym,
 - w rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony ukończył 70 rok życia,
 - z dniem śmierci Ubezpieczonego,
 - z upływem okresu wypowiedzenia.
- Z chwilą ustania ochrony ubezpieczeniowej wobec Ubezpieczonego głównego kończy się ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonych dodatkowych.



Jak rozwiązać umowę?

- Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu na jaki została zawarta, o ile nie dojdzie do jej przedłużenia.
- Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, przez złożenie SALTUS TU ŻYCIE SA pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia; odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim SALTUS TU ŻYCIE SA udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
- Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
- Wypowiedzenie umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres trwania odpowiedzialności SALTUS TU ŻYCIE SA.
- Na wniosek Ubezpieczającego i za zgodą SALTUS TU ŻYCIE SA, umowa ubezpieczenia może zostać rozwiązana względem poszczególnych Ubezpieczonych ze skutkiem na koniec miesiąca, za który została opłacona składka ubezpieczeniowa.
- W przypadku rozwiązania podstawowej umowy ubezpieczenia, umowy ubezpieczeń dodatkowych zostaną rozwiązane w tym samym trybie i na tych samych warunkach.
- Umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego w odniesieniu do osoby objętej ubezpieczeniem, gdy składka należna za tę osobę nie zostanie opłacona najpóźniej w trzeciej kolejnej dacie wymagalności składki ubezpieczeniowej, płatnej za tę osobę, mimo otrzymania przez Ubezpieczającego od SALTUS TU ŻYCIE SA wezwania do zapłaty składki w tej dacie; okres wypowiedzenia kończy się z upływem trzeciej kolejnej daty wymagalności składki ubezpieczeniowej, płatnej za osobę objętą ubezpieczeniem.



OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA VERTUS ŻYCIE I ZDROWIE

GRUPOWE UBEZPIECZENIE VERTUS ŻYCIE I ZDROWIE

WARUNKI UBEZPIECZENIA

Informacja o produkcie
grupowe ubezpieczenie Vertus Życie i Zdrowie

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie,
uchwalonymi przez Zarząd
SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 30 lipca 2020 roku.

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

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA VERTUS ŻYCIE I ZDROWIE

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, zwanych dalej OWU, SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, zwane dalej "Towarzystwem", w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, zawiera umowy grupowego ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie z osobami fizycznymi, osobami prawnymi, jednostkami organizacyjnymi niebędącymi osobami prawnymi, którym ustawa przyznaje zdolność prawną, zwanymi dalej „Ubezpieczającymi”.
2. Umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWU, jest umową grupową zawartą na cudzy rachunek ze wskazaniem i za zgodą osób, na rachunek których została zawarta.
3. Umowy ubezpieczeń dodatkowych mogą być zawierane na podstawie odpowiednich Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, zwanych dalej OWDU, pod warunkiem wcześniejszego lub jednoczesnego zawarcia z Towarzystwem podstawowej umowy ubezpieczenia. Zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego zostanie stwierdzone w dokumencie ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie podstawowej umowy ubezpieczenia lub w aneksie do tego dokumentu.
4. Za porozumieniem stron do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia odmienne od ustalonych w niniejszych OWU i OWDU.
5. W przypadku określonym w ust. 4, Towarzystwo zobowiązane jest przedstawić Ubezpieczającemu różnicę między treścią umowy ubezpieczenia a treścią OWU i OWDU w formie pisemnej przed zawarciem umowy ubezpieczenia. W razie niedopełnienia tego obowiązku, Towarzystwo nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego. Przepisu tego nie stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych w drodze negocjacji.

§ 2 (definicje)

Przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWU:

- 1) **certyfikat ubezpieczenia** – dokument potwierdzający objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
- 2) **deklaracja stanu zdrowia Ubezpieczonego** – oświadczenie o stanie zdrowia Ubezpieczonego zawarte w deklaracji zgody na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia (deklaracja zgody),
- 3) **data wymagalności** – data, do której zgodnie z umową ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki ubezpieczeniowej; jeżeli nie umówiono się inaczej, datą wymagalności składki jest ostatni dzień miesiąca poprzedzający miesiąc, za który należna jest składka ubezpieczeniowa,
- 4) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 25 roku życia,
- 5) **małżonek** – osoba, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dacie wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa,
- 6) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, w następstwie, którego osoba objęta ochroną ubezpieczeniową niezależnie od swojej woli, doznała trwałego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarła,
- 7) **okres ubezpieczenia** – okres, w którym Towarzystwo ponosi odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego,
- 8) **osoba objęta ochroną ubezpieczeniową** – Ubezpieczony i Współubezpieczony,
- 9) **partner** – osoba wskazana w deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia, niespokrewniona z Ubezpieczonym w linii prostej, niebędąca rodzeństwem ani powinowatym z Ubezpieczonym, która w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przez co najmniej 12 miesięcy, wspólnie z Ubezpieczonym zamieszkiwała i prowadziła wspólne gospodarstwo domowe, a przy tym żadna z wymienionych osób nie pozostawała w związku małżeńskim,
- 10) **pełnoletnie dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które ukończyło 18 rok życia i nie ukończyło 69 roku życia,
- 11) **podgrupa** – grupa Ubezpieczonych wyodrębniona ze względu na zaakceptowane przez Towarzystwo kryterium, w szczególności zakres ubezpieczenia, sposób zdefiniowania sumy ubezpieczenia lub składki ubezpieczeniowej,
- 12) **polisa** – dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia między Ubezpieczającym a Towarzystwem,
- 13) **rocznica polisy** – każda kolejna rocznica wskazanego w polisie dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, przy czym za rocznicę dnia 29 lutego uważa się dzień 28 lutego następnego roku polisowego (w przypadku, gdy w roku polisowym występuje dzień 29 lutego, za rocznicę polisy uważa się dzień 29 lutego),
- 14) **rodzice** – matka lub ojciec Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; za rodziców Ubezpieczonego uznaje się również (jeżeli matka lub ojciec Ubezpieczonego nie żyją) osoby będące w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - a) żoną ojca Ubezpieczonego lub wdową po ojcu Ubezpieczonego, o ile po śmierci ojca Ubezpieczonego nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
 - b) mężem matki Ubezpieczonego lub wdowcem po matce Ubezpieczonego, o ile po śmierci matki Ubezpieczonego nie wstąpił ponownie w związek małżeński,
- 15) **rok polisowy** – okres 12 miesięcy liczonych od dnia rocznicy polisy do dnia poprzedzającego kolejną rocznicę polisy,
- 16) **sporty wysokiego ryzyka** – sporty wodne uprawiane na rzekach górskich, nurkowanie

- przy użyciu aparatów gazowych, surfing, windsurfing, kitesurfing, sporty motorowe i motorowodne, sporty spadochronowe, sporty balonowe, paralotniarstwo, szybownictwo, pilotowanie samolotów silnikowych, skoki bungee, sztuki walki i sporty obronne, sporty związane z użyciem broni, wspinaczka górską i skałkowa, speleologia, myślistwo, rugby, futbol amerykański, jazda konna, kolarstwo, jazda na nartach wodnych, narciarstwo zjazdowe, snowboard, bobsleje, saneczkarstwo, skoki narciarskie i akrobatyczne, narciarstwo ekstremalne, heliskiing, heliboarding, sporty, w których wykorzystywane są pojazdy poruszające się po śniegu lub lodzie, wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, góry powyżej 2500 m n.p.m., busz, obszary podbiegunowe, dżungla, tereny lodowcowe lub wiecznej zmarzliny albo udział w ekspedycjach wymagających użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego,
- 17) **stosunek prawny** – relacja łącząca Ubezpieczonego głównego z Ubezpieczającym poprzez zatrudnienie, członkostwo bądź inną formę zaakceptowaną przez Towarzystwo,
 - 18) **suma ubezpieczenia** – kwota określona w polisie stanowiąca podstawę do określenia wysokości świadczeń ubezpieczeniowych oraz obliczenia wysokości składek ubezpieczeniowych,
 - 19) **świadczenie ubezpieczeniowe** – kwota, którą Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu lub osobie uprawnionej w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
 - 20) **teściowie** – matka lub ojciec (w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego) osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dacie wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa; za teściów Ubezpieczonego uznaje się również (jeżeli teściowa lub teść Ubezpieczonego nie żyją) osoby będące w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - a) żoną teścia Ubezpieczonego lub wdową po teściu Ubezpieczonego, o ile po śmierci teścia Ubezpieczonego nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
 - b) mężem teściowej Ubezpieczonego lub wdowcem po teściowej Ubezpieczonego, o ile po śmierci teściowej Ubezpieczonego nie wstąpił ponownie w związek małżeński,
 - 21) **Ubezpieczający** – podmiot, który zawarł umowę ubezpieczenia z Towarzystwem,
 - 22) **ubezpieczenie grupowe** – umowa ubezpieczenia zawarta na rachunek członków grupy, którzy wyrazili zgodę na przystąpienie do umowy ubezpieczenia,
 - 23) **Ubezpieczony** – wskazana w umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie lub zdrowie jest przedmiotem umowy ubezpieczenia, która w dniu składania deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia ukończyła 15 lat, a nie ukończyła 69 roku życia i:
 - a) pozostaje w stosunku prawnym z Ubezpieczającym (dalej: **Ubezpieczony główny**),
 - b) jest małżonkiem albo pełnoletnim dzieckiem Ubezpieczonego głównego (dalej: **Ubezpieczony dodatkowy**),
 - 24) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie OWDU,
 - 25) **umowa podstawowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWU,
 - 26) **Uposażony** – wskazana przez Ubezpieczonego osoba uprawniona do odbioru świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek jego śmierci,
 - 27) **Współubezpieczony** – członek rodziny Ubezpieczonego, którego życie lub zdrowie objęte jest zakresem umowy dodatkowej ubezpieczenia; Współubezpieczonym może być:
 - a) małżonek lub partner Ubezpieczonego,
 - b) dziecko Ubezpieczonego,
 - c) rodzice oraz teściowie Ubezpieczonego,
 - 28) **zaburzenia psychiczne** – zaburzenia czynności psychicznych i zachowania zakwalifikowane w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99),
 - 29) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie, którego zajście zobowiązuje Towarzystwo do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego na zasadach określonych w OWU i/lub OWDU.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot ubezpieczenia)

Przedmiotem ubezpieczenia zawartego na podstawie niniejszych OWU jest życie Ubezpieczonego.

§ 4 (zakres ubezpieczenia, możliwość zmiany)

1. Ubezpieczenie może być zawarte:
 - 1) **w zakresie podstawowym** – w którym odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego, z zachowaniem ograniczeń wynikających z niniejszych OWU,
 - 2) **w zakresie rozszerzonym** – w którym odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie dodatkowych świadczeń, zgodnie z postanowieniami odpowiednich OWDU, z zachowaniem ograniczeń wynikających z niniejszych OWU oraz OWDU.
2. Za zgodą Towarzystwa możliwy jest obowiązywanie u jednego Ubezpieczającego, w tym samym czasie, więcej niż jednego ubezpieczenia grupowego, zawartego na podstawie niniejszych OWU. W takim przypadku Ubezpieczony, w tym samym czasie, może być objęty odpowiedzialnością Towarzystwa wyłącznie w ramach jednego ubezpieczenia grupowego, zawartego na podstawie niniejszych OWU.
3. Dopuszcza się utworzenie podgrup, w odniesieniu do których zróżnicowany jest zakres ubezpieczenia lub inne warunki ubezpieczenia. W takim przypadku wymagana jest akceptacja Towarzystwa, dotycząca kryterium podziału na podgrupy.
4. W tym samym czasie Ubezpieczony może być objęty odpowiedzialnością Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia grupowego zawartego na podstawie niniejszych OWU, wyłącznie w ramach jednej podgrupy. Do zmiany podgrupy przez Ubezpieczonego stosuje się odpowiednio postanowienia ust. 5 i 6.
5. W przypadku gdy Ubezpieczającego, w tym samym czasie, obowiązuje więcej niż jedno ubezpieczenie grupowe, zawarte na podstawie niniejszych OWU, Ubezpieczeni mogą dokonywać wyboru jednego z obowiązujących ubezpieczeń

grupowych. Zmiana ubezpieczenia grupowego może nastąpić na wniosek Ubezpieczonego w rocznicę polisy ubezpieczeniowej poprzez złożenie deklaracji zgody na przystąpienie do wybranego ubezpieczenia grupowego (brany jest pod uwagę rok polisowy ubezpieczenia grupowego, którym Ubezpieczony jest objęty składając wniosek o zmianę). Przy zmianie ubezpieczenia grupowego przez Ubezpieczonego Towarzystwo dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie informacji zawartych w deklaracji stanu zdrowia Ubezpieczonego.

6. W przypadku pozytywnego zweryfikowania deklaracji stanu zdrowia Ubezpieczonego zmiana ubezpieczenia grupowego, o której mowa w ust. 5, nastąpi z początkiem najbliższego miesiąca, następującego po dniu złożenia przez Ubezpieczonego deklaracji zgody. Zmiana ubezpieczenia grupowego nastąpi pod warunkiem opłacenia składki ubezpieczeniowej w wysokości właściwej dla wybranego ubezpieczenia grupowego oraz pod warunkiem, że Ubezpieczony spełnia warunki do objęcia wybranym ubezpieczeniem grupowym.

