

### **Informacja o produkcie – grupowe ubezpieczenie - PRYMUS**

Stan zgodny z ogólnymi warunkami grupowego ubezpieczenia - PRYMUS - uchwalonymi przez Zarząd Towarzystwa w dniu 11 sierpnia 2017 roku.

1.Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia:

§3, §17, §18, §19, §20.

2.Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia:

§7.

3.Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych:

§10.

## OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA PRYMUS

### I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

#### § 1 (postanowienia ogólne)

1. Na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, zwanych dalej OWU, SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych, zwane dalej „Towarzystwem”, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, zawiera grupowe umowy ubezpieczenia z osobami fizycznymi, osobami prawnymi lub jednostkami organizacyjnymi niebędącymi osobami prawnymi, którym ustawa przyznaje zdolność prawną, zwanymi dalej „Ubezpieczającymi”.
2. Umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWU jest umową grupową zawartą na cudzy rachunek.
3. Za porozumieniem stron, do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia 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 lub Ubezpieczonego. Przepisu tego nie stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych w drodze negocjacji.

#### § 2 (definicje)

Przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWU:

- 1) **całkowita niezdolność do pracy** - utrata w wyniku nieszczęśliwego wypadku zdolności Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej, ustalona na podstawie orzeczenia lekarskiego o całkowitej niezdolności do pracy, na okres nie krótszy niż 2 lata, wydanego przez podmiot uprawniony do orzekania niezdolności do pracy dla celów rentowych,
- 2) **ekspedycja** - zorganizowana wyprawa, mająca na celu zrealizowanie wytyczonych zadań o charakterze sportowym bądź naukowym,
- 3) **koszty leczenia** - udokumentowane koszty leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku, poniesione przez Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia, na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z tytułu:
  - leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego (badania, zabiegi, operacje),
  - zakupu lekarstw i środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza,
  - koszty zakupu protez, środków pomocniczych i przedmiotów ortopedycznych: gorsety, kule, stabilizatory, aparaty ortopedyczne, wózki inwalidzkie,
- 4) **nieszczęśliwy wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, w następstwie którego Ubezpieczony, niezależnie od swojej woli, doznał trwałego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł,
- 5) **okres ubezpieczenia** - okres, za który Towarzystwo ponosi odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego,
- 6) **pobyt w szpitalu** - potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, powstały bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, który rozpoczął się przed upływem 12 miesięcy od daty zaistnienia nieszczęśliwego wypadku i trwał nieprzerwanie dłużej niż 1 dzień, przy czym do okresu pobytu w szpitalu zaliczane są w całości: dzień, w którym osoba objęta ubezpieczeniem została przyjęta do szpitala oraz dzień, w którym osoba objęta ubezpieczeniem została wypisana ze szpitala,
- 7) **polisa** - dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia między Ubezpieczającym a Towarzystwem,
- 8) **poważne zachorowanie Ubezpieczonego** - jedna z niżej wymienionych chorób:
  - a) cukrzyca - choroba metaboliczna o wieloczynnikowej etiologii, charakteryzująca się przewlekłą hiperglikemią, która rozwija się w wyniku defektu wydzielania lub działania insuliny, bądź też obu tych zaburzeń,
  - b) dystrofia mięśniowa - dystrofia mięśniowa typu Duchenne'a (najczęściej występująca i najcięższa postać dystrofii); rozpoznanie wymaga potwierdzenia dokumentacją medyczną dotyczącą rozpoznania choroby,
  - c) guzy śródczaszkowe - niezłośliwe guzy śródczaszkowe będące przyczyną stałych ubytków neurologicznych z wykluczeniem torbieli, ziarniaków, malformacji śródczaszkowych, guzów przysadki,
  - d) inwazyjna choroba pneumokokowa (IChP) - pierwotne zakażenie wywołane przez pneumokoki (*Streptococcus pneumoniae*), o dużym nasileniu objawów chorobowych, przebiegające pod postacią chorób o charakterze miejscowym lub uogólnionym; ubezpieczeniem objęte są przypadki ciężkich zakażeń inwazyjnych: zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, kości i szpiku, stawów, wsierdza, osierdza, otrzewnej, ucha środkowego, sepsa pneumokokowa, zakażenia inwazyjne pozostawiające trwałe następstwa pod postacią ubytków neurologicznych; wykluczeniu podlegają zakażenia pneumokokowe o przebiegu lekkim, niepowikłane lub niepozostawiające trwałych następstw oraz pourazowe wtórne zakażenia pneumokokowe; rozpoznanie IChP oraz jej trwałych następstw winno być jednoznacznie potwierdzone wynikami badań, w tym bakteriologicznych, i zawarte w dokumentacji medycznej wydanej przez szpital prowadzący leczenie,
  - e) niewydolność nerek - przewlekłe, trwałe i całkowite uszkodzenie obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu; diagnoza musi być jednoznacznie potwierdzona dokumentacją medyczną,
  - f) niewydolność wątroby - krańcowa przewlekła niewydolność wątroby ze stałą żółtaczką, encefalopatią i wodobrzuszem; rozpoznanie wymaga potwierdzenia jednoznaczną dokumentacją medyczną; za stan przewlekły uważa się co najmniej 6 miesięczny okres trwania choroby będącej przyczyną krańcowej niewydolności wątroby,
