



**Ogólne Warunki Ubezpieczenia**  
**INDYWIDUALNE**  
**UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE**  
**MDC**

Dokument zawierający informacje  
o produkcie ubezpieczeniowym

Informacja o produkcie

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

# Indywidualne Ubezpieczenie na Życie MDC

**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 MDC

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje na temat umowy dotyczące niniejszego produktu ubezpieczeniowego podane są w Ogólnych Warunkach Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie MDC (OWU) wraz z Ogólnymi Warunkami Dodatkowych Indywidualnych Ubezpieczeń (OWDU), które zostały uchwalone 9 kwietnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 maja 2020 roku oraz w treści Polisy.

## Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie na Życie MDC jest dobrowolnym ubezpieczeniem na Życie z Działu I Grupy 1 i 5 zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Ubezpieczenie jest propozycją dla Klientów, którzy zainteresowani są ochroną ubezpieczeniową życia i zdrowia. Umowa ubezpieczenia zawierana jest w formie umowy indywidualnej.



### Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

✓ **Śmierć Ubezpieczonego** – umowa ubezpieczenia w zakresie podstawowym (Umowa podstawowa). Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o Umowy dodatkowe. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z Umową podstawową lub w Rocznicę Polisy. Zawarcie Umowy dodatkowej w Rocznicę Polisy wymaga przeprowadzenia przez SALTUS TU ŻYCIE SA oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

#### Umowy dodatkowe:

- Śmierć w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku (NW),
- Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku NW,
- Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy,
- Niezdolność do Samodzielnej Egzystencji,
- Pobyt w Szpitalu,
- Pobyt w Szpitalu w wyniku NW (90),
- Pobyt w Szpitalu w wyniku NW (180),
- Poważne zachorowanie (4),
- Poważne zachorowanie (25),
- Operacje medyczne.

✓ Suma ubezpieczenia określona jest oddzielnie dla poszczególnych ubezpieczeń i wskazana jest w Polisie lub Polisie przedłużeniowej.



### Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- ✗ Zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową powstałych poza Okresem ubezpieczenia.
- ✗ Ryzyka objętego Umową dodatkową jeśli nie została opłacona za to ryzyko Składka lub pierwsza rata Składki.
- ✗ Poważnego zachorowania, które nie zostało wskazane w OWDU.
- ✗ Operacji medycznych, które nie zostały wskazane w Załączniku do OWDU (Lista Operacji medycznych).
- ✗ Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku NW, które nie zostały wskazane w Załączniku do OWDU (Tabela trwałych uszczerbków na zdrowiu).
- ✗ Pobytu w Szpitalu w wyniku NW, który rozpoczął się po upływie 12 miesięcy od daty zaistnienia NW.



### Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

- ! SALTUS TU ŻYCIE SA nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem art. 5 ust. 3 i ust. 4 OWU nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia postanowień art. 5 ust. 3 i ust. 4 OWU doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności pominiętych lub co do których podano nieprawdę.
- ! Jeżeli do Zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie lat trzech od zawarcia umowy ubezpieczenia, SALTUS TU ŻYCIE SA nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została Choroba Ubezpieczonego.
- ! Odpowiedzialność SALTUS TU ŻYCIE SA jest wyłączona, gdy śmierć Ubezpieczonego wystąpiła wskutek samobójstwa Ubezpieczonego, popełnionego w okresie dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.

Dodatkowo w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wynikającego z OWU lub OWDU, Odpowiedzialność SALTUS TU ŻYCIE SA jest wyłączona gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpiło:

- ! wskutek działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wewnętrznych zamieszek, strajków, rozruchów oraz aktów sabotażu,
- ! wskutek czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroru, z wyłączeniem przypadków obrony koniecznej,
- ! wskutek zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radiologicznym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
- ! w wyniku umyślnego popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu, o ile powyższe okoliczności miały wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Ponadto, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego określonego w OWU jako śmierć w wyniku NW oraz w OWDU jako: Poważne zachorowanie, Pobyt w Szpitalu, Pobyt w Szpitalu w wyniku NW, śmierć w wyniku NW lub NW Komunikacyjnego, Niezdolność do Samodzielnej Egzystencji, Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy, Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku NW oraz Operacje medyczne, SALTUS TU ŻYCIE SA nie odpowiada za zdarzenia będące wynikiem:

- ! uprawiania Sportów wysokiego ryzyka, Wyczynowego i Zawodowego uprawiania sportów oraz udziału w konkursach bicia rekordów,
- ! samookaleczenia bądź prób samookaleczenia,
- ! działania Ubezpieczonego, w Stanie po użyciu alkoholu lub w Stanie nietrzeźwości, albo działania pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
- ! działania pod wpływem, w stanie lub w warunkach Zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego, przewozu lotniczego w charakterze innym niż pasażer samolotów pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
- ! zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radiologicznym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
- ! prowadzenia pojazdu bez wymaganego prawem uprawnienia do prowadzenia danego pojazdu, zatrucia się Ubezpieczonego spowodowanego spożyciem alkoholu etylowego lub metylowego,
- ! zatrucia się Ubezpieczonego spowodowanego użyciem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony, o ile powyższe okoliczności miały wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Ponadto, w przypadku Pobytu w Szpitalu Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli celem Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu jest:

- ! leczenie lub poddanie się zabiegowi pozostającemu w związku z ciążą, porodem lub położeniem (z zastrzeżeniem Pobytu w Szpitalu związanego z ciążą wysokiego ryzyka oraz Pobytu w Szpitalu związanego z porodem i mającego na celu leczenie Choroby, będącej skutkiem powikłań poporodowych),
  - ! poddanie się operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków NW, jakiemu osoba objęta ochroną ubezpieczeniową uległa w okresie odpowiedzialności SALTUS TU ŻYCIE SA z tytułu Umowy dodatkowej,
  - ! wykonanie rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie jest Choroba lub obrażenia ciała,
  - ! wykonanie zabiegów rehabilitacyjnych,
  - ! leczenie Zaburzeń psychicznych,
  - ! leczenie Choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV,
  - ! leczenie wad wrodzonych,
  - ! leczenie zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu lub środków odurzających, z wyłączeniem przypadków ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,
  - ! leczenie niepłodności, (wyłączenie dotyczy również Pobytu w Szpitalu związanego z pozaustrojowym zapłodnieniem Ubezpieczonego lub sterylizacją Ubezpieczonego),
  - ! pobranie narządów do przeszczepu.
- Za Szpital nie uznaje się domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, ośrodków leczenia psychicznie chorych, domowej opieki pielęgniarskiej, hospicjów onkologicznych, ośrodków leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych, alkoholowych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych ani ośrodków wypoczynkowych.



## Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Ponadto, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje Poważnych zachorowań będących:

- następstw 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 hemofilię pod warunkiem, że serokonwersja nastąpiła w ciągu 6 tygodni od daty przetoczenia krwi lub produktów krwiopochodnych,
- następstw lub konsekwencją wady wrodzonej lub schorzenia wrodzonego.

Ponadto, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje Operacji medycznych będących wynikiem:

- zabiegów eksperymentalnych lub badań naukowych,
- hospitalizacji, związanej z prawidłowo przebiegającą ciążą lub niepowikłanym porodem,
- leczenia niepłodności, (wyłączenie dotyczy również hospitalizacji związanej z pozaustrojowym zapłodnieniem Ubezpieczonego lub sterylizacją Ubezpieczonego),
- hospitalizacji w charakterze dawcy narządów do przeszczepu,
- leczenia wad wrodzonych lub ich następstw,
- zmiany płci przez Ubezpieczonego i obrzezaniem Ubezpieczonego,
- chirurgicznej korekcji wad wzroku,
- chirurgii kosmetycznej (w tym zmniejszanie piersi), o ile nie jest związana z leczeniem w wyniku NW,
- chirurgii szczękowej i stomatologicznej.



## Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ Na terytorium całego świata.



## Co należy do obowiązków Ubezpieczonego i Ubezpieczającego?

### Przed zawarciem umowy ubezpieczenia:

- Ubezpieczony i Ubezpieczający zobowiązani są podać do wiadomości SALTUS TU ŻYCIE SA wszystkie znane sobie okoliczności, o które SALTUS TU ŻYCIE SA zapytywało we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i w innych formularzach stosowanych przez SALTUS TU ŻYCIE SA przed zawarciem umowy ubezpieczenia. W szczególności, Ubezpieczony i Ubezpieczający są zobowiązani do udzielenia, zgodnych z prawdą, odpowiedzi na postawione przez SALTUS TU ŻYCIE SA pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego oraz innych okoliczności, istotnych dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego i mających wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa powstania Zdarzenia ubezpieczeniowego. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
- Terminowe opłacenie Składki.

### W trakcie trwania umowy ubezpieczenia:

- SALTUS TU ŻYCIE SA, Ubezpieczający oraz Ubezpieczony zobowiązani są do powiadamiania się wzajemnie o zmianie swojego adresu zamieszkania lub siedziby.

### W przypadku zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego:

- zawiadomić SALTUS TU ŻYCIE SA o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- przedłożyć SALTUS TU ŻYCIE SA dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia.



## Jak i kiedy należy opłacać składki?

Ubezpieczający opłaca Składkę przy zawieraniu umowy ubezpieczenia jednorazowo za cały Okres ubezpieczenia, chyba że w umowie ubezpieczenia ustalono płatność Składki w ratach. Składkę opłaca się przelewem na rachunek bankowy SALTUS TU ŻYCIE SA.

Za dzień zapłaty uważa się dzień dokonania zlecenia przelewu lub złożenia polecenia zapłaty w banku lub w urzędzie pocztowym na właściwy rachunek SALTUS TU ŻYCIE SA, 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 SALTUS TU ŻYCIE SA.



## Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Umowa ubezpieczenia zawierana jest na jeden rok.

Umowa ubezpieczenia zostanie automatycznie przedłużona na okres kolejnego roku, o ile najpóźniej na 30 dni przed końcem umowy ubezpieczenia, żadna ze stron nie złoży pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy lub o gotowości przedłużenia umowy na zmienionych warunkach.

### Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się:

od daty wskazanej na Polisie lub Polisie przedłużeniowej, pod warunkiem opłacenia Składki lub pierwszej raty Składki.

W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek (na rachunek Ubezpieczonego), odpowiedzialność SALTUS TU ŻYCIE SA w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się nie wcześniej niż od dnia następnego po otrzymaniu przez SALTUS TU ŻYCIE SA 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.

### Odpowiedzialność SALTUS TU ŻYCIE SA kończy się:

1. z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego,
2. z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia wskutek wypowiedzenia,
3. z dniem śmierci Ubezpieczonego,
4. z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia na jaki została zawarta lub przedłużona umowa ubezpieczenia, jeżeli któraś ze stron złożyła oświadczenie o nieprzedłużaniu umowy ubezpieczenia na kolejny Rok Polisowy,
5. z dniem wypłaty Świadczenia z Umowy dodatkowej - w przypadku Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy, Niezdolności do Samodzielnej Egzystencji, Poważnego zachorowania, Operacji medycznych,
6. z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, który rozpoczął się w roku, w którym Ubezpieczony ukończył 84 lata - w przypadku Umowy podstawowej, a w przypadku Umów dodatkowych:
  - 1) z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, który rozpoczął się w roku, w którym Ubezpieczony ukończył 79 lat - w przypadku Śmierci w wyniku NW, Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku NW, Pobytu w Szpitalu w wyniku NW, Niezdolności do Samodzielnej Egzystencji,
  - 2) z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, który rozpoczął się w roku, w którym Ubezpieczony ukończył 60 lat - w przypadku Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy,
  - 3) z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, który rozpoczął się w roku, w którym Ubezpieczony ukończył 69 lat - w przypadku Pobytu w Szpitalu, Poważnego zachorowania, Operacji medycznych.