§ 5 (zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia)

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

§ 6 (odpowiedzialność Towarzystwa)

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

III. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7 (wyłączenia odpowiedzialności)

1. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpiło:
 - 1) wskutek działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych,
 - 2) wskutek zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radiologicznym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepiania jądrowego lub promieniotwórczość,
 - 3) w wyniku umyślnego popełnienia lub usiłowania popełnienia przez osobę objętą ochroną ubezpieczeniową przestępstwa, stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu,
 - 4) zatrucia się osoby objętej ochroną ubezpieczeniową spowodowanego spożyciem alkoholu lub środków odurzających bądź działania osoby objętej ochroną ubezpieczeniową w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości albo działania osoby objętej ochroną ubezpieczeniową pod wpływem innych środków odurzających, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 5) wskutek czynnego udziału osoby objętej ochroną ubezpieczeniową w aktach przemocy lub terroryzmu, z wyłączeniem przypadków obrony koniecznej,
 - 6) wskutek samobójstwa popełnionego przez osobę objętą ochroną ubezpieczeniową w okresie pierwszych dwóch lat od daty złożenia przez Ubezpieczonego deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia grupowego,
- o ile miało to wpływ na powstanie zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu nieszczęśliwego wypadku będącego wynikiem:
 - 1) uprawiania przez osobę objętą ochroną ubezpieczeniową sportów wysokiego ryzyka,
 - 2) samookaleczenia się osoby objętej ochroną ubezpieczeniową,
 - 3) działania osoby objętej ochroną ubezpieczeniową pod wpływem, w stanie lub warunkach zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego,
 - 4) przewozu lotniczego osoby objętej ochroną ubezpieczeniową, w charakterze innym niż pasażer samolotu pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
 - 5) poddania się Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarzy,
 - 6) prowadzenia przez osobę objętą ochroną ubezpieczeniową pojazdu bez wymaganego prawem uprawnienia do prowadzenia danego pojazdu,
 - 13) leczenia lub zabiegów z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej lub kosmetyki,
 - 14) leczenia kuracyjnego, sanatoryjnego lub uzdrowiskowego,
 - 15) epidemii, pandemii ogłoszonej przez właściwe organy.
- o ile miało to wpływ na powstanie zdarzenia ubezpieczeniowego.

IV. SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 8 (suma ubezpieczenia)

1. Sumę ubezpieczenia dla zakresu podstawowego określa się w umowie ubezpieczenia w jednakowej wysokości dla wszystkich Ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem grupowym. Możliwe jest różnicowanie wysokości sumy ubezpieczenia dla różnych podgrup, o ile takowe występują.
2. Sumę ubezpieczenia dla zakresu rozszerzonego określa się w jednakowej wysokości dla wszystkich Ubezpieczonych objętych umową odpowiedniego ubezpieczenia dodatkowego. Możliwe jest różnicowanie wysokości sumy ubezpieczenia dla różnych podgrup, o ile takowe występują.
3. Suma ubezpieczenia stanowi podstawę do określenia wysokości świadczeń ubezpieczeniowych oraz obliczenia wysokości składek ubezpieczeniowych.
4. Suma ubezpieczenia w roku polisowym jest niezmienna, co nie uchybia stosowaniu postanowień § 4.
5. Przed każdą rocznicą polisy, Ubezpieczający może, za zgodą Ubezpieczonych, wystąpić do Towarzystwa na piśmie o zmianę warunków ochrony ubezpieczeniowej. Wniosek

o dokonanie zmiany Ubezpieczający składa Towarzystwu, nie później niż na 30 dni przed rocznicą polisy. Proponowana zmiana warunków ubezpieczenia dojdzie do skutku od dnia rocznicy polisy pod warunkiem jej zaakceptowania przez Towarzystwo.

§ 9 (składka ubezpieczeniowa)

1. Składkę ubezpieczeniową ustala się odrębnie dla każdej umowy ubezpieczenia w jednakowej wysokości dla poszczególnych grup lub podgrup Ubezpieczonych. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od wysokości sumy ubezpieczenia, stopnia ryzyka jakie poniesie Towarzystwo po rozpoczęciu odpowiedzialności ubezpieczeniowej oraz kosztów zawarcia i obsługi ubezpieczenia. Składka ubezpieczeniowa wyliczana jest zgodnie z zasadami matematyki aktuariałnej, w oparciu o wykorzystywane przez Towarzystwo tabele trwania życia.
2. Składka za ubezpieczenia dodatkowe określana jest odrębnie dla każdej umowy ubezpieczenia w jednakowej wysokości dla poszczególnych grup lub podgrup Ubezpieczonych i płatna łącznie ze składką z tytułu podstawowej umowy ubezpieczenia, na zasadach i w terminach określonych w OWU.

§ 10 (częstotliwość opłacania składki ubezpieczeniowej)

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

§ 11 (termin opłacania składki ubezpieczeniowej)

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

V. UMOWA UBEZPIECZENIA

§ 12 (zawarcie umowy ubezpieczenia)

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

§ 13 (okres trwania umowy ubezpieczenia)

1. Umowa ubezpieczenia grupowego zawierana jest na jeden rok.
2. Umowa ubezpieczenia zostanie automatycznie przedłużona na okres kolejnego roku, o ile najpóźniej na 30 dni przed końcem umowy ubezpieczenia, żadna ze stron nie złoży pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu tej umowy lub o gotowości przedłużenia umowy na zmienionych warunkach.
3. W przypadku złożenia przez stronę umowy ubezpieczenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 2, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu na jaki została zawarta, chyba że strony dojdą do porozumienia co do warunków przedłużenia okresu trwania umowy ubezpieczenia.
4. W przypadku zawarcia porozumienia, o którym mowa w ust. 3, zmienione warunki ubezpieczenia mają zastosowanie od dnia rocznicy polisy, chyba że strony umówią się inaczej.
5. Z zastrzeżeniem postanowień odpowiednich OWDU, do zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego stosuje się postanowienia dotyczące podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 14 (ocena ryzyka)

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

§ 15 (polisa)

1. Na dowód zawarcia umowy ubezpieczenia Towarzystwo wystawia dokument ubezpieczenia - polisę.
2. Jeżeli strony nie umówią się inaczej, do zawarcia umowy dochodzi z chwilą akceptacji przez

- Towarzystwo wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 - 5.
- Jeżeli polisa zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego lub Ubezpieczonych od treści złożonej przez Ubezpieczającego oferty, Towarzystwo zobowiązane jest zwrócić Ubezpieczającemu uwagę na piśmie przy doręczeniu polisy, wyznaczając mu co najmniej siedmiodniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku przez Towarzystwo, zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego lub Ubezpieczonych nie są skuteczne, a umowa ubezpieczenia jest zawarta zgodnie z warunkami oferty.
 - W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego, o którym mowa w ust.3, uważa się, że umowa ubezpieczenia doszła do skutku zgodnie z treścią polisy, od następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
 - W przypadku zgłoszenia przez Ubezpieczającego sprzeciwu, o którym mowa w ust.3, uważa się, że umowa ubezpieczenia nie doszła do skutku a odpowiedzialność Towarzystwa nie rozpoczęła się, chyba że strony dojdą do porozumienia co do warunków umowy ubezpieczenia. W przypadku nie dojścia do skutku umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu dokonane wpłaty na poczet składek ubezpieczeniowych.

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

- Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu na jaki została zawarta, o ile nie dojdzie do jej przedłużenia na zasadach opisanych w § 13 ust. 2 i 3.
- Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, przez złożenie Towarzystwu pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia; odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
- Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
- Wypowiedzenie umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
- Umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego w odniesieniu do osoby objętej ubezpieczeniem, gdy składka należna za tę osobę nie zostanie opłacona najpóźniej w trzeciej kolejnej dacie wymagalności składki ubezpieczeniowej, płatnej za tę osobę, mimo otrzymania przez Ubezpieczającego od Towarzystwa wezwania do zapłaty składki w tej dacie; okres wypowiedzenia kończy się z upływem trzeciej kolejnej daty wymagalności składki ubezpieczeniowej, płatnej za osobę objętą ubezpieczeniem.
- Na wniosek Ubezpieczającego i za zgodą Towarzystwa, umowa ubezpieczenia może zostać rozwiązana względem poszczególnych Ubezpieczonych ze skutkiem na koniec miesiąca, za który została opłacona składka ubezpieczeniowa.
- W przypadku rozwiązania podstawowej umowy ubezpieczenia, umowy ubezpieczeń dodatkowych zostaną rozwiązane w tym samym trybie i na tych samych warunkach.

VI. CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

§ 17 (obejmowanie ubezpieczeniem i czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa)

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

§ 18 (początek odpowiedzialności Towarzystwa)

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

§ 19 (zakończenie odpowiedzialności Towarzystwa)

- Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się:
 - z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego w trybie określonym w § 16 ust. 2,
 - z upływem okresu wypowiedzenia przez Ubezpieczającego umowy ubezpieczenia względem wszystkich lub poszczególnych Ubezpieczonych w trybie określonym w § 16 ust. 3,
 - z dniem wykreślenia Ubezpieczającego z właściwego rejestru bądź ewidencji wskutek zaprzestania prowadzenia działalności przez Ubezpieczającego,
 - z upływem okresu na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, jeżeli któraś ze stron złożyła oświadczenie o nieprzedłużaniu umowy ubezpieczenia w trybie § 13 ust. 2.
 Z chwilą rozwiązania umowy ubezpieczenia kończy się ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych i Współubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową.
- Ponadto w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych, odpowiedzialność kończy się:
 - z końcem miesiąca, w którym nastąpiło rozwiązanie lub wygaśnięcie stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego głównego z Ubezpieczającym,
 - w rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony ukończył 70 rok życia,
 - z dniem śmierci Ubezpieczonego,
 - z upływem okresu wypowiedzenia, o którym mowa w § 16 ust. 5.
- W odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej kończy się nie później niż w dacie zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy podstawowej, chyba że postanowienia odpowiednich OWDU stanowią inaczej.
- W przypadkach opisanych w ust. 2 – 3, z chwilą ustania ochrony ubezpieczeniowej wobec Ubezpieczonego głównego kończy się ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonych dodatkowych i Współubezpieczonych.

VII. PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

§ 20 (obowiązek udzielania informacji przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego)

- Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, które mogą mieć wpływ na podjęcie przez Towarzystwo decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia, przez udzielenie przy zawieraniu umowy ubezpieczenia, przystępowaniu do ubezpieczenia grupowego bądź zmianie ubezpieczenia grupowego lub podgrupy zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania Towarzystwa zawarte w formularzach Towarzystwa lub przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo umowy mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
- 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.
- Po upływie lat trzech od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy ubezpieczenia Ubezpieczający lub Ubezpieczony podał wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zataił swoją chorobę.
- Postanowienia ust.1-3 stosuje się odpowiednio w przypadku przystąpienia do ubezpieczenia grupowego bądź zmiany ubezpieczenia grupowego lub podgrupy przez Ubezpieczonego w dacie innej niż data zawarcia tej umowy. Trzyletni okres, określony w ust. 3, liczy się w tym przypadku od daty złożenia przez Ubezpieczonego deklaracji zgody na przystąpienie do umowy ubezpieczenia.

§ 21 (obowiązki Ubezpieczającego w trakcie trwania umowy ubezpieczenia)

- Przed wyrażeniem przez Ubezpieczonych zgody na przystąpienie do ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest udostępnić Ubezpieczonym treść obowiązujących OWU.
- Ubezpieczający zobowiązany jest przechowywać złożone przez Ubezpieczonych

deklaracje zgody na przystąpienie do ubezpieczenia, zgodnie z wymogami obowiązujących przepisów prawa, w szczególności w zakresie ochrony danych osobowych, do czasu przekazania ich Towarzystwu.

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

§ 22 (obowiązki Towarzystwa)

1. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, Towarzystwo zobowiązane jest do:
 - 1) udostępnienia Ubezpieczającemu treści obowiązujących OWU, z uwzględnieniem zmian wprowadzonych zgodnie z postanowieniem § 1 ust.4 i z zastrzeżeniem postanowień § 15 ust.3, a Ubezpieczający zobowiązany jest zapoznać się z ich treścią,
 - 2) udzielenia Ubezpieczającemu informacji o sposobie i trybie rozpatrywania reklamacji oraz o organie właściwym do ich rozpatrzenia.
2. W przypadku powstania zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia, Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia, z uwzględnieniem postanowień § 7.
3. Obowiązek Towarzystwa określony w ust. 2 powstaje nie wcześniej niż z datą początku ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w § 18.

VIII. OSOBA UPRAWNIONA DO ŚWIADCZENIA

§ 23 (zasady wyznaczania Uposażonego i innych osób uprawnionych)

1. Zgodnie z niniejszymi OWU, Uposażony wskazuje Ubezpieczony.
2. Ubezpieczony może wskazać imiennie jednego lub więcej Uposażonych.
3. Wskazanie Uposażonego może nastąpić zarówno przy zawarciu umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej trwania.
4. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać Uposażonego. Zmiana lub odwołanie Uposażonego następuje w momencie wypłynięcia tego zawiadomienia do Towarzystwa.
5. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych, a nie oznaczył ich udziału w kwocie świadczenia, uważa się, że ich udziały są równe.
6. Z zastrzeżeniem ust. 7, jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma imiennie wyznaczonego Uposażonego, świadczenie ubezpieczeniowe otrzymują członkowie rodziny zmarłego w następującej kolejności:
 - 1) osoba, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dacie wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa - otrzymuje świadczenie ubezpieczeniowe w całości,
 - 2) dzieci - otrzymują świadczenie ubezpieczeniowe w równych częściach,
 - 3) rodzice - otrzymują świadczenie ubezpieczeniowe w równych częściach,
 - 4) inni spadkobiercy zmarłego - otrzymują świadczenie ubezpieczeniowe w równych częściach, po przedłożeniu prawomocnego dokumentu stwierdzającego nabycie spadku.
7. W razie braku Uposażonego lub osoby wymienionej w ust. 6, z przysługującego świadczenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaca, w granicach sumy ubezpieczenia, w pierwszym rzędzie udowodnione rachunkami koszty pogrzebu osobie, która te koszty poniosła.

IX. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

§ 24 (wypłata świadczenia)

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

§ 25 (wymagane dokumenty)

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, Uposażony lub inna osoba występująca z roszczeniem, obowiązana jest przedłożyć Towarzystwu dokumenty uzasadniające roszczenie:
 - 1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
 - 2) skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - 3) kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyny lub dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu,
 - 4) własny dokument tożsamości,
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, która nastąpiła za granicą, wszelkie dokumenty, wystawione za granicą przez uprawnione podmioty, dotyczące śmierci Ubezpieczonego i składane przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego, powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

§ 26 (realizacja świadczenia ubezpieczeniowego)

1. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego, o ile nie są osobami występującymi z zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych

roszczeń i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, a także informuje, w formie pisemnej lub drogą elektroniczną (jeżeli osoba występująca z roszczeniem o wypłatę świadczenia wyrazi na to zgodę), osobę występującą z roszczeniem o wypłatę świadczenia, o wykazie dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz o procedurze składania i rozpatrywania reklamacji (niezależnie, czy Uposażony jest osobą występującą z zawiadomieniem).