- g) **nowotwór złośliwy z białaczkami i chłoniakami** - niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych niszczący zdrowe tkanki; choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego; ostateczny wynik badania histopatologicznego jednoznacznie potwierdzający nowotworowe tło choroby przyjmuje się za datę zaistnienia choroby; wykluczeniu podlegają nowotwory „in situ”, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (w tym czerniak złośliwy do 1-B stopnia zaawansowania w klasyfikacji TNM), ziarnica złośliwa i chłoniaki w 1. stopniu zaawansowania,
- h) **sepsa (sepsis)** - zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej powstały w wyniku krwiopochodnego rozsiewu zakażenia bakteryjnego, wirusowego lub grzybiczego, podczas którego we krwi krążą najczęściej bakterie, ich toksyny bądź toksyczne metabolity komórek gospodarza, objawiający się niewydolnością lub poważną dysfunkcją narządów lub układów narządów; w rozumieniu niniejszych OWU za sepsę uznaje się też rozwijający się w jej przebiegu wstrząs septyczny; wykluczeniu podlegają bakteriemia, wiremia i fungemia oraz przypadki sepsy wtórnej, rozwijającej się jako powikłanie po zabiegach operacyjnych lub urazach; jednoznaczne rozpoznanie winno być potwierdzone w dokumentacji medycznej szpitala prowadzącego leczenie,
- i) **śpiączka** - stan utraty przytomności charakteryzujący się brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne (oceniany w skali śpiączki Glasgow na mniej niż 9 punktów) i koniecznością użycia sprzętu wspomagającego utrzymanie czynności życiowych (np. respiratora); stan ten winien trwać co najmniej 96 godzin oraz pozostawiać trwałe ubytki neurologiczne, a jego rozpoznanie wymaga potwierdzenia dokumentacją medyczną, zawierającą końcową ocenę stanu neurologicznego; zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu i innych substancji odurzających,
- j) **zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych** - pierwotne ropne, włóknikowe, ziarniakowe lub limfocytowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych; zakresem ubezpieczenia objęte są również przypadki poronnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych; rozpoznanie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych musi być udokumentowane wynikami badań i zawarte w dokumentacji medycznej szpitala prowadzącego leczenie, z określeniem właściwego numeru statystycznej klasyfikacji ICD-10,
- 9) **przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze** - niezbędne z medycznego punktu widzenia wyroby medyczne, zastępujące utracone narządy (organy) lub wspomagające utraconą funkcję narządów (organów), zalecone przez lekarza prowadzącego;
- 10) **przedstawiciel ustawowy** - rodzic Ubezpieczonego posiadający władzę rodzicielską lub opiekun prawny Ubezpieczonego ustanowiony przez Sąd,
- 11) **rodzice** - matka lub ojciec Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; za rodziców Ubezpieczonego uznaje się również (jeżeli matka lub ojciec Ubezpieczonego nie żyją) osoby będące w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:
  - a) żoną ojca Ubezpieczonego lub wdową po ojcu Ubezpieczonego, o ile po śmierci ojca Ubezpieczonego nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
  - b) mężem matki Ubezpieczonego lub wdowcem po matce Ubezpieczonego, o ile po śmierci matki Ubezpieczonego nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
- 12) **sporty wysokiego ryzyka** - sporty wodne uprawiane na rzekach górskich, nurkowanie przy użyciu aparatów gazowych, kitesurfing, sporty motorowe i motorowodne, sporty spadochronowe, sporty balonowe, paralotniarstwo, szybownictwo, pilotowanie samolotów silnikowych, skoki bungee, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, speleologia, rugby, kolarstwo górskie, jazda na nartach wodnych, narciarstwo zjazdowe poza wyznaczonymi trasami, snowboard poza wyznaczonymi trasami, 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 albo udział w ekspedycjach,
- 13) **szpital** - zakład opieki zdrowotnej przeznaczony do przyjmowania i leczenia osób, których stan zdrowia wymaga stałej, całodobowej obserwacji lub opieki lekarskiej i pielęgniarskiej; za szpital nie uznaje się domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, domowej opieki pielęgniarskiej, hospicjów onkologicznych, ośrodków leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych, alkoholowych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych ani ośrodków wypoczynkowych,
- 14) **trwały uszczerbek na zdrowiu** - trwałe naruszenie czynności organu, narządu lub układu, wskazane w Tabeli Uszczerbku na Zdrowiu, stanowiącej Załącznik do niniejszych OWU,
- 15) **Ubezpieczony** - osoba fizyczna, na rachunek której zawarto umowę ubezpieczenia,
- 16) **uposażony** - wskazana przez Ubezpieczonego osoba uprawniona do odbioru świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek jego śmierci,
- 17) **wyuczynowe uprawianie sportu** - udział w regularnych treningach, zawodach, obozach kondycyjnych, zgrupowaniach, w celu uzyskania maksymalnych wyników sportowych,
- 18) **nieszczęśliwy wypadek w ruchu komunikacyjnym** - nieszczęśliwy wypadek w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony jako:
  - a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym, motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem morskim, promem lub pasażerskim statkiem powietrznym,
  - b) rowerzysta,
  - c) pieszy,
- 19) **zawodowe uprawianie sportu** - uprawianie określonych dyscyplin sportowych za wynagrodzeniem,
- 20) **zdarzenie ubezpieczeniowe** - niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie przyszłe i niepewne (nieszczęśliwy wypadek, poważne zachorowanie) będące

przyczyną powstania szkody, zobowiązujące Towarzystwo do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w niniejszych OWU.

