

Indywidualne Ubezpieczenie na Życie
ACTI FINANSE PLUS GOTÓWKI

Dokument zawierający informacje
o produkcie ubezpieczeniowym

Informacja o produkcie

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Karta Produktu

Indywidualne Ubezpieczenie na Życie ACTI FINANSE PLUS GOTÓWKI

SALTUS
UBEZPIECZENIA

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

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

Produkt: Indywidualne Ubezpieczenie na Życie ACTI FINANSE PLUS GOTÓWKI

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje na temat umowy dotyczące niniejszego produktu ubezpieczeniowego podane są w Ogólnych Warunkach Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ACTI FINANSE PLUS GOTÓWKI uchwalonych w dniu 27 kwietnia 2022 roku przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA oraz w treści dokumentu ubezpieczenia.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Indywidualne Ubezpieczenie na Życie ACTI FINANSE PLUS GOTÓWKI jest dobrowolnym ubezpieczeniem indywidualnym na życie z Działu I Grupy 1 i 5 zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Ubezpieczenie jest propozycją dla osób poszukujących ochrony ubezpieczeniowej, które chcą zabezpieczyć spłatę kredytu.



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

✓ W zakresie podstawowym przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

Za opłatą dodatkowej składki ubezpieczeniowej zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe:

- 1) całkowitą niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ubezpieczenia,
- 2) poważne zachorowanie Ubezpieczonego, które z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w OWU po raz pierwszy zostało zdiagnozowane w okresie odpowiedzialności SALTUS TU ŻYCIE SA,
- 3) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- 4) śmierć małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- 5) całkowitą niezdolność Ubezpieczonego do pracy.

✓ Istnieje możliwość wyboru wariantu ochrony z sumą ubezpieczenia malejącą w trakcie okresu ochrony (wariant I) lub ze stałą sumą ubezpieczenia przez cały okres ubezpieczenia (wariant II).

✓ W wariantcie I z malejącą sumą ubezpieczenia SALTUS TU ŻYCIE SA jest zobowiązane do wypłaty:

- Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, w kwocie wskazanej w harmonogramie wysokości świadczeń na dzień śmierci Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z OWU, wypłacanego osobie lub osobom uprawnionym do świadczenia,

a w razie rozszerzenia ochrony ubezpieczeniowej o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe:

- Świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania, w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z OWU, wypłacanego Ubezpieczonemu,
- Świadczenia z tytułu całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w kwocie wskazanej w harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z OWU, wypłacanego Ubezpieczonemu,
- Świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z OWU, wypłacanego Ubezpieczonemu w formie dziennego świadczenia szpitalnego w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia, przy czym wysokość łącznych świadczeń, związanych z pobytem Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie jednego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 90 dni; jeżeli w jednym dniu Ubezpieczony był pacjentem dwu lub większej liczby szpitali, SALTUS TU ŻYCIE SA wypłaci świadczenie za ten dzień tylko jeden raz,
- Świadczenia z tytułu śmierci małżonka Ubezpieczonego w kwocie wskazanej w harmonogramie wysokości świadczeń na dzień śmierci małżonka, z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z OWU, wypłacanego Ubezpieczonemu,
- Świadczenia z tytułu całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w kwocie wskazanej w harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zdarzenia, z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z OWU, wypłacanego Ubezpieczonemu.

✓ W wariantcie II ze stałą sumą ubezpieczenia SALTUS TU ŻYCIE SA jest zobowiązane do wypłaty:

- Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w kwocie wskazanej w harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z OWU, wypłacanego osobie lub osobom uprawnionym do świadczenia,

a w razie rozszerzenia ochrony ubezpieczeniowej o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe:

- Świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania, w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z OWU, wypłacanego Ubezpieczonemu,
- Świadczenia z tytułu całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w kwocie wskazanej w harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z OWU, wypłacanego Ubezpieczonemu,
- Świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z OWU – wypłacanego Ubezpieczonemu w formie dziennego świadczenia szpitalnego w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia, przy czym wysokość łącznych świadczeń, związanych z pobytem Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie jednego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 90 dni; jeżeli w jednym dniu Ubezpieczony był pacjentem dwu lub większej liczby szpitali, SALTUS TU ŻYCIE SA wypłaci świadczenie za ten dzień tylko jeden raz,
- Świadczenia z tytułu śmierci małżonka Ubezpieczonego w wysokości wskazanej w harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z OWU, wypłacanego Ubezpieczonemu,
- Świadczenia z tytułu całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w kwocie wskazanej w harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z OWU, wypłacanego Ubezpieczonemu.



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- ✗ Zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową powstałych poza okresem ubezpieczenia.
- ✗ Zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienia fizyczne i moralne.
- ✗ Wystąpienia poważnego zachorowania u Ubezpieczonego, którego przyczyną nie był nieszczęśliwy wypadek, jeżeli zdiagnozowanie nastąpiło w okresie 3 miesięcy od daty rozpoczęcia odpowiedzialności.
- ✗ Wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, którego przyczyną nie był nieszczęśliwy wypadek, jeżeli zdiagnozowanie nastąpiło w okresie 3 miesięcy od daty rozpoczęcia odpowiedzialności.



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

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

- ! czynnego udziału w działaniach wojennych, wojnach, inwazjach, wojnach domowych, powstaniach, rewolucjach, stanach wojennych, jeżeli Ubezpieczony służy, został powołany do wojska lub do organizacji militarnej, lub dobrowolnie wstąpił do w/w jednostek, lub bierze udział w w/w zdarzeniach w związku z wykonywaną pracą: korespondenta wojennego, wolontariusza lub pracownika organizacji humanitarnych,
- ! świadomego, dobrowolnego, niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroru, z wyłączeniem przypadków obrony koniecznej,
- ! umyślnego popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu,
- ! zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych użyciem: opiatów, kanabinoli, kokainy, halucynogenów; zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych odurzeniem się lotnymi rozpuszczalnikami organicznymi; zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych naprzemiennym przyjmowaniem środków wyżej wymienionych i innych środków psychoaktywnych,
- ! samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie pierwszych dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,

o ile powyższe okoliczności miały wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

SALTUS TU ŻYCIE SA nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego, całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, śmierci małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy będących wynikiem:

- ! uprawiania sportów 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,
- ! wyczynowego i zawodowego uprawiania sportów,
- ! samookaleczenia się,
- ! działania w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości albo działania pod wpływem innych środków odurzających, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniami lekarza, przy czym stan nietrzeźwości zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi: stężenia we krwi powyżej 0,5‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³, stan po użyciu alkoholu zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ do 0,5‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm³,
- ! działania pod wpływem, w stanie lub warunkach choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego, przewozu lotniczego w charakterze innym niż pasażer samolotu pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych, poddania się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarzy, prowadzenia pojazdu bez wymaganego prawem uprawnienia do prowadzenia danego pojazdu,

o ile powyższe okoliczności miały wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.

- ! Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku nie jest należne, jeżeli pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią małżonka Ubezpieczonego lub całkowitą niezdolnością do samodzielnej egzystencji nie istniał związek przyczynowy.
- ! Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku nie jest należne, jeżeli pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a pobytym w szpitalu nie istniał związek przyczynowy.
- ! SALTUS TU ŻYCIE SA nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego w przypadku, gdy poważne zachorowanie jest następstwem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV, chyba że zakażenie nastąpiło w wyniku transfuzji krwi.
- ! Z ochrony ubezpieczeniowej, wyłączone są poważne zachorowania Ubezpieczonego, które są następstwem lub konsekwencją wady wrodzonej lub schorzenia wrodzonego.
- ! W przypadku wystąpienia drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania Ubezpieczonego, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, o ile nie pozostaje w związku przyczynowym z wcześniej rozpoznanym poważnym zachorowaniem Ubezpieczonego, w związku z którym SALTUS TU ŻYCIE SA wypłaciło świadczenie z tytułu dodatkowego zdarzenia ubezpieczeniowego.
- ! W przypadku wydania kolejnego orzeczenia o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, o ile nie pozostaje ono w związku przyczynowym z wcześniej zaistniałym nieszczęśliwym wypadkiem, w związku z którym wydano orzeczenie o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji.
- ! W przypadku wydania kolejnego orzeczenia o całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, o ile nie pozostaje ono w związku przyczynowym z wcześniej zaistniałą całkowitą niezdolnością do pracy, w związku z którą wydano orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy.



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ Na terytorium całego świata.



Co należy do obowiązków Ubezpieczającego i Ubezpieczonego?

- Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są podać do wiadomości SALTUS TU ŻYCIE SA wszystkie znane sobie okoliczności, które mogą mieć wpływ na podjęcie przez SALTUS TU ŻYCIE SA decyzji o objęciu ochroną ubezpieczeniową, przez udzielenie przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania SALTUS TU ŻYCIE SA zawarte w formularzach SALTUS TU ŻYCIE SA lub przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczony zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez SALTUS TU ŻYCIE SA umowy mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

- W przypadku gdy łączna suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, niezależnie od liczby umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ACTI FINANSE PLUS i/lub Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ACTI FINANSE PLUS HIPOTEKI i/lub Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ACTI FINANSE PLUS GOTÓWKI nie przekracza 100 000,00 zł, wymagane jest złożenie przez Ubezpieczonego oświadczenia o stanie zdrowia w postaci ankiety medycznej zawartej we wniosku ubezpieczeniowym.
- W przypadku gdy łączna suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, niezależnie od liczby umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ACTI FINANSE PLUS i/lub Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ACTI FINANSE PLUS HIPOTEKI i/lub Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ACTI FINANSE PLUS GOTÓWKI przekracza 100 000,00 zł wymagane jest wypełnienie przez Ubezpieczonego kwestionariusza medycznego.
- Niezależnie od ww. postanowień SALTUS TU ŻYCIE SA może poprosić o wypełnienie kwestionariusza medycznego, przedstawienie dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia lub skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie.
- W przypadku gdy Ubezpieczający chce zawrzeć umowę ubezpieczenia w innym terminie niż umowę o kredyt, wymagane jest wypełnienie przez Ubezpieczonego kwestionariusza medycznego, niezależnie od wysokości sumy ubezpieczenia.