2. Towarzystwo wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe na podstawie uznania roszczenia, w wyniku ustaleń dokonanych w procesie likwidacji roszczenia, zawartej ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.
3. Towarzystwo wypłaca należne świadczenie w ciągu 30 dni od daty zgłoszenia roszczenia.
4. Jeżeli w terminie określonym w ust. 3 ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego jest niemożliwe, świadczenie to powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego, wypłaca się w terminie przewidzianym w ust. 3.
5. Jeżeli w terminie określonym w ust. 3 nie zostanie wypłacone świadczenie ubezpieczeniowe, Towarzystwo zawiadamia osobę występującą z roszczeniem o wypłatę świadczenia oraz w przypadku umowy zawartej na cudzy rachunek, Ubezpieczonego, o ile nie jest osobą występującą z roszczeniem o wypłatę świadczenia o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części.

X. INDYWIDUALNA KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA

§ 27

Możliwość indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia przysługuje tylko Ubezpieczonemu głównemu w ramach grupowego ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie, który:

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

§ 28

1. Umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia zawierana jest na podstawie Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie, obowiązujących w Towarzystwie w dniu składania wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.
2. Osoba mająca zamiar zawrzeć umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, jest zobowiązana złożyć wniosek o zawarcie takiej umowy i dokonać wpłaty na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej nie później niż przed upływem trzech miesięcy, licząc od ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została opłacona ostatnia składka ubezpieczeniowa w ramach ubezpieczenia grupowego.
3. Za datę złożenia wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia uznaje się dzień przekazania wniosku do Towarzystwa lub pośrednika.

XI. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 29 (zasady korespondencji)

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

§ 30 (tryb składania i rozpatrywania reklamacji)

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia mająca zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez Towarzystwo usług lub wykonywanej przez niego działalności ma prawo składania reklamacji do Towarzystwa:
 - a) w formie pisemnej - osobiście w siedzibie Towarzystwa, w dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa zajmującej się obsługą klientów bądź przesyłką pocztową na adres: SALTUS TU ŻYCIE SA, Władysława IV 22, 81-743 Sopot,
 - b) osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Towarzystwa lub dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa zajmującej się obsługą klientów,
 - c) telefonicznie, pod numerem telefonu: 58 770 36 90.
2. Reklamacja powinna zawierać:
 - a) imię, nazwisko, adres i numer telefonu kontaktowego zgłaszającego reklamację,
 - b) numer polisy ubezpieczeniowej,
 - c) przedmiot reklamacji,
 - d) uzasadnienie reklamacji z podaniem ewentualnych dowodów.
3. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie przez Towarzystwo reklamacji, chyba że okoliczność ta nie ma wpływu na sposób procedowania reklamacji.
4. Na żądanie zgłaszającego reklamację Towarzystwo potwierdzi pisemnie na adres wskazany w reklamacji fakt złożenia reklamacji. Towarzystwo na wniosek zgłaszającego reklamację może potwierdzić wpływ reklamacji w postaci elektronicznej.
5. Reklamacja rozpatrywana jest przez Towarzystwo, bez zbędnej zwłoki, a odpowiedź na nią powinna być udzielona nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej wpływu. Po rozpatrzeniu reklamacji, stanowisko Towarzystwa zostanie przesłane w formie pisemnej na adres wskazany w treści reklamacji.
6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 5, Towarzystwo poinformuje zgłaszającego reklamację o przyczynie opóźnienia, okolicznościach, które

muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia reklamacji oraz o przewidywanym terminie udzielenia odpowiedzi. Łączny czas rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi nie może być dłuższy niż 60 dni od daty wpływu reklamacji.

7. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia ma prawo do zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz Rzecznika Finansowego.
8. Podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich w rozumieniu ustawy z dnia 23 września 2016 roku o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla Towarzystwa jest Rzecznik Finansowy. Informacje dotyczące podmiotu uprawnionego dostępne są na stronie <http://rf.gov.pl/>.
9. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 31 (przepisy zewnętrzne)

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

§ 32 (prawo wglądu do akt)

Towarzystwo udostępnia na wniosek Ubezpieczającego, Ubezpieczonego bądź uprawnionego do odbioru świadczenia ubezpieczeniowego, informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości 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.

§ 33 (spory sądowe)

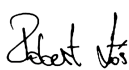
1. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia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

§ 34 (informacja o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa)

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

§ 35 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 30 lipca 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 15 sierpnia 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes Zarządu



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 30 lipca 2020 roku
oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci
w następstwie nieszczęśliwego wypadku (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd
SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 27 sierpnia 2020 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 UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci 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)

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.

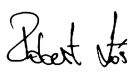
IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 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. dnia miesiąca, w którym Towarzystwo otrzymało prawidłowo wypełnione skierowanie.

§ 7 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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 30 lipca 2020 roku
oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci
Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy (OWDU),
uchwalonymi przez Zarząd
SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 27 sierpnia 2020 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

§ 7 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes Zarządu

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 pozostawiania 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 sekcyny lub dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu,
- 4) dokumentację potwierdzającą zajęcie 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.

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 30 lipca 2020 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 27 sierpnia 2020 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 sekcyny lub dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu,
- 4) dokumentację potwierdzającą zajście wypadku komunikacyjnego,
- 5) własny dokument tożsamości.

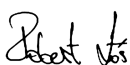
IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes Zarządu

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 30 lipca 2020 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 27 sierpnia 2020 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 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)

- Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
- Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
 - nieszczęśliwy wypadek przy pracy** - nieszczęśliwy wypadek (w znaczeniu nadanym w OWU), który nastąpił w związku z pracą:
 - 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,
 - podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności w interesie zakładu pracy, nawet bez polecenia,
 - w czasie pozostawiania Ubezpieczonego w dyspozycji zakładu pracy w drodze między siedzibą zakładu pracy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,
 - przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające w zakładzie pracy organy zarządcze zawodowe lub społeczne,
 - 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:
 - pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym, motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem morskim, promem lub pasażerskim statkiem powietrznym,
 - rowerzystą,
 - pieszy,
 - 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)

- 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.
- 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 ubezpieczeniowego, osoba uprawniona do otrzymania świadczenia winna przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

- zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy lub na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
- skrótowy odpis aktu zgonu,
- kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyny lub dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu,
- dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy,
- 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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 Vertus Życie
i Zdrowie (OWU) uchwalonymi przez Zarząd
SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 30 lipca 2020 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 27 sierpnia 2020 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 MÓZGU

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)

- Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
- Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
 - 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 ekarskim; 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,
 - zawał serca** - ostre niedokrwienie mięśnia sercowego, przy dowodach na obecność martwicy mięśnia sercowego, czyli:
 - 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,
 - 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,
 - stwierdzeniu zakrzepicy w stencie podczas koronarografii lub autopsji w przypadku niedokrwienia mięśnia sercowego ze wzrostem i/lub spadkiem biomarkera sercowego powyżej górnej granicy normy,
 - 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.
 - 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)

- 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.
- 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:

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

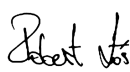
IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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 30 lipca 2020 roku

oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek osierocenia
dziecka Ubezpieczonego (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd

SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 27 sierpnia 2020 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 sekcyny 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.

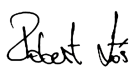
IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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 30 lipca 2020 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 27 sierpnia 2020 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 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)

- Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
- Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
 - 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,
 - zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie inwalidztwa u Ubezpieczonego.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

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

III. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 4 (świadczenie ubezpieczeniowe)

- 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 u ręki	7 za każdy palec
c) palucha	10
d) innego palca u 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

- Wysokość świadczenia w przypadku inwalidztwa Ubezpieczonego ustalana jest na podstawie dokumentacji medycznej, w uzasadnionych rodzajach inwalidztwa przypadkach - po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji, nie później niż po 18 miesiącach licząc od daty nieszczęśliwego wypadku.
- 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.
- Suma świadczeń wypłacanych Ubezpieczonemu z tytułu umowy dodatkowej, w związku z jednym nieszczęśliwym wypadkiem nie może przekroczyć kwoty świadczenia odpowiadającej 100% sumy ubezpieczenia.
- 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.
- 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:

- zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
- dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku,
- dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy po wypadku oraz leczenia skutków wypadku, która będzie również potwierdzać zakończenie leczenia,
- 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.

Robert Łoś
Prezes Zarządu

Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu

Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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 30 lipca 2020 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 27 sierpnia 2020 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)

- Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
- Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
 - 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,
 - zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

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

III. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 4 (świadczenie ubezpieczeniowe)

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Przy ustalaniu procentu uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
- 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.
- 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:

- zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź za formularzem stosowanym przez Towarzystwo),
- dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku,
- dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy po wypadku oraz leczenia skutków wypadku, która będzie również potwierdzać zakończenie leczenia,
- 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.

Robert Łoś
Prezes Zarządu

Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu

Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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 Vertus Życie i Zdrowie (OWU)
uchwalonymi przez Zarząd

SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 30 lipca 2020 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 27 sierpnia 2020 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)

- Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
- Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
 - 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,
 - nieszczęśliwy wypadek przy pracy** - nieszczęśliwy wypadek (w znaczeniu nadanym w OWU), który nastąpił w związku z pracą:
 - 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,
 - podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności w interesie zakładu pracy, nawet bez polecenia,
 - w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji zakładu pracy w drodze między siedzibą zakładu pracy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,
 - przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające w zakładzie pracy organizacje zawodowe lub społeczne;
 - zdarzenie ubezpieczeniowe** - wystąpienie uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

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

III. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 4 (świadczenie ubezpieczeniowe)

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Przy ustalaniu procentu uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
- 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.
- 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:

- zgłoszenie roszczenia (na piśmie zgodnie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
- protokół powypadkowy sporządzony zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, dotyczącymi świadczeń z tytułu wypadków przy pracy,
- dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy po wypadku oraz leczenia skutków wypadku, która będzie również potwierdzać zakończenie leczenia,
- 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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 30 lipca 2020 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 27 sierpnia 2020 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 WYPADKĘ 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 wypadku komunikacyjnego 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,
- 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.

Robert Łoś
Prezes Zarządu

Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu

Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes Zarządu

Informacja o produkcie
dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek
uszczerbku na zdrowiu 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 30 lipca 2020 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 27 sierpnia 2020 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 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)

- Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
- Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
 - 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 przy pracy zaistniałego w okresie ubezpieczenia,
 - nieszczęśliwy wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek (w znaczeniu nadanym w OWU), który nastąpił w związku z pracą:
 - 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,
 - podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności w interesie zakładu pracy, nawet bez polecenia,
 - w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji zakładu pracy w drodze między siedzibą zakładu pracy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,
 - przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające w zakładzie pracy organizacje zawodowe lub społeczne,
 - wypadek komunikacyjny przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek przy pracy w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony jako:
 - pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym, motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem morskim, promem lub pasażerskim statkiem powietrznym,
 - rowerzystą,
 - pieszy.
 - zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

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

III. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 4 (świadczenie ubezpieczeniowe)

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

- Przy ustalaniu procentu uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
- 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.
- 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:

- zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
- protokół powypadkowy sporządzony zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa,
- dokumentację dotyczącą wypadku komunikacyjnego przy pracy,
- dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy po wypadku oraz leczenia skutków wypadku, która będzie również potwierdzać zakończenie leczenia,
- 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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 30 lipca 2020 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 27 sierpnia 2020 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)

- Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
- Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
 - 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%.
 - 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.
 - 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.
 - zawał serca** - ostre niedokrwienie mięśnia sercowego, przy dowodach na obecność martwicy mięśnia sercowego, czyli:
 - 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 stwierdzonych w badaniach obrazowych,
 - 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,
 - stwierdzeniu zakrzepicy w stencie podczas koronarografii w przypadku niedokrwienia mięśnia sercowego ze wzrostem i/lub spadkiem biomarkera sercowego powyżej górnej granicy normy,
 - 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.
 - zdarzenie ubezpieczeniowe** - wystąpienie uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

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

III. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 4 (świadczenie ubezpieczeniowe)

- 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:

Zawał 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

Udar mózgu	Procent uszczerbku
A. Porażenia i niedowłady	
1) Udokumentowane porażenie połowicze lub porażenie kończyn dolnych	100
2) Udokumentowany głęboki niedowład połowiczny lub niedowład obu kończyn dolnych z udokumentowanym znacznym ograniczeniem sprawności ruchowej	80
3) Udokumentowany umiarkowany niedowład połowiczny 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

- 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.
- 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.
- 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.
- Przy ustalaniu procentu uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
- 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.
- 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:

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

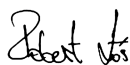
IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 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.

57 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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 30 lipca 2020 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 27 sierpnia 2020 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 jakiegokolwiek 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 położeniem,
- 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 ubezpieczeniową,
- 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),

- 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.

Robert Łoś
Prezes Zarządu

Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu

Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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 30 lipca 2020 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 27 sierpnia 2020 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)

- Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
- Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
 - choroba** - stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju Ubezpieczonego,
 - całkowita niezdolność do pracy** - niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek 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.
 - zdarzenie ubezpieczeniowe** - wystąpienie całkowitej niezdolności do pracy.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

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

- 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.
- Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest na podstawie orzeczenia lekarskiego 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:

- zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
- 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,
- dokumentację dotyczącą choroby oraz jej leczenia,
- dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku np. protokół BHP, notatka policyjna itp.
- dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy po wypadku oraz leczenia skutków wypadku, która będzie również potwierdzać zakończenie leczenia,
- 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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 30 lipca 2020 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 27 sierpnia 2020 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****§ 7 (data wejścia w życie)**

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes Zarządu

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.