## II. PODSTAWOWY I DODATKOWY ZAKRES UBEZPIECZENIA

### § 3 (podstawowy i dodatkowy zakres ubezpieczenia)

1. Podstawowy zakres ubezpieczenia, z zastrzeżeniem §§ 5 i 6, obejmuje wystąpienie na terytorium całego świata:
  - 1) następstw nieszczęśliwego wypadku powodujących trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego zgodnie z Tabelą Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, stanowiącą Załącznik do niniejszych OWU,
  - 2) następstw nieszczęśliwego wypadku powodujących śmierć Ubezpieczonego.
2. Za opłatą dodatkowej składki ochroną ubezpieczeniową mogą zostać objęte:
  - 1) następstwa nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym powodujące śmierć Ubezpieczonego,
  - 2) następstwa nieszczęśliwego wypadku powodujące pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
  - 3) następstwa nieszczęśliwego wypadku powodujące całkowitą niezdolność Ubezpieczonego do pracy,
  - 4) następstwa nieszczęśliwego wypadku powodujące śmierć rodzica Ubezpieczonego,
  - 5) koszty leczenia Ubezpieczonego będące następstwem nieszczęśliwego wypadku poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
  - 6) wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania.

## III. UBEZPIECZENIE NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

### § 4 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ubezpieczenia i doznane przez Ubezpieczonego na terytorium całego świata, z zastrzeżeniem § 3 ust.2 pkt 2) i pkt 5).

### § 5 (wyłączenia odpowiedzialności)

1. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte szkody, poniesione w związku z wyczynowym lub zawodowym uprawianiem sportów, chyba że strony umowy ubezpieczenia rozszerzą ochronę ubezpieczeniową za opłatą dodatkowej składki.
2. Ponadto, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje następstw nieszczęśliwych wypadków powstałych wskutek:
  - 1) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wewnętrznych zamieszek, strajków, rozruchów, lokautów oraz aktów terroryzmu i sabotażu,
  - 2) reakcji jądrowej, skażenia radioaktywnego, skażenia lub zanieczyszczenia odpadami przemysłowymi, działania broni biologicznej lub chemicznej, promieni laserowych i maserowych oraz pola magnetycznego i elektromagnetycznego,
  - 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu,
  - 4) pełnienia przez Ubezpieczonego czynnej służby w siłach zbrojnych jakiegokolwiek państwa,
  - 5) uczestniczenia Ubezpieczonego w bójkach, z wyjątkiem działania w obronie koniecznej,
  - 6) samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na jego własną prośbę,
  - 7) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza – o ile miało to wpływ na powstanie szkody,
  - 8) działania Ubezpieczonego w stanie lub warunkach choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego – o ile miało to wpływ na powstanie szkody,
  - 9) poddania się Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarzy – o ile miało wpływ na powstanie szkody,
  - 10) niewłaściwego leczenia lub niewłaściwie wykonanych zabiegów leczniczych, chyba że leczenie lub zabiegi zostały wykonane zgodnie ze wskazaniem lekarskim w związku z leczeniem skutków nieszczęśliwego wypadku,
  - 11) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganego prawem uprawnienia do prowadzenia danego pojazdu (dla oceny, czy kierujący posiada uprawnienia do prowadzenia danego pojazdu, miarodajne jest prawo obowiązujące w kraju, w którym doszło do wypadku, a gdy w tym zakresie brak jest uregulowań lub istniejące uregulowania są mniej restrykcyjne niż prawo polskie - zastosowanie znajduje prawo polskie) - o ile miało to wpływ na powstanie szkody,
  - 12) uczestniczenia w rajdach, wyścigach lub próbach prędkościowych – o ile miało wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
  - 13) przewozu lotniczego Ubezpieczonego w charakterze innym niż pasażer samolotu pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych – o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
  - 14) uprawiania sportów wysokiego ryzyka.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienia fizyczne i moralne.