## Jak rozwiązać umowę?

1. Każda ze Stron umowy ubezpieczenia może nie później niż na 30 dni przed końcem umowy ubezpieczenia złożyć pisemne oświadczenie o nieprzedłużeniu tej umowy na kolejny Rok polisowy, co spowoduje rozwiązanie umowy ubezpieczenia z upływem okresu na jaki została zawarta lub przedłużona.
2. 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 umowy ubezpieczenia, przez złożenie SALTUS TU ŻYCIE SA pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia SALTUS TU ŻYCIE SA 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 jakim SALTUS TU ŻYCIE SA udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
3. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem 1 - miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
4. Wypowiedzenie umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty Składki za okres trwania odpowiedzialności SALTUS TU ŻYCIE SA.
5. W przypadku rozwiązania Umowy podstawowej, Umowy dodatkowe zostaną rozwiązane w tym samym trybie i na tych samych warunkach.

## PREAMBUŁA

Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie MDC, zwane dalej OWU określają zasady zawierania i wykonywania umowy ubezpieczenia pomiędzy SALTUS Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, zwanym dalej SALTUS TU ŻYCIE SA lub Towarzystwem, a Ubezpieczającym.

Za porozumieniem stron do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone Wyłączenia dodatkowe od ustalonych w niniejszych OWU i Ogólnych Warunkach Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia, zwanych dalej OWDU.

W celu przybliżenia najistotniejszych postanowień niniejszych OWU,  
Towarzystwo prezentuje poniżej\*:

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	art. 1 art. 2 art. 3 art. 8 ust. 3
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	DEFINICJE art. 5 ust. 6 art. 9 art. 10 ust. 1-3 art. 19

\*Stan zgodny z OWU, uchwalonymi przez Zarząd Towarzystwa w dniu 9 kwietnia 2020 roku.

## OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE MDC

### DEFINICJE

Przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWU:

#### Choroba

Reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, zdiagnozowana u Ubezpieczonego i potwierdzona przez lekarza.

#### Kontroferta

Propozycja Towarzystwa dotycząca zawarcia umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach, wynikająca z kryteriów akceptacji ryzyka, dokonana na podstawie informacji zawartych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz w innych formularzach, o które zapytywało Towarzystwo.

#### Nieszczęśliwy Wypadek

Nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, mającą swoje źródło poza organizmem ludzkim, o charakterze losowym, w następstwie którego Ubezpieczający, niezależnie od swojej woli, doznał trwałego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł.

#### Okres ubezpieczenia

Okres obowiązywania umowy ubezpieczenia lub odpowiednio okres, na jaki została przedłużona umowa ubezpieczenia.

#### Polisa

Dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia między Ubezpieczającym a Towarzystwem.

#### Polisa przedłużeniowa

Dokument ubezpieczenia, wysyłany Ubezpieczającemu co roku przez Towarzystwo, zawierający podsumowanie istotnych postanowień umowy ubezpieczenia, które będą obowiązywać w następnym Okresie Ubezpieczenia: Suma ubezpieczenia, Okres ubezpieczenia, wysokość Składki lub rat Składki i Termin płatności.

#### Rocznica Polisy

Każda kolejna rocznica wskazanego w Polisie lub Polisie przedłużeniowej dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, przy czym za rocznicę dnia 29 lutego uważa się dzień 28 lutego następnego Roku Polisowego (w przypadku, gdy w Roku Polisowym występuje dzień 29 lutego, za rocznicę Polisy uważa się dzień 29 lutego).

#### Rok Polisowy

Każdy rok trwania umowy ubezpieczenia, licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia (lub jej przedłużenia), do dnia poprzedzającego Rocznicę Polisy.

#### Sporty wysokiego ryzyka

Sporty wodne uprawiane na rzekach górskich, nurkowanie przy użyciu aparatów gazowych, surfing, windsurfing, kitesurfing, sporty motorowe i motorowodne, sporty spadochronowe, sporty balonowe, paralotniarstwo, szybownictwo, pilotowanie samolotów silnikowych, skoki bungee, sztuki walki i sporty obronne, sporty związane z użyciem broni, wspinaczka górską i skałkowa, speleologia, myślistwo, rugby, futbol amerykański, jazda konna, kolarstwo, jazda na nartach wodnych, narciarstwo zjazdowe, snowboard, bobsleje, saneczkarstwo, skoki narciarskie i akrobatyczne, narciarstwo ekstremalne, heliskiing, heliboarding, sporty, w których wykorzystywane są pojazdy poruszające się po śniegu lub lodzie, wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, góry powyżej 2500 m n.p.m., busz, obszary podbiegunowe, dżungla, tereny lodowcowe lub wiecznej zmarzliny albo udział w ekspedycjach wymagających użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego.

#### Składka

Kwota należna Towarzystwu z tytułu udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej, do zapłaty której zobowiązany jest Ubezpieczający.

#### Stan nietrzeźwości

Stan nietrzeźwości zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:

- stężenia we krwi powyżej 0,5‰ alkoholu albo
- obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm<sup>3</sup>.

#### Stan po użyciu alkoholu

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 dm<sup>3</sup>.

#### Suma ubezpieczenia

Kwota ustalana przez Ubezpieczającego i Towarzystwo w umowie ubezpieczenia, będąca podstawą do określenia wysokości Świadczeń.

#### Świadczenie

Kwota wypłacona przez Towarzystwo w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, objętego ochroną ubezpieczeniową.

#### Termin płatności

Data, w której powinna zostać dokonana płatność Składki lub rat Składki, zgodnie z umową ubezpieczenia.

#### Trwały nośnik

Materiał lub narzędzie umożliwiające konsumentowi lub przedsiębiorcy przechowywanie informacji kierowanych osobiście do niego, w sposób umożliwiający dostęp do informacji w przyszłości przez czas odpowiedni do celów, jakim te informacje służą, i które pozwalają na odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienionej postaci.

#### Ubezpieczający

Osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych lub osoba prawna, lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której ustawa przyznaje zdolność prawną i która zawarła umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do opłacenia Składki.

#### Ubezpieczony

Wskazana imiennie w umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie lub zdrowie jest przedmiotem umowy ubezpieczenia i która ma miejsce zamieszkania na terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego lub Szwajcarii.

#### Umowa dodatkowa

Umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczającym, a Towarzystwem na podstawie odpowiednich OWDU.

#### Umowa podstawowa

Umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczającym, a Towarzystwem na podstawie niniejszych OWU.

#### Uposażony

Wskazana przez Ubezpieczonego osoba uprawniona do odbioru Świadczenia na wypadek jego śmierci.

#### Wyczynowe uprawianie sportu

Udział w regularnych treningach, zawodach, obozach kondycyjnych, zgrupowaniach, w celu uzyskania maksymalnych wyników sportowych.

#### Wyłączenia dodatkowe

Wskazane w Polisie okoliczności, o których Ubezpieczony został poinformowany przed zawarciem umowy ubezpieczenia, powodujące wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa za wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego i skutkujące brakiem prawa do wypłaty Świadczenia. Wyłączenia dodatkowe nie uchylają ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazanych w OWU lub OWDU, ale stanowią ich rozszerzenie.

#### Zawodowe uprawianie sportu

Uprawianie dyscyplin sportowych za wynagrodzeniem.

#### Zaburzenia psychiczne

Zaburzenia czynności psychicznych i zachowania zakwalifikowane w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99).

#### Zdarzenie ubezpieczeniowe

Zdarzenie stanowiące podstawę odpowiedzialności Towarzystwa, którego zajście zobowiązuje Towarzystwo do wypłaty Świadczenia na zasadach określonych w niniejszych OWU lub OWDU.

## Rozdział I: PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

### Artykuł 1: Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

### Artykuł 2: Zakres ubezpieczenia

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego, która nastąpiła w Okresie ubezpieczenia.

### Artykuł 3: Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia

- Zakres ubezpieczenia, o którym mowa w art. 2 może zostać rozszerzony o Umowy dodatkowe.
- Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z Umową podstawową lub w Rocznicę Polisy.
- Zawarcie Umowy dodatkowej w Rocznicę Polisy wymaga przeprowadzenia przez Towarzystwo oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

### Artykuł 4: Okres odpowiedzialności Towarzystwa

- Z zastrzeżeniem poniższych ustępów, odpowiedzialność Towarzystwa, w danym Okresie ubezpieczenia, rozpoczyna się od daty wskazanej na Polisie lub Polisie przedłużeniowej, pod warunkiem opłacenia Składki lub pierwszej raty Składki.

2. W przypadku nieopłacenia Składki lub pierwszej raty Składki nie dochodzi do zawarcia umowy ubezpieczenia ani do rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa wynikająca z OWU i OWDU, polega na obowiązku wypłaty Ubezpieczonemu, Uposażonemu lub osobie wskazanej w art. 13 ust. 6, Świadczenia w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień art. 9, art. 10 i wyłączeń wynikających z poszczególnych OWDU.
4. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek (na rachunek Ubezpieczonego), odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się nie wcześniej niż od dnia następnego 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.

## Rozdział II: WARUNKI ZAWARCIA I PRZEDŁUŻENIA UMOWY UBEZPIECZENIA, OCHRONA TYMCZASOWA

### Artykuł 5: Warunki zawarcia umowy ubezpieczenia

1. Umową ubezpieczenia może zostać objęte życie Ubezpieczonego, którego wiek wynosi nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 85 lat, z zastrzeżeniem że w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia wiek Ubezpieczonego nie może być wyższy niż 70 lat. OWDU mogą określać inne warunki objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
2. Podstawą zawarcia umowy ubezpieczenia jest złożenie przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na formularzu stosowanym przez Towarzystwo.
3. Ubezpieczony i Ubezpieczający zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało w we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i w innych formularzach stosowanych przez Towarzystwo przed zawarciem umowy ubezpieczenia. W szczególności, Ubezpieczony i Ubezpieczający są zobowiązani do udzielenia, zgodnych z prawdą, odpowiedzi na postawione przez Towarzystwo pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego oraz innych okoliczności, istotnych dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego i mających wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa powstania Zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
5. Dokumenty, o których mowa w ust. 2-3, złożone zostają w Towarzystwie lub jego upoważnionemu przedstawicielowi.
6. W porozumieniu z Ubezpieczającym, do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone Wyłączenia dodatkowe od ustalonych w niniejszych OWU i OWDU.
7. Jeżeli Polisa zawiera postanowienia, odbiegające od określonych przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub niniejszych OWU, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu Polisy i wyznaczy 7 dniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu. W przypadku braku wykonania tego obowiązku, zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie są skuteczne, a umowa ubezpieczenia zostaje zawarta zgodnie z warunkami wskazanymi we wniosku. W braku sprzeciwu umowa ubezpieczenia dochodzi do skutku zgodnie z treścią Polisy, następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu, pod warunkiem zapłacenia Składki lub pierwszej raty Składki.