Co należy do obowiązków Ubezpieczającego?

- Powiadomianie SALTUS TU ŻYCIE SA o zmianie swojego adresu zamieszkania lub siedziby.
- Terminowe opłacanie składki ubezpieczeniowej,
- W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, przed wyrażeniem przez osobę zainteresowaną zgody na udzielenie na jej rachunek ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczający zobowiązany jest udostępnić Ubezpieczonemu treść obowiązujących OWU, z uwzględnieniem zmian wprowadzonych zgodnie z postanowieniem § 8 ust. 6 OWU.
- Ubezpieczający zobowiązany jest do poinformowania Ubezpieczonego na piśmie, lub jeżeli Ubezpieczony wyraził na to zgodę, na innym trwałym nośniku, o zmianie warunków umowy ubezpieczenia, lub zmianie prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia, wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczenia, przysługującego z tytułu umowy ubezpieczenia - przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego i Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia w tym zakresie.



Jak i kiedy należy opłacać składki?

Wysokość, częstotliwość opłacania oraz dzień wymagalności składki ubezpieczeniowej określona jest w umowie ubezpieczenia.

Składka ubezpieczeniowa płatna jest na rachunek bankowy wskazany w umowie ubezpieczenia. Za dzień zapłaty uznaje się dzień wpływu składki na rachunek SALTUS TU ŻYCIE SA.



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest maksymalnie na czas trwania umowy o kredyt wskazany w polisie ubezpieczeniowej. Do zawarcia umowy dochodzi z chwilą akceptacji przez SALTUS TU ŻYCIE SA wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, dzień początku odpowiedzialności SALTUS TU ŻYCIE SA wskazany jest w polisie.
2. Ochrona ubezpieczeniowa kończy się: z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego; z dniem upływu okresu wypowiedzenia przez Ubezpieczającego umowy ubezpieczenia; z dniem upływu okresu wypowiedzenia umowy za porozumieniem stron, z dniem określonym w porozumieniu; z dniem doręczenia Ubezpieczającemu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez SALTUS TU ŻYCIE SA; z powodu nieopłacania składki z dniem upływu ostatniego dnia dodatkowego terminu do zapłaty składki, wskazanego w wezwaniu do zapłaty oraz z dniem śmierci Ubezpieczonego.



Jak rozwiązać umowę?

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu na jaki została zawarta.
2. Jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta jest na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia doręczenia mu przez SALTUS TU ŻYCIE SA polisy, przez złożenie do SALTUS TU ŻYCIE SA pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczyciel nie poinformował ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie; odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim SALTUS TU ŻYCIE SA udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
3. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, w każdym czasie, z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
4. Jeżeli SALTUS TU ŻYCIE SA ponosi odpowiedzialność przed zaplaceniem składki ubezpieczeniowej, a składka ubezpieczeniowa lub pierwsza składka ubezpieczeniowa nie została zapłacona w terminie wymagalności, SALTUS TU ŻYCIE SA może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym. W braku wypowiedzenia umowy wygasa ona z końcem okresu, za który przypadła niezapłacona składka.
5. Wypowiedzenie umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres trwania odpowiedzialności SALTUS TU ŻYCIE SA.
6. Na wniosek Ubezpieczającego i za zgodą SALTUS TU ŻYCIE SA, umowa ubezpieczenia może zostać rozwiązana ze skutkiem na dzień doręczenia do SALTUS TU ŻYCIE SA wniosku o wcześniejsze zakończenie ochrony ubezpieczeniowej.
7. W przypadku nieopłacenia w dniu wymagalności kolejnej składki ubezpieczeniowej w całości lub w części, SALTUS TU ŻYCIE SA wezwie Ubezpieczającego do zapłaty tej składki lub jej brakującej części, wyznaczając w tym celu dodatkowy termin 14 dni. W wezwaniu do zapłaty SALTUS TU ŻYCIE SA powiadomi Ubezpieczającego o skutkach określonych w ust. 8.
8. Jeżeli kolejna składka ubezpieczeniowa lub jej brakująca część nie zostanie opłacona w dodatkowym terminie wskazanym w wezwaniu do zapłaty, o którym mowa w ust. 7, umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem na dzień, w którym upływa dodatkowy termin wskazany w wezwaniu do zapłaty, o którym mowa w ust. 7.

Informacja o produkcie
Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie
ACTI FINANSE PLUS GOTÓWKI
uchwalone przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA
w dniu 27 kwietnia 2022 roku

W celu przybliżenia najistotniejszych postanowień niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, Towarzystwo prezentuje poniżej:

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń:	§3 §16 §18
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia:	§ 3 ust.6 pkt 2, 3, 5, 7, 9, 12, 13, 14, 15, 18, 22 §4 §5

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ACTI FINANSE PLUS GOTÓWKI

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§1 (postanowienia ogólne)

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ACTI FINANSE PLUS GOTÓWKI, zwanych dalej OWU, SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie, zwane dalej „Towarzystwem”, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, zawiera umowę ubezpieczenia z Ubezpieczającym.
2. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek.
3. W porozumieniu z Ubezpieczającym, do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
4. W przypadku określonym w ust. 3, Towarzystwo zobowiązane jest przedstawić Ubezpieczającemu różnicę między treścią umowy ubezpieczenia, a treścią OWU w formie pisemnej przed zawarciem umowy ubezpieczenia. W razie niedopełnienia tego obowiązku, Towarzystwo nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla Ubezpieczającego. Postanowienia tego nie stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych w drodze negocjacji.

§2 (definicje)

Przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWU:

- 1) **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; 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) **całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** - trwałe naruszenie sprawności organizmu w wyniku nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ubezpieczenia, powodujące konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, ustalone na podstawie orzeczenia lekarskiego, wydanego przez podmiot uprawniony do orzekania niezdolności do samodzielnej egzystencji,
- 3) **choroba** - zdiagnozowana przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju Ubezpieczonego,
- 4) **dzień wymagalności składki ubezpieczeniowej** - dzień, w którym składka ubezpieczeniowa staje się wymagana,
- 5) **karencja** - okres ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa występujący w sytuacjach wskazanych w umowie ubezpieczenia, uwzględniany w wyliczeniu składki ubezpieczeniowej,
- 6) **kredyt (umowa o kredyt)** - umowa, na podstawie której kredytodawca zobowiązuje się do postawienia do dyspozycji kredytobiorcy środków finansowych, a kredytobiorca do spłaty zadłużenia na warunkach ustalonych w umowie. W niniejszych OWU pod pojęciem kredyt (umowa o kredyt) rozumie się:
 1. wszelkiego rodzaju kredyty (z wyłączeniem kredytów hipotecznych),
 2. wszelkiego rodzaju pożyczki (z wyłączeniem pożyczek hipotecznych),
 3. limity na rachunkach bankowych,
 4. limity zadłużenia na kartach kredytowych, bez względu na sposób spłaty wynikającego z nich zadłużenia.
- 7) **kredytobiorca** - strona umowy o kredyt, której kredytodawca stawia do dyspozycji środki finansowe, oraz będąca zobowiązaną do spłaty zadłużenia na warunkach ustalonych w umowie o kredyt,
- 8) **kredytodawca** - instytucja finansowa, która udzieliła kredytu,
- 9) **małżonek** - osoba, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dacie wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa albo - w przypadku niepozostawania Ubezpieczonego w związku małżeńskim - osoba niespokrewniona z Ubezpieczonym w linii prostej, niebędąca rodzeństwem ani powinowatym, pozostająca z Ubezpieczonym w faktycznym wspólnym pożyciu (osoba ta musi, w dacie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed datą wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, posiadać miejsce zamieszkania identyczne z miejscem zamieszkania Ubezpieczonego), a przy tym nie pozostająca w związku małżeńskim i wskazana we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub innym dokumencie Towarzystwa,
- 10) **nieszczęśliwy wypadek** - nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, o charakterze losowym, w następstwie którego Ubezpieczony, niezależnie od swojej woli, doznał trwałego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł,
- 11) **okres ubezpieczenia** - okres, w którym Towarzystwo świadczy ochronę ubezpieczeniową,

- 12) **harmonogram wysokości świadczeń** - harmonogram określający wysokości świadczeń będący załącznikiem do polisy; sporządzony na podstawie pierwotnego harmonogramu spłat kredytu albo pierwotnego limitu kredytowego, w przypadku gdy umowa o kredyt nie przewiduje pierwotnego harmonogramu spłaty kredytu,
- 13) **pierwotny harmonogram spłat kredytu** - harmonogram spłat kredytu aktualny na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 14) **pierwotny limit kredytowy** - kwota limitu kredytu aktualna na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 15) **pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku** - potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, powstały w okresie ubezpieczenia, bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, 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,
- 16) **polisa** - dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia między Ubezpieczającym a Towarzystwem,
- 17) **poważne zachorowanie Ubezpieczonego** - określone w niniejszych OWU zdarzenie dotyczące zdrowia Ubezpieczonego, które zaistniało w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, wymienione i zdefiniowane w § 3 ust. 6 (23 jednostki chorobowe),
- 18) **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 asypuralcyjnego,
- 19) **szpital** - zakład opieki zdrowotnej przeznaczony do przyjmowania i leczenia osób, których stan zdrowia wymaga stałej, całodobowej obserwacji lub opieki lekarskiej i pielęgnarskiej,
- 20) **świadczenie** - świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, objętego zakresem ochrony ubezpieczeniowej,
- 21) **Ubezpieczający** - osoba fizyczna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której ustawa przyznaje zdolność prawną: spółka partnerska lub spółka jawna, zawierająca z Towarzystwem, na podstawie niniejszych OWU, umowę ubezpieczenia,
- 22) **Ubezpieczony** - osoba fizyczna będąca kredytobiorcą lub współnikiem spółki jawnej, partnerem spółki partnerskiej, będącej kredytobiorcą, wskazana we wniosku,
- 23) **Uposażony** - wskazana przez Ubezpieczonego, osoba uprawniona do świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego. W przypadku, gdy Ubezpieczony wskazał kredytodawcę jako Uposażonego, będzie on nazywany w OWU Uposażonym kredytodawcą,
- 24) **wyczynowe uprawianie sportu** - udział w regularnych treningach, zawodach, obozach kondycyjnych, zgrupowaniach, w celu uzyskania maksymalnych wyników sportowych,
- 25) **zadłużenie** - kwota obejmująca wyłącznie wartość niespłaconego kapitału, zgodnie z pierwotnym harmonogramem spłat kredytu albo pierwotnym limitem kredytowym,
- 26) **zawodowe uprawianie sportu** - uprawianie dyscyplin sportowych za wynagrodzeniem,
- 27) **zdarzenie ubezpieczeniowe** - zdarzenie, którego zajście zobowiązuje Towarzystwo do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w OWU.