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 30 lipca 2020 roku
oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek pobytu
Ubezpieczonego w szpitalu (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd
SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 27 sierpnia 2020 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) **cięża 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 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 nie uważa się wydzielonych sal intensywnego nadzoru znajdujących się w obrębie odpowiednich oddziałów specjalistycznych,
 - 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 wypisana 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 pielęgnarską 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 (pobyków) 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 pobyków 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 położeniem (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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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 30 lipca 2020 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 27 sierpnia 2020 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 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)

- Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
- Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
 - 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,
 - 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 nie uważa się wydzielonych sal intensywnego nadzoru znajdujących się w obrębie odpowiednich oddziałów specjalistycznych,
 - 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,
 - 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,
 - 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;
 - rekonwalescencja** – okres następujący bezpośrednio po zakończeniu okresu pobytu w szpitalu, służący powrotowi do zdrowia Ubezpieczonego,
 - 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, chorob 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,
 - 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.
 - 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)

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.
- Za opłatą dodatkowej składki zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:
 - 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,

- 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,
- 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)

- 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.
- 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)

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

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

- Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest po zakończeniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, po zakończeniu pobytu w sanatorium lub po zakończeniu rekonwalescencji.
- W przypadku pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 30 dni, na wniosek Ubezpieczonego Towarzystwo może wypłacić część świadczenia ubezpieczeniowego przed zakończeniem tego pobytu.
- W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania Ubezpieczonego na badania medyczne do wskazanej 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:
 - zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
 - 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),
 - w przypadku rekonwalescencji - zwolnienie lekarskie wydane przez szpital, albo zaświadczenie wydane przez pracodawcę o pobieraniu zasiłku chorobowym w związku z pobytem Ubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim wydanym przez szpital,
 - w przypadku pobytu w sanatorium - skierowanie Ubezpieczonego do sanatorium, wydane przez szpital lub lekarza prowadzącego oraz kartę informacyjną pobytu w sanatorium,
 - kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.
- 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.

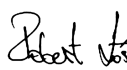
V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes Zarządu

Informacja o produkcie
dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek
pobytu Ubezpieczonego w szpitalu 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 30 lipca 2020 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 27 sierpnia 2020 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)

- Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
- Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
 - obrażenia ciała** - uszkodzenie narządów lub układów narządów Ubezpieczonego, powstałe bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa,
 - 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 nie uważa się wydzielonych sal intensywnego nadzoru znajdujących się w obrębie odpowiednich oddziałów specjalistycznych,
 - 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,
 - rekonwalescencja** - okres następujący bezpośrednio po zakończeniu okresu pobytu w szpitalu, służący powrotowi do zdrowia Ubezpieczonego,
 - 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,
 - 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,
 - 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)

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.
- Za opłatą dodatkowej składki zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:
 - 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,
 - 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,
 - 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)

- 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.

- Każde ze świadczeń, wymienionych w § 5 ust. 5 może zostać wypłacone tylko jeden raz na jeden pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w szpitalu rozpoczętych w danym roku polisowym.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 5 (świadczenie ubezpieczeniowe)

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

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

- Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest po zakończeniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, po zakończeniu pobytu w sanatorium lub po zakończeniu rekonwalescencji.
- W przypadku pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 30 dni, na wniosek Ubezpieczonego Towarzystwo może wypłacić część świadczenia ubezpieczeniowego przed zakończeniem tego pobytu.
- 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)

- Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
 - zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
 - 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),
 - dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku
 - dokumentację dotyczącą leczenia skutków nieszczęśliwego wypadku
 - 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,
 - w przypadku pobytu w sanatorium - skierowanie Ubezpieczonego do sanatorium, wydanego przez szpital lub lekarza prowadzącego oraz kartę informacyjną pobytu w sanatorium,
 - dokument tożsamości Ubezpieczonego.
- 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.

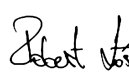
V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.


Robert Łoś

Prezes Zarządu


Krzysztof Kosznik

Wiceprezes Zarządu


Grzegorz Buczkowski

Wiceprezes 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 30 lipca 2020 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 27 sierpnia 2020 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)

- Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
- Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
 - nieszczęśliwy wypadek przy pracy** - nieszczęśliwy wypadek (w znaczeniu nadanym w OWU), który nastąpił w związku z pracą:
 - 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,
 - podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności w interesie zakładu pracy, nawet bez polecenia,
 - w czasie pozostawiania Ubezpieczonego w dyspozycji zakładu pracy w drodze między siedzibą zakładu pracy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,
 - przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające w zakładzie pracy organizacje zawodowe lub społeczne
 - obrażenia ciała** - uszkodzenie narządów lub układów narządów Ubezpieczonego, powstałe bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy, zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa,
 - 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 nie uważa się wydzielonych sal intensywnego nadzoru znajdujących się w obrębie odpowiednich oddziałów specjalistycznych,
 - 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,
 - rekonwalescencja** - okres następujący bezpośrednio po zakończeniu okresu pobytu w szpitalu, służący powrotowi do zdrowia Ubezpieczonego,
 - sanatorium** - znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, zakład lecznictwa zorganizowany w miejscowości uzdrowskiej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorob przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostreniom, za pobyt w sanatorium uznaje się również pobyt w szpitalu rehabilitacyjnym, na oddziale rehabilitacyjnym lub w ośrodku rehabilitacji,
 - 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 uzdrowskiego, a także szpitala rehabilitacyjnego, oddziału rehabilitacyjnego oraz ośrodka rehabilitacji.
 - 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)

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę świadczenia w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.
- Na opłatą dodatkowej składki zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:
 - 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,

- 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,
- 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)

- Wysokość łącznych świadczeń z tytułu pobytu (pobyków) 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 pobyków w szpitalu rozpoczętych w danym roku polisowym.
- 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)

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

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

- Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest po zakończeniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, po zakończeniu pobytu w sanatorium lub po zakończeniu rekonwalescencji.
- W przypadku pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 30 dni, na wniosek Ubezpieczonego Towarzystwo może wypłacić część świadczenia ubezpieczeniowego przed zakończeniem tego pobytu.
- 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)

- Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
 - zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
 - 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),
 - protokół powypadkowy sporządzony zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa
 - w przypadku rekonwalescencji - zwolnienie lekarskie wydane przez szpital, albo zaświadczenie wydane przez pracodawcę o pobieraniu zasiłku chorobowym w związku z pobytem Ubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim wydanym przez szpital,
 - w przypadku pobytu w sanatorium - skierowanie Ubezpieczonego do sanatorium, wydanego przez szpital lub lekarza prowadzącego oraz kartę informacyjną pobytu w sanatorium,
 - dokument tożsamości Ubezpieczonego.
- 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.

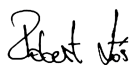
V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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 30 lipca 2020 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 27 sierpnia 2020 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)

- Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
- Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
 - obrażenia ciała** - uszkodzenie narządów lub układów narządów Ubezpieczonego, powstałe bezpośrednio w następstwie wypadku komunikacyjnego, zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa,
 - 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 nie uważa się wydzielonych sal intensywnego nadzoru znajdujących się w obrębie odpowiednich oddziałów specjalistycznych,
 - 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,
 - rekonwalescencja** - okres następujący bezpośrednio po zakończeniu okresu pobytu w szpitalu, służący powrotowi do zdrowia Ubezpieczonego,
 - 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,
 - 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,
 - wypadek komunikacyjny** - nieszczęśliwy wypadek (w znaczeniu nadanym w OWU) w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony jako:
 - pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym, motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem morskim, promem lub pasażerskim statkiem powietrznym,
 - rowerzysta,
 - pieszy,
 - 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)

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.
- Za opłatą dodatkowej składki zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:
 - 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,
 - 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,
 - pobyt w sanatorium, pod warunkiem, że pobyt w sanatorium pozostaje w bezpośrednim związku z pobytem w szpitalu, w związku, z którym należne jest

III. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4 (ograniczenia odpowiedzialności)

- Wysokość łącznych świadczeń z tytułu pobytu (pobyków) 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 pobyków w szpitalu rozpoczętych w danym roku polisowym.
- 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)

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

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

- Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest po zakończeniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, po zakończeniu pobytu w sanatorium lub po zakończeniu rekonwalescencji.
- W przypadku pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 30 dni, na wniosek Ubezpieczonego Towarzystwo może wypłacić część świadczenia ubezpieczeniowego przed zakończeniem tego pobytu.
- 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)

- Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
 - zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
 - 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),
 - dokumentację dotyczącą wypadku komunikacyjnego,
 - w przypadku rekonwalescencji zwolnienie lekarskie wydane przez szpital albo zaświadczenie wydane przez pracodawcę o pobieraniu zasiłku chorobowym w związku z pobytem Ubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim wydanym przez szpital,
 - w przypadku pobytu w sanatorium - skierowanie Ubezpieczonego do sanatorium, wydane przez szpital lub lekarza prowadzącego oraz kartę informacyjną pobytu w sanatorium,
 - dokument tożsamości Ubezpieczonego.
- 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.

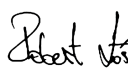
V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.


Robert Łoś

Prezes Zarządu


Krzysztof Kosznik

Wiceprezes Zarządu


Grzegorz Buczkowski

Wiceprezes 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 30 lipca 2020 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 27 sierpnia 2020 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 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)

- Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
- Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
 - nieszczęśliwy wypadek przy pracy** - nieszczęśliwy wypadek (w znaczeniu nadanym w OWU), który nastąpił w związku z pracą:
 - 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,
 - podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności w interesie zakładu pracy, nawet bez polecenia,
 - w czasie pozostawiania Ubezpieczonego w dyspozycji zakładu pracy w drodze między siedzibą zakładu pracy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,
 - przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające w zakładzie pracy organizacje zawodowe lub społeczne
 - obrażenia ciała** - uszkodzenie narządów lub układów narządów Ubezpieczonego, powstałe bezpośrednio w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy, zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa,
 - 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 nie uważa się wydzielonych sal intensywnego nadzoru znajdujących się w obrębie odpowiednich oddziałów specjalistycznych,
 - 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,
 - rekonwalescencja** - okres następujący bezpośrednio po zakończeniu okresu pobytu w szpitalu, służący powrotowi do zdrowia Ubezpieczonego,
 - sanatorium** - znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, zakład lecznictwa zorganizowany w miejscowości uzdrowskiej, 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,
 - 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 uzdrowskiego, a także szpitala rehabilitacyjnego, oddziału rehabilitacyjnego oraz ośrodka rehabilitacji,
 - wypadek komunikacyjny przy pracy** - nieszczęśliwy wypadek (w znaczeniu nadanym w OWU) w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony jako:
 - pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym, motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem morskim, promem lub pasażerskim statkiem powietrznym,
 - rowerzystą,
 - pieszy,
 - 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)

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.
- Za opłatą dodatkowej składki zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:
 - 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,
 - 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,
 - 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)

- Wysokość łącznych świadczeń z tytułu pobytu (pobyków) 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 pobyków w szpitalu rozpoczętych w danym roku polisowym.
- 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)

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

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

- Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest po zakończeniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, po zakończeniu pobytu w sanatorium lub po zakończeniu rekonwalescencji.
- W przypadku pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 30 dni, na wniosek Ubezpieczonego Towarzystwo może wypłacić część świadczenia ubezpieczeniowego przed zakończeniem tego pobytu.
- 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)

- Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
 - zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
 - 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),
 - protokół powypadkowy sporządzony zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa,
 - dokumentację dotyczącą wypadku komunikacyjnego przy pracy,
 - w przypadku rekonwalescencji zwolnienie lekarskie wydane przez szpital albo zaświadczenie wydane przez pracodawcę o pobieraniu zasiłku chorobowym w związku z pobytem Ubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim wydanym przez szpital,
 - w przypadku pobytu w sanatorium - skierowanie Ubezpieczonego do sanatorium, wydane przez szpital lub lekarza prowadzącego oraz kartę informacyjną pobytu w sanatorium,
 - 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.

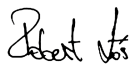
V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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 30 lipca 2020 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 27 sierpnia 2020 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 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 tętnicy 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 przedrakowe 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 podstawonokomórkowy 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 trwałe ubytki neurologiczne; z zakresu ochrony wyłączone są: krwaki, 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 kardiologicznej 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 aplastycznej 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 „regulę 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,

- żyłaki 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 ośrodkowego 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 ośłupieniem 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 Rzeczypospolitej Polskiej u osób nie chorujących na hemofilie, 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. 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 (ograniczenia odpowiedzialności)

W przypadku wystąpienia drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania Ubezpieczonego, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, o ile nie pozostaje w związku przyczynowym - skutkowym z wcześniej rozpoznany 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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 30 lipca 2020 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 27 sierpnia 2020 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)

- Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
- 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** - nagle, w efekcie trwale 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 przedrakowe 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 podstawonokomórkowy 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 trwałe ubytek neurologiczny; z zakresu ochrony wyłączone są: krwaki, 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 kardiologicznej 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 aplastycznej 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 „regulę 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,

- żyłaki 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 ośrodkowego 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 ośłupieniem 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 Rzeczypospolitej Polskiej u osób nie chorujących na hemofilie, 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, mózdzku) 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 wydechu (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** - przebiecie 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 nierokujący 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 psychicznymi 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 rozdzieleniem 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 korowodzeniowych z zanikiem komórek rogów przednich rdzenia lub uszkodzeniem nerwów opuszk. 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 dentystry, personelu laboratoryjnego, asystenta medycznego i stomatologicznego, położnej/ego, policjanta/policjantki, pielęgniarki/pielęgniara, 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 przeciwciała 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 masowe uszkodzenie mięszu 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 przemieszczania 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 (ograniczenia odpowiedzialności)

W przypadku wystąpienia drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania Ubezpieczonego, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, o ile nie pozostaje w związku przyczynowo - skutkowym z wcześniej rozpoznanyim 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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 30 lipca 2020 roku
oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek operacji
medycznej Ubezpieczonego (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd
SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 27 sierpnia 2020 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 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 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, położu, 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.

Robert Łoś
Prezes Zarządu

Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu

Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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 30 lipca 2020 roku
oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek operacji
medycznej Ubezpieczonego (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd
SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 27 sierpnia 2020 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 WYPADKĘ 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 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,
 - 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.