### Artykuł 6: Warunki akceptacji ryzyka

1. Po rozpatrzeniu wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, Towarzystwo może:
  - 1) zaakceptować ryzyko bez zastrzeżeń, zgodnie z treścią złożonego przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz pozostałych formularzy składanych przez Ubezpieczającego w ramach oceny ryzyka ubezpieczeniowego,
  - 2) zaproponować zmianę warunków umowy ubezpieczenia przedstawiając Ubezpieczającemu Kontrofertę lub ograniczyć zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu poprzez wskazanie Wyłączeń dodatkowych,
  - 3) zażądać dodatkowych dokumentów lub skierować osobę wskazaną jako Ubezpieczony na badania lekarskie i diagnostyczne,
  - 4) odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Badania lekarskie i diagnostyczne, o których mowa w ust. 1 pkt 3), przeprowadzane zgodnie z analizą ryzyka ubezpieczeniowego, wykonywane są na koszt Towarzystwa.
3. Warunkiem skierowania Ubezpieczonego na badania lekarskie i diagnostyczne jest opłacenie Składki lub pierwszej raty Składki na poczet zawarcia przyszłej umowy ubezpieczenia.
4. W przypadku:
  - 1) przyjęcia przez Ubezpieczającego Kontrofertę podwyższającej Składkę - wpłacona Składka lub pierwsza rata Składki podlega zaliczeniu na poczet zawartej umowy ubezpieczenia, a Ubezpieczający zobowiązany jest do dopłaty różnicy pomiędzy wpłaconą Składką lub pierwszą ratą Składki, a wskazaną w Kontrofercie kwotą Składki lub pierwszą ratą Składki,
  - 2) odmowy przez Towarzystwo zawarcia umowy ubezpieczenia - wpłacona Składka lub pierwsza rata Składki podlega zwrotowi w terminie 14 dni od dnia otrzymania przez Towarzystwo od Ubezpieczającego oświadczenia z jego numerem rachunku, na który zostanie zwrócona wpłacona Składka lub pierwsza rata Składki, z zastrzeżeniem art. 8 ust. 6.
5. Po zaakceptowaniu przez Towarzystwo ryzyka bez zastrzeżeń, do zawarcia umowy ubezpieczenia dochodzi w dacie określonej w Polisie pod warunkiem opłacenia Składki lub pierwszej raty Składki.
6. Na dowód zawarcia umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wystawia Polisę, którą doręcza Ubezpieczającemu.

### Artykuł 7: Okres trwania umowy ubezpieczenia i przedłużenie umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Umowa ubezpieczenia zostanie automatycznie przedłużona na okres kolejnego roku, o ile najpóźniej na 30 dni przed końcem umowy ubezpieczenia, żadna ze stron nie złoży pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu tej umowy lub o gotowości przedłużenia okresu trwania umowy ubezpieczenia.
3. W przypadku złożenia przez stronę umowy ubezpieczenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 2, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu na jaki została zawarta lub przedłużona, chyba że strony dojdą do porozumienia co do warunków przedłużenia okresu trwania umowy ubezpieczenia.
4. W przypadku zawarcia porozumienia, o którym mowa w ust. 3, zmienione warunki umowy ubezpieczenia mają zastosowanie od dnia Rocznicy Polisy, chyba że strony umówią się inaczej.
5. Z zastrzeżeniem postanowień odpowiednich OWDU, do zawarcia Umowy dodatkowej stosuje się postanowienia dotyczące Umowy podstawowej.
6. Towarzystwo, najpóźniej w terminie do 30 dni przed każdym kolejnym Okresem ubezpieczenia doręcza Ubezpieczającemu Polisę przedłużeniową, w której określa, dla kolejnego Okresu ubezpieczenia, wysokość Składki lub rat Składki oraz Termin płatności.
7. Warunkiem przedłużenia umowy ubezpieczenia na okres kolejnego Roku Polisowego jest opłacenie Składki lub pierwszej raty Składki za kolejny Rok Polisowy w Terminie płatności określonym w Polisie przedłużeniowej.
8. Ostatnie automatyczne przedłużenie umowy ubezpieczenia może nastąpić w roku, w którym Ubezpieczony ukończy 84 lata.

### Artykuł 8: Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa

1. W sytuacjach, w których podjęcie decyzji odnośnie akceptacji przez Towarzystwo wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wymaga określonego czasu w celu przeprowadzenia oceny ryzyka, Towarzystwo udziela osobie wskazanej we wniosku jako Ubezpieczony, tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej.
2. Tymczasową ochroną ubezpieczeniową jest objęte ryzyko śmierci w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku osoby wskazanej jako Ubezpieczony we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, która nastąpiła w okresie świadczonej przez Towarzystwo tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej.
3. Świadczenie z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej ograniczone jest do Sumy ubezpieczenia z Umowy podstawowej, jednak nie wyższej niż 100 000 zł i obejmuje wyłącznie śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, na zasadach określonych w niniejszych OWU oraz pod warunkiem że istniał związek przyczynowy pomiędzy śmiercią osoby wskazanej we wniosku jako Ubezpieczony a Nieszczęśliwym Wypadkiem.
4. Dana osoba, wskazana we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia jako Ubezpieczony, w tym samym czasie może być objęta przez Towarzystwo tylko jedną tymczasową ochroną ubezpieczeniową bez względu na liczbę złożonych Towarzystwu wniosków o zawarcie umowy ubezpieczenia, których przedmiotem jest życie tej osoby.
5. Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia otrzymania przez Towarzystwo lub jego przedstawiciela prawidłowo wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po opłaceniu Składki lub pierwszej raty Składki.
6. W przypadku, gdy nie dochodzi do zawarcia umowy ubezpieczenia, Składka lub pierwsza rata Składki, podlega zwrotowi w całości, w terminie 14 dni od dnia otrzymania przez Towarzystwo od Ubezpieczającego oświadczenia z jego numerem rachunku, na który zostanie zwrócona wpłacona Składka lub pierwsza rata Składki. W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w ust. 2, Towarzystwo zwróci Składkę lub pierwszą ratę Składki pomniejszoną o część Składki z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej określonej w taryfie Składek.
7. Z zastrzeżeniem ust. 6, tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa trwa do dnia zawarcia umowy ubezpieczenia wskazanego w Polisie, jednak nie dłużej niż przez okres 60 dni. Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa wygasa przed upływem 60 dni, z chwilą wystąpienia najwcześniejszego z opisanych poniżej zdarzeń:
  - 1) z dniem otrzymania przez Ubezpieczającego, oświadczenia Towarzystwa o braku zgody na zawarcie umowy ubezpieczenia,
  - 2) z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczającego, o rezygnacji z zawarcia umowy ubezpieczenia,
  - 3) z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia osoby wskazanej we wniosku jako Ubezpieczony, o braku zgody na objęcie go ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia.

## Rozdział III: ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

### Artykuł 9: Ograniczenia odpowiedzialności

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem art. 5 ust. 3 i ust. 4 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia postanowień art. 5 ust. 3 i ust. 4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności pominiętych lub co do których podano nieprawdę.
2. Jeżeli do Zdarzenia ubezpieczeniowego 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.

### Artykuł 10: Wyłączenia odpowiedzialności

1. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona, gdy śmierć Ubezpieczonego wystąpiła wskutek samobójstwa Ubezpieczonego, popełnionego w okresie dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.

2. Dodatkowo w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wynikającego z OWU lub OWDU Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpiło:
  - 1) wskutek działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wewnętrznych zamieszek, strajków, rozruchów oraz aktów sabotażu,
  - 2) wskutek czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroru, z wyłączeniem przypadków obrony koniecznej,
  - 3) wskutek zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radiologicznym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
  - 4) w wyniku umyślnego popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu, o ile okoliczności wskazane w pkt. 1) - 4) miały wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Ponadto, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego określonego w OWU jako śmierć w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku oraz w OWDU jako: Poważne zachorowanie, Pobyt w Szpitalu, Pobyt w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, śmierć w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku lub Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego, Niezdolność do Samodzielnej Egzystencji, Trwała i Całkowita niezdolności do Pracy, Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku oraz Operacje medyczne, Towarzystwo nie odpowiada za zdarzenia będące wynikiem:
  - 1) uprawiania Sportów wysokiego ryzyka,
  - 2) Wyczynowego i Zawodowego uprawiania sportów oraz udziału w konkursach bicia rekordów,
  - 3) samookaleczenia bądź prób samookaleczenia,
  - 4) działania Ubezpieczonego, w Stanie po użyciu alkoholu lub w Stanie nietrzeźwości, albo działania pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
  - 5) działania pod wpływem, w stanie lub w warunkach Zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego,
  - 6) przewozu lotniczego w charakterze innym niż pasażer samolotów pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
  - 7) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radiologicznym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
  - 8) prowadzenia pojazdu bez wymaganego prawem uprawnienia do prowadzenia danego pojazdu,
  - 9) zatrucia się Ubezpieczonego spowodowanego spożyciem alkoholu etylowego lub metylowego,
  - 10) zatrucia się Ubezpieczonego spowodowanego użyciem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony, o ile okoliczności wskazane w pkt 1) -10) miały wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

#### Artykuł 11: Zakończenie odpowiedzialności Towarzystwa

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się a odpowiedzialność Towarzystwa wygasa:
  - 1) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
  - 2) z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia, w trybie określonym w art. 12 ust.1,
  - 3) z dniem upływu okresu wypowiedzenia, stosownie do postanowień art.12 ust. 3 i ust. 5,
  - 4) z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, który rozpoczął się w roku, w którym Ubezpieczony ukończył 84 lata,
  - 5) z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia na jaki została zawarta lub przedłużona umowa ubezpieczenia, jeżeli któraś ze stron złożyła oświadczenie o nieprzedłużaniu umowy ubezpieczenia na kolejny Rok Polisowy, o którym mowa w art. 7 ust. 2.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej kończy się nie później niż w dacie zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy podstawowej.

### Rozdział IV: PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY UBEZPIECZENIA

#### Artykuł 12: Odstąpienie, wypowiedzenie i inne przypadki rozwiązania umowy ubezpieczenia

1. 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 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 jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, w każdym czasie, z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. Bieg okresu wypowiedzenia rozpoczyna się z dniem doręczenia Towarzystwu pisemnego oświadczenia Ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia.

3. W razie wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia.
4. W przypadku nieopłacenia w Terminie płatności kolejnej raty Składki w całości lub w części, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty tej raty 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. 5.
5. Jeżeli kolejna rata Składki lub jej brakująca część nie zostanie opłacona w dodatkowym terminie wskazanym w ust. 4, umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem na dzień, w którym upływa dodatkowy termin wskazany w ust. 4.
6. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty Składki za okres trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
7. W przypadku rozwiązania Umowy podstawowej, Umowy dodatkowe zostaną rozwiązane w tym samym trybie i na tych samych warunkach.

#### Artykuł 13: Wskazanie Uposażonych

1. Ubezpieczony może wskazać jednego lub więcej Uposażonych do otrzymania Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, określając część Świadczenia przypadającą każdemu z nich. W przypadku, w którym oznaczone każdemu z Uposażonych części Świadczenia nie dają sumy 100%, pozostałą część dzieli się pomiędzy wszystkich Uposażonych, proporcjonalnie do ich udziału w Świadczeniu, z uwzględnieniem zapisów ust.6.
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. Jeżeli 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 otrzymują wskazane poniżej osoby, w następującej kolejności:
  - 1) małżonek, z którym Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dacie wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego 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. 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.