### § 6 (wyłączenia szczególne)

1. Oprócz wyłączeń określonych w § 5, zakres ubezpieczenia nie obejmuje kosztów leczenia Ubezpieczonego będących następstwem nieszczęśliwych wypadków, związanych z:
  - 1) leczeniem z zastosowaniem medycyny niekonwencjonalnej: akupunktura,

- hipnoza, helioterapia, zabiegi holistyczne,
- 2) chirurgią plastyczną, zabiegami kosmetycznymi, oraz związanych ze stosowaniem środków odżywczych (wzmacniających) lub środków odchudzających,
- 3) naprawą lub zakupem leczniczych środków technicznych (endoprotezy) albo protez dentystycznych, koron lub wykonaniem świadczeń z zakresu ortodoncji,
- 4) świadczeniami zdrowotnymi o charakterze kuracyjnym, sanatoryjnym lub rehabilitacyjnym albo wynikającymi z konieczności udzielenia opieki przez domy opieki, hospicja lub inne instytucje świadczące usługi o podobnym zakresie lub związane z dodatkową opieką pielęgnacyjną,
- 5) kosztami leczenia odwykowego,
- 6) kosztami zakupu specjalnych artykułów żywnościowych (suplementy diety) i odżywek.

## IV. UBEZPIECZENIE NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

### § 7 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, które po raz pierwszy zostało zdiagnozowane w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.

### § 8 (ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności)

1. Z uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności określonych w §§ 5 i 6, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje poważnych zachorowań, w przypadku gdy są one:
  - 1) następstwem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV; wyjątek stanowi sytuacja, kiedy zakażenie nastąpiło w okolicznościach dających możliwość udowodnienia, że zostało spowodowane wykonywanym w okresie ubezpieczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przetoczeniem zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych u osób nie chorujących na hemofilie pod warunkiem, że serokonwersja nastąpiła w ciągu 6 tygodni od daty przetoczenia krwi lub produktów krwiopochodnych,
  - 2) następstwem lub konsekwencją wady wrodzonej lub schorzenia wrodzonego.

## V. POSTANOWIENIA WSPÓLNE

### § 9 (suma ubezpieczenia)

1. Suma ubezpieczenia oraz wysokość świadczenia ustalane są odrębnie na każde ryzyko ubezpieczeniowe określone w zakresie podstawowym oraz na każde ryzyko ubezpieczeniowe określone w dodatkowym zakresie.
2. Sumę ubezpieczenia oraz wysokość świadczenia określa się w umowie ubezpieczenia na jednakowej wysokości dla wszystkich Ubezpieczonych objętych umową ubezpieczenia.
3. Górną granicą odpowiedzialności Towarzystwa na zdarzenie ubezpieczeniowe objęte podstawowym lub dodatkowym zakresem ochrony ubezpieczeniowej jest suma ubezpieczenia lub maksymalna wysokość świadczenia ustalona na dane ryzyko.
4. Wysokości sum ubezpieczenia oraz świadczeń na ryzyka objęte podstawowym oraz dodatkowym zakresem ochrony ubezpieczeniowej wskazane są w umowie ubezpieczenia.
5. Suma ubezpieczenia stanowi podstawę do obliczenia wysokości składki ubezpieczeniowej oraz określenia wysokości świadczeń ubezpieczeniowych.

### § 10 (składka ubezpieczeniowa)

1. Towarzystwo ustala wysokość składki ubezpieczeniowej na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu zawierania umowy ubezpieczenia. Składki taryfowe zawarte w taryfie składek określono zgodnie z zasadami matematyki aktuariałnej, w zależności od stopnia ryzyka jakie poniesie Towarzystwo po rozpoczęciu odpowiedzialności ubezpieczeniowej oraz kosztów zawarcia i obsługi ubezpieczenia.
2. Przy kalkulacji wysokości składki ubezpieczeniowej uwzględnia się:
  - 1) długość okresu ubezpieczenia,
  - 2) zakres ochrony ubezpieczeniowej,
  - 3) wysokość sumy ubezpieczenia,
  - 4) wysokość świadczenia.
3. Ubezpieczający opłaca jednorazowo składkę za cały okres ubezpieczenia.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia Towarzystwu składki ubezpieczeniowej za Ubezpieczonych, którzy zostali objęci ochroną ubezpieczeniową, w terminie określonym w umowie ubezpieczenia, jednak nie później niż w ciągu 60 dni licząc od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia wskazanego w tej umowie.
5. Składkę opłaca się przelewem na rachunek bankowy Towarzystwa.
6. Za dzień zapłaty uważa się dzień dokonania zlecenia przelewu lub złożenia polecenia zapłaty w banku lub w urzędzie pocztowym na właściwy rachunek Towarzystwa, pod warunkiem że na rachunku Ubezpieczającego znajdowała się wystarczająca ilość środków pozwalająca na zrealizowanie zlecenia; w odmiennym przypadku za dzień zapłaty uznaje się dzień wpływu kwoty składki na rachunek Towarzystwa.
7. W przypadku ustania ochrony ubezpieczeniowej przed zakończeniem okresu ubezpieczenia, Towarzystwo na wniosek Ubezpieczającego, dokona zwrotu części składki ubezpieczeniowej przypadającej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