Robert Łoś
Prezes Zarządu

Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu

Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes Zarządu



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 30 lipca 2020 roku
oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci
Współubezpieczonego – małżonka lub partnera (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS
TU ŻYCIE SA w dniu 27 sierpnia 2020 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

§ 8 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes Zarządu

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. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4 (ograniczenie odpowiedzialności)

W przypadku gdy:

- 1) Ubezpieczony główny przystępuje do ubezpieczenia grupowego po upływie 4 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia lub
- 2) Ubezpieczony główny przystępuje do ubezpieczenia grupowego po upływie 4 miesięcy od daty nawiązania z Ubezpieczającym stosunku prawnego lub
- 3) Ubezpieczony dodatkowy nie był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia na życie obowiązującej u Ubezpieczającego bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWDU i przystępuje do ubezpieczenia po dacie zawarcia umowy ubezpieczenia,

i zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie pierwszych 6 miesięcy od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 50% wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 5 (świadczenie ubezpieczeniowe)

W przypadku śmierci Współubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej z zastrzeżeniem § 4.

§ 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 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.

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.

Informacja o produkcie
dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek
śmierci 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 30 lipca 2020 roku
oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci
Współubezpieczonego - małżonka lub partnera w następstwie nieszczęśliwego
wypadku (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd
SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 27 sierpnia 2020 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 NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

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.

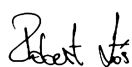
IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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 30 lipca 2020 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 27 sierpnia 2020 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 NIESZCZĘŚLIWEGO
WYPADKU PRZY PRACY****§ 7 (data wejścia w życie)**

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.

Robert Łoś
Prezes Zarządu

Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu

Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes Zarządu

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.

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 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.

IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE**§ 6 (przepisy)**

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS

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 30 lipca 2020 roku
oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci
Współubezpieczonego - małżonka lub partnera następstwie
wypadku komunikacyjnego (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd
SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 27 sierpnia 2020 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****§ 7 (data wejścia w życie)**

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes Zarządu

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 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 sekcyny 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.

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 30 lipca 2020 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 27 sierpnia 2020 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.

- oświadczenie o prowadzeniu wspólnego gospodarstwa domowego przez okres co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed datą śmierci.
- 7) dokument tożsamości Ubezpieczonego.

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 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

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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopotie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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 30 lipca 2020 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 27 sierpnia 2020 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 trwale 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 uwidoczonych 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 sekcyny 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.

Robert Łoś
Prezes Zarządu

Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu

Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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 30 lipca 2020 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 27 sierpnia 2020 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 INWALIDZTWA WSPÓŁUBEZPIECZONEGO – MAŁŻONKA LUB PARTNERA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

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.

§ 2 (definicje)

- Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
- Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
 - 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,
 - Współubezpieczony** – małżonek lub partner Ubezpieczonego, którego życie objęte jest zakresem umowy dodatkowej ubezpieczenia;
 - zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie inwalidztwa u Współubezpieczonego – małżonka lub partnera.

II. ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (zakres ubezpieczenia)

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

III. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 4 (świadczenie ubezpieczeniowe)

- 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:

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 u ręki	7 za każdy palec
c) palucha	10
d) innego palca u 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

- Wysokość świadczenia w przypadku inwalidztwa Współubezpieczonego ustalana jest na podstawie dokumentacji medycznej, w uzasadnionych rodzajach inwalidztwa przypadkach - po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji, nie później niż po 18 miesiącach licząc od daty nieszczęśliwego wypadku.
- Jeżeli roszczenie z tytułu inwalidztwa dotyczy narządu, którego czynności były upośledzone przed nieszczęśliwym wypadkiem, Towarzystwo wypłaci określony w ust.1 procent sumy ubezpieczenia, pomniejszony o procent uszczerbku na zdrowiu wynikający z wcześniejszego upośledzenia czynności tego narządu.
- 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.
- 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.
- 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.

§ 5 (wymagane dokumenty)

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

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

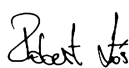
IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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 30 lipca 2020 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 27 sierpnia 2020 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 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 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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 i Zdrowie (OWU)
uchwalonymi przez Zarząd

SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 30 lipca 2020 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 27 sierpnia 2020 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 PRZY PRACY

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

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.

§ 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 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) **Współubezpieczony** – małżonek lub partner Ubezpieczonego, którego zdrowie objęte jest zakresem umowy dodatkowej ubezpieczenia;
 - 4) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie uszczerbku na zdrowiu Współubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy

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 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.

§ 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 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 odpis 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.

Robert Łoś
Prezes Zarządu

Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu

Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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 30 lipca 2020 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 SA w dniu 27 sierpnia 2020 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 WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

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.

§ 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 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 zdrowie objęte jest zakresem umowy dodatkowej ubezpieczenia;
 - 4) **zdarzenie ubezpieczeniowe** - wystąpienie uszczerbku na zdrowiu Współubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego.

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 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.

§ 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,
- 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. 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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 30 lipca 2020 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 27 sierpnia 2020 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 WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO PRZY PRACY

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

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.

§ 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 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) **wypadek komunikacyjny przy pracy** – 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) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie uszczerbku na zdrowiu Współubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy.

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 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.

§ 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) 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.

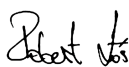
IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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 Vertus Życie i Zdrowie (OWU)
uchwalonymi przez Zarząd

SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 30 lipca 2020 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 27 sierpnia 2020 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 WSPÓŁUBEZPIECZONYCH – MAŁŻONKA LUB PARTNERA W NASTĘPSTWIE ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

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.

§ 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 trwale 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 badaniami specjalisty neurologa i wynikami 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) **Współubezpieczony** - małżonek lub partner Ubezpieczonego, którego zdrowie objęte jest zakresem umowy dodatkowej ubezpieczenia;
 - 5) **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.
 - 6) **zdarzenie ubezpieczeniowe** - wystąpienie uszczerbku na zdrowiu Współubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu.

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 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:

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 połowiczny lub niedowład obu kończyn dolnych z udokumentowanym znacznym ograniczeniem sprawności ruchowej	80
3) Udokumentowany umiarkowany niedowład połowiczny 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 potwierdzającą 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.

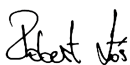
IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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 30 lipca 2020 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 27 sierpnia 2020 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 WSPÓŁUBEZPIECZONYCH – MAŁŻONKA I PARTNERA W SZPITALU

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

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.

§ 2 (definicje)

- Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
- Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
 - 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,
 - cięża wysokiego ryzyka** - ciąża, której dalsze trwanie, zgodnie z opinią lekarską, może zagrażać życiu matki lub płodu,
 - obrażenia ciała** - uszkodzenie narządów lub układów narządów Współubezpieczonego, powstałe bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa,
 - 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 nie uważa się wydzielonych sal intensywnego nadzoru znajdujących się w obrębie odpowiednich oddziałów specjalistycznych,
 - 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,
 - 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,
 - pobyt w szpitalu** - potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu, trwający nieprzerwanie dłużej niż:
 - 3 dni w przypadku pobytu w szpitalu w celu leczenia choroby,
 - 9 dni od dnia porodu - w przypadkach pobytu związanego z porodem i mającego na celu leczenie choroby, będącej skutkiem powikłań poporodowych,
 - 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,
 - rekonwalescencja** - okres następujący bezpośrednio po zakończeniu okresu pobytu w szpitalu, służący powrotowi do zdrowia Współubezpieczonego,
 - 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 zaostreniom, za pobyt w sanatorium uznaje się również pobyt w szpitalu rehabilitacyjnym, na oddziale rehabilitacyjnym lub w ośrodku rehabilitacji,
 - 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,
 - Współubezpieczony** - małżonek lub partner Ubezpieczonego, którego zdrowie objęte jest zakresem umowy dodatkowej ubezpieczenia;

- zdarzenie ubezpieczeniowe** - pobyt Współubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (zakres ubezpieczenia)

- Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę świadczenia w przypadku zajścia w życie Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.
- Za opłatą dodatkowej składki zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:
 - pobyt na OIOM/OIT, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,
 - 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,
 - 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)

- Wysokość łącznych świadczeń z tytułu pobytu (pobytych) 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 pobytych w szpitalu rozpoczętych w danym roku polisowym.
- 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:

- leczenie lub poddanie się przez Współubezpieczonego zabiegowi pozostającemu w związku z ciążą, porodem lub pościem (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),
- 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,
- wykonanie rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie jest choroba lub obrażenia ciała Współubezpieczonego,
- wykonanie zabiegów rehabilitacyjnych,
- leczenie zaburzeń psychicznych,
- leczenie choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV,
- leczenie wad wrodzonych,
- leczenie zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu lub środków odurzających, z wyłączeniem przypadków ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 6 (świadczenie ubezpieczeniowe)

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

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

- Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest po zakończeniu pobytu Współubezpieczonego w szpitalu, po zakończeniu pobytu w sanatorium lub po zakończeniu rekonwalescencji.
- W przypadku pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 30 dni, na wniosek Ubezpieczonego Towarzystwo może wypłacić część świadczenia ubezpieczeniowego przed zakończeniem tego pobytu.
- 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)

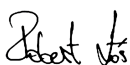
1. Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
 - 1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
 - 2) 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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 Życie i Zdrowie (OWU)
uchwalonymi przez Zarząd
SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 30 lipca 2020 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 27 sierpnia 2020 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.

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 Zdrowie i Życie, 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.
- Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
 - 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,
 - 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 nie uważa się wydzielonych sal intensywnego nadzoru znajdujących się w obrębie odpowiednich oddziałów specjalistycznych,
 - 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,
 - 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,
 - 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;
 - rekonwalescencja** – okres następujący bezpośrednio po zakończeniu okresu pobytu w szpitalu, służący powrotowi do zdrowia Współubezpieczonego,
 - sanatorium** – znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, zakład lecznictwa zorganizowany w miejscowości uzdrowskiej, 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,
 - 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 uzdrowskiego, a także szpitala rehabilitacyjnego, oddziału rehabilitacyjnego oraz ośrodka rehabilitacji,
 - Współubezpieczony** – małżonek lub partner Ubezpieczonego, którego zdrowie objęte jest zakresem umowy dodatkowej ubezpieczenia,
 - zdarzenie ubezpieczeniowe** – pobyt Współubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

II. ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (zakres ubezpieczenia)

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

- Za opłatą dodatkowej składki zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:
 - 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,
 - 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,
 - 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)

- Wysokość łącznych świadczeń z tytułu pobytu (pobyty) 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 pobyty w szpitalu rozpoczętych w danym roku polisowym.
- 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)

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

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

- Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest po zakończeniu pobytu Współubezpieczonego w szpitalu, po zakończeniu pobytu w sanatorium lub po zakończeniu rekonwalescencji.
- W przypadku pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 30 dni, na wniosek Ubezpieczonego Towarzystwo może wypłacić część świadczenia ubezpieczeniowego przed zakończeniem tego pobytu.
- 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)

- Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
 - zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
 - 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),
 - w przypadku rekonwalescencji – zwolnienie lekarskie wydane przez szpital albo zaświadczenie wydane przez pracodawcę o pobieraniu zasiłku chorobowym w związku z pobytem Współubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim wydanym przez szpital,
 - w przypadku pobytu w sanatorium – skierowanie Współubezpieczonego do sanatorium, wydane przez szpital lub lekarza prowadzącego oraz kartę informacyjną pobytu w sanatorium,
 - w przypadku pobytu w szpitalu małżonka – aktualny odpis aktu małżeństwa,
 - w przypadku pobytu w szpitalu partnera – oświadczenie o prowadzeniu wspólnego gospodarstwa domowego przez co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed datą wystąpienia zdarzenia,
 - dokument tożsamości Ubezpieczonego,
 - zgoda Współubezpieczonego na przetwarzanie danych osobowych na formularzu Towarzystwa.
- 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.

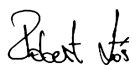
V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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 Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU)
uchwalonymi przez Zarząd
SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 30 lipca 2020 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 27 sierpnia 2020 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)

- Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
- Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
 - obrażenia ciała** - uszkodzenie narządów lub układów narządów Współubezpieczonego, powstałe bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa,
 - 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 nie uważa się wydzielonych sal intensywnego nadzoru znajdujących się w obrębie odpowiednich oddziałów specjalistycznych,
 - 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: dni, w którym Współubezpieczony został przyjęty do szpitala oraz dzień, w którym Współubezpieczony został wypisany ze szpitala,
 - rekonwalescencja** - okres następujący bezpośrednio po zakończeniu okresu pobytu w szpitalu, służący powrotowi do zdrowia Współubezpieczonego,
 - 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,
 - 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,
 - Współubezpieczony** - małżonek lub partner Ubezpieczonego, którego zdrowie objęte jest zakresem umowy dodatkowej ubezpieczenia;
 - 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)

- Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.
- Za opłatą dodatkowej składki zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:
 - 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,
 - 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,
 - 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)

- Wysokość łącznych świadczeń z tytułu pobytu (pobyków) 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 pobyków w szpitalu rozpoczętych w danym roku polisowym.
- 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)

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

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

- Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest po zakończeniu pobytu Współubezpieczonego w szpitalu, po zakończeniu pobytu w sanatorium lub po zakończeniu rekonwalescencji.
- W przypadku pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 30 dni, na wniosek Ubezpieczonego Towarzystwo może wypłacić część świadczenia ubezpieczeniowego przed zakończeniem tego pobytu.
- 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)

- Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
 - zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
 - 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),
 - dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - dokumentację dotyczącą leczenia skutków nieszczęśliwego wypadku,
 - w przypadku rekonwalescencji - zwolnienie lekarskie wydane przez szpital, albo zaświadczenie wydane przez pracodawcę o pobieraniu zasiłku chorobowym w związku z pobytem Współubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim wydanym przez szpital,
 - w przypadku pobytu w sanatorium - skierowanie Współubezpieczonego do sanatorium, wydane przez szpital lub lekarza prowadzącego oraz kartę informacyjną pobytu w sanatorium,
 - w przypadku pobytu w szpitalu małżonka - aktualny odpis aktu małżeństwa,
 - w przypadku pobytu w szpitalu partnera - oświadczenie o prowadzeniu wspólnego gospodarstwa domowego przez co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed datą wystąpienia zdarzenia,
 - dokument tożsamości Ubezpieczonego,
 - zgody Współubezpieczonego na przetwarzanie danych osobowych na formularzu Towarzystwa.
- 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)

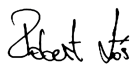
Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia VERTUS Życie i Zdrowie, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 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 27 sierpnia roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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 30 lipca 2020 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 27 sierpnia 2020 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)

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

- 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,

- 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,

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

- 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 trwale 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 przedrakowe 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 podstawonokomórkowy 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 trwałe 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 Współubezpieczonego 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 kardiologicznej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie 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, przeszskórnej 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 aplastycznej 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 „regulę dziesiątek” 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 żółtaczką,
- 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 ośrodkowego 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 ośłupieniem 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 Rzeczypospolitej Polskiej u osób nie chorujących na hemofilie, 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, mózdzku) 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 ustalone 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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 30 lipca 2020 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 27 sierpnia 2020 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 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 u 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** - nagle, w efekcie trwale 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 podstawniokomórkowy 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 trwałe ubytki neurologiczne; z zakresu ochrony wyłączone są: krwaki, 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 kardiologicznej 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, przeszłkowej 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 aplastycznej 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 „regulę 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,

- żyłaki przetyku,
 - 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 ośłupieniem 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 Rzeczypospolitej Polskiej u osób nie chorujących na hemofilie, 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, mózdzku) 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 wydechu (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** - przebiecie 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 nierokujący 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 psychicznymi 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 rozdzieleniem 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 korowodzeniowych z zanikiem komórek rogów przednich rdzenia lub uszkodzeniem nerwów opuszk. 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 dentystry, personelu laboratoryjnego, asystenta medycznego i stomatologicznego, położnej/ego, policjanta/policjantki, pielęgniarki/pielęgniara, 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 **poronujące 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 mięszu 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. **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 rozpoznany 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.