#### Artykuł 14: Zmiana umowy ubezpieczenia

1. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający może złożyć wniosek o zmianę umowy ubezpieczenia. W przypadku, w którym umowa ubezpieczenia została zawarta na cudzy rachunek, zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia lub zakresu ubezpieczenia wymaga uprzedniej zgody Ubezpieczonego.
2. Jeżeli zmiana dotyczy podwyższenia Sumy ubezpieczenia lub rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3 i ust. 4, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do skierowania Ubezpieczonego na badania lekarskie i diagnostyczne przed zaakceptowaniem wniosku o zmianę umowy ubezpieczenia. Badania lekarskie i diagnostyczne wykonywane są na koszt Towarzystwa.
3. Z zastrzeżeniem ust. 5, Suma ubezpieczenia może być podwyższona o 20% ostatniej Sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż 200 000 zł (słownie: dwieście tysięcy złotych), z wyjątkiem Umów dodatkowych z tytułu Poważnego zachorowania, lub Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy, gdzie Suma ubezpieczenia może być podwyższona o 20% ostatniej Sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż 100 000 zł (słownie: sto tysięcy złotych), bez przeprowadzania dodatkowej oceny ryzyka, dodatkowych badań lekarskich i diagnostycznych, w przypadku następujących sytuacji życiowych:
  - 1) zawarcia związku małżeńskiego,
  - 2) narodzin dziecka,
  - 3) adopcji dziecka.
4. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia w przypadkach określonych w ust. 3 pkt 1) - 3), może nastąpić po otrzymaniu przez Towarzystwo wniosku o zmianę umowy ubezpieczenia, wraz z dokumentacją, potwierdzającą wystąpienie wymienionych sytuacji życiowych (odpis aktu małżeństwa, odpis aktu urodzenia, postanowienie sądu dotyczące adopcji).
5. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia, na zasadach określonych w ust. 3 nie dotyczy Umów dodatkowych zawartych z tytułu Operacji medycznych lub Pobytu w Szpitalu, lub Pobytu w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku.
6. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia, Składka lub rata Składki ulega podwyższeniu, proporcjonalnie do wysokości aktualnej (podwyższonej) Sumy ubezpieczenia.
7. Towarzystwo, w terminie do 30 dni od dnia otrzymania wniosku o zmianę warunków umowy ubezpieczenia, przesyła Ubezpieczającemu:
  - 1) aneks, zawierający zmiany umowy ubezpieczenia - w przypadku akceptacji wniosku Ubezpieczającego o zmianę umowy ubezpieczenia,

- 2) decyzję Towarzystwa o braku akceptacji wniosku o zmianę umowy ubezpieczenia wraz z uzasadnieniem - w takim przypadku Towarzystwo nadal świadczy ochronę ubezpieczeniową na niezmiennych warunkach.
8. Zmiany umowy ubezpieczenia wchodzi w życie w dacie określonej w aneksie, o którym mowa w ust. 7 pkt 1), pod warunkiem dopłaty podwyższonej Składki lub raty Składki na rachunek bankowy Towarzystwa wskazany w aneksie.
9. Akceptacja przez Towarzystwo zmian umowy ubezpieczenia następuje poprzez wysłanie Ubezpieczającemu aneksu do umowy ubezpieczenia.

#### Artykuł 15: Obowiązki Ubezpieczającego

1. Ubezpieczający ma obowiązek opłacania Składki lub jej rat w wymaganej wysokości i w Terminie płatności określonym w Polisie lub Polisie przedłużeniowej.
2. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek:
  - 1) przed wyrażeniem przez osobę zainteresowaną zgodą na udzielenie na jej rachunek ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania osobie zainteresowanej OWU i odpowiednich OWDU w formie pisemnej lub jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę, na innym Trwałym nośniku, z uwzględnieniem zmian wprowadzonych zgodnie z postanowieniem art. 5 ust. 7.
  - 2) 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.

#### Artykuł 16: Obowiązki Towarzystwa

1. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia Towarzystwo zobowiązane jest do:
  - 1) udostępnienia Ubezpieczającemu treści obowiązujących OWU i OWDU, z uwzględnieniem Wyłączeń dodatkowych, z zastrzeżeniem postanowień art. 5 ust. 7.
  - 2) udzielenia Ubezpieczającemu informacji o sposobie i trybie rozpatrywania reklamacji oraz o organie właściwym do ich rozpatrzenia.
2. W przypadku zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia, Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty Świadczenia zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień art. 9 i art. 10 oraz Wyłączeń dodatkowych.

### Rozdział V: SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA

#### Artykuł 17: Ustalenie Sumy ubezpieczenia

1. Suma ubezpieczenia ustalana jest indywidualnie. Ubezpieczający określa wysokość Sumy ubezpieczenia we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Towarzystwo, stosownie do wyników analizy ryzyka, może zaakceptować wskazane przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia Sumy ubezpieczeń lub zaproponować ich obniżenie.
3. Wysokość Sum ubezpieczenia, wskazana jest w Polisie lub Polisie przedłużeniowej.
4. Sumy ubezpieczenia stanowią podstawę ustalenia wysokości Świadczeń.

#### Artykuł 18: Ustalenie wysokości i opłacanie Składek

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki 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. Wysokość Składki, częstotliwość oraz Termin płatności, określone są w Polisie lub Polisie przedłużeniowej.
3. Towarzystwo ustala wysokość Składki w zależności od:
  - 1) zakresu ubezpieczenia,
  - 2) wysokości Sum ubezpieczenia,
  - 3) wieku Ubezpieczonego,
  - 4) częstotliwości opłacania Składki,
  - 5) oceny ryzyka,
  - 6) Okresu ubezpieczenia.z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.
4. Składka może zostać podwyższona w zależności od wyników oceny ryzyka przeprowadzonej przez Towarzystwo. Oceny ryzyka ubezpieczeniowego dokonuje Towarzystwo poprzez określenie prawdopodobieństwa wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w związku z aktualnym stanem zdrowia osoby wskazanej we wniosku o zawarcie ubezpieczenia jako Ubezpieczony, wykonywanej przez Ubezpieczonego działalności zawodowej i uprawianych przez Ubezpieczonego sportów.
5. Ubezpieczający opłaca Składkę przy zawieraniu umowy ubezpieczenia jednorazowo za cały Okres ubezpieczenia, chyba że w umowie ubezpieczenia ustalono płatność Składki w ratach.
6. Wysokość Składki dla każdej Umowy dodatkowej określana jest odrębnie na zasadach określonych w OWDU i płatna jest łącznie ze Składką z tytułu Umowy podstawowej w Terminie płatności wskazanym w Polisie lub Polisie przedłużeniowej.
7. Składka ubezpieczeniowa płatna jest z częstotliwością roczną, półroczną, kwartalną lub miesięczną.
8. Składka ubezpieczeniowa lub raty Składki płatne są przelewem na rachunek bankowy Towarzystwa wskazany w Polisie lub Polisie przedłużeniowej.

9. 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 lub jej raty na rachunek Towarzystwa.

### Rozdział VI: WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA, WYMAGANE DOKUMENTY, REALIZACJA ŚWIADCZENIA

#### Artykuł 19: Wysokość Świadczenia

1. Po przyjęciu odpowiedzialności za wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo wypłaca ustalone w umowie ubezpieczenia Świadczenie.
2. Towarzystwo wypłaca z tytułu śmierci Ubezpieczonego Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia wskazanej na Polisie lub Polisie przedłużeniowej.

#### Artykuł 20: Wymagane dokumenty

1. Osoba uprawniona do otrzymania Świadczenia, występująca z roszczeniem o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego lub śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku (tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa) obowiązana jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
  - 1) wniosek o wypłatę Świadczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy, bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
  - 2) skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
  - 3) dokumentację potwierdzającą zajście Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli przyczyną śmierci Ubezpieczonego był Nieszczęśliwy Wypadek,
  - 4) kartę zgonu Ubezpieczonego z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza określający przyczynę zgonu,
  - 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 art. 13 ust. 6 pkt 4).
2. W przypadku gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa, wystąpiły na terytorium kraju innego niż Rzeczpospolita Polska (RP), wszelkie dokumenty składane przez osobę uprawnioną do otrzymania Świadczenia, a wystawione przez uprawnione podmioty poza terytorium RP powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
3. Koszty związane z uzyskaniem i przekazaniem dokumentów, o których mowa w ust. 2 ponosi Ubezpieczony lub osoba uprawniona do Świadczenia.

#### Artykuł 21: 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 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 (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 oraz w przypadku umowy zawartej na cudzy rachunek, Ubezpieczonego, o ile nie jest osobą występującą z roszczeniem o wypłatę Świadczenia, o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części.

### Rozdział VII: ROZSTRZYGANIE SPORÓW

#### Artykuł 22: Skargi i reklamacje

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba uprawniona do Świadczenia mająca zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez Towarzystwo usług lub wykonywanej przez niego działalności ma prawo składania reklamacji do Towarzystwa:
  - a) w formie pisemnej - osobiście w siedzibie Towarzystwa, w dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa zajmującej się obsługą klientów bądź przesyłką pocztową na adres: SALTUS TU ŻYCIE SA, Władysława IV 22, 81-743 Sopot,
  - b) osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Towarzystwa lub dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa zajmującej się obsługą klientów,
  - c) telefonicznie, pod numerem telefonu: 58 770 36 90.
2. Reklamacja powinna zawierać:
  - a) imię, nazwisko, adres i numer telefonu kontaktowego zgłaszającego reklamację,
  - b) numer Polisy lub Polisy przedłużeniowej,
  - 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 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.

#### Artykuł 23: Spory sądowe

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

### Rozdział VIII: POSTANOWIENIA KOŃCOWE

#### Artykuł 24: Zasady korespondencji

1. Wypowiedzenia, odstąpienia oraz wszelkie inne zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Towarzystwa, Ubezpieczającego, Ubezpiezonego lub Uposażonego, lub osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia, powinny być kierowane na piśmie, pod rygorem nieważności, z zastrzeżeniem art. 22 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.

#### Artykuł 25: Przepisy zewnętrzne

1. Podatki i opłaty związane z płatnością Składek obciążają Ubezpieczającego.
2. Przepisy regulujące opodatkowanie Świadczeń 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 niuregulowanych niniejszymi OWU, mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy polskiego prawa.

#### Artykuł 26: Prawo wglądu do akt

Towarzystwo udostępni na wniosek osób uprawnionych do odbioru Świadczenia 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.

#### Artykuł 27: Informacja o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa zamieszczone jest na stronie internetowej [www.saltus.pl](http://www.saltus.pl)

#### Artykuł 28: Obowiązki OWU

Niniejsze OWU zostały uchwalone w dniu 9 kwietnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 maja 2020 roku.

  
ROBERT ŁOŚ  
PREZES ZARZĄDU

  
KRZYSZTOF KOSZNIK  
WICEPREZES ZARZĄDU

  
GRZEGORZ BUCZKOWSKI  
CZŁONEK ZARZĄDU

# OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA

## NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU

### PREAMBUŁA

Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu w Szpitalu, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do art. 3 Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie MDC, zwanych dalej OWU, zawieranych pomiędzy SALTUS Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna zwanym dalej SALTUS TU ŻYCIE SA lub Towarzystwem, a Ubezpieczającym.

W celu przybliżenia najistotniejszych postanowień niniejszych OWDU,  
Towarzystwo prezentuje poniżej\*:

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	art. 1 OWDU art. 5 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	DEFINICJE art. 9 OWU art. 10 ust. 2 i 3 OWU art. 4 OWDU

\*Stan zgodny z OWU oraz OWDU, uchwalonymi przez Zarząd Towarzystwa w dniu 9 kwietnia 2020 roku.

## OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU

### DEFINICJE

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

#### Oddział Intensywnej Opieki Medycznej / Oddział Intensywnej Terapii (OIOM/OIT)

Wydzielony, specjalistyczny oddział Szpitalny, przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru; za OIOM/OIT uznaje się również Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK) oraz Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK).