## § 11 (zawarcie umowy ubezpieczenia)

1. Podstawą zawarcia umowy ubezpieczenia w formie imiennej jest złożenie przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wraz z wykazem osób przystępujących do ubezpieczenia.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta również w formie bezimiennej, pod warunkiem, że ochroną ubezpieczeniową zostaje objęte 100% osób należących do określonej grupy. W takim przypadku objęcie członków grupy ochroną ubezpieczeniową następuje na podstawie danych zawartych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, a odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od dnia wskazanego we wniosku.
3. Jeżeli strony nie umówią się inaczej, do zawarcia umowy dochodzi z chwilą akceptacji przez Towarzystwo wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust.5-7.
4. Na dowód zawarcia umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wystawia polisę.
5. Jeżeli polisa zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, Towarzystwo zobowiązane jest zwrócić na to Ubezpieczającemu uwagę na piśmie przy doręczeniu polisy, wyznaczając mu co najmniej siedmiodniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku przez Towarzystwo, zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego nie są skuteczne, a umowa ubezpieczenia jest zawarta zgodnie z warunkami oferty.
6. W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego, o którym mowa w ust.5 uważa się, że umowa doszła do skutku zgodnie z treścią polisy, od następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
7. W przypadku zgłoszenia przez Ubezpieczającego sprzeciwu, o którym mowa w ust.5 uważa się że umowa ubezpieczenia nie doszła do skutku, a odpowiedzialność Towarzystwa nie rozpoczęła się, chyba że strony dojdą do porozumienia co do warunków umowy ubezpieczenia. W przypadku niedojścia do skutku umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu dokonane wpłaty na poczet składek ubezpieczeniowych.

## § 12 (czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa)

1. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od dnia następnego po zawarciu umowy ubezpieczenia, chyba że w umowie ubezpieczenia określono inny termin rozpoczęcia odpowiedzialności.
2. Jeżeli strony nie umówiły się inaczej, okres ubezpieczenia wynosi 1 rok.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się:
  - 1) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego w trybie określonym w § 13 ust.1,
  - 2) z dniem upływu okresu wypowiedzenia umowy,
  - 3) z dniem rozwiązania umowy w trybie określonym w § 13 ust.7,
  - 4) z dniem śmierci Ubezpieczonego – wobec tego Ubezpieczonego.

## § 13 (odstąpienie, wypowiedzenie umowy i inne przypadki rozwiązania umowy)

1. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia doręczenia mu przez Towarzystwo dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia, przez złożenie Towarzystwu pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia; odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
2. W przypadku opłacenia składki w niepełnej wysokości, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty brakującej części składki, wyznaczając w tym celu dodatkowy termin 7 dni. W wezwaniu do zapłaty Towarzystwo powiadomi Ubezpieczającego o skutkach, o których mowa w ust.3.
3. Jeżeli brakująca część składki nie zostanie opłacona w dodatkowym terminie wskazanym w ust.2, umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem na ostatni dzień dodatkowego terminu wskazanego w ust.2. W przypadku uiszczenia jedynie części składki, Towarzystwo zwróci część składki ubezpieczeniowej przypadającej za okres, w którym nie świadczyło ochrony ubezpieczeniowej.
4. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak, niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania, druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.
5. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia względem wszystkich Ubezpieczonych, w każdym czasie, z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego, o ile strony nie umówią się inaczej co do warunków wypowiedzenia.
6. Wypowiedzenie umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
7. Na wniosek Ubezpieczającego i za zgodą Towarzystwa, umowa ubezpieczenia może zostać rozwiązana ze skutkiem na dzień doręczenia Towarzystwu wniosku o wcześniejsze zakończenie ochrony ubezpieczeniowej.

## § 14 (obowiązki Ubezpieczającego w trakcie trwania umowy ubezpieczenia)

1. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, które mogą mieć wpływ na podjęcie przez Towarzystwo decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia, przez udzielenie przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania Towarzystwa zawarte w formularzach Towarzystwa lub przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez

przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo umowy mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust.1 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia postanowień ust.1 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie przewidziane umową i jego następstwa prawne są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
3. W czasie trwania umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazania Towarzystwu wraz ze składką ubezpieczeniową, w terminie określonym w § 10 ust.4, raportu dotyczącego osób objętych ochroną ubezpieczeniową zawierającego:
  - 1) rozliczenie wpłaconych składek ubezpieczeniowych, wraz ze wskazaniem ilości osób, których dotyczą,
  - 2) wykazu osób przystępujących do ubezpieczenia (jeżeli ubezpieczenie zawarto w formie imiennej).
4. Ubezpieczający zobowiązany jest do pośredniczenia w przekazywaniu dokumentów kierowanych do Ubezpieczonych przez Towarzystwo i do Towarzystwa przez Ubezpieczonych.
5. W czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa, Towarzystwu przysługuje prawo do kontrolowania obsługi ubezpieczenia wykonywanej przez Ubezpieczającego.

## § 15 (obowiązki Towarzystwa)

Towarzystwo jest zobowiązane do:

- 1) doręczenia Ubezpieczającemu tekstu OWU przed zawarciem umowy ubezpieczenia,
- 2) wydania Ubezpieczającemu polisy,
- 3) udzielenia Ubezpieczającemu informacji o sposobie i trybie rozpatrywania reklamacji oraz o organie właściwym do ich rozpatrzenia.