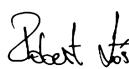
V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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 30 lipca 2020 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 27 sierpnia 2020 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)

- Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
- Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
 - 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,
 - 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,
 - 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,
 - 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,
 - 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,
 - Współubezpieczony** - małżonek lub partner Ubezpieczonego, którego zdrowie objęte jest zakresem umowy dodatkowej ubezpieczenia;
 - 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:

- choroby lub
- 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)

- 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:
 - leczenia wad wrodzonych,
 - pobrania organów tkanek od osoby objętej ochroną ubezpieczeniową jako dawcy,
 - 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,
 - korekty ostrości wzroku,
 - ciąży, porodu, położu, powikłań ciąży, poronienia samoistnego lub sztucznego,
 - zmiany płci,

- leczenia niepłodności,
 - sterylizacji, podwiązania, przecięcia jajowodów lub antykoncepcji operacyjnej,
 - chirurgii szczękowej, włączając wszczepienie zębów,
 - chirurgii zwiadowczej i eksperymentalnej,
 - eksperymentów medycznych,
 - leczenia choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV.
- Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są także zabiegi diagnostyczne i stomatologiczne.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 6 (świadczenie ubezpieczeniowe)

- 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.
- 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)

- Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
 - zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
 - dokumentację medyczną dotyczącą przeprowadzonej operacji medycznej, w tym - kartę informacyjną leczenia szpitalnego z opisem wykonanej operacji,
 - dokumentację dotyczącą choroby oraz jej leczenia,
 - dokumentację dotyczącą nieszczęśliwego wypadku,
 - w przypadku operacji medycznej małżonka - dokumenty stwierdzające zawarcie małżeństwa,
 - w przypadku operacji medycznej partnera - oświadczenie o prowadzeniu wspólnego gospodarstwa domowego przez co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed datą wystąpienia zdarzenia,
 - dokument tożsamości Ubezpieczonego,
 - zgody Współubezpieczonego na przetwarzanie danych osobowych na formularzu Towarzystwa.
- 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.

Robert Łoś
Prezes Zarządu

Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu

Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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 30 lipca 2020 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 27 sierpnia 2020 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.

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.

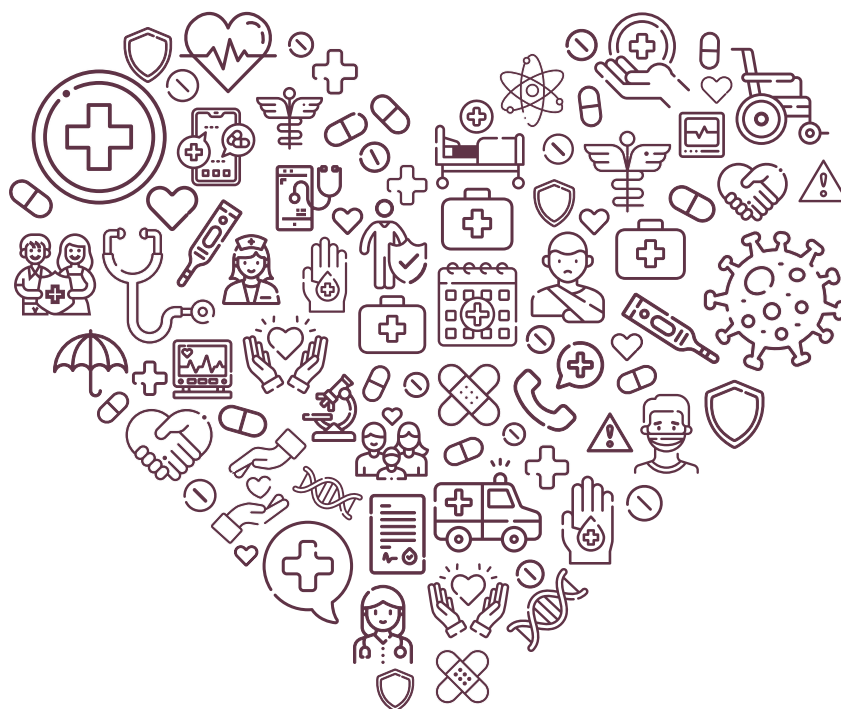
§ 9 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.

Robert Łoś
Prezes Zarządu

Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu

Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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 30 lipca 2020 roku
oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci
Współubezpieczonego – dziecka (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd
SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 27 sierpnia 2020 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 – 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. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4 (ograniczenie odpowiedzialności)

W przypadku gdy:

- 1) Ubezpieczony główny przystępuje do ubezpieczenia grupowego po upływie 4 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia lub
- 2) Ubezpieczony główny przystępuje do ubezpieczenia grupowego po upływie 4 miesięcy od daty nawiązania z Ubezpieczającym stosunku prawnego lub
- 3) Ubezpieczony dodatkowy nie był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia na życie obowiązującej u Ubezpieczającego bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWDU i przystępuje do ubezpieczenia po dacie zawarcia umowy ubezpieczenia,

i zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie pierwszych 6 miesięcy od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 50% wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 5 (świadczenie ubezpieczeniowe)

W przypadku śmierci Współubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej z zastrzeżeniem § 4.

§ 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 zgonu Współubezpieczonego,
- 3) dokument tożsamości Ubezpieczonego.

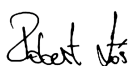
V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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 30 lipca 2020 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 27 sierpnia 2020 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 Zdrowie i Życie, 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 sekcyny lub dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu,
- 3) skrócony odpis aktu zgonu,
- 4) dokument tożsamości Ubezpieczonego.

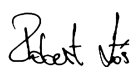
IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes Zarządu

Informacja o produkcie
dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek
pobytu Współubezpieczonego – dzieckaw szpitalu

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU)
uchwalonymi przez Zarząd
SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 30 lipca 2020 roku
oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek pobytu
Współubezpieczonego – dziecka w szpitalu (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd
SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 27 sierpnia 2020 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)

- Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
- Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
 - 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,
 - cięża wysokiego ryzyka** - ciąża, której dalsze trwanie, zgodnie z opinią lekarską, może zagrażać życiu matki lub płodu,
 - dziecko** - dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ukończyło 4 rok życia i nie ukończyło 25 roku życia,
 - obrażenia ciała** - uszkodzenie narządów lub układów narządów Współubezpieczonego, powstałe bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa,
 - 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 nie uważa się wydzielonych sal intensywnego nadzoru znajdujących się w obrębie odpowiednich oddziałów specjalistycznych,
 - 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,
 - 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,
 - pobyt w szpitalu** - potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu, trwający nieprzerwanie dłużej niż:
 - 1 dzień w przypadku pobytu w szpitalu wyłącznie w celu leczenia doznanych obrażeń ciała,
 - 6 dni w przypadku pobytu w szpitalu w celu leczenia choroby,
 - 9 dni od dnia porodu - w przypadkach pobytu związanego z porodem i mającego na celu leczenie choroby, będącej skutkiem powikłań porodowych,
 - 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,
 - rekonwalescencja** - okres następujący bezpośrednio po zakończeniu okresu pobytu w szpitalu, służący powrotowi do zdrowia Współubezpieczonego,
 - sanatorium** - znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, zakład lecznictwa zorganizowany w miejscowości uzdrowskiej, 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,
 - 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 uzdrowskiego, a także szpitala rehabilitacyjnego, oddziału rehabilitacyjnego oraz ośrodka rehabilitacji,

- Współubezpieczony** - dziecko Ubezpieczonego, którego zdrowie objęte jest zakresem umowy dodatkowej ubezpieczenia;
- zdarzenie ubezpieczeniowe** - pobyt Współubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej.

II. ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (zakres ubezpieczenia)

- Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę świadczenia w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.
- Za opłatą dodatkowej składki zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:
 - pobyt na OIOM/OIT, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,
 - 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,
 - 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)

- Wysokość łącznych świadczeń z tytułu pobytu (pobyków) Współubezpieczonego w szpitalu rozpoczętego (rozpoczętych) w danym roku polisowym nie może przekroczyć równowartości kwoty odpowiadającej świadczeniu ubezpieczeniowemu wypłacanemu za 180 dni pobytu w szpitalu, bez względu na liczbę pobyków w szpitalu rozpoczętych w danym roku polisowym.
- 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:

- leczenie lub poddanie się przez Współubezpieczonego zabiegowi pozostającemu w związku z ciążą, porodem lub pościem (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 porodowych),
- 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,
- wykonanie rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie jest choroba lub obrażenia ciała Współubezpieczonego,
- wykonanie zabiegów rehabilitacyjnych,
- leczenie zaburzeń psychicznych,
- leczenie choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV,
- leczenie wad wrodzonych,
- leczenie zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu lub środków odurzających, z wyłączeniem przypadków ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 6 (świadczenie ubezpieczeniowe)

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

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

- Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest po zakończeniu pobytu Współubezpieczonego w szpitalu, po zakończeniu pobytu w sanatorium lub po zakończeniu rekonwalescencji.
- W przypadku pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 30 dni, na wniosek Ubezpieczonego Towarzystwo może wypłacić część świadczenia ubezpieczeniowego przed zakończeniem tego pobytu.

IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

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.

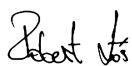
V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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 30 lipca 2020 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 27 sierpnia 2020 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 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)

- Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
- Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
 - poważne zachorowanie** - jedna z niżej wymienionych chorób, która została zdiagnozowana po raz pierwszy u Współubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej:
 - 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 zainicjowania 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,
 - 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,
 - 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,
 - 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,
 - dystrofia mięśniowa** - dystrofia mięśniowa typu Duchenne'a (najczęściej występująca i najcięższa postać dystrofii); rozpoznanie wymaga potwierdzenia wyczerpującą dokumentacją medyczną dotyczącą rozpoznania choroby,
 - guzy śródczaszkowe** - niezłośliwe guzy śródczaszkowe będące przyczyną stałych ubytków neurologicznych; wykluczeniu podlegają torbiele, ziarniaki, malformacje śródczaszkowe, guzy przysadki,
 - 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,
 - sepsa (sepsis)** - zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej powstały w wyniku krwiopochodnego rozsięgu 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, wirtemia 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,
 - 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, wsierdza, osierdza, otrzewnej, ucha środkowego, sepsa pneumokokowa i inne pozostawiające trwałe następstwa pod postacią np. utraty słuchu, zaburzeń procesu uczenia się, opóźnień w nauce mowy, porażeń lub in-

nych 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, ziarnikowe 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)

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

- W przypadku wystąpienia u Współubezpieczonego, poważnego zachorowania, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.
- 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:

- zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
- dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania,
- kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego,
- 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,
- akt urodzenia lub przysposobienia dziecka
- zgody dorosłego Współubezpieczonego na przetwarzanie danych osobowych na formularzu Towarzystwa.

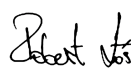
V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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 30 lipca 2020 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 27 sierpnia 2020 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)

- Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
- 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 zainicjowania 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, objawiające 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, wsierdza, osierdza, otrzewnej, ucha środkowego, sepsa pneumokokowa i inne pozostawiające trwałe następstwa pod postacią np. utraty słuchu, zaburzeń procesu uczenia się, opóźnień w nauce mowy, porażeń lub in-

nnych 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, ziarnikowe 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 rozszczenie 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 nierokujący 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,

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 niniejszej umowy dodatkowej.
2. Rodzaj i data wystąpienia poważnego zachorowania ustalone 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.

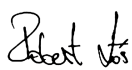
V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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 30 lipca 2020 roku
oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek urodzenia się
dziecka Ubezpieczonemu (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd
SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 27 sierpnia 2020 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 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) **urodzenie się dziecka Ubezpieczonego** - 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 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 zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.

III. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4 (ograniczenia odpowiedzialności)

W przypadku gdy:

- 1) Ubezpieczony główny przystępuje do ubezpieczenia grupowego po upływie 4 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia lub
- 2) Ubezpieczony główny przystępuje do ubezpieczenia grupowego po upływie 4 miesięcy od daty nawiązania z Ubezpieczającym stosunku prawnego lub
- 3) Ubezpieczony dodatkowy nie był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia na życie obowiązującej u Ubezpieczającego bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWDU i przystępuje do ubezpieczenia po dacie zawarcia umowy ubezpieczenia,

jeśli urodzenie dziecka nastąpi w okresie pierwszych 9 miesięcy od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonego świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 10% wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 5 (świadczenie ubezpieczeniowe)

W przypadku urodzenia się dziecka Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonego 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.