#### Pełna doba

Każdy, zakończony dzień kalendarzowy rzeczywistego Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu. Pierwsza Pełna doba to okres, który rozpoczyna się w dniu kalendarzowym przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala i kończy z upływem tego dnia. Ostatnia Pełna doba, to okres, który rozpoczyna się z początkiem danego dnia kalendarzowego i kończy z chwilą opuszczenia przez Ubezpieczonego Szpitala na skutek wypisu.

#### Pobyt w Szpitalu

Potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, który wystąpił w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie co najmniej 3 Pełne doby.

#### Szpital

Zakład opieki zdrowotnej przeznaczony do przyjmowania i leczenia osób, których stan zdrowia wymaga stałej, całodobowej obserwacji lub opieki lekarskiej i pielęgniarskiej.

### Artykuł 1: Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Pobyt w Szpitalu, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.

### Artykuł 2: Warunki zawarcia Umowy dodatkowej, Składka

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z Umową podstawową lub w Rocznicę Polisy, jako rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa, pod warunkiem opłacenia dodatkowej Składki lub pierwszej raty Składki. Zawarcie Umowy dodatkowej w Rocznicę Polisy wymaga przeprowadzenia przez Towarzystwo oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres nie dłuższy niż do końca Okresu ubezpieczenia Umowy podstawowej i na takich samych zasadach, z tym że ostatnie przedłużenie Umowy dodatkowej może nastąpić w roku, w którym Ubezpieczony ukończy 69 lat.
4. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, którego wiek w dniu zawierania Umowy dodatkowej wynosi nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 65 lat.

### Artykuł 3: Rozwiązanie Umowy dodatkowej i wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się, a odpowiedzialność Towarzystwa wygasa z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, który rozpoczął się w roku, w którym Ubezpieczony ukończył 69 lat.
2. Rozwiązanie Umowy dodatkowej nie skutkuje rozwiązaniem Umowy podstawowej.

### Artykuł 4: Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Oprócz ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności wynikających z art. 9 OWU, art. 10 ust. 2 i 3 OWU, dzienne Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli celem Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu jest:
  - 1) leczenie lub poddanie się zabiegowi pozostającemu w związku z ciążą, porodem lub pościem (z zastrzeżeniem Pobytu w Szpitalu związanego z ciążą wysokiego ryzyka oraz Pobytu w Szpitalu związanego z porodem i mającego na celu leczenie Choroby, będącej skutkiem powikłań poporodowych),
  - 2) poddanie się operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków Nieszczęśliwego Wypadku, jakiego osoba objęta ochroną ubezpieczeniową uległa w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej,
  - 3) wykonanie rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie jest Choroba lub obrażenia ciała,
  - 4) wykonanie zabiegów rehabilitacyjnych,
  - 5) leczenie Zaburzeń psychicznych,
  - 6) leczenie Choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV,
  - 7) leczenie wad wrodzonych,

- 8) leczenie zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu lub środków odurzających, z wyłączeniem przypadków ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,
  - 9) leczenie niepłodności, (wyłączenie dotyczy również Pobytu w Szpitalu związanego z pozaustrojowym zapłodnieniem Ubezpieczonego lub sterylizacją Ubezpieczonego),
  - 10) pobranie narządów do przeszczepu.
2. Za Szpital nie uznaje się domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, ośrodków leczenia psychicznie chorych, domowej opieki pielęgniarskiej, hospicjów onkologicznych, ośrodków leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych, alkoholowych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych ani ośrodków wypoczynkowych.

### Artykuł 5: Świadczenie

1. Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu Pobytu w Szpitalu od pierwszej Pełnej doby, pod warunkiem że Pobyt w Szpitalu wynosił nieprzerwanie co najmniej 3 Pełne doby.
2. Wysokość dziennego Świadczenia za Pobyt w Szpitalu wskazana jest na Polisie lub Polisie przedłużeniowej.
3. Za każdy Okres ubezpieczenia, Ubezpieczonemu przysługuje prawo do dziennego Świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu za każdą Pełną dobę, maksymalnie za 90 Pełnych dób, z zastrzeżeniem ust. 5.
4. W przypadku pobytu na OIOM/OIT Ubezpieczonemu przysługuje prawo do 150% dziennego Świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu za każdą Pełną dobę, maksymalnie za 90 Pełnych dób, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Jeżeli w trakcie jednej Pełnej doby Ubezpieczony był pacjentem dwóch lub większej liczby Szpitali, Towarzystwo wypłaci Świadczenie za tę Pełną dobę tylko jeden raz.
6. Dzielne Świadczenie wypłacane jest Ubezpieczonemu po zakończeniu Pobytu w Szpitalu.
7. W przypadku Pobytu w Szpitalu trwającego co najmniej 30 Pełnych dób, na wniosek Ubezpieczonego Towarzystwo może wypłacić część dziennych Świadczeń przed zakończeniem tego pobytu.
8. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania Ubezpieczonego na badania lekarskie i diagnostyczne do wskazanego przez siebie lekarza, w celu ustalenia prawa do Świadczenia. Koszty zleconych badań lekarskich i diagnostycznych pokrywane są przez Towarzystwo.

### Artykuł 6: Wymagane dokumenty

Przy roszczeniu o wypłatę Świadczenia, Ubezpieczony obowiązany jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

- 1) wniosek o wypłatę Świadczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
- 2) kartę informacyjną leczenia Szpitalnego lub kartę wypisową ze Szpitala wydaną przez lekarza prowadzącego (w przypadku pobytu na OIOM/OIT również kartę wypisową z OIOM/OIT),
- 3) własny dokument tożsamości.

### Artykuł 7: Postanowienia końcowe

Do Umowy dodatkowej, zawieranej na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia OWU, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

### Artykuł 8: Obowiązki OWDU

Niniejsze OWDU zostały uchwalone w dniu 9 kwietnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do Umów dodatkowych zawieranych od dnia 1 maja 2020 roku.

  
ROBERT ŁOŚ  
PREZES ZARZĄDU

  
KRZYSZTOF KOSZNIK  
WICEPREZES ZARZĄDU

  
GRZEGORZ BUCZKOWSKI  
CZŁONEK ZARZĄDU

# OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA

## NA WYPADEK OPERACJI MEDYCZNYCH

### PREAMBUŁA

Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na wypadek Operacji medycznych, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do art. 3 Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie MDC, zwanych dalej OWU, zawieranych pomiędzy SALTUS Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna zwanym dalej SALTUS TU ŻYCIE SA lub Towarzystwem, a Ubezpieczającym.

W celu przybliżenia najistotniejszych postanowień niniejszych OWDU, Towarzystwo prezentuje poniżej\*:

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	art. 1 OWDU art. 5 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	DEFINICJE art. 9 OWU art. 10 ust. 2 i 3 OWU art. 4 OWDU

\*Stan zgodny z OWU oraz OWDU, uchwalonymi przez Zarząd Towarzystwa w dniu 9 kwietnia 2020 roku

## OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI MEDYCZNYCH

### DEFINICJE

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

#### Kategoria Operacji medycznych

Określony cyfrą od I do V wskaźnik, określający proporcjonalny udział danej Operacji medycznej w wybranej przez Ubezpieczonego Sumie ubezpieczenia.

#### Lista Operacji medycznych

Lista Operacji medycznych objętych zakresem odpowiedzialności Towarzystwa. Lista Operacji medycznych zawiera przyporządkowanie każdej Operacji medycznej do danej Kategorii Operacji medycznych. Lista Operacji medycznych stanowi Załącznik do niniejszych OWDU, będący ich integralną częścią.

#### Operacja medyczna

Zabieg medyczny wymagający nacięcia skóry lub innych tkanek (wymieniony na Liście Operacji medycznych), przeprowadzony przez lekarza w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym w trakcie pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.

#### Szpital

Zakład opieki zdrowotnej przeznaczony do przyjmowania i leczenia osób, których stan zdrowia wymaga stałej, całodobowej obserwacji lub opieki lekarskiej i pielęgniarskiej.

#### Artykuł 1: Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wykonanie u Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia Operacji medycznej, określonej na Liście Operacji medycznych.

#### Artykuł 2: Warunki zawarcia Umowy dodatkowej, Suma ubezpieczenia

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z Umową podstawową lub w Rocznicę Polisy, jako rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa, pod warunkiem opłacenia dodatkowej Składki lub pierwszej raty Składki. Zawarcie Umowy dodatkowej w Rocznicę Polisy wymaga przeprowadzenia przez Towarzystwo oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres nie dłuższy niż do końca Okresu ubezpieczenia Umowy podstawowej, i na takich samych zasadach, z tym, że ostatnie przedłużenie Umowy dodatkowej, może nastąpić w roku, w którym Ubezpieczony ukończy 69 lat.
4. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, którego wiek wynosi nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 65 lat w dniu zawierania Umowy dodatkowej.

#### Artykuł 3: Rozwiązanie Umowy dodatkowej i wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się, a odpowiedzialność Towarzystwa wygasa:
  - 1) z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, który rozpoczął się w roku, w którym Ubezpieczony ukończył 69 lat,
  - 2) z dniem wypłaty Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Rozwiązanie Umowy dodatkowej nie skutkuje rozwiązaniem Umowy podstawowej.

#### Artykuł 4: Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Z uwzględnieniem ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności wynikających z art. 9 OWU oraz art. 10 ust. 2 i 3 OWU, Towarzystwo nie odpowiada za Operację medyczną będącą wynikiem:
  - 1) zabiegów eksperymentalnych lub badań naukowych,
  - 2) hospitalizacji, związanej z prawidłowo przebiegającą ciążą lub niepowikłanym porodem,
  - 3) leczenia niepłodności, (wyłączenie dotyczy również hospitalizacji związanej z pozaustrojowym zapłodnieniem Ubezpieczonego lub sterylizacją Ubezpieczonego),
  - 4) hospitalizacji w charakterze dawcy narządów do przeszczepu,
  - 5) leczenia wad wrodzonych lub ich następstw,
  - 6) zmiany płci przez Ubezpieczonego i obrzezaniem Ubezpieczonego,
  - 7) chirurgicznej korekcji wad wzroku,
  - 8) chirurgii kosmetycznej (w tym zmniejszanie piersi), o ile nie jest związana z leczeniem w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku,
  - 9) chirurgii szczękowej i stomatologicznej.

2. Za Szpital nie uznaje się domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, ośrodków leczenia psychicznie chorych, domowej opieki pielęgniarskiej, hospicjów onkologicznych, ośrodków leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych, alkoholowych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych ani ośrodków wypoczynkowych.

#### Artykuł 5: Świadczenie

1. Świadczenie z tytułu Operacji medycznej, ustalone jest jako odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia, który odpowiada danej Kategorii Operacji medycznej, według poniższej tabeli:

Kategoria Operacji medycznych	Suma ubezpieczenia
I	100 %
II	75 %
III	50 %
IV	25 %
V	10 %

2. Towarzystwo uznaje za jedną Operację medyczną kolejne etapy leczenia obejmujące standardowo wykonywane procedury medyczne prowadzące do wyleczenia tej samej jednostki chorobowej oraz kolejne Operacje medyczne wykonywane w trakcie tego samego pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, mające związek z Operacją medyczną wykonaną wcześniej (reoperacje).
3. W przypadku, gdy w trakcie jednego dnia pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu zostanie przeprowadzona więcej niż jedna Operacja medyczna, a dwie lub więcej z przeprowadzonych Operacji medycznych należą - zgodnie z Listą Operacji medycznych - do tej samej Kategorii Operacji medycznych, Towarzystwo wypłaca Świadczenie wyłącznie za jedną Operację medyczną spośród Operacji medycznych należących do tej samej Kategorii.
4. W przypadku, gdy w trakcie jednego dnia pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu zostanie przeprowadzona więcej niż jedna Operacja medyczna, z różnych Kategorii Operacji medycznych - zgodnie z Listą Operacji medycznych - Towarzystwo wypłaca Świadczenie tylko za Operację medyczną należącą do najwyższej Kategorii Operacji medycznych.
5. W danym Okresie ubezpieczenia, wysokość należnego Ubezpieczonemu z tytułu wystąpienia Operacji medycznej Świadczenia nie może przekroczyć 100% Sumy ubezpieczenia z Umowy dodatkowej.
6. Wypłata Świadczenia oznacza wyczerpanie Sumy ubezpieczenia i skutkuje rozwiązaniem Umowy dodatkowej i wygaśnięciem odpowiedzialności Towarzystwa względem Ubezpieczonego.