## § 16 (obowiązki Ubezpieczonego lub osoby występującej z roszczeniem w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego)

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, powodującego szkodę z zakresu ubezpieczenia nieszczęśliwych wypadków Ubezpieczony lub osoba występująca z roszczeniem zobowiązany jest:
  - 1) niezwłocznie powiadomić Towarzystwo o zdarzeniu ubezpieczeniowym,
  - 2) przedłożyć Towarzystwu wymaganą dokumentację medyczną, na zasadach określonych w niniejszym OWU, uzasadniając wysokość roszczenia.
2. W przypadku wystąpienia poważnego zachorowania Ubezpieczonego, Ubezpieczony zobowiązany jest zawiadomić Towarzystwo przed upływem 3 miesięcy od daty zdiagnozowania poważnego zachorowania.

## § 17 (ustalenie rozmiarów szkody i wysokości świadczenia)

1. W ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków wysokość świadczenia ustala się po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy zdarzeniem ubezpieczeniowym a zaistniałą szkodą.
2. Wysokość świadczenia z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku powodujących trwałe uszczerbek na zdrowiu ustalana jest na podstawie dokumentacji medycznej, w uzasadnionych przypadkach - po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji, nie później niż po 18 miesiącach licząc od daty wypadku, w kwocie odpowiadającej takiemu procentowi sumy ubezpieczenia, w jakim został ustalony uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego na podstawie Tabeli Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, stanowiącej Załącznik do niniejszych OWU (proporcjonalny system wypłaty świadczeń).
3. Suma świadczeń wypłacanych z tytułu następstw nieszczęśliwych wypadków powodujących trwałe uszczerbki na zdrowiu danego Ubezpieczonego, w związku z jednym nieszczęśliwym wypadkiem, nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.
4. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje były już upośledzone przed wypadkiem wskutek choroby lub trwałego uszczerbku na zdrowiu powstałego w następstwie innego zdarzenia, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę między stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu po wypadku, a stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącym przed wypadkiem.
5. W przypadku gdy trwałe uszczerbek na zdrowiu określony jako złamanie lub zwichnięcie w Tabeli Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, stanowiącej Załącznik do niniejszych OWU był leczony operacyjnie, Ubezpieczonemu przysługuje oprócz świadczenia, o którym mowa w ust.2, dodatkowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia z tytułu następstwa nieszczęśliwego wypadku powodującego trwałe uszczerbek na zdrowiu za każdy operowany narząd.
6. Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony dozna utraty lub trwałego naruszenia czynności organu, narządu lub układu, które nie spowodowały następstw w postaci trwałego uszczerbku na zdrowiu, określonego w Tabeli Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, stanowiącej Załącznik do niniejszych OWU, a wystąpiły następstwa:
  - a) nagłego zatrucia gazami, substancjami i produktami chemicznymi, porażenie prądem, piorunem, które to stany wymagały pobytu Ubezpieczonego w szpitalu,
  - b) utraty lub trwałego naruszenia czynności organu, narządu lub układu, które wymagały pobytu Ubezpieczonego w szpitalu połączonego z dalszym leczeniem, wypłacane jest świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia z tytułu następstwa nieszczęśliwego wypadku powodującego trwałe uszczerbek na zdrowiu.

7. Świadczenie z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku powodujących śmierć Ubezpieczonego wypłacane jest osobie uprawnionej w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.
8. Świadczenie z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym powodujących śmierć Ubezpieczonego wypłacane jest z uwzględnieniem świadczenia z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku powodujących śmierć Ubezpieczonego), osobie uprawnionej w wysokości 200% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku powodujących śmierć Ubezpieczonego.
9. Świadczenie z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku powodujących pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wypłacane jest Ubezpieczonemu w formie dziennego świadczenia szpitalnego w kwocie określonej w umowie ubezpieczenia, za każdy dzień pobytu w szpitalu, przy czym wysokość łącznych dziennych świadczeń, związanych z pobytem Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie jednego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć równowartości kwoty odpowiadającej dziennym świadczeniom wypłaconym za 90 dni; jeżeli w jednym dniu Ubezpieczony był pacjentem dwóch lub większej ilości szpitali, Towarzystwo wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za ten dzień tylko jeden raz.
10. Świadczenie wypłacane jest po zakończeniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. W przypadku pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 30 dni, na wniosek Ubezpieczonego Towarzystwo może wypłacić część świadczenia przed zakończeniem tego pobytu.
11. Świadczenie z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku powodujących śmierć rodzica Ubezpieczonego wypłacane jest Ubezpieczonemu w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia. W przypadku gdy w następstwie tego samego nieszczęśliwego wypadku śmierć poniosło oboje rodziców Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu za każdego rodzica świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.
12. Świadczenie z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku powodujących całkowitą niezdolność Ubezpieczonego do pracy - wypłacane jest Ubezpieczonemu, w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.
13. Refundacja poniesionych kosztów leczenia w następstwie nieszczęśliwego wypadku wypłacana jest Ubezpieczonemu do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.

#### § 18

1. Wysokość świadczenia z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania - ustalana jest na podstawie dokumentacji medycznej i wypłacana jest Ubezpieczonemu w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.
2. W przypadku wystąpienia drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania u Ubezpieczonego, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, o ile kolejne poważne zachorowanie nie pozostaje w związku przyczynowo - skutkowym z poważnym zachorowaniem, które zostało rozpoznane wcześniej.