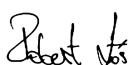
V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes Zarządu

Informacja o produkcie
dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek
urodzenia się dzieci Ubezpieczonemu wskutek ciąży mnogiej

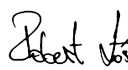
Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU)
uchwalonymi przez Zarząd
SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 30 lipca 2020 roku
oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek urodzenia się
dzieci Ubezpieczonemu wskutek ciąży mnogiej (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd
SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 27 sierpnia 2020 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

§ 8 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes Zarządu

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)

- Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
- Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
 - 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 Ubezpieczonemu wskutek ciąży mnogiej nie obejmuje jakiegokolwiek formy przysposobienia.
 - 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)

W przypadku gdy:

- Ubezpieczony główny przystępuje do ubezpieczenia grupowego po upływie 4 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia lub
- Ubezpieczony główny przystępuje do ubezpieczenia grupowego po upływie 4 miesięcy od daty nawiązania z Ubezpieczającym stosunku prawnego lub
- Ubezpieczony dodatkowy nie był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia na życie obowiązującej u Ubezpieczającego bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWDU i przystępuje do ubezpieczenia po dacie zawarcia umowy ubezpieczenia,

jeśli urodzenie się wskutek ciąży mnogiej nastąpi w okresie pierwszych 9 miesięcy od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 10% wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 5 (świadczenie ubezpieczeniowe)

- 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.
- 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:

- zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
- skrócone odpisy aktów urodzenia dzieci,
- 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.

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 30 lipca 2020 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 27 sierpnia 2020 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)

- Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
- Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
 - 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:
 - przy urodzeniu otrzymało 1-7 punktów w skali Apgar (przy punktacji w skali Apgar bierze się pod uwagę ostatnią dokonaną ocenę);
 - urodziło się z wadą wrodzoną,
 - urodziło się jako wcześniak;
 - 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.
 - 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)

- 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.
- W przypadku gdy:
 - Ubezpieczony główny przystępuje do ubezpieczenia grupowego po upływie 4 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia lub
 - Ubezpieczony główny przystępuje do ubezpieczenia grupowego po upływie 4 miesięcy od daty nawiązania z Ubezpieczającym stosunku prawnego lub
 - Ubezpieczony dodatkowy nie był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia na życie obowiązującej u Ubezpieczającego bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWDU i przystępuje do ubezpieczenia po dacie zawarcia umowy ubezpieczenia,
 jeżeli urodzenie dziecka wymagającego leczenia nastąpi w okresie pierwszych 9 miesięcy od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 10% wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 5 (świadczenie ubezpieczeniowe)

- 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.
- 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.
- Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania dzieckiem Ubezpieczonym 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:

- zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
- skrótowy odpis aktu urodzenia dziecka,
- kartę informacyjną leczenia szpitalnego dziecka lub kartę wypisową ze szpitala dziecka, wydaną przez lekarza prowadzącego,
- dokumentację medyczną potwierdzającą rozpoznanie i leczenie wady wrodzonej,
- 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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 30 lipca 2020 roku oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek urodzenia się martwego dziecka (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 27 sierpnia 2020 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)

W przypadku gdy:

- 1) Ubezpieczony główny przystępuje do ubezpieczenia grupowego po upływie 4 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia lub
- 2) Ubezpieczony główny przystępuje do ubezpieczenia grupowego po upływie 4 miesięcy od daty nawiązania z Ubezpieczającym stosunku prawnego lub
- 3) Ubezpieczony dodatkowy nie był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia na życie obowiązującej u Ubezpieczającego bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWDU i przystępuje do ubezpieczenia po dacie zawarcia umowy ubezpieczenia,

jeśli urodzenie martwego dziecka nastąpi w okresie pierwszych 9 miesięcy od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 10% wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.

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.

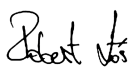
V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes Zarządu



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 30 lipca 2020 roku
oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci
Współubezpieczonych – rodziców lub teściów (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd
SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 27 sierpnia 2020 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

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 Ubezpiezonego, których życie objęte jest zakresem umowy dodatkowej ubezpieczenia;
 - 2) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć Współubezpiezonego, 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 Ubezpiezonego zdarzenia ubezpieczeniowego.

III. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4 (ograniczenie odpowiedzialności)

W przypadku gdy:

- 1) Ubezpieczony główny przystępuje do ubezpieczenia grupowego po upływie 4 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia lub
- 2) Ubezpieczony główny przystępuje do ubezpieczenia grupowego po upływie 4 miesięcy od daty nawiązania z Ubezpieczającym stosunku prawnego lub
- 3) Ubezpieczony dodatkowy nie był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia na życie obowiązującej u Ubezpieczającego bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWDU i przystępuje do ubezpieczenia po dacie zawarcia umowy ubezpieczenia,

i zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie pierwszych 6 miesięcy od daty objęcia Ubezpiezonego ochroną ubezpieczeniową, Towarzystwo wypłaci Ubezpiezonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 50% wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 5 (świadczenie ubezpieczeniowe)

W przypadku śmierci Współubezpiezonego, Towarzystwo wypłaci Ubezpiezonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej z zastrzeżeniem § 4.

§ 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 z formularza stosowanym przez Towarzystwo),
- 2) skrócony odpis aktu zgonu Współubezpiezonego,
- 3) w przypadku śmierci teściów – aktualny odpis aktu małżeństwa Ubezpiezonego,
- 4) dokument tożsamości Ubezpiezonego.

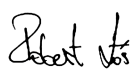
V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes Zarządu



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 30 lipca 2020 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 30 lipca 2020 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, § 2 OWDU, § 4 - 6 OWDU

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

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 dostępną pod czynnym całą dobę numerem telefonu **+48 22 522 29 02**
 - 2.2 **zdarzenie ubezpieczeniowe** - urodzenie się dziecka Ubezpieczonego 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 leczenia, 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 leczenia, 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 pielęgniarstwa, 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 położną, 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 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.

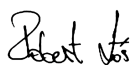
V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 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 Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 30 lipca 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopotie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 15 sierpnia 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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)
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 30 lipca 2020 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, § 2 OWDU, § 4 - 6 OWDU.

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 uzdrowskiej, 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 uzdrowskiego, 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 leczenia, 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 leczenia, 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 rozszczeń 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 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;
- 2.12.6 **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;
- 2.12.7 **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 leczenia 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;
- 2.12.8 **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;
- 2.12.9 **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 osobą bliską, dostosowanym do aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 1200 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 2.12.10 **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;
- 2.12.11 **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;
- 2.12.12 **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;

- 2.12.13 **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;
- 2.12.14 **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;
- 2.12.15 **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;
- 2.12.16 **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;
- 2.12.17 **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;
- 2.12.18 **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 Teleopieki Kardiologicznej, przeprowadzonego przez Centrum Telemedyczne,
 - 3) odbioru aparatu EKG, stanowiącego element zestawu Teleopieki Kardiologicznej, z miejsca zamieszkania Ubezpieczonego,
 - 4) zapewnienie Ubezpieczonemu w okresie świadczenia usług dostępu do Centrum Telemedycznego świadczącego następujące usługi:
 - a. przyjmowanie i rejestrowanie w systemie telemedycznym badań przesłanych przez Ubezpieczonego za pomocą otrzymanego aparatu EKG,
 - b. analiza przesłanych badań przez personel Centrum Telemedycznego,
 - c. stały kontakt telefoniczny z personelem Centrum Telemedycznego,
 - d. dostęp do informacji na temat wyniku badań pod numerem Centrum Telemedycznego, znajdującym się na aparacie EKG,
 - e. archiwizacja wszystkich wykonanych badań wraz z ich wynikami przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu,
 - f. udostępnienie drogą telefoniczną lub za pośrednictwem e-maila wyników badań Ubezpieczonego osobie 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;

- 2.12.19 **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 OWU, świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone, jeżeli przyczyną nagłego zachorowania jest zaostření 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.

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 Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 30 lipca 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 15 sierpnia 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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)
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 30 lipca 2020 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, § 2 OWDU, § 4 – 6 OWDU.

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 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.
 Udzielane informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczni-

czego 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 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 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 2.6, 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 Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 30 lipca 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 15 sierpnia 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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)
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 30 lipca 2020 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, § 2 OWDU, § 4 – 6 OWDU

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

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 22 522 29 02**;
 - 2.2. **miejsce zamieszkania** – wskazane przez Ubezpiezonego 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 nagłego zachorowania Ubezpiezonego lub uszkodzenia ciała Ubezpiezonego 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 Ubezpiezonego po wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego. Usługi są świadczone do łącznego limitu 2000 zł w roku ochrony. 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 Ubezpiezonego. 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

- 2.8.4 **konsultacje fizykoterapeutyczne** – 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 Ubezpiezonego do szpitala dostosowanym do aktualnego stanu zdrowia Ubezpiezonego 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 Ubezpiezonego ze szpitala do miejsca zamieszkania dostosowanym do aktualnego stanu zdrowia Ubezpiezonego 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 Rzeczypospolitej Polskiej, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu Ubezpiezonego 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 Ubezpiezonego. 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. 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 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.

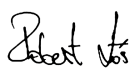
V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes 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) oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek poważnej choroby serca – POMOC dla SERCA (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 30 lipca 2020 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, § 2 OWDU, § 4 – 6 OWDU.

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 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 oporzędzona 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, przeszskórnej 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 nagłego zachorowania Ubezpieczonego lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.

- 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 dostosowanymi 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 zgłoszeniowych i informacyjnych, w ciągu maksymalnie 3 dni roboczych od daty zgłoszenia Towarzystwu;
 - 2) telefonicznego szkolenia z obsługi aparatu EKG oraz korzystania z Teleopieki Kardiologicznej, przeprowadzonego przez Centrum Telemedyczne,
 - 3) odbioru aparatu EKG, stanowiącego element zestawu Teleopieki Kardiologicznej, z miejsca zamieszkania Ubezpieczonego,
 - 4) zapewnienie Ubezpieczonemu w okresie świadczenia usług dostępu do Centrum Telemedycznego świadczącego następujące usługi:
 - a. przyjmowanie i rejestrowanie w systemie telemedycznym badań przesłanych przez Ubezpieczonego za pomocą otrzymanego aparatu EKG,
 - b. analiza przesłanych badań przez personel Centrum Telemedycznego,
 - c. stały kontakt telefoniczny z personelem Centrum Telemedycznego,
 - d. dostęp do informacji na temat wyniku badań pod numerem Centrum Telemedycznego, znajdującym się na aparacie EKG,
 - e. archiwizacja wszystkich wykonanych badań wraz z ich wynikami przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu,

- f. udostępnienie drogą telefoniczną lub za pośrednictwem e-maila wyników badań Ubezpieczonego osobie 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;

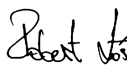
2.6.8. **Infolinia medyczna** - jednostka działająca całodobowo udzielająca Ubezpieczonemu informacji o:

- 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.

Udzielane informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza Centrum Operacyjnego lub Towarzystwa.

§ 9 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes Zarządu

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 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.

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.

Informacja o produkcie
dodatkowe grupowe ubezpieczenie –
WSPARCIE W POWAŻNYM ZACHOROWANIU

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Vertus Życie i Zdrowie (OWU)
oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia –
WSPARCIE W POWAŻNYM ZACHOROWANIU (OWDU), uchwalonymi przez Zarząd
SALTUS TU ŻYCIE SA w dniu 30 lipca 2020 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, § 2 OWDU, § 4 – 6 OWDU.

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 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:
 - 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) wzrostie 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) wzrostie 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** - nagle, 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 przedrakowe 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 owróżnienia) 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 trwałe ubytki neurologiczne; 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 oporzędzona 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, przeszskórnej 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 aplastycznej 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

- dziwiątek” 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 ośłupieniem 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 Rzeczypospolitej Polskiej u osób nie chorujących na hemofilie, 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, mózdzku) 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 wydechu (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 **teżec** - 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 teżca (*Clostridium tetani*),
- 2.8.28 **operacja zastawek serca** - przebiecie 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 przemieszczania 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 nierokujący 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 **wrżdziejące zapalenie jelita grubego** - ostre piorunujące wrżdziejące zapalenie jelita grubego z zagrażającymi życiu zaburzeniami elektrolitowymi, zwykle związane z rozdziemem 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, potwier-

- dzoną 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 zrakizy 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 mięszu 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,
 - odżywanie 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 nagłego zachorowania Ubezpieczonego lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
- 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 zapewni organizację i pokrywa koszty:
- 1) wynagrodzenia Lekarza konsultanta specjalizującego się w danym poważnym zachorowaniu,
 - 2) przesyłki dostarczonej dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, a następnie wydanej opinii Lekarza konsultanta,
 - 3) 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;
 - 4) przekazania Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej sporządzenie powtórnej opinii medycznej i w razie potrzeby zapewni pomoc w zebraniu tych dokumentów;
 - 5) 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 o 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 zapewni 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 zapewni 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 zapewni organizację, dostarczenie i pokrywa koszty 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 pielęgnarskich, Towarzystwo zapewni 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 zapewni 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.
- 2.11.7 **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 zapewni organizację i pokrywa koszty peruki lub protezy. Usługa jest świadczona do wyczerpania łącznego limitu podanego poniżej;
- 2.11.8 **pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej** - jeżeli Ubezpieczony wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym pomocy psychologicznej, Towarzystwo zapewni 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 zapewni 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

mie 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 Ubezpiezonego; koszty zakupów realizowanych na zlecenie Ubezpiezonego pokrywa Ubezpieczony.