II: PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3 obejmuje śmierć Ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie ubezpieczenia.
3. Za opłatą dodatkowej składki zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o następujące dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - 1) całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ubezpieczenia,
 - 2) poważne zachorowanie Ubezpieczonego, które z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w ust. 7, po raz pierwszy zostało zdiagnozowane w okresie odpowiedzialności Towarzystwa,
 - 3) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 4) śmierć małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy.
4. Wybór dodatkowych zdarzeń ubezpieczeniowych wymienionych w ust. 3 może nastąpić wyłącznie przy składaniu wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

5. Ubezpieczenie może być zawarte w jednym z dwóch wariantów:

a) W wariantcie I z malejącą sumą ubezpieczenia, w którym odpowiedzialność Towarzystwa polega na:

1) w przypadku śmierci Ubezpieczonego – obowiązku wypłaty osobie uprawnionej świadczenia w kwocie wskazanej w harmonogramie wysokości świadczeń na dzień śmierci Ubezpieczonego,

a w razie rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe:

2) w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania – obowiązku wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia,

3) w przypadku całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ubezpieczenia – obowiązku wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia w kwocie wskazanej w harmonogramie wysokości świadczeń na dzień wystąpienia zdarzenia,

4) w przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku – obowiązku wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia,

5) w przypadku śmierci małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – obowiązku wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia ubezpieczeniowego w kwocie wskazanej w harmonogramie wysokości świadczeń na dzień śmierci małżonka,

6) w przypadku całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy - obowiązku wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia w kwocie wskazanej w harmonogramie wysokości świadczeń na dzień wystąpienia zdarzenia,

z zastrzeżeniem postanowień § 4 i § 5 oraz §16 ust. 1 niniejszych OWU.

b) W wariantcie II ze stałą sumą ubezpieczenia, w którym odpowiedzialność Towarzystwa polega na:

1) w przypadku śmierci Ubezpieczonego – obowiązku wypłaty osobie uprawnionej świadczenia ubezpieczeniowego w kwocie wskazanej w harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia,

a w razie rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe:

2) w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania – obowiązku wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia,

3) w przypadku całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ubezpieczenia – obowiązku wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia w kwocie wskazanej w harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia,

4) w przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia obrażeń ciała powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku, obowiązku wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia,

5) w przypadku śmierci małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, obowiązku wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia w kwocie wskazanej w harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia,

6) w przypadku całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy - obowiązku wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia w kwocie wskazanej w harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia,

z zastrzeżeniem postanowień § 4 i § 5 oraz §16 ust. 2 niniejszych OWU.

6. Za poważne zachorowanie w rozumieniu niniejszych OWU uznaje się:

1) **zawał serca** – ostre niedokrwienie mięśnia sercowego, przy dowodach na obecność martwicy mięśnia sercowego, czyli:

a) wykryciu wzrostu biomarkera sercowego (najlepiej troponiny sercowej) powyżej górnej granicy normy oraz jednego z następujących:

- objawów ostrego niedokrwienia mięśnia sercowego,
- 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 ostrego niedokrwienia mięśnia sercowego lub
- zmianach w EKG lub
- nowych odcinkowych zaburzeniach kurczliwości lub
- uwidocznieniu obrazów angiograficznych zgodnych z powikłaniami zabiegu, które upośledzają przepływ w tętnicy wieńcowej,

c) stwierdzeniu zakrzepicy w stencie podczas koronarografii w przypadku niedokrwienia mięśnia sercowego ze wzrostem 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 natywejnej tętnicy wieńcowej,

2) **udar mózgu** – nagły stan chorobowy powodujący trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynacynienia krwi, niedokrwienie lub zator 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 winno być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego (o ile takie badania były wykonywane) nie wcześniej jednak niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów. Konieczne jest przedstawienie dowodów na utrwalone ubytki neurologiczne,

3) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz), charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenieniem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek; rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym i przeprowadzone 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 owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 r.,
- nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), rak podstawnkomórkowy skóry i rak kolczystokomórkowy skóry,
- wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

Za datę wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się datę pobrania materiału do badania histopatologicznego,

4) **niewydolność nerek** – przewlekłe, trwałe i całkowite uszkodzenie obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu; diagnoza musi być jednoznacznie potwierdzona dokumentacją medyczną,

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,

6) **przeszczep narządów** – przeszczenie osobie objętej ubezpieczeniem jako biorcy 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,

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 poprzedzona 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,

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,

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,

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,

- 11) **utrata wzroku w następstwie choroby** – całkowita, nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach spowodowana chorobą nie poddająca się korekcji; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę z ośrodka prowadzącego leczenie,
- 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 dziesiątek”, przedstawioną w Tablicach do poważnego zachorowania, będących załącznikiem nr 1 do OWU; zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych,
- 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 łańdów 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,
- 14) **schyłkowa niewydolność wątroby** (w tym schyłkowa niewydolność wątroby spowodowana wirusowym zapaleniem wątroby) – schyłkowa postać choroby (marskość) wątroby, powodująca co najmniej jeden z poniższych powodów:
– wodobrzusze nie poddające się leczeniu,
– trwała żółtaczka,
– żylaki przełyku,
– encefalopatia wrotna,
przy czym zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków chorób wątroby wynikających z nadużywania alkoholu, leków i innych środków odurzających,
- 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,
- 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,
- 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 powyżej stawu skokowego,
– w zakresie kończyn górnych – amputację powyżej nadgarstka,
- 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,
- 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,
- 20) **choroba Creutzfeldta-Jacoba (CJD)** – choroba ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzująca się postępującym otępieniem i występowaniem drgawek mioklonicznych, klinicznie rozpoznana za życia osoby objętej ubezpieczeniem przez specjalistę neurologa i skutkująca niemożnością wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego (poruszanie się po domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych, mycie i toaleta, ubieranie się, jedzenie); warunkiem uznania roszczenia przez Towarzystwo jest stwierdzenie przez specjalistę neurologa pełnoobjawowej choroby Creutzfeldta – Jacoba przy jednoczesnej niepełnosprawności w zakresie w/w czynności życia codziennego,
- 21) **zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji** – zakażenie wirusem HIV lub rozpoznanie AIDS jako zakażenia, w przypadku którego można udowodnić, że zostało spowodowane przetoczeniem zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych w okresie ubezpieczenia, wykonanym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej u osób nie chorujących na hemofilię, pod warunkiem, że serokonwersja nastąpiła w ciągu 6 tygodni od daty przetoczenia krwi lub produktów krwiopochodnych,
- 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 w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela; ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje demencji spowodowanej chorobą AIDS, nadużywaniem alkoholu lub substancji odurzających,
- 23) **zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych** – zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, mózdzku) lub opon mózgowo-rdzeniowych

o ciężkim przebiegu, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych, potwierdzonych przez specjalistę neurologa, a w przypadku zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego.

54 (ograniczenia odpowiedzialności)

- Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona, gdy śmierć Ubezpieczonego nastąpiła wskutek:
 - czynnego udziału w działaniach wojennych, wojnach, inwazjach, wojnach domowych, powstaniach, rewolucjach, stanach wojennych, jeżeli Ubezpieczony służy, został powołany do wojska lub do organizacji militarnej, lub dobrowolnie wstąpił do w/w jednostek, lub bierze udział w w/w zdarzeniach w związku z wykonywaną pracą: korespondenta wojennego, wolontariusza, lub pracownika organizacji humanitarnych,
 - świadomego, dobrowolnego, niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroru, z wyłączeniem przypadków obrony koniecznej,
 - umyślnego popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu,
 - zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych użyciem: opiatów, kanabinoli, kokainy, halucynogenów; zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych odurzeniem się lotnymi rozpuszczalnikami organicznymi; zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych naprzemiennym przyjmowaniem środków wyżej wymienionych i innych środków psychoaktywnych,
 - samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie pierwszych dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
o ile powyższe okoliczności wymienione w pkt 1)–5) miały wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.
- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego, całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, śmierci małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy będących wynikiem:
 - uprawiania sportów wysokiego ryzyka,
 - wyczynowego i zawodowego uprawiania sportów,
 - samookaleczenia się,
 - działania w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości albo działania pod wpływem innych środków odurzających, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniami lekarza, przy czym stan nietrzeźwości zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi: stężenia we krwi powyżej 0,5‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³, stan po użyciu alkoholu zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ do 0,5‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm³,
 - działania pod wpływem, w stanie lub warunkach choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego,
 - przewozu lotniczego w charakterze innym niż pasażer samolotu pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
 - poddania się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarzy,
 - prowadzenia pojazdu bez wymaganego prawem uprawnienia do prowadzenia danego pojazdu,
o ile powyższe okoliczności wskazane w pkt 1)–8), miały wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.
- Świadczenie z tytułu śmierci małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy nie jest należne, jeżeli pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią małżonka Ubezpieczonego, całkowitą niezdolnością do samodzielnej egzystencji lub całkowitą niezdolnością do pracy nie istniał związek przyczynowy.
- Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku nie jest należne, jeżeli pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a pobytem w szpitalu nie istniał związek przyczynowy.
- Za szpital nie uznaje się domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, ośrodków leczenia psychicznie chorych, domowej opieki pielęgniarstwa, hospicjów onkologicznych, ośrodków leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych, alkoholowych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych ani ośrodków wypoczynkowych.
- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego w przypadku, gdy poważne zachorowanie jest następstwem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV, chyba że zakażenie nastąpiło w okolicznościach, o których mowa w § 3 ust. 6 pkt 21).
- Z ochrony ubezpieczeniowej, wyłączone są poważne zachorowania Ubezpieczonego, które są następstwem lub konsekwencją wady wrodzonej lub schorzenia wrodzonego.
- W przypadku wystąpienia drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania Ubezpieczonego, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, o ile nie pozostaje w związku przyczynowym z wcześniej rozpoznanym poważnym zachorowaniem Ubezpieczonego, w związku z którym Towarzystwo wypłaciło świadczenie z tytułu dodatkowego zdarzenia ubezpieczeniowego.
- W przypadku wydania kolejnego orzeczenia o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, o ile nie pozostaje ono w związku przyczynowym z wcześniej zaistniałym nieszczęśliwym wypadkiem, w związku z którym wydano orzeczenie o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji.
- W przypadku wydania kolejnego orzeczenia o całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, o ile nie pozostaje