#### Artykuł 6: Wymagane dokumenty

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

- 1) wniosek o wypłatę Świadczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
- 2) dokumentację medyczną dotyczącą przeprowadzonej Operacji medycznej, w tym - kartę informacyjną leczenia szpitalnego z opisem wykonanej Operacji medycznej,
- 3) dokumentację dotyczącą Choroby oraz jej leczenia,
- 4) dokumentację dotyczącą Nieszczęśliwego Wypadku - w przypadku gdy Operacja medyczna była wynikiem chirurgii kosmetycznej (w tym zmniejszanie piersi),
- 5) własny dokument tożsamości.

#### Artykuł 7: Postanowienia końcowe

Do Umowy dodatkowej, zawieranej na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia OWU, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

#### Artykuł 8: Obowiązki OWDU

Niniejsze OWDU zostały uchwalone w dniu 9 kwietnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do Umów dodatkowych zawieranych od dnia 1 maja 2020 roku.

  
ROBERT ŁOŚ  
PREZES ZARZĄDU

  
KRZYSZTOF KOSZNIK  
WICEPREZES ZARZĄDU

  
GRZEGORZ BUCZKOWSKI  
CZŁONEK ZARZĄDU

**Załącznik**  
**do Ogólnych Warunków Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia**  
**na wypadek Operacji medycznych**  
**wprowadzonych**  
**Uchwałą Zarządu Towarzystwa**  
**z dnia 9 kwietnia 2020 roku**

Nazwa operacji	Kategoria operacji
<b>NEUROCHIRURGIA</b>	
Operacje krwiaka nad - i podoponowego	4
Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	4
Operacja guza mózgu	1
<b>CHIRURGIA</b>	
Operacja wycięcia guza piersi	5
Całkowita amputacja sutka	3
Całkowite wycięcie tarczycy	3
Częściowe wycięcie tarczycy	3
Operacje rekonstrukcyjne sutka	3
<b>OKULISTYKA</b>	
Operacja zezą	4
Częściowe rozdzielanie ścięgna mięśnia oka	4
Odklejenie siatkówki – leczenie fotokoagulacją	4
Plastyczna operacja naprawcza oczodołu	3
Połączone operacje mięśni oka	4
Usunięcie ciała obcego z rogówki	5
Usunięcie oka (gałki ocznej) - enukleacja	4
Operacja zaćmy	5
Wszczepienie protezy oka	4
Zeszycie rogówki	5
Operacja jaskry	4
<b>LARYNGOLOGIA</b>	
Operacje naprawcze błony bębenkowej	5
Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	4
Wypatroszenie komórek powietrznych wyrostka sutkowatego	4
Wycięcie krtani	3
Wyłonienie tchawicy (tracheostomia)	5
Wycięcie ślinianki	4
Amputacja (resekcja) nosa	3
Operacje małżowiny nosa	5
Operacje plastyczne nosa	4
Operacje przegrody nosa	4
Usunięcie migdałków podniebiennych	5
<b>CHIRURGIA PŁUCA</b>	
Otwarte wycięcie zmiany w obrębie płuca	1
Przeszczep płuca	1
Wycięcie płuca	1
<b>CHIRURGIA</b>	
Całkowite wycięcie żołądka	1
Częściowe wycięcie żołądka	4
Otwarte wycięcie zmiany w obrębie jelita krętego	3
Wycięcie jelita cienkiego	3

Nazwa operacji	Kategoria operacji
Wycięcie jelita krętego	3
Wycięcie zmiany w obrębie jelita cienkiego	3
Wytworzenie przetoki jelita cienkiego	5
Rozszerzone wycięcie prawej połowy okrężnicy	2
Wycięcie esicy	2
Wycięcie lewej połowy okrężnicy	2
Wycięcie poprzecznicy	2
Wyłonienie kątnicy (cekostomia)	5
Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	4
Wycięcie odbytnicy	1
Całkowite wycięcie śledziony	4
Całkowite wycięcie trzustki	1
Częściowe wycięcie wątroby	1
Operacja naprawcza wątroby	4
Przeszczep wątroby	1
Wycięcie głowy trzustki	1
Wycięcie pęcherzyka żółciowego	3
Wycięcie zmiany w obrębie wątroby	3
Operacja przepukliny pachwinowej	3
Operacja innej przepukliny ściany brzucha	3
Operacja naprawcza pęknięcia przepony	3
Operacja przepukliny pępkowej	3
Operacja przepukliny udowej	3
Operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	3
Otwarty drenaż opłucnej	5
<b>KARDIOCHIRURGIA</b>	
Drenaż osierdzia	5
Operacja naprawcza serca (zszycie uszkodzenia mechanicznego mięśnia sercowego)	1
Pomost aortalno-wieńcowy z użyciem obcej tkanki (allograficzny)	1
Pomost aortalno-wieńcowy z użyciem własnej żyły odpiszczelowej	1
Pomostowanie tętnicy wieńcowej z użyciem protezy naczyniowej	1
Przeszczep serca	1
Przeżyłne wprowadzenie systemu rozrusznika serca	3
Walwuloplastyka mitralna	1
Operacja zastawki mitralnej i aortalnej	1
<b>CHIRURGIA NACZYNIOWA</b>	
Operacja naprawcza innej tętnicy	5
Operacja żyłaków kończyny dolnej	4
Odtworzenie tętnicy biodrowej	1
Odtworzenie tętnicy udowej	3
Operacja naprawcza tętnicy płucnej	1
Otwarte operacje tętnicy udowej	3
Plastyczna operacja naprawcza aorty	1

Nazwa operacji	Kategoria operacji
Wymiana tętniakowato zmienionego odcinka aorty	1
Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej	1
Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej	3
<b>UROLOGIA</b>	
Całkowite wycięcie nerki	2
Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	1
Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	4
Operacja naprawcza moczowodu	4
Otwarta naprawcza operacja nerki	4
Otwarte wycięcie gruczołu krokowego	4
Przeszczep nerki jako biorca	2
Wycięcie moczowodu	4
Wycięcie zmiany pęcherza moczowego metodą endoskopową	3
Amputacja prącia	3
Obustronne wycięcie jąder	3
Jednostronne wycięcie jądra	5
Wycięcie moszny	5
Operacja wodniaka jądra	5
Operacja prostaty	4
<b>GINEKOLOGIA</b>	
Amputacja szyjki macicy	4
Brzuszne wycięcie macicy	3
Obustronne wycięcie jajników	3
Jednostronne wycięcie jajnika	4
Obustronne wycięcie przydatków macicy	3
Operacja naprawcza sklepienia pochwy	4
Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy	4
Operacja plastyczna pochwy	5
Przezpochwowe wycięcie macicy	4
<b>CHIRURGIA SZCZĘKOWA</b>	
Nastawienie złamania szczęki	5
Nastawienie złamania żuchwy	5

Nazwa operacji	Kategoria operacji
<b>ORTOPEDIA</b>	
Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	5
Wtórna operacja naprawcza ścięgna	5
Odbarczenie złamania kręgosłupa	2
Pierwotne nastawienie śródstawowego złamania kości	3
Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzną)	3
Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	3
Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	4
Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	4
Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	4
Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w odcinku szyjnym	1
Plastyka czaszki	2
Stabilizacja złamania kręgosłupa	2
Wszczepienie protezy kości, przeszczep kości	2
Wtórne otwarte nastawienie złamania kości	3
Wycięcie krążka międzykręgowego w nieokreślonym odcinku	4
Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzną)	3
Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	3
Złamanie kończyny górnej z nastawieniem chirurgicznym w znieczuleniu ogólnym	5
Replantacja kończyny górnej	3
Replantacja kończyny dolnej	3
Pourazowa amputacja kończyny górnej powyżej stawu łokciowego	3
Pourazowa amputacja kończyny górnej poniżej stawu łokciowego	4
Amputacja stopy	4
Amputacja palucha	5
Operacje w zakresie kikuta po amputacji	5
Amputacja całkowita minimum 3 palców stopy	5
Całkowita amputacja kciuka	5
Amputacja minimum 3 palców dłoni	5

# OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA

## NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (25)

### PREAMBUŁA

Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania (25), zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do art. 3 Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie MDC, zwanych dalej OWU, zawieranych pomiędzy SALTUS Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna zwanym dalej SALTUS TU ŻYCIE SA lub Towarzystwem, a Ubezpieczającym.

W celu przybliżenia najistotniejszych postanowień niniejszych OWDU,  
Towarzystwo prezentuje poniżej\*:

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	art. 1 OWDU art. 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	art. 9 OWU art. 10 ust. 2 i 3 OWU DEFINICJE art. 3 ust. 2 OWDU art. 5 OWDU

\*Stan zgodny z OWU oraz OWDU, uchwalonymi przez Zarząd Towarzystwa w dniu 9 kwietnia 2020 roku.



## OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (25)

### DEFINICJE

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

#### Karencja

Okres ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa występujący w sytuacjach wskazanych w niniejszych OWDU, uwzględniany w wyliczeniu Składki.

**Poważne zachorowanie** - jedna z niżej wymienionych 25 chorób:

#### a) 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.

#### b) 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.

#### c) Choroba Leśniowskiego-Crohna

Przewlekłe, nieswoiste zapalenie ścian przewodu pokarmowego, mogące prowadzić do powstawania przetok, niedrożności lub perforacji jelit. Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikami histopatologicznymi.

#### d) Choroba neuronu ruchowego

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

- poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji lub
- samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków.

#### e) 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.

#### f) Dystrofia mięśniowa

Postępujący zanik mięśni, prowadzący do trwałych zaburzeń ich funkcji. Diagnoza choroby musi być postawiona przez lekarza neurologa w oparciu o standardy medyczne obowiązujące w chwili jej rozpoznawania, w tym o wyniki badań laboratoryjnych, biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG). Ubezpieczony musi być trwale niezdolny do samodzielnego wykonywania, przynajmniej trzech z wymienionych czynności życiowych:

- kąpiel - zdolność do samodzielnego umycia się w wannie lub pod prysznicem (w tym wejście i wyjście z wanny lub spod prysznica) lub samodzielne wykonanie wszystkich zabiegów umożliwiających zachowanie higieny osobistej,
- ubieranie się - zdolność samodzielnego zakładania i zdejmowania odzieży, w tym także, w stosownych przypadkach, wszelkich aparatów ortopedycznych, protez czy innych przyrządów medycznych,
- przemieszczanie się - zdolność do samodzielnego przemieszczenia się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem,
- toaleta - zdolność do samodzielnego korzystania z toalety lub zdolność do utrzymania higieny osobistej poprzez prawidłową funkcję zwieraczy pęcherza moczowego i odbytu,
- odżywianie się - zdolność do samodzielnego spożywania przygotowanego i podanego posiłku.