#### § 19

1. W celu ustalenia rozmiarów szkody i wysokości świadczenia, Towarzystwo zastrzega sobie prawo weryfikacji wszelkich dokumentów, dotyczących zaistniałego zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania Ubezpieczonego na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza, w celu ustalenia prawa do świadczenia. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.

#### § 20 (osoba uprawniona do świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego)

1. Ubezpieczony (w przypadku osób małoletnich bądź ubezwłasnowolnionych - przedstawiciel ustawowy) może wskazać imiennie jednego lub więcej uposażonych do otrzymania świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego. Wskazanie uposażonego może nastąpić zarówno przy zawarciu umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej trwania.
2. Ubezpieczony (w przypadku osób małoletnich bądź ubezwłasnowolnionych - przedstawiciel ustawowy) ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać uposażonego. Zmiana lub odwołanie uposażonego następuje w momencie wpłynięcia tego zawiadomienia do Towarzystwa.
3. Jeżeli zostało wskazanych kilku uposażonych, a nie oznaczono ich udziału w kwocie świadczenia, uważa się, że ich udziały są równe.
4. Wskazanie uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci.
5. Z zastrzeżeniem ust.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 świadczenie ubezpieczeniowe w całości,
  - 2) dzieci Ubezpieczonego - otrzymują świadczenie ubezpieczeniowe w równych częściach,
  - 3) rodzice - otrzymują świadczenie ubezpieczeniowe w równych częściach,
  - 4) inni spadkobiercy Ubezpieczonego - otrzymują świadczenie ubezpieczeniowe w równych częściach, po przedłożeniu postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku wraz z klauzulą prawomocności bądź zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia.
6. W razie braku uposażonego lub osoby wymienionej w ust.5, z przysługującego świadczenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaca, w granicach sumy ubezpieczenia, w pierwszym rzędzie udowodnione rachunkowo koszty pogrzebu osobie, która te koszty poniosła.

#### § 21 (wymagane dokumenty)

1. Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, winna przedłożyć Towarzystwu zgłoszenie roszczenia na formularzu Towarzystwa wraz z następującymi dokumentami, niezbędnymi do ustalenia zasadności roszczenia:
  - 1) w przypadku następstwa nieszczęśliwego wypadku powodującego trwałe uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego:
    - a) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku,
    - b) dokumentację medyczną potwierdzającą rodzaj doznanego trwałego uszczerbku na zdrowiu,
    - c) orzeczenie lekarskie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji - na pisemny wniosek Towarzystwa,
    - d) kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub kartę wypisową ze szpitala, wydaną przez lekarza prowadzącego - w przypadku pobytu w szpitalu,
    - e) własny dokument tożsamości;
  - 2) w przypadku następstwa nieszczęśliwego wypadku lub następstwa nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym powodujących śmierć Ubezpieczonego:
    - a) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku,
    - b) skrócony odpis aktu zgonu,
    - c) kartę statystyczną do karty zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu,
    - d) dokument tożsamości osoby występującej z roszczeniem;
  - 3) w przypadku następstwa nieszczęśliwego wypadku powodującego pobyt Ubezpieczonego w szpitalu:
    - a) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku,
    - b) kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub kartę wypisową ze szpitala, wydaną przez lekarza prowadzącego,
    - c) własny dokument tożsamości;
  - 4) w przypadku następstwa nieszczęśliwego wypadku powodującego całkowitą niezdolność Ubezpieczonego do pracy:
    - a) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku,
    - b) orzeczenie lekarskie o całkowitej niezdolności do pracy wydane przez podmiot uprawniony do orzekania niezdolności do pracy, dla celów rentowych,
    - c) własny dokument tożsamości;
  - 5) w przypadku następstwa nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć rodzica Ubezpieczonego:
    - a) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku,
    - b) kartę statystyczną do karty zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu,
    - c) skrócony odpis aktu zgonu rodzica Ubezpieczonego,
    - d) odpis skróconego aktu urodzenia Ubezpieczonego lub postanowienie sądu o ustanowieniu opieki nad Ubezpieczonym,
    - e) dokument tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
  - 6) w przypadku zwrotu kosztów leczenia Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku:
    - a) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku,
    - b) dokumentację medyczną stwierdzającą rozpoznanie (diagnozę lekarską), uzasadniającą konieczność leczenia,
    - c) wystawione na Ubezpieczonego faktury, rachunki tytułem poniesionych kosztów leczenia,
    - d) własny dokument tożsamości;
  - 7) w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania:
    - a) dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania i datę jego zdiagnozowania,
    - b) własny dokument tożsamości.
2. W przypadku gdy zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa wystąpiły na terytorium kraju innego niż Rzeczpospolita Polska, wszelkie dokumenty składane przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego, a wystawione przez uprawnione podmioty poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
3. Wszelkie koszty związane z uzyskaniem i przekazaniem niezbędnych dokumentów urzędowych ponosi Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia.