ono w związku przyczynowym z wcześniej zaistniałą całkowitą niezdolnością do pracy, w związku z którą wydano orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy.

§5 (karencja)

1. W odniesieniu do zdarzeń poważnego zachorowania oraz całkowitej niezdolności do pracy względem Ubezpieczonego z zastrzeżeniem ust. 3 będzie zastosowany 3 miesięczny okres karencji.
2. Okres karencji będzie liczony od daty rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa względem Ubezpieczonego.
3. Karencji nie stosuje się jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe zostało spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem.

III: SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§6 (suma ubezpieczenia)

1. Wskazana w umowie ubezpieczenia suma ubezpieczenia wyrażona kwotowo, stanowi podstawę do obliczenia wysokości składki ubezpieczeniowej oraz do określenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Suma ubezpieczenia dla zdarzeń ubezpieczeniowych: śmierć Ubezpieczonego, całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, śmierć małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia może być malejąca lub stała.

§7 (składka ubezpieczeniowa)

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej uzależniona jest od: zakresu ubezpieczenia, wysokości sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, okresu karencji, o którym mowa w § 5, oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz taryfy składek obowiązującej w dniu zawierania umowy ubezpieczenia.
2. Stawki taryfowe zawarte w taryfie składek są uzależnione od wieku Ubezpieczonego. Zostały wyznaczone zgodnie z zasadami matematyki aktuarialnej, w oparciu o wykorzystywane przez Towarzystwo tablice trwania życia, z uwzględnieniem kosztów zawarcia i obsługi ubezpieczenia.
3. Wysokość, częstotliwość opłacania oraz dzień wymagalności składki ubezpieczeniowej określone są w polisie.
4. Składka ubezpieczeniowa płatna jest na rachunek bankowy wskazany w umowie ubezpieczenia. Za dzień zapłaty uznaje się dzień wpływu składki na rachunek Towarzystwa.

IV: UMOWA UBEZPIECZENIA

§8 (zawarcie umowy ubezpieczenia)

1. Umowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu składania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończył 18 lat.
2. Podstawą zawarcia umowy ubezpieczenia jest złożenie przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na formularzu stosowanym przez Towarzystwo.
3. Towarzystwo uzależni wyrażenie zgody na zawarcie umowy ubezpieczenia od stanu zdrowia Ubezpieczonego, potwierdzonego złożonym przez niego oświadczeniem o stanie zdrowia we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 11 ust. 2, 3, 4 i 6.
4. Na dowód zawarcia umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wystawia polisę, którą doręcza Ubezpieczającemu.
5. Jeżeli strony nie umówią się inaczej, do zawarcia umowy dochodzi z chwilą akceptacji przez Towarzystwo wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 6–8.
6. Jeżeli polisa zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez Ubezpieczającego oferty, Towarzystwo zobowiązane jest zwrócić na to Ubezpieczającemu uwagę na piśmie przy doręczeniu polisy, wyznaczając mu co najmniej siedmiodniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku przez Towarzystwo, zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie są skuteczne, a umowa ubezpieczenia jest zawarta zgodnie z warunkami złożonej przez Ubezpieczającego oferty.
7. W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego, o którym mowa w ust. 6, uważa się, że umowa doszła do skutku zgodnie z treścią polisy, od następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
8. W przypadku zgłoszenia przez Ubezpieczającego sprzeciwu, o którym mowa w ust. 6, uważa się że umowa ubezpieczenia nie doszła do skutku, a odpowiedzialność Towarzystwa nie rozpoczęła się, chyba że strony dojdą do porozumienia co do warunków umowy ubezpieczenia. W przypadku niedojścia do skutku umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę ubezpieczeniową, w terminie 14 dni od dnia zgłoszenia przez Ubezpieczającego sprzeciwu, o którym mowa w ust. 6.

§9 (czas trwania umowy ubezpieczenia)

Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas wskazany w polisie.

V: CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

§10 (prawo do objęcia ubezpieczeniem)

1. Na podstawie niniejszych OWU ochroną ubezpieczeniową objęty jest Ubezpieczony, który zawarł z kredytodawcą umowę o kredyt albo będący współnikiem spółki

jawnej bądź partnerem w spółce partnerskiej, która zawarła z kredytodawcą umowę o kredyt, zgodnie z obowiązującym regulaminem udzielania kredytów.

2. Ochroną z tytułu całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy może zostać objęta osoba wymieniona w ust. 1, która w dniu zawierania umowy ubezpieczenia nie ukończyła 59 roku życia.

§11 (obejmowanie ubezpieczeniem i początek odpowiedzialności Towarzystwa)

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 2–10 poniżej warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia jest złożenie przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, w formie pisemnej, na formularzu Towarzystwa.
2. W przypadku gdy łączna suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, niezależnie od liczby umów ubezpieczenia zawartych na podstawie: Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ACTI FINANSE PLUS i/lub Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ACTI FINANSE PLUS HIPOTEKI i/lub Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ACTI FINANSE PLUS GOTÓWKI nie przekracza 100 000,00 zł, wymagane jest złożenie przez Ubezpieczonego oświadczenia o stanie zdrowia w postaci ankiety medycznej zawartej we wniosku ubezpieczeniowym.
3. W przypadku gdy łączna suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, niezależnie od liczby umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ACTI FINANSE PLUS i/lub Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ACTI FINANSE PLUS HIPOTEKI i/lub Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ACTI FINANSE PLUS GOTÓWKI przekracza 100 000,00 zł wymagane jest wypełnienie przez Ubezpieczonego kwestionariusza medycznego.
4. Niezależnie od postanowień ust. 2 i 3 Towarzystwo może prosić o wypełnienie kwestionariusza medycznego, przedstawienie dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia lub skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie.
5. Koszty zleconych badań lekarskich ponosi Towarzystwo.
6. W przypadku gdy Ubezpieczający chce zawrzeć umowę ubezpieczenia w innym terminie niż umowę o kredyt, wymagane jest wypełnienie przez Ubezpieczonego kwestionariusza medycznego, niezależnie od wysokości sumy ubezpieczenia.
7. Zmiana warunków umowy o kredyt powoduje konieczność zawarcia nowej umowy ubezpieczenia.
8. Oceny ryzyka ubezpieczeniowego dokonuje Towarzystwo poprzez określenie prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych, których dotyczy umowa ubezpieczenia, w związku z aktualnym stanem zdrowia Ubezpieczonego, wykonywanym zawodem, uprawianym sportem, zajęciami rekreacyjnymi, hobby.
9. W przypadku stwierdzenia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego, wynikającego z wyższego prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych, objętych ochroną Towarzystwo ma prawo odrzucić wniosek lub zaproponować zawarcie umowy ubezpieczenia na warunkach innych od wnioskowanych.
10. W przypadku zaproponowania Ubezpieczającemu zawarcia umowy na warunkach odmiennych od wnioskowanych Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o tej decyzji na piśmie. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do zgłoszenia sprzeciwu do decyzji.
11. Z zastrzeżeniem postanowień § 4, § 5 oraz § 8 ust. 6–8 OWU, odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się po zaakceptowaniu przez Towarzystwo wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia od daty początku odpowiedzialności wskazanej w polisie.
12. W przypadku, w którym umowa ubezpieczenia zawarta jest na cudzy rachunek, odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się nie wcześniej, niż następnego dnia po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczonego o wyrażeniu przez niego zgody na zawarcie na jego rachunek umowy ubezpieczenia. Oświadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, powinno obejmować także zgodę na wysokość sumy ubezpieczenia.
13. W przypadku gdy nie dojdzie do zawarcia umowy o kredyt lub w przypadku odstąpienia od umowy o kredyt, w której przewidziane jest uprawnienie do odstąpienia lub odstąpienie wynika z powszechnie obowiązującego prawa, umowa ubezpieczenia nie dochodzi do skutku. W takim przypadku Towarzystwo dokona zwrotu składki ubezpieczeniowej Ubezpieczającemu niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni od dnia zgłoszenia przez Ubezpieczającego informacji o odstąpieniu od umowy o kredyt.