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 Ubezpiezonego (z wyłączeniem ras psów uznanych na mocy przepisów prawa za niebezpieczne) w miejscu zamieszkania Ubezpiezonego lub organizuje i pokrywa koszty transportu do osoby wyznaczonej przez Ubezpiezonego 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 Ubezpiezonego 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:

- działaniu leków, ich skutkach ubocznych i interakcjach,
- przygotowaniu do zabiegów medycznych,
- przygotowaniu do badań diagnostycznych,
- podmiotach leczniczych, w których świadczenia są opłacane przez płatnika publicznego i płatników prywatnych,
- aptekach czynnych całą dobę,
- niezbędnych badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku
- zdrowym żywieniu,
- 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.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpiezonego,
- 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.
- Zakresem ubezpieczenia objęte jest świadczenie usług wspierających powrót do zdrowia organizowanych za pośrednictwem Centrum Operacyjnego.
- 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)

- 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).
- W odniesieniu do osoby objętej ochroną ubezpieczeniową, wyłączone są poważne zachorowania, które są następstwem lub konsekwencją wady wrodzonej lub schorzenia wrodzonego.
- Oprócz wyłączeń odpowiedzialności wynikających z ustępów powyżej ochroną ubezpieczeniową nie są objęte koszty:
 - połączeń z Centrum Operacyjnym;
 - 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)

- W celu uzyskania świadczeń Ubezpieczony kontaktuje się telefonicznie z Centrum Operacyjnym.
- 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)

- Osoba kontaktująca się z Centrum Operacyjnym powinna podać następujące informacje:
 - imię i nazwisko;
 - numer PESEL;
 - adres zamieszkania;
 - numer telefonu do kontaktu zwrotnego.
- Ubezpieczony zobowiązany jest na wniosek Centrum Operacyjnego dostarczyć dokumenty wskazane w § 7.
- Centrum Operacyjne przystąpi do organizacji świadczenia niezwłocznie po pozytywnej weryfikacji ochrony ubezpieczeniowej Ubezpiezonego oraz po wypełnieniu obowiązków określonych w ustępach powyższych.
- O wszelkich zmianach w sposobie i terminie realizacji świadczeń Centrum Operacyjne będzie niezwłocznie informować Ubezpiezonego.
- 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:

- dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania,
- 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.

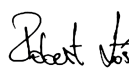
IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 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 27 sierpnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 września 2020 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes Zarządu



WARUNKI UBEZPIECZENIA

Tabela operacji medycznych

	Rodzaj operacji	Wysokość świadczenia (% sumy ubezpieczenia)
A	OPERACJE UKŁADU NERWOWEGO	
	<i>Struktury wewnątrzczaszkowe i nerwy czaszkowe</i>	
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%
	<i>Rdzeń kręgowy</i>	
7	Zabiegi w obrębie tkanek rdzenia kręgowego	50%
8	Zabiegi na korzeniach nerwów rdzeniowych	25%
	<i>Nerwy obwodowe</i>	
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 OTACZAJĄCYCH	
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 OTACZAJĄCYCH	
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%
42	Usunięcie kamienia ze światła ślinianki	10%

	Rodzaj operacji	Wysokość świadczenia (% sumy ubezpieczenia)
I	OPERACJE PRZEWODU POKARMOWEGO	
	<i>Przełyk i żołądek</i>	
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	Zespoleń żołądkowo-jelitowe	50%
	<i>Dwunastnica, jelito czcze i jelito kręte</i>	
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	Zespoleń omijające jelito czcze	50%
58	Całkowite lub częściowe wycięcie jelita krętego	50%
59	Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomia)	50%
60	Zespoleń omijające jelito kręte	50%
	<i>Wyrastek robaczkowy</i>	
61	Wycięcie wyrostka robaczkowego powikłanego zapaleniem otrzewnej lub ropniem zaotrzewnowym	25%
62	Inne wycięcie wyrostka robaczkowego	10%
	<i>Okrężnica i odbytnica</i>	
63	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 krocz przeciwdziałające wypadaniu odbytnicy	25%
70	Całkowite wycięcie odbytu	25%
J	OPERACJE WĄTROBY, PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO, TRZUSTKI I ŚLEDZONY	
	<i>Wątroba</i>	
71	Przeszczep wątroby jako biorca	100%
72	Częściowe wycięcie wątroby	75%
	<i>Pęcherzyk żółciowy</i>	
73	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	25%
74	Inne operacje pęcherzyka żółciowego	25%
	<i>Trzustka</i>	
75	Przeszczep trzustki jako biorca	100%
76	Całkowite wycięcie trzustki lub wycięcie głowy trzustki	50%
77	Częściowe wycięcie trzustki	25%
	<i>Śledziona</i>	25%
78	Całkowite wycięcie śledziony	
K	OPERACJE UKŁADU SERCOWO - NACZYNIOWEGO	
	<i>Serce</i>	
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%

	Rodzaj operacji	Wysokość świadczenia (% sumy ubezpieczenia)
84	Wszczepienie kardiowertera	50%
85	Drenaż osierdzia	10%
86	Inne zabiegi na osierdzu	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%
L	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%
Ł	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 żyłaków powrózka nasiennego	10%
123	Amputacja prącia	50%
124	Wycięcie zmiany w obrębie prącia	10%

	Rodzaj operacji	Wysokość świadczenia (% sumy ubezpieczenia)
M	OPERACJE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH	
125	Wycięcie pochwy	75%
126	Operacja naprawcza wypadania pochwy	25%
127	Wycięcie macicy	75%
128	Amputacja szyjki macicy	10%
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, ŚCIĘGNIEN	
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 KRAŻKÓW 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%

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
	<i>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</i>	
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 połowiczny lub parapareza 2° wg Skali Lovette'a	70
	3) średniego stopnia niedowład połowiczny lub parapareza kończyn dolnych 3° wg Skali Lovette'a	50
	4) niewielki lub dyskretny niedowład połowiczny 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 mózdkowego:	
	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
	<i>Podstawą rozpoznania padaczki są: typowe zmiany EEG, dokumentacja ambulatoryjna bądź szpitalna.</i>	
9.	Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie):	
	1) otępienie lub ciężkie zaburzenia zachowania i emocji uniemożliwiające samodzielną egzystencję	100
	2) encefalopatie ze zmianami charakterologicznymi	60
	3) encefalopatie bez zmian charakterologicznych	30
	<i>Za encefalopatią poza zespołem psychoorganicznym przemawiają odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym, zmiany w zapisie EEG. Encefalopatia powinna być potwierdzona badaniami dodatkowymi.</i>	

	Rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
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 błoczkowego	3
	4) nerwu odwodzącego	
	a) z nieprawidłowym ustawieniem twarzy	10
	b) podwójne widzenie, wzrasta 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 pojedynczej 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 trzeciowego – w zależności od stopnia uszkodzenia:	
	1) uszkodzenie 1szej gałęzi	7
	2) uszkodzenie 2giej i 3ciej gałęzi	10
	3) całkowite	15
	<i>Uszkodzenie nerwu trzeciowego łącznie z pęknięciem kości skalistej należy ocenić według pkt 44</i>	
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-obojędkowo-sutkowy oraz górną część mięśnia czworobocznego	10
	2) częściowe	7
18.	Uszkodzenie nerwu podjęzykowego – w zależności od stopnia uszkodzenia:	
	1) całkowite z obecnością faskykulacji i zaników	10
	2) częściowe	5

	Rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
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 się na podstawie tabeli ostrości wzroku:	
ostrość wzroku lewego oka	ostrość wzroku prawego oka	
	1,0 (10/10)	0
	0,9 (9/10)	2,5
	0,8 (8/10)	5
	0,7 (7/10)	7,5
	0,6 (6/10)	10
	0,5 (1/2)	12,5
	0,4 (4/10)	15
	0,3 (3/10)	20
	0,2 (2/10)	25
	0,1 (1/10)	30
	0	35
Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji szklami 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 określa się na podstawie tabeli ostrości wzroku z pkt 27:	
	a) rozdarcie naczyńówki jednego oka	
	b) zapalenie naczyńówki 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 - uszczerbek określa się na podstawie tabeli zwężenia pola widzenia:	
	zwężenie pola do:	przy nienaruszonym drugim oku
	60°	0
	50°	5
	40°	10
	30°	15
	20°	20
	10°	25
	poniżej 10°	35
		w obu oczach
		0
		15
		25
		50
		80
		90
		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 27	

	Rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu						Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
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						
ucho prawe \ ucho lewe		Słuch normalny (0%)	Nieznaczne upośledzenie (30%)	Średnie upośledzenie (50%)	Duże 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 agravacji 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
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

	Rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
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
	<i>Uszkodzenia tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego należy oceniać według pkt 84</i>	
F	USZKODZENIA KŁATKI 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
	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
	<i>Przy orzekaniu według pkt 55 i 56 stopień uszkodzenia tkanki płucnej i niewydolności oddechowej należy potwierdzić badaniem spirometrycznym i badaniem rentgenowskim.</i>	

	Rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
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
	<i>Stopień uszkodzenia serca oceniać należy na podstawie badania ECHO na podstawie frakcji wyrzutowej lewej komory (EF)</i>	
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 jakiegokolwiek aktywności fizycznej wywołuje dyskomfort. Objawy niewydolności serca lub niewydolności wieńcowej mogą występować nawet w spoczynku. Jeśli zostanie podjęta jakakolwiek aktywność fizyczna, wzrasta dyskomfort.	
G	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:	
	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 odbytu 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

	Rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
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
H	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
I	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 (mocznicza)	50
72.	Uszkodzenie moczowodu powodujące zwężenie jego światła	15
73.	Uszkodzenie pęcherza powodujące:	2
	a) powodujące przewlekłe stany zapalne	+8
	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 zanieczyszczenia 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

	Rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
J	OSTRE ZATRUCIA I ICH NASTĘPSTWA (Z WYJĄTKIEM ZATRUĆ POKARMOWYCH) POWODUJĄCE TRWAŁE USZKODZENIE	
83.	Nagłe zatrucie gazami lub/i substancjami (z wyjątkiem zatruc 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
	<i>Następstwa są oceniane po 5 miesiącach od wypadku. Uszkodzenia innych układów spowodowane nagłym zatruciem gazami należy oceniać według odpowiednich pkt ich dotyczących.</i>	
K	USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA	
84.	Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku szyjnym:	
	a) ograniczenie ruchomości w zakresie rotacji lub zginania	5
	b) całkowite zeszywnienie	35
	c) całkowite zeszywnienie 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 łasek	70
	c) niedowład kończyn dolnych umożliwiający poruszanie się o jednej łasce	40
	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 (ból, ruch, czucie lub mieszane):	
	a) szyjne	5
	b) piersiowe	5
	c) lędźwiowo-krzyżowe	10
	d) guziczne	5
	<i>Gdy występują jednocześnie zniekształcenia, zespoły korzeniowe ocenia się wg pkt 84-87</i>	
L	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, zbrońności stawu stopnia zwicznienia i zakresu ruchów:	
	a) bez zwicznienia	5
	b) zwicznienie I°	10
	c) zwicznienie II°	15
	d) zwicznienie III°	20
	e) zwicznienie IV°	30
93.	Izolowane złamanie miednicy (talerz biodrowy, kolce biodrowe, guz kulszowy)	5

Rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu		Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu	
Ł	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 I° z deformacją bez ograniczenia ruchomości ze skargami subiektywnymi	4	2
	b) deformacja, uszkodzenia II° z ograniczeniem ruchomości do 30%	8	6
	c) wyraźna deformacja, uszkodzenia III° 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
	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 zwichnięcie graniczące z bezużytecznością kończyny	25	20
	<i>Kolejnych epizodów nawykowego zwichnięcia nie należy traktować jako kolejnego nieszczęśliwego wypadku, lecz jako skutek ostatniego urazowego zwichnięcia stawu łopatkowo-ramiennego. Odnosi się do nawyku zwichnięcia, który nie może być wyleczony operacyjnie lub nawrotów nawykowych zwichnięć po leczeniu operacyjnym bez rokowania na poprawę.</i>		
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 < 10°, 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

	Rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu	
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 ramiennej	30	25
	c) zakażony staw rzekomy kości ramiennej	35	30
	d) zakażony staw rzekomy kości ramiennej 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 trójąłowego)	8	4
	c) uszkodzenie ścięgien, mięśni i ich przyczepów powodujące upośledzenie funkcji z osłabieniem siły mięśni (zerwania ścięgien i brzuśców mięśnia dwugłowego i trójąłowego)	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
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:		
	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):		
	a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	5	3
	b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31–60%	10	8
	c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	15	12

	Rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu	
124.	Całkowite zeszywnienie w obrębie nadgarstka:		
	a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	15	12
	b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	20	15
125.	Utrata ręki na poziomie nadgarstka	30	25
	<i>Śródreżce i palce</i>		
126.	Wygojone złamania kości śródreżca, 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 śródreżca – 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 śródreżca z następstwami jak powyżej lub kilku kolejnych z następstwami odpowiadającymi amputacji paliczka dystalnego	8	4
	c) kilku kości śródreżca powodujące znaczną deformację z ograniczeniami funkcji chwytnej palców II do V spowodowanej zeszywnieniem stawów śródreżno-paliczkowych, lub ograniczeniem samej opozycji kciuka, odpowiadające amputacji na poziomie paliczka podstawnego	12	10
	d) kilku kości śródreżca powodujące znaczną deformację z brakiem funkcji chwytnej palców II do V lub uszkodzenie I kości śródreżca z całkowitym zniesieniem funkcji chwytnej kciuka	18	16
	<i>Kciuk</i>		
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 śródreżca	12	8
	d) utrata obu paliczków z kością śródreżca	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
	c) upośledzenie funkcji graniczące z następstwami utraty kciuka	16	10
	<i>Palec wskazujący</i>		
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 śródreżca	7	5
130.	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palca wskazującego oraz II kości śródreżca (blizny, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienia, 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
	<i>Palec trzeci, czwarty i piąty</i>		
131.	Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżca - 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.		

	Rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
M	USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ	
	<i>Biodro</i>	
134.	Utrata kończyny dolnej przez wyluszczenie 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
	<i>Udo</i>	
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
	<i>Kolano</i>	
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
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 40°	5
	b) ograniczenie ruchomości powyżej 40°	10
	c) zeszywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnie korzystnej	20
	d) zeszywnienie 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
	<i>Podudzie</i>	
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

	Rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu	
	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 dodatkowo do uszczerbków z pkt 157		+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
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

Rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu	
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) spłotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	18	20
m) spłotu 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) spłotu lędźwiowo-krzyżowego		50
w) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego		5
<i>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.</i>		

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 27 sierpnia 2020 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 września 2020 roku.