#### § 22 (wypłata świadczenia)

1. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, o ile nie są osobami występującymi 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.
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 zgłoszenia roszczenia.
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 oraz, w przypadku umowy zawartej na cudzy rachunek, Ubezpieczonego o ile nie jest osobą występującą z roszczeniem o wypłatę świadczenia, o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części.
6. Jeżeli Ubezpieczony zgłosił roszczenie i przed wypłatą świadczenia zmarł, należne przed śmiercią świadczenia wypłaca się spadkobiercom Ubezpieczonego.

#### § 23 (odwołanie od decyzji Towarzystwa)

1. Jeżeli osoba uprawniona do odbioru świadczenia nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa co do odmowy wypłaty świadczenia lub jego wysokości, może, w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia, zwrócić się do Zarządu Towarzystwa o ponowne rozpatrzenie sprawy i zmianę stanowiska, co nie narusza uprawnień tej osoby do dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
2. Zarząd Towarzystwa ustosunkuje się do odwołania osoby uprawnionej do odbioru świadczenia, wysyłając pisemną odpowiedź w terminie 30 dni od daty wpływu odwołania.
3. W zawiadomieniu o ograniczeniu wysokości świadczenia lub odmowie jego wypłaty Towarzystwo pouczy zainteresowane osoby o trybie dochodzenia roszczeń.

#### § 24 (zasady korespondencji)

1. Wypowiedzenia, odstąpienia oraz wszelkie inne zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Towarzystwa, Ubezpieczającego i Ubezpieczonego lub innej osoby uprawnionej do odbioru świadczenia, powinny być kierowane na piśmie, pod rygorem nieważności, z zastrzeżeniem § 25 ust.1 lit c). Strony mogą umówić się co do innej formy korespondencji.
2. Towarzystwo, Ubezpieczający oraz Ubezpieczony zobowiązani są do powiadamiania się wzajemnie o zmianie swojego adresu zamieszkania lub siedziby.

#### § 25 (tryb składania i rozpatrywania reklamacji)

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia mająca zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez Towarzystwo usług lub wykonywanej przez niego działalności ma prawo składania reklamacji do Towarzystwa:
  - a) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa, w dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa zajmującej się obsługą klientów bądź przesyłką pocztową na adres: SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych, ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot,
  - b) osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Towarzystwa lub dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa zajmującej się obsługą klientów,
  - c) telefonicznie, pod numerem telefonu: 58 770 36 90.
2. Reklamacja powinna zawierać:
  - a) imię, nazwisko, adres i numer telefonu kontaktowego zgłaszającego reklamację,
  - b) numer dokumentu ubezpieczenia,
  - c) przedmiot reklamacji,
  - d) uzasadnienie reklamacji z podaniem ewentualnych dowodów.
3. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie przez Towarzystwo reklamacji chyba, że okoliczność ta nie ma wpływu na sposób procedowania reklamacją.
4. Na żądanie zgłaszającego reklamację Towarzystwo potwierdzi pisemnie na adres wskazany w reklamacji fakt złożenia reklamacji. Towarzystwo na wniosek zgłaszającego reklamację może potwierdzić wpływ reklamacji w postaci elektronicznej.
5. Reklamacja rozpatrywana jest przez Towarzystwo bez zbędnej zwłoki, a odpowiedź na nią powinna być udzielona nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej wpływu. Po rozpatrzeniu reklamacji, stanowisko Towarzystwa zostanie przesłane w formie pisemnej na adres wskazany w treści reklamacji.
6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust.5, Towarzystwo poinformuje zgłaszającego reklamację o przyczynie opóźnienia, okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia reklamacji oraz o przewidywanym terminie udzielenia odpowiedzi. Łączny czas rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi nie może być dłuższy niż 60 dni od daty wpływu reklamacji.
7. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia ma prawo do zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz do Rzecznika Finansowego.
8. Podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich w rozumieniu ustawy z dnia 23 września 2016 roku o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla Towarzystwa jest Rzecznik Finansowy. Informacje dotyczące podmiotu uprawnionego dostępne są na stronie internetowej: <http://rf.gov.pl/>
9. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

#### § 26 (przepisy zewnętrzne)

1. Wszelkie informacje związane z zawarciem umowy ubezpieczenia, uzyskane przez strony zarówno w trakcie negocjacji zmierzających do podpisania umowy ubezpieczenia, jak i w trakcie realizacji tej umowy, objęte są tajemnicą i nie mogą być udostępniane osobom trzecim, poza przypadkami określonymi powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU, mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy polskiego prawa.

#### § 27 (prawo wglądu do akt)

Towarzystwo udostępnia na wniosek Ubezpieczającego, Ubezpieczonego bądź

uprawnionego do odbioru świadczenia, informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa i wysokość świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Towarzystwo udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Towarzystwo. Towarzystwo na wniosek tych osób udostępni informacje i dokumenty w postaci elektronicznej.

#### § 28 (spory sądowe)

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

#### § 29

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 11 sierpnia 2017 roku przez Zarząd Towarzystwa z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia od dnia 01 grudnia 2017 roku.



Krzysztof Kosznik  
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski  
Członek Zarządu



Robert Łoś  
Członek Zarządu