§12 (zakończenie odpowiedzialności Towarzystwa)

1. Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się:
 - 1) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego w trybie określonym w § 13 ust. 2,
 - 2) z dniem upływu okresu wypowiedzenia przez Ubezpieczającego umowy ubezpieczenia w trybie określonym w § 13 ust. 3 i ust. 7–8,
 - 3) z dniem doręczenia Towarzystwu wniosku o wcześniejsze zakończenie ochrony ubezpieczeniowej, w trybie określonym w § 13 ust. 6,
 - 4) z dniem upływu okresu ubezpieczenia,
 - 5) z dniem doręczenia Ubezpieczającemu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez Towarzystwo, w sytuacji o której mowa w § 13 ust. 4,
 - 6) z dniem ukończenia przez Ubezpieczonego 65 roku życia – dotyczy odpowiedzialności z tytułu dodatkowego zdarzenia całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy,
 - 7) z dniem śmierci Ubezpieczonego.
2. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność Towarzystwa względem Ubezpieczonego wygasa.
3. W przypadku ustania ochrony ubezpieczeniowej wobec Ubezpieczającego przed zakończeniem okresu ubezpieczenia, wskazanego w umowie ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

§13 (dostąpienie, wypowiedzenie umowy i inne przypadki rozwiązania umowy)

- Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu na jaki została zawarta.
- Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą - w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy, przez złożenie Towarzystwu pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
- Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, w każdym czasie, z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
- Jeżeli Towarzystwo ponosi odpowiedzialność przed zaplaceniem składki ubezpieczeniowej, a składka ubezpieczeniowa lub pierwsza składka ubezpieczeniowa nie została zapłacona w terminie wymagalności, Towarzystwo może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym. W braku wypowiedzenia umowy wygasa ona z końcem okresu, za który przypadała niezapłacona składka.
- Wypowiedzenie umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
- Na wniosek Ubezpieczającego i za zgodą Towarzystwa, umowa ubezpieczenia może zostać rozwiązana ze skutkiem na dzień doręczenia Towarzystwu wniosku o wcześniejsze zakończenie ochrony ubezpieczeniowej.
- W przypadku nieopłacenia w dniu wymagalności kolejnej składki ubezpieczeniowej w całości lub w części, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty tej składki lub jej brakującej części, wyznaczając w tym celu dodatkowy termin 14 dni. W wezwaniu do zapłaty Towarzystwo powiadomi Ubezpieczającego o skutkach określonych w ust. 8.
- Jeżeli kolejna składka ubezpieczeniowa lub jej brakująca część nie zostanie opłacona w dodatkowym terminie wskazanym w wezwaniu do zapłaty, o którym mowa w ust. 7, umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem na dzień, w którym upływa dodatkowy termin wskazany w wezwaniu do zapłaty, o którym mowa w ust. 7.

VII: PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

§14 (obowiązki 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 objęciu ochroną ubezpieczeniową, przez udzielenie przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania Towarzystwa zawarte w formularzach Towarzystwa lub przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo umowy mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
- 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.
- Jeżeli do zdarzenia doszło po upływie lat trzech od zawarcia umowy ubezpieczenia, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności że zatajona została choroba Ubezpieczonego.
- W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, przed wyrażeniem przez osobę zainteresowaną zgody na udzielenie na jej rachunek ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczający zobowiązany jest udostępnić Ubezpieczonemu treść obowiązujących OWU, z uwzględnieniem zmian wprowadzonych zgodnie z postanowieniem § 8 ust. 6.
- Ubezpieczający zobowiązany jest do poinformowania Ubezpieczonego na piśmie, lub jeżeli Ubezpieczony wyraził na to zgodę, na innym trwałym nośniku, o zmianie warunków umowy ubezpieczenia, lub zmianie prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia, wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczenia, przysługującego z tytułu umowy ubezpieczenia - przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego i Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia w tym zakresie.

§15 (obowiązki Towarzystwa)

- Przed zawarciem umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, Towarzystwo zobowiązane jest do:
 - udostępnienia Ubezpieczającemu treści obowiązujących OWU, z uwzględnieniem zmian wprowadzonych zgodnie z postanowieniem § 1 ust. 2 i z zastrzeżeniem postanowień § 8 ust. 6, a Ubezpieczający zobowiązany jest zapoznać się z ich treścią,
 - udzielenia Ubezpieczającemu informacji o sposobie i trybie rozpatrywania reklamacji oraz o organie właściwym do ich rozpatrzenia.
- W przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 4 i § 5.

VIII: WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§16 (wypłata świadczenia)

- W wariantcie I z malejącą sumą ubezpieczenia Towarzystwo jest zobowiązane do wypłaty:
 - świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, w kwocie wskazanej w harmonogramie wysokości świadczeń na dzień śmierci Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 4 OWU, wypłacanego osobie lub osobom wskazanym w § 17 OWU, a w razie rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania Ubezpieczonego, w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 4 i § 5 OWU, wypłacanego Ubezpieczonemu,
 - świadczenia z tytułu całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w kwocie wskazanej w harmonogramie wysokości świadczeń na dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem § 4 OWU, wypłacanego Ubezpieczonemu,
 - świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem § 4 OWU, wypłacanego Ubezpieczonemu w formie dziennego świadczenia szpitalnego w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia, przy czym wysokość łącznych świadczeń, związanych z pobytem Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie jednego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 90 dni; jeżeli w jednym dniu Ubezpieczony był pacjentem dwu lub większej liczby szpitali, Towarzystwo wypłaci świadczenie za ten dzień tylko jeden raz,
 - świadczenia z tytułu śmierci małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w kwocie wskazanej w harmonogramie wysokości świadczeń na dzień śmierci małżonka, z zastrzeżeniem § 4 OWU, wypłacanego Ubezpieczonemu,
 - świadczenia z tytułu całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w kwocie wskazanej w harmonogramie wysokości świadczeń na dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem § 4 i § 5 OWU, wypłacanego Ubezpieczonemu.
- W wariantcie II ze stałą sumą ubezpieczenia Towarzystwo jest zobowiązane do wypłaty:
 - świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w kwocie wskazanej w harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 4 OWU, wypłacanego osobie lub osobom wskazanym w § 17 OWU, a w razie rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania Ubezpieczonego, w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 4 i § 5 OWU, wypłacanego Ubezpieczonemu,
 - świadczenia z tytułu całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w kwocie wskazanej w harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 4 OWU, wypłacanego Ubezpieczonemu,
 - świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem § 4 OWU - wypłacanego Ubezpieczonemu w formie dziennego świadczenia szpitalnego w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia, przy czym wysokość łącznych świadczeń, związanych z pobytem Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie jednego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 90 dni; jeżeli w jednym dniu Ubezpieczony był pacjentem dwu lub większej liczby szpitali, Towarzystwo wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za ten dzień tylko jeden raz,
 - świadczenia z tytułu śmierci małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w wysokości wskazanej w harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 4 OWU, wypłacanego Ubezpieczonemu,
 - świadczenia z tytułu całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w kwocie wskazanej w harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 4 i § 5 OWU, wypłacanego Ubezpieczonemu.

§17 (Uposażeni)

- Ubezpieczony może wskazać jednego lub więcej Uposażonych do otrzymania świadczenia.
- Wskazanie Uposażonego może nastąpić zarówno przy zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej trwania.
- Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać Uposażonego. Zmiana lub odwołanie Uposażonego następuje w momencie wpłynięcia tego zawiadomienia do Towarzystwa.
- Jeżeli zostało wskazanych kilku Uposażonych, a nie oznaczono ich udziału w kwocie świadczenia, uważa się, że ich udziały są równe.
- Wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci.
- Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma imiennie wyznaczonego Uposażonego, ubezpieczeniowe otrzymują wskazane poniżej osoby, w następującej kolejności:
 - małżonek, z którym Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dacie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością Towarzystwa - otrzymuje w całości,
 - dzieci Ubezpieczonego - otrzymują w równych częściach,
 - rodzice Ubezpieczonego - otrzymują w równych częściach,
 - inni spadkobiercy Ubezpieczonego - otrzymują w równych częściach, po przedłożeniu postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku wraz z klauzulą prawomocności bądź zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia.

7. Uposażony kredytodawca uprawniony jest do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego, na zasadzie pierwszeństwa przed innymi Uposażonymi, maksymalnie do kwoty zadłużenia na dzień śmierci Ubezpieczonego.
8. Jeżeli kwota świadczenia należna Uposażonemu kredytodawcy jest mniejsza niż kwota świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskazana w harmonogramie wysokości świadczeń, nadwyżkę ponad kwotę świadczenia należną Uposażonemu kredytodawcy, wypłaca się pozostałym Uposażonym.
9. W razie braku Uposażonego lub osoby wymienionej w ust. 6, z przysługującego świadczenia Towarzystwo wypłaca, w granicach sumy ubezpieczenia, w pierwszym rzędzie udowodnione rachunkami koszty pogrzebu osobie, która te koszty poniosła.