#### g) Kardiomiopatia

Dysfunkcja serca (ograniczenie funkcji lewej lub prawej komory), powodująca niewydolność serca odpowiadającą czwartej (IV) klasie według klasyfikacji New York Heart Association (NYHA).\* Rozpoznanie kardiomiopatii musi być potwierdzone przez specjalistę kardiologa. Ubezpieczenie obejmuje przypadki kardiomiopatii rozstrzeniowej, przerostowej i restrykcyjnej. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są przypadki Kardiomiopatii poalkoholowej.

\* Klasa IV wg klasyfikacji NYHA oznacza występowanie objawów niewydolności krążenia nawet w spoczynku i nasilenie tych dolegliwości przy jakiegokolwiek aktywności fizycznej pomimo prawidłowo prowadzonego postępowania terapeutycznego; niewydolność serca musi zostać potwierdzona badaniem klinicznym i badaniami laboratoryjnymi.

#### h) Łagodny guz mózgu

Wszystkie guzy mózgu, które nie są klasyfikowane jako złośliwe, potwierdzone przez specjalistę neurochirurga, wymagające usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji powodujące trwałe ubytki neurologiczne; z zakresu ochrony wyłączone są: krwiaki, ziarniaki, cysty, guzy szyszynki lub przysadki mózgowej oraz malformacje naczyń mózgowych.

#### i) Niewydolność nerek

Przewlekłe, trwałe i całkowite uszkodzenie obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu; diagnoza musi być jednoznacznie potwierdzona dokumentacją medyczną.

#### j) Nowotwór złośliwy

Nowotwór (guz), charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek; rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym i 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) ( $\leq 1$  mm, poziom II lub III, bez owróżdzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 r.,
- nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), rak podstawnomórkowy skóry i rak kolczystokomórkowy skóry,
- wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

Za datę wystąpienia zdarzenia uznaje się datę pobrania materiału do badania histopatologicznego.

#### k) Paraliż (niedowład)

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

#### l) Przeszczep narządów

Przeszczepienie 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.

#### m) Reumatoidalne zapalenie stawów

Przewlekła, zapalna, immunologicznie zależna układowa choroba tkanki łącznej charakteryzująca się niespecyficznym symetrycznym zapaleniem stawów oraz występowaniem zmian pozastawowych i powikłań układowych prowadząca do powstania niepełnosprawności i kalectwa; Ubezpieczeniem są objęte wyłącznie przypadki reumatoidalnego zapalenia stawów - powodujące niezdolność do samodzielnego egzystencji wyrażającą się utratą możliwości samodzielnego wykonywania minimum trzech podstawowych czynności życiowych wymienionych poniżej:

- 1) zdolność do samodzielnego umycia się w wannie lub pod prysznicem (włączając w to czynność wchodzenia i wychodzenia do/z wanny lub pod/spod prysznic/a) lub samodzielnego wykonania zabiegów w zakresie higieny osobistej;
- 2) zdolność do samodzielnego zakładania i zdejmowania jakiegokolwiek części garderoby, w tym także, o ile jest to wymagane, wszelkich aparatów ortopedycznych, protez czy innych przyrządów medycznych;
- 3) zdolność do samodzielnego poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji;
- 4) zdolność do samodzielnego przemieszczania się z łóżka na krzesło lub fotel, wózek inwalidzki i z powrotem;

- 5) zdolność do samodzielnego korzystania z toalety lub w inny sposób kontrolowania funkcji jelit oraz pęcherza moczowego, pozwalającego na utrzymywanie poziomu higieny osobistej bez pomocy osób trzecich;
- 6) zdolność do samodzielnego spożywania gotowych i podanych posiłków.
- ustalona na podstawie pełnej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia, która potwierdzi występujące ograniczenia.
- n) Schyłkowa niewydolność oddechu**  
Schyłkowe stadium choroby płuc powodujące przewlekłą niewydolność oddechową. Choroba musi przebiegać z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów:  
- natężona pierwszosekundowa objętość wydechu (FEV1) poniżej 1 litra w 3 badaniach wykonanych w odstępie 3 miesięcy,  
- pacjent wymaga przewlekłej tlenoterapii z powodu hipoksemii,  
- ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętnicznej poniżej 55 mmHg (pO<sub>2</sub> < 55 mmHg),  
- duszność spoczynkowa.  
Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę pulmonologa.
- o) 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.
- p) 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.
- q) 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.
- r) Toczeń rumieniowaty układowy**  
Wielonarządowa, wieloczynnikowa choroba autoimmunologiczna charakteryzująca się uszkodzeniem przez system odpornościowy tkanek oraz komórek własnego organizmu; w rozumieniu niniejszych OWDU za toczeń rumieniowaty układowy uznaje się tylko te formy choroby, które prowadzą do uszkodzenia nerek (Typ III - Typ V zapalenia nerek w toczniu rumieniowatym układowym potwierdzony wynikiem biopsji nerek - zgodnie z klasyfikacją WHO poniżej); inne formy choroby jak toczeń rumieniowaty przewlekły oraz te formy choroby, które cechują się zajęciem stawów oraz zaburzeniami hematologicznymi są wyłączone z zakresu odpowiedzialności; końcowe rozpoznanie choroby musi być potwierdzone przez lekarza reumatologa lub immunologa; klasyfikacja WHO dotycząca zapalenia nerek w przebiegu tocznia rumieniowatego układowego:  
a) Typ III (ogniskowe) - białkomoc, utrzymujący się podwyższony poziom OB,  
b) Typ IV (rozsiane) - ostre zapalenie nerek z podwyższonym poziomem OB lub zespół nerczycowy,  
c) Typ V (błoniaste) - zespół nerczycowy lub masywny białkomoc.
- s) Twardzina układowa**  
Układowa choroba tkanki łącznej, przebiegająca z postępującym rozlanym włóknieniem w skórze, naczyniach krwionośnych i narządach wewnętrznych. Choroba musi przebiegać z zajęciem serca, płuc lub nerek, a rozpoznanie musi być potwierdzone wynikami biopsji i badań serologicznych. Diagnoza musi być postawiona przez lekarza reumatologa lub dermatologa. Przy czym odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje:  
1) twardziny ograniczonej (morphea),  
2) zlokalizowanych postaci sklerodermii (w tym liniowych stwardnień powłok lub ograniczonych plam),  
3) eozynofilowego zapalenia powięzi,  
4) zespołu CREST.
- t) Udar mózgu**  
Nagły stan chorobowy powodujący trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia 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; rozpoznanie trwałego uszkodzenia 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.
- u) Wrzodzące zapalenie jelita grubego**  
Ostre piorunujące wrzodzące zapalenie jelita grubego z zagrażającymi życiu zaburzeniami elektrolitowymi, zwykle związane z rozdziem jelit i ryzykiem pęknięcia jelita, obejmujące całą okrężnicę z ciężką krwawą biegunką i ogólnymi objawami podmiotowymi i przedmiotowymi, których leczeniem jest często całkowita kolektomia i ileostomia. Diagnoza musi być podparta wynikiem badania histopatologicznego oraz częścią leczenia powinna być kolektomia i ileostomia.

**v) Zakażenie wirusem HIV w związku z wykonywanym zawodem**

Zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV) lub zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) potwierdzone pozytywnym wynikiem dwóch testów: testu na przeciwciała anti-HIV (ELISA) oraz testu Western Blot lub PCR. Do wystąpienia zakażenia wirusem HIV musi dojść w następujących warunkach:

- Ubezpieczony w trakcie trwania ubezpieczenia musi czynnie pracować w jednym z zawodów wymienionych poniżej,
- serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od wypadku,
- Ubezpieczony musi zapewnić o negatywnych wynikach testu na wirus HIV lub na przeciwciała na wirus HIV, który był zrobiony najpóźniej do 5 dni od wypadku,
- Ubezpieczony musi wykazać obecność wirusa HIV lub przeciwciał wirusa HIV do 12 miesięcy od wypadku.

Ograniczona lista zawodów: lekarze i lekarze dentyści, personel laboratoryjny, medyczny i stomatologiczni asystenci, położne, policjanci/policjantki, pielęgniarki/pielęgniarze, personel pomocniczy szpitali, personel ambulatoryjny, strażacy, funkcjonariusze więzienni.

**w) Zapalenie mózgu powodujące trwałe następstwa neurologiczne:**

Zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, mózdzku) o ciężkim przebiegu, powodujące powstanie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się przez okres co najmniej sześciu tygodni. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa. Ochroną ubezpieczeniową nie jest objęte zapalenie mózgu wywołane infekcją HIV.

**x) Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe następstwa neurologiczne**

Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, powodujące powstanie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się przez okres co najmniej sześciu tygodni, potwierdzonego przez specjalistę neurologa. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. Ochroną ubezpieczeniową nie jest objęte zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych wywołane infekcją HIV.

**y) 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 lub autopsji 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 natywnej tętnicy wieńcowej.

**Artykuł 1: 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 z tytułu Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku Nowotworu złośliwego za datę wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania, uznaje się datę pobrania materiału do badania histopatologicznego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej.
4. Objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWDU, wyklucza możliwość objęcia tego samego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie innych OWDU, których zakres ubezpieczenia obejmuje Poważne zachorowania.

**Artykuł 2: Warunki zawarcia Umowy dodatkowej, Składka**

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z Umową podstawową lub w Rocznicę Polisy, jako rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa, pod warunkiem opłacenia dodatkowej Składki lub pierwszej raty Składki. Zawarcie Umowy dodatkowej w Rocznicę Polisy wymaga przeprowadzenia przez Towarzystwo oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres nie dłuższy niż do końca Okresu ubezpieczenia Umowy podstawowej i na takich samych zasadach, z tym że ostatnie przedłużenie Umowy dodatkowej może nastąpić w roku, w którym Ubezpieczony ukończy 69 lat.
4. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, którego wiek w dniu zawierania Umowy dodatkowej wynosi nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 60 lat.

### Artykuł 3: Okres odpowiedzialności Towarzystwa. Karencja.

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, odpowiedzialność Towarzystwa w danym Okresie ubezpieczenia, rozpoczyna się od daty wskazanej na Polisie lub Polisie przedłużeniowej, pod warunkiem opłacenia Składki lub pierwszej raty Składki.
2. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się po upływie Karencji wynoszącej 90 dni od daty zawarcia Umowy dodatkowej. Za okres Karencji Towarzystwo nie pobiera Składki.

### Artykuł 4: Rozwiązanie Umowy dodatkowej i wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się, a odpowiedzialność Towarzystwa wygasa:
  - 1) z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, który rozpoczął się w roku, w którym Ubezpieczony ukończył 69 lat,
  - 2) z dniem wypłaty Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Rozwiązanie Umowy dodatkowej nie skutkuje rozwiązaniem Umowy podstawowej.

### Artykuł 5: Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

Z uwzględnieniem ograniczeń i wyłączeń określonych w art. 9 OWU oraz art. 10 ust. 2 i 3 OWU, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje Poważnych zachorowań, w przypadku gdy są one:

- 1) następstwem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV; chyba że zakażenie nastąpiło w okolicznościach zakażenia wirusem HIV w wyniku transfuzji - zakażenie wirusem HIV lub rozpoznanie AIDS jako zakażenia, w przypadku którego można udowodnić, że zostało spowodowane w okresie ubezpieczenia przetoczeniem zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych, wykonanym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej u osób niechorujących na hemofilię, 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.