§18 (wymagane dokumenty)

1. Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, występująca z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego obowiązana jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
 - 1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
 - 2) skrócony odpis aktu zgonu,
 - 3) kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza określający przyczynę zgonu,
 - 4) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli przyczyną śmierci był nieszczęśliwy wypadek,
 - 5) własny dokument tożsamości,
 - 6) postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku wraz z klauzulą prawomocności bądź zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia – dotyczy tylko innych spadkobierców Ubezpieczonego, o których mowa w § 17 ust. 6 pkt 4).
2. Ubezpieczony, występujący z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci małżonka, obowiązany jest przedłożyć Towarzystwu dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia, wskazane w ust. 1 pkt 1)-5).
3. Ubezpieczony, w przypadku wystąpienia u niego poważnego zachorowania, obowiązany jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
 - 1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
 - 2) dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie i leczenie poważnego zachorowania,
 - 3) własny dokument tożsamości.
4. Ubezpieczony, w przypadku całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku, obowiązany jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
 - 1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
 - 2) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) dokumentację medyczną, na podstawie której zostało wydane orzeczenie o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji,
 - 4) orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji wydane przez podmiot uprawniony do orzekania o niezdolności do samodzielnej egzystencji,
 - 5) własny dokument tożsamości.
5. Ubezpieczony, w przypadku pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, obowiązany jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
 - 1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
 - 2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub kartę wypisową ze szpitala, wydaną przez lekarza prowadzącego,
 - 3) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - 4) własny dokument tożsamości.
6. Ubezpieczony, w przypadku całkowitej niezdolności do pracy, obowiązany jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
 - 1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
 - 2) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli przyczyną wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy był nieszczęśliwy wypadek,
 - 3) dokumentację medyczną potwierdzającą zdiagnozowanie choroby oraz przebieg jej leczenia, jeżeli przyczyną wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy była choroba,
 - 4) dokumentację medyczną, na podstawie której zostało wydane orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy,
 - 5) orzeczenie o niezdolności do pracy wydane przez podmiot uprawniony do orzekania o niezdolności do pracy,
 - 6) w przypadku, gdy nie jest możliwe przedstawienie dokumentów o których mowa w pkt 4)-5), gdyż osobie uprawnionej do renty z tytułu niezdolności do pracy przez okres co najmniej ostatnich 5 lat poprzedzających dzień badania lekarskiego brakuje mniej niż 5 lat do osiągnięcia wieku emerytalnego, Towarzystwo dokona oceny zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji wskazanej w pkt 2)-3). Towarzystwo zastrzega sobie prawo do skierowania Ubezpieczonego na badania lekarskie i diagnostyczne. Badania lekarskie i diagnostyczne wykonywane są na koszt Towarzystwa. Towarzystwo zastrzega sobie możliwość podjęcia decyzji na podstawie opinii wydanej przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika,
 - 7) własny dokument tożsamości.
7. W przypadku gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło za granicą Rzeczypospolitej Polskiej, wszelkie dokumenty, wystawione za granicą przez uprawnione podmioty, dotyczące zdarzenia ubezpieczeniowego i składane przez osobę uprawnioną

do otrzymania świadczenia, powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

8. W przypadku śmierci Ubezpieczonego osoba uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego, występująca z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego oprócz dokumentów wskazanych w ust. 1, obowiązana jest przedłożyć Towarzystwu dokument potwierdzający wysokość zadłużenia oznaczoną na dzień śmierci Ubezpieczonego.
9. Koszty związane z uzyskaniem i przekazaniem dokumentów, o których mowa w ust.1-6 ponosi osoba uprawniona do świadczenia.

§19 (realizacja świadczenia)

1. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego, o ile nie jest on osobą występującą z zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje, w formie pisemnej lub drogą elektroniczną (jeżeli osoba występująca z roszczeniem o wypłatę świadczenia wyrazi na to zgodę), osobę występującą z roszczeniem o wypłatę świadczenia, o wykazie dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz procedurze składania i rozpatrywania reklamacji (niezależnie, czy Uposażony jest osobą występującą z zawiadomieniem).
2. Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia, w wyniku ustaleń dokonanych w procesie likwidacji, zawartej ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.
3. Towarzystwo wypłaca należne świadczenie w ciągu 30 dni od daty zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Jeżeli w terminie określonym w ust. 3 ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia 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, wypłaca się w terminie przewidzianym w ust. 3.
5. Jeżeli w terminie określonym w ust. 3 nie zostanie wypłacone świadczenie, Towarzystwo zawiadamia osobę występującą z roszczeniem o wypłatę świadczenia o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części.
6. W przypadku gdy kredytodawca, występujący jako Uposażony kredytodawca, odstąpi od dochodzenia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia, spadkobiercy Ubezpieczonego mogą dochodzić roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia bezpośrednio od Towarzystwa. Spadkobiercy Ubezpieczonego powinni przedłożyć Towarzystwu oświadczenie kredytodawcy o odstąpieniu od dochodzenia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia.

IX: POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§20 (zasady korespondencji)

1. Wypowiedzenia, odstąpienia oraz wszelkie inne zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Towarzystwa, Ubezpieczającego lub osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, powinny być kierowane na piśmie albo w innej formie uzgodnionej pomiędzy stronami.
2. Towarzystwo i Ubezpieczający zobowiązani są do powiadamiania się wzajemnie o zmianie swojego adresu zamieszkania lub siedziby.

§21 (tryb składania i rozpatrywania reklamacji)

1. Ubezpieczający lub osoba uprawniona do świadczenia mająca zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez Towarzystwo usług lub wykonywanej przez niego działalności ma prawo składania reklamacji do Towarzystwa:
 - a) na piśmie – 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, albo na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-67891-11109-HHCVU-30 zgodnie z ustawą o doręczeniach elektronicznych,
 - 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,
 - d) elektronicznie - z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej, w postaci formularza elektronicznego znajdującego się na stronie internetowej www.saltus.pl
2. Reklamacja powinna zawierać:
 - a) imię, nazwisko, adres i numer telefonu kontaktowego zgłaszającego reklamację,
 - b) numer polisy,
 - c) przedmiot reklamacji,
 - d) uzasadnienie reklamacji z podaniem ewentualnych dowodów.
3. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie przez Towarzystwo reklamacji chyba, że okoliczność ta nie ma wpływu na sposób procedowania reklamacją.
4. Na żądanie zgłaszającego reklamację Towarzystwo potwierdzi pisemnie na adres wskazany w reklamacji fakt złożenia reklamacji. Towarzystwo na wniosek zgłaszającego reklamację może potwierdzić wpływ reklamacji w postaci elektronicznej.
5. Reklamacja rozpatrywana jest przez Towarzystwo, bez zbędnej zwłoki, a odpowiedź na nią powinna być udzielona nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej wpływu. Po rozpatrzeniu reklamacji, stanowisko Towarzystwa zostanie udzielone na piśmie i przesłane pocztą tradycyjną lub – na wniosek składającego reklamację - pocztą elektroniczną.
6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 5, Towarzystwo

poinformuje zgłaszającego reklamację o przyczynie opóźnienia, okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia reklamacji oraz o przewidywanym terminie udzielenia odpowiedzi. Łączny czas rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi nie może być dłuższy niż 60 dni od daty wpływu reklamacji.

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

§22 (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.

§23 (prawo wglądu do akt)

Towarzystwo udostępni na wniosek osób uprawnionych do odbioru świadczenia ubezpieczeniowego informacje i dokumenty, gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Towarzystwo udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Towarzystwo. Towarzystwo na wniosek tych osób udostępni informacje i dokumenty w postaci elektronicznej.

§24 (spory sądowe)

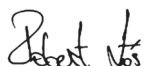
1. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego lub osoby uprawnionej z Umowy ubezpieczenia.
2. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia można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

§25 (informacje o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa)

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

§26

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 27 kwietnia 2022 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie od 1 czerwca 2022 roku.


ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU


KRZYSZTOF KOSZNIK
WICEPREZES ZARZĄDU


GRZEGORZ BUCZKOWSKI
CZŁONEK ZARZĄDU


ANNA GOŁABEK
CZŁONEK ZARZĄDU


MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Załącznik nr 1 do OWU ACTI FINANSE PLUS GOTÓWKI

REGUŁA DZIEWIĄTEK WALLACE'A		
Reguła dziewiątek służy do określenia oparzonej powierzchni ciała osoby w wieku powyżej 15 roku życia.		
	Powierzchnia części ciała	Procent powierzchni ciała
1.	Powierzchnia głowy	9%
2.	Powierzchnia całej kończyny górnej	9%
3.	Powierzchnia brzucha	9%
4.	Powierzchnia klatki piersiowej	9%
5.	Powierzchnia tylna tułowia	18%
6.	Powierzchnia całej kończyny dolnej	18%
7.	Powierzchnia krocza	1%

**Karta Produktu
INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA na ŻYCIE
- ACTI FINANSE PLUS GOTÓWKI -**

I. Informacje podstawowe

1.	Główny cel ubezpieczenia	
	Zabezpieczenie spłaty kredytu na wypadek śmierci Ubezpieczonego.	
2.	Zakres ochrony ubezpieczeniowej	
	Obejmuje śmierć Ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie ubezpieczenia. Za opłatą dodatkowej składki ubezpieczeniowej zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o następujące dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe: 1) Całkowitą niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ubezpieczenia, 2) Poważnego zachorowania Ubezpieczonego, które po raz pierwszy zostało zdiagnozowane w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, z zastrzeżeniem postanowień zawartych w OWU, 3) Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, 4) Śmierć małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, 5) Całkowitą niezdolność Ubezpieczonego do pracy.	
3.	Opis świadczeń przysługujących klientowi lub innym osobom z umowy ubezpieczenia	
	W wariantcie I z malejącą sumą ubezpieczenia Towarzystwo jest zobowiązane do wypłaty: 1) Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, w kwocie wskazanej w harmonogramie wysokości świadczeń na dzień śmierci Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień wynikających z OWU, wypłacanego osobie lub osobom wskazanym w OWU, a w razie rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe: 2) Świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania Ubezpieczonego, w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień wynikających z OWU, wypłacanego Ubezpieczonemu, 3) Świadczenia z tytułu całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w kwocie wskazanej w harmonogramie wysokości świadczeń na dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem postanowień wynikających z OWU, wypłacanego Ubezpieczonemu, 4) Świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem postanowień wynikających z OWU, wypłacanego Ubezpieczonemu w formie dziennego świadczenia szpitalnego w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia, przy czym wysokość łącznych świadczeń, związanych z pobytem Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie jednego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 90 dni; jeżeli w jednym dniu Ubezpieczony był pacjentem dwu lub większej liczby szpitali, Towarzystwo wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za ten dzień tylko jeden raz, 5) Świadczenia z tytułu śmierci małżonka Ubezpieczonego w kwocie wskazanej w harmonogramie wysokości świadczeń na dzień śmierci małżonka, z zastrzeżeniem postanowień wynikających z OWU, wypłacanego Ubezpieczonemu, 6) Świadczenia z tytułu całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w kwocie wskazanej w harmonogramie wysokości świadczeń na dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem postanowień wynikających z OWU, wypłacanego Ubezpieczonemu. W wariantcie II ze stałą sumą ubezpieczenia Towarzystwo jest zobowiązane do wypłaty: 1) Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w kwocie wskazanej w harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień wynikających z OWU, wypłacanego osobie lub osobom wskazanym w OWU, a w razie rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe: 2) Świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania, w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień wynikających z OWU, wypłacanego Ubezpieczonemu, 3) Świadczenia z tytułu całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w kwocie wskazanej w harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień wynikających z OWU, wypłacanego Ubezpieczonemu, 4) Świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem postanowień wynikających z OWU – wypłacanego Ubezpieczonemu w formie dziennego świadczenia szpitalnego w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia, przy czym wysokość łącznych świadczeń, związanych z pobytem Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie jednego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 90 dni; jeżeli w jednym dniu Ubezpieczony był pacjentem dwu lub większej liczby szpitali, Towarzystwo wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za ten dzień tylko jeden raz, 5) Świadczenia z tytułu śmierci małżonka Ubezpieczonego w wysokości wskazanej w harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień wynikających z OWU, wypłacanego Ubezpieczonemu, 6) Świadczenia z tytułu całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w kwocie wskazanej w harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień wynikających z OWU, wypłacanego Ubezpieczonemu.	
4.	Koszty ponoszone przez Ubezpieczającego	
	Rodzaj kosztów	Kosztem ponoszonym przez Ubezpieczającego jest składka ubezpieczeniowa.
	Wysokość kosztów	Wysokość składki ubezpieczeniowej uzależniona jest od: zakresu ubezpieczenia, wysokości sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, okresu karencji, oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz taryfy składek obowiązującej w dniu zawierania umowy ubezpieczenia.
	Taryfa składek	Stawki taryfowe zawarte w taryfie składek są uzależnione od wieku Ubezpieczonego. Zostały wyznaczone zgodnie z zasadami matematyki aktuariałnej, w oparciu o wykorzystywane przez Towarzystwo tablice trwania życia, z uwzględnieniem kosztów zawarcia i obsługi ubezpieczenia.
	Częstotliwość ponoszenia kosztów	Częstotliwość ponoszenia kosztów może być miesięczna, kwartalna, roczna lub jednorazowa za cały okres ubezpieczenia.
5.	Zasady ustalania wysokości świadczenia należnego z tytułu Umowy ubezpieczenia, w tym czynników, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości Świadczenia	
	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Kwota Świadczenia
	Wariant I	
	Śmierć Ubezpieczonego	w kwocie wskazanej w harmonogramie wysokości świadczeń na dzień śmierci Ubezpieczonego (100% wysokości świadczenia na dzień zdarzenia ubezpieczeniowego zgodnie z harmonogramem wysokości świadczeń),
	Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia (5 000 zł),
	Całkowita niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji w wyniku NW	w kwocie wskazanej w harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zdarzenia ubezpieczeniowego (100% wysokości świadczenia na dzień zdarzenia ubezpieczeniowego zgodnie z harmonogramem wysokości świadczeń),
	Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku NW	w formie dziennego świadczenia szpitalnego w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia, przy czym wysokość łącznych świadczeń, związanych z pobytem Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie jednego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 90 dni (50 zł za jeden dzień),

	Śmierć małżonka Ubezpieczonego w wyniku NW	w kwocie wskazanej w harmonogramie wysokości świadczeń na dzień śmierci małżonka (100% wysokości świadczenia na dzień zdarzenia ubezpieczeniowego zgodnie z harmonogramem wysokości świadczeń),
	Całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy	w kwocie wskazanej w harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zdarzenia ubezpieczeniowego (100% wysokości świadczenia na dzień zdarzenia ubezpieczeniowego zgodnie z harmonogramem wysokości świadczeń).
Wariant II		
	Śmierć Ubezpieczonego	w kwocie wskazanej w harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia (100% sumy ubezpieczenia na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia zgodnie z harmonogramem wysokości świadczeń),
	Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia (5 000 zł),
	Całkowita niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji w wyniku NW	w kwocie wskazanej w harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia (100% sumy ubezpieczenia na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia zgodnie z harmonogramem wysokości świadczeń),
	Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku NW	w formie dziennego świadczenia szpitalnego w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia, przy czym wysokość łącznych świadczeń, związanych z pobytem Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie jednego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 90 dni (50 zł za jeden dzień),
	Śmierć małżonka Ubezpieczonego w wyniku NW	w wysokości wskazanej w harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia (100% sumy ubezpieczenia na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia zgodnie z harmonogramem wysokości świadczeń),
	Całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy	w kwocie wskazanej w harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia (100% sumy ubezpieczenia na dzień zdarzenia ubezpieczeniowego zgodnie z harmonogramem wysokości świadczeń).
6.	Wysokość Sumy ubezpieczenia	
	Wskazana w umowie ubezpieczenia suma ubezpieczenia wyrażona kwotowo, stanowi podstawę do obliczenia wysokości składki ubezpieczeniowej oraz do określenia wysokości świadczenia. Suma ubezpieczenia dla zdarzeń ubezpieczeniowych: śmierć Ubezpieczonego, całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, śmierć małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia może być malejąca lub stała.	
7.	Zasady i przesłanki ewentualnej zmiany wysokości Sumy ubezpieczenia	
	Zmiana ustalonej w umowie sumy ubezpieczenia może nastąpić jedynie poprzez zawarcie nowej umowy ubezpieczenia w związku z zawarciem nowej umowy o kredyt.	
8.	Okres ochrony ubezpieczeniowej	
	Okres odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego wskazany jest w polisie.	
9.	Zasady kontynuacji lub wznowienia ochrony ubezpieczeniowej	
	Zmiana warunków umowy o kredyt powoduje konieczność złożenia nowego wniosku o ubezpieczenie i zawarcia nowej umowy ubezpieczenia.	
10.	Warunki wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń	
	<p>1. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona, gdy śmierć Ubezpieczonego nastąpiła wskutek:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) czynnego udziału w działaniach wojennych, wojnach, inwazjach, wojnach domowych, powstaniach, rewolucjach, stanach wojennych, jeżeli Ubezpieczony służy, został powołany do wojska lub do organizacji militarnej, lub dobrowolnie wstąpił do w/w jednostek, lub bierze udział w w/w zdarzeniach w związku z wykonywaną pracą: korespondenta wojennego, wolontariusza lub pracownika organizacji humanitarnych, 2) świadomego, dobrowolnego, niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroru, z wyłączeniem przypadków obrony koniecznej, 3) umyślnego popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu, 4) zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych użyciem: opiatów, kanabinoli, kokainy, halucynogenów; zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych odurzeniem się lotnymi rozpuszczalnikami organicznymi; zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych naprzemiennym przyjmowaniem środków wyżej wymienionych i innych środków psychoaktywnych, 5) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie pierwszych dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, o ile powyższe okoliczności wymienione w pkt 1) –5) miały wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego. <p>2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego, całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, śmierci małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy będących wynikiem:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) uprawiania sportów wysokiego ryzyka, 2) wyczynowego i zawodowego uprawiania sportów, 3) samookaleczenia się, 4) działania w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości albo działania pod wpływem innych środków odurzających, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniami lekarza, przy czym stan nietrzeźwości zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi: stężenia we krwi powyżej 0,5‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³, stan po użyciu alkoholu zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ do 0,5‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm³, 5) działania pod wpływem, w stanie lub warunkach choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego, 6) przewozu lotniczego w charakterze innym niż pasażer samolotu pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych, 7) poddania się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarzy, 8) prowadzenia pojazdu bez wymaganego prawem uprawnienia do prowadzenia danego pojazdu, o ile powyższe okoliczności wskazane w pkt 1) –8), miały wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego. <p>3. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku nie jest należne, jeżeli pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a pobytem w szpitalu nie istniał związek przyczynowy.</p> <p>4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego w przypadku, gdy poważne zachorowanie jest następstwem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV, chyba że zakażenie nastąpiło w wyniku transfuzji krwi.</p> <p>5. Z ochrony ubezpieczeniowej, wyłączone są poważne zachorowania Ubezpieczonego, które są następstwem lub konsekwencją wady wrodzonej lub schorzenia wrodzonego.</p> <p>6. W przypadku wystąpienia drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania Ubezpieczonego, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, o ile nie pozostaje w związku przyczynowym z wcześniej rozpoznany poważnym zachorowaniem Ubezpieczonego, w związku z którym Towarzystwo SA wypłaciło świadczenie z tytułu dodatkowego zdarzenia ubezpieczeniowego.</p> <p>7. W przypadku wydania kolejnego orzeczenia o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, o ile nie pozostaje ono w związku przyczynowym z wcześniej zaistniałym nieszczęśliwym wypadkiem, w związku z którym wydano orzeczenie o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji.</p> <p>8. W przypadku wydania kolejnego orzeczenia o całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, o ile nie pozostaje ono w związku przyczynowym z wcześniej zaistniałą całkowitą niezdolnością do pracy, w związku z którą wydano orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy.</p>	

11.	<p>Możliwość i sposób rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej</p> <p>Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem 1 –miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.</p>
12.	<p>Skutki rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej</p> <p>Rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej skutkuje brakiem dalszej odpowiedzialności Towarzystwa wobec Ubezpieczonego.</p>
13.	<p>Wysokość kosztów związanych z rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej, ponoszonych przez klienta</p> <p>Brak kosztów.</p>
14.	<p>Zasady i tryb zgłaszania zdarzenia ubezpieczeniowego</p> <ol style="list-style-type: none"> Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, występująca z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego obowiązana jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia: <ol style="list-style-type: none"> zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo), skrótowy odpis aktu zgonu, kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza określający przyczynę zgonu, dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli przyczyną śmierci był nieszczęśliwy wypadek, własny dokument tożsamości, postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku wraz z klauzulą prawomocności bądź zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia – dotyczy tylko innych spadkobierców Ubezpieczonego, o których mowa w OWU. Ubezpieczony, występujący z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci małżonka, obowiązany jest przedłożyć Towarzystwu dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia, wskazane w ust. 1 pkt 1)-5). Ubezpieczony, w przypadku wystąpienia u niego poważnego zachorowania, obowiązany jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia: <ol style="list-style-type: none"> zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo), dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie i leczenie poważnego zachorowania, własny dokument tożsamości. Ubezpieczony, w przypadku całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku, obowiązany jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia: <ol style="list-style-type: none"> zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo), dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku, dokumentację medyczną, na podstawie której zostało wydane orzeczenie o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji, orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji wydane przez podmiot uprawniony do orzekania o niezdolności do samodzielnej egzystencji, własny dokument tożsamości. Ubezpieczony, w przypadku pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, obowiązany jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia: <ol style="list-style-type: none"> 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, dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku, własny dokument tożsamości. Ubezpieczony, w przypadku całkowitej niezdolności do pracy, obowiązany jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia: <ol style="list-style-type: none"> zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo), dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli przyczyną wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy był nieszczęśliwy wypadek, dokumentację medyczną potwierdzającą zdiagnozowanie choroby oraz przebieg jej leczenia, jeżeli przyczyną wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy była choroba, dokumentację medyczną, na podstawie której zostało wydane orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy, orzeczenie o niezdolności do pracy wydane przez podmiot uprawniony do orzekania o niezdolności do pracy, w przypadku, gdy z uwagi na zbyt krótki okres pozostały do osiągnięcia przez Ubezpieczonego ustawowego wieku emerytalnego nie jest możliwe przedstawienie dokumentów o których mowa w pkt 5)-6), Towarzystwo dokona oceny zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji wskazanej w pkt 2)-3). Towarzystwo zastrzega sobie prawo do skierowania Ubezpieczonego na badania lekarskie i diagnostyczne. Badania lekarskie i diagnostyczne wykonywane są na koszt Towarzystwa. Towarzystwo zastrzega sobie możliwość podjęcia decyzji na podstawie opinii wydanej przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika, własny dokument tożsamości. W przypadku śmierci Ubezpieczonego osoba uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego, występująca z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego oprócz dokumentów wskazanych w ust. 1, obowiązana jest przedłożyć Towarzystwu dokument potwierdzający wysokość zadłużenia oznaczoną na dzień śmierci Ubezpieczonego. <p>Towarzystwo wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część odszkodowania lub świadczenia Towarzystwo powinno wypłacić w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.</p>
15.	<p>Tryb składania i rozpatrywania reklamacji</p> <ol style="list-style-type: none"> Ubezpieczający lub osoba uprawniona do świadczenia mająca zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez Towarzystwo usług lub wykonywanej przez niego działalności ma prawo składania reklamacji do Towarzystwa: <ol style="list-style-type: none"> na piśmie – 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, albo na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-67891-11109-HHCVU-30 zgodnie z ustawą o doręczeniach elektronicznych, osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Towarzystwa lub dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa zajmującej się obsługą klientów, telefonicznie, pod numerem telefonu: 58 770 36 90, elektronicznie - z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej, w postaci formularza elektronicznego znajdującego się na stronie internetowej www.saltus.pl Reklamacja powinna zawierać: <ol style="list-style-type: none"> imię, nazwisko, adres i numer telefonu kontaktowego zgłaszającego reklamację, numer polisy ubezpieczeniowej, przedmiot reklamacji, uzasadnienie reklamacji z podaniem ewentualnych dowodów. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie przez Towarzystwo reklamacji chyba, że okoliczność ta nie ma wpływu na sposób procedowania reklamacją. Na żądanie zgłaszającego reklamację Towarzystwo potwierdzi pisemnie na adres wskazany w reklamacji fakt złożenia reklamacji. Towarzystwo na wniosek zgłaszającego reklamację może potwierdzić wpływ reklamacji w postaci elektronicznej. Reklamacja rozpatrywana jest przez Towarzystwo, bez zbędnej zwłoki, a odpowiedź na nią powinna być udzielona nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej wpływu. Po rozpatrzeniu reklamacji, stanowisko Towarzystwa zostanie udzielone na piśmie i przesłane pocztą tradycyjną lub – na wniosek składającego reklamację - pocztą elektroniczną. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 5, Towarzystwo poinformuje zgłaszającego reklamację o przyczynie opóźnienia, okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia reklamacji oraz o przewidywanym terminie udzielenia odpowiedzi. Łączny czas rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi nie może być dłuższy niż 60 dni od daty wpływu reklamacji. Ubezpieczający lub osoba uprawniona do świadczenia ma prawo do zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz Rzecznika Finansowego. Podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich w rozumieniu ustawy z dnia 23 września 2016 roku o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla Towarzystwa jest Rzecznik Finansowy. Informacje dotyczące podmiotu uprawnionego dostępne są na stronie http://rf.gov.pl/ Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

16.	Zasady obejmowania ochroną ubezpieczeniową osób innych niż klient i zakres takiej ochrony
	Ochroną ubezpieczeniową objęte jest życie i zdrowie osoby fizycznej która zawarła z kredytodawcą umowę o kredyt albo będąca współnikiem spółki jawnej bądź partnerem w spółce partnerskiej, która zawarła z kredytodawcą umowę o kredyt. Zakres ochrony: - Śmierć Ubezpieczonego. - Poważne zachorowanie Ubezpieczonego. - Całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku NW. - Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku NW. - Śmierć małżonka Ubezpieczonego w wyniku NW. - Całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy. W przypadku, w którym umowa ubezpieczenia zawarta jest na cudzy rachunek, odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się nie wcześniej, niż następnego dnia po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczonego o wyrażeniu przez niego zgody na zawarcie na jego rachunek umowy ubezpieczenia. Oświadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, powinno obejmować w szczególności zgodę na wysokość sumy ubezpieczenia.
17.	Podmiot uprawniony do otrzymania świadczenia z umowy ubezpieczenia
	1. Ubezpieczony może wskazać jednego lub więcej Uposażonych do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego. 2. Wskazanie Uposażonego może nastąpić zarówno przy zawarciu umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej trwania. 3. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać Uposażonego. Zmiana lub odwołanie Uposażonego następuje w momencie wpłynięcia tego zawiadomienia do Towarzystwa. 4. Jeżeli zostało wskazanych kilku Uposażonych, a nie oznaczono ich udziału w kwocie świadczenia, uważa się, że ich udziały są równe. 5. Wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci. 6. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma imiennie wyznaczonego Uposażonego, świadczenie ubezpieczeniowe otrzymują wskazane poniżej osoby, w następującej kolejności: 1) małżonek, z którym Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dacie wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa – otrzymuje w całości, 2) dzieci Ubezpieczonego – otrzymują w równych częściach, 3) rodzice Ubezpieczonego – otrzymują w równych częściach, 4) inni spadkobiercy Ubezpieczonego – otrzymują w równych częściach, po przedłożeniu postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku wraz z klauzulą prawomocności bądź zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia. 7. Uposażony kredytodawca uprawniony jest do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego, na zasadzie pierwszeństwa przed innymi Uposażonymi, maksymalnie do kwoty zadłużenia na dzień śmierci Ubezpieczonego. 8. Jeżeli kwota świadczenia należna Uposażonemu kredytodawcy jest mniejsza niż kwota świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskazana w harmonogramie wysokości świadczeń, nadwyżkę ponad kwotę świadczenia należną Uposażonemu kredytodawcy, wypłaca się pozostałym Uposażonym. 9. W razie braku Uposażonego lub osoby wymienionej w pkt 6, z przysługującego świadczenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaca, w granicach sumy ubezpieczenia, w pierwszym rzędzie udowodnione rachunkami koszty pogrzebu osobie, która te koszty poniosła.
18.	Prawo do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w przypadku, gdy takie uprawnienie przysługuje klientowi
	Jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta jest na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia doręczenia mu przez Towarzystwo umowy ubezpieczenia, przez złożenie Towarzystwu pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia nie poinformował ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie; odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
19.	Przepisy regulujące ewentualne opodatkowanie świadczeń zakładu ubezpieczeń
	Przepisy regulujące opodatkowanie świadczeń wypłacanych przez Towarzystwo z tytułu umowy ubezpieczenia: ustawa z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych – art. 21 ust. 1 pkt 4.
20.	Informacje o ewentualnych premiach i rabatach
	Nie dotyczy.
21.	Ryzyka związane z ubezpieczeniem
	Nie dotyczy.
22.	Główne cechy ubezpieczenia
	- zabezpieczenie spłaty kredytu – wszelkiego typu pożyczki (z wyłączeniem pożyczki hipotecznej) / wszelkiego rodzaju kredyty (z wyłączeniem kredytu hipotecznego); limity zadłużenia na rachunkach bankowych, limity zadłużenia na kartach kredytowych, - ochrona ubezpieczeniowa, z zastrzeżeniem postanowień OWU, rozpoczyna się po zaakceptowaniu przez Towarzystwo wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia od dnia wskazanego w polisie, - dzień wymagalności składki wyznaczony jest w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej – prolongata składki.

II. Zastrzeżenia i informacje prawne dotyczące Karty Produktu

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

Decyzja o nabyciu produktu ubezpieczeniowego powinna zostać podjęta po wcześniejszym zapoznaniu się z dokumentacją ubezpieczeniową, zwłaszcza z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia, gdzie znajdują się szczegółowe informacje o ubezpieczeniu.

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ACTI FINANSE PLUS GOTÓWKI, uchwalonymi w dniu 27 kwietnia 2022 roku.

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