### Artykuł 6: Świadczenie

1. W przypadku wystąpienia Poważnego zachorowania, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia wskazanej na Polisie lub Polisie przedłużeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Rodzaj i data wystąpienia Poważnego zachorowania ustalane są na podstawie dokumentacji medycznej, a w uzasadnionych przypadkach - na podstawie badań medycznych i diagnostycznych przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo, wykonanych na zlecenie Towarzystwa. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.
3. Wypłata Świadczenia oznacza wyczerpanie Sumy ubezpieczenia i skutkuje rozwiązaniem Umowy dodatkowej i wygaśnięciem odpowiedzialności Towarzystwa względem Ubezpieczonego.

### Artykuł 7: Wymagane dokumenty

Przy roszczeniu o wypłatę Świadczenia, Ubezpieczony obowiązany jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

- 1) wniosek o wypłatę Świadczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
- 2) dokumentację medyczną potwierdzającą leczenie, wystąpienie Poważnego zachorowania i datę jego zdiagnozowania,
- 3) własny dokument tożsamości.

### Artykuł 8: Postanowienia końcowe

Do Umowy dodatkowej, zawieranej na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia OWU, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

### Artykuł 9: Obowiązki OWDU

Niniejsze OWDU zostały uchwalone w dniu 9 kwietnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do Umów dodatkowych zawieranych od dnia 1 maja 2020 roku.

  
ROBERT ŁOŚ  
PREZES ZARZĄDU

  
KRZYSZTOF KOSZNIK  
WICEPREZES ZARZĄDU

  
GRZEGORZ BUCZKOWSKI  
CZŁONEK ZARZĄDU

# OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA

## NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (4)

### PREAMBUŁA

Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na wypadek Poważnego Zachorowania (4) MDC, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do art. 3 Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie MDC, zwanych dalej OWU, zawieranych pomiędzy SALTUS Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna zwanym dalej SALTUS TU ŻYCIE SA lub Towarzystwem, a Ubezpieczającym.

W celu przybliżenia najistotniejszych postanowień niniejszych OWDU, Towarzystwo prezentuje poniżej\*:

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	art. 1 OWDU art. 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	DEFINICJE art. 9 OWU art. 10 ust. 2 i 3 OWU art. 5 OWDU art. 3 ust. 2 OWDU

\*Stan zgodny z OWU oraz OWDU, uchwalonymi przez Zarząd Towarzystwa w dniu 9 kwietnia 2020 roku

## OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (4)

### DEFINICJE

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

#### Karencja

Okres ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa występujący w sytuacjach wskazanych w niniejszych OWDU, uwzględniany w wyliczeniu Składki.

**Poważne zachorowanie** - jedna z niżej z wymienionych 4 Chorób:

#### a) Nowotwór złośliwy

Nowotwór (guz), charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek; rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym i 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) ( $\leq 1$  mm, poziom II lub III, bez owróżdzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 r.,
- nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), rak podstawnokomórkowy skóry i rak kółczystokomórkowy skóry,
- wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

Za datę wystąpienia zdarzenia uznaje się datę pobrania materiału do badania histopatologicznego.

#### b) Przeszczep narządów

Przeszczepienie 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;

#### c) Udar mózgu

Nagły stan chorobowy powodujący trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia 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; rozpoznanie trwałego uszkodzenia 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.

#### d) 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 lub autopsji 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 natywnej tętnicy wieńcowej.

### Artykuł 1: 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 z tytułu Umowy dodatkowej, zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku Nowotworu złośliwego za datę wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania, uznaje się datę pobrania materiału do badania histopatologicznego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej.
4. Objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWDU, wyklucza możliwość objęcia tego samego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie innych OWDU, których zakres ubezpieczenia obejmuje Poważne zachorowania.

### Artykuł 2: Warunki zawarcia Umowy dodatkowej, Składka i Suma ubezpieczenia.

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z Umową podstawową lub w Rocznicę Polisy, jako rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa, pod warunkiem opłacenia dodatkowej Składki lub pierwszej raty Składki. Zawarcie Umowy dodatkowej w Rocznicę Polisy wymaga przeprowadzenia przez Towarzystwo oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres nie dłuższy niż do końca Okresu ubezpieczenia Umowy podstawowej i na takich samych zasadach, z tym że ostatnie przedłużenie Umowy dodatkowej może nastąpić w roku, w którym Ubezpieczony ukończy 69 lat.
4. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, którego wiek w dniu zawierania Umowy dodatkowej wynosi nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 60 lat.

### Artykuł 3: Okres odpowiedzialności Towarzystwa. Karencja.

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, odpowiedzialność Towarzystwa w danym Okresie ubezpieczenia, rozpoczyna się od daty wskazanej na Polisie lub Polisie przedłużeniowej, pod warunkiem opłacenia Składki lub pierwszej raty Składki.
2. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się po upływie Karencji wynoszącej 90 dni od daty zawarcia Umowy dodatkowej. Za okres Karencji Towarzystwo nie pobiera Składki.

### Artykuł 4: Rozwiązanie Umowy dodatkowej i wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się, a odpowiedzialność Towarzystwa wygasa:
  - 1) z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, który rozpoczął się w roku, w którym Ubezpieczony ukończył 69 lat,
  - 2) z dniem wypłaty Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Rozwiązanie Umowy dodatkowej nie skutkuje rozwiązaniem Umowy podstawowej.

### Artykuł 5: Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

Z uwzględnieniem ograniczeń i wyłączeń określonych w art. 9 OWU oraz art. 10 ust. 2 i 3 OWU, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje Poważnych zachorowań, w przypadku gdy są one:

- 1) następstwem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV; chyba że zakażenie nastąpiło w okolicznościach zakażenia wirusem HIV w wyniku transfuzji - zakażenie wirusem HIV lub rozpoznanie AIDS jako zakażenia, w przypadku którego można udowodnić, że zostało spowodowane w okresie ubezpieczenia przetoczeniem zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych, wykonanym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej u osób niechorujących na hemofilię, 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.

### Artykuł 6: Świadczenie

1. W przypadku wystąpienia Poważnego zachorowania, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia wskazanej na Polisie lub Polisie przedłużeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.

2. Rodzaj i data wystąpienia Poważnego zachorowania ustalane są na podstawie dokumentacji medycznej, a w uzasadnionych przypadkach - na podstawie badań medycznych i diagnostycznych przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo, wykonanych na zlecenie Towarzystwa. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.
3. Wypłata Świadczenia oznacza wyczerpanie Sumy ubezpieczenia i skutkuje rozwiązaniem Umowy dodatkowej i wygaśnięciem odpowiedzialności Towarzystwa względem Ubezpieczonego.

#### **Artykuł 7: Wymagane dokumenty**

Przy roszczeniu o wypłatę Świadczenia, Ubezpieczony obowiązany jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

- 1) wniosek o wypłatę Świadczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
- 2) dokumentację medyczną potwierdzającą leczenie, wystąpienie Poważnego zachorowania i datę jego zdiagnozowania,
- 3) własny dokument tożsamości.

#### **Artykuł 8: Postanowienia końcowe**

Do Umowy dodatkowej, zawieranej na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia OWU, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

#### **Artykuł 9: Obowiązki OWDU**

Niniejsze OWDU zostały uchwalone w dniu 9 kwietnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do Umów dodatkowych zawieranych od dnia 1 maja 2020 roku.

  
**ROBERT ŁOŚ**  
PREZES ZARZĄDU

  
**KRZYSZTOF KOSZNIK**  
WICEPREZES ZARZĄDU

  
**GRZEGORZ BUCZKOWSKI**  
CZŁONEK ZARZĄDU

# OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA

## NA WYPADEK ŚMIERCI W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

### PREAMBUŁA

Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na wypadek Śmierci w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do art. 3 Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie MDC, zwanych dalej OWU, zawieranych pomiędzy SALTUS Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, zwanym dalej SALTUS TU ŻYCIE SA lub Towarzystwem, a Ubezpieczającym.

W celu przybliżenia najistotniejszych postanowień niniejszych OWDU,  
Towarzystwo prezentuje poniżej\*:

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	art. 1 OWDU art. 4 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	DEFINICJE art. 9 OWU art. 10 ust. 2 i 3 OWU

\*Stan zgodny z OWU oraz OWDU, uchwalonymi przez Zarząd Towarzystwa w dniu 9 kwietnia 2020 roku

## OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

### DEFINICJE

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

#### Nieszczęśliwy Wypadek Komunikacyjny

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.

### Artykuł 1: Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku lub w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego, który nastąpił w Okresie ubezpieczenia.

### Artykuł 2: Warunki zawarcia Umowy dodatkowej, Składka

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z Umową podstawową lub w Rocznicę Polisy, jako rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa, pod warunkiem opłacenia dodatkowej Składki lub pierwszej raty Składki. Zawarcie Umowy dodatkowej w Rocznicę Polisy wymaga przeprowadzenia przez Towarzystwo oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres nie dłuższy niż do końca Okresu ubezpieczenia Umowy podstawowej i na takich samych zasadach, z tym że ostatnie przedłużenie Umowy dodatkowej, może nastąpić w roku, w którym Ubezpieczony ukończy 79 lat.
4. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, którego wiek wynosi nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 70 lat w dniu zawierania Umowy dodatkowej.

### Artykuł 3 Rozwiązanie Umowy dodatkowej i wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się, a odpowiedzialność Towarzystwa wygasa z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, który rozpoczął się w roku, w którym Ubezpieczony ukończył 79 lat.
2. Rozwiązanie Umowy dodatkowej nie skutkuje rozwiązaniem Umowy podstawowej.

### Artykuł 4: Świadczenie

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku zaistniałego w Okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej do otrzymania Świadczenia, Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia wskazanej na Polisie lub Polisie przedłużeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego zaistniałego w Okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej do otrzymania Świadczenia, Świadczenie w wysokości 200 % Sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1 (wysokość Świadczenia zawiera 100 % Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku).
3. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 -2 nie jest należne, jeżeli pomiędzy śmiercią Ubezpieczonego, a Nieszczęśliwym Wypadkiem lub Nieszczęśliwym Wypadkiem Komunikacyjnym, nie istniał związek przyczynowy.

### Artykuł 5: Wymagane dokumenty

Przy roszczeniu o wypłatę Świadczenia, osoba uprawniona do otrzymania Świadczenia i występująca z wnioskiem o wypłatę Świadczenia obowiązana jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

- 1) wniosek o wypłatę Świadczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź za formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
- 2) skrócony odpis aktu zgonu,
- 3) kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu,
- 4) dokumentację potwierdzającą zajście Nieszczęśliwego Wypadku lub Wypadku Komunikacyjnego,
- 5) własny dokument tożsamości.

### Artykuł 6: Postanowienia końcowe

Do Umowy dodatkowej, zawieranej na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia OWU, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

### Artykuł 7: Obowiązki OWDU

Niniejsze OWDU zostały uchwalone w dniu 9 kwietnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do Umów dodatkowych zawieranych od dnia 1 maja 2020 roku.

  
ROBERT ŁOŚ  
PREZES ZARZĄDU

  
KRZYSZTOF KOSZNIK  
WICEPREZES ZARZĄDU

  
GRZEGORZ BUCZKOWSKI  
CZŁONEK ZARZĄDU



# OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA

## NA WYPADEK TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

### PREAMBUŁA

Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na wypadek Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do art. 3 Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie MDC, zwanych dalej OWU, zawieranych pomiędzy SALTUS Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna zwanym dalej SALTUS TU ŻYCIE SA lub Towarzystwem, a Ubezpieczającym.

W celu przybliżenia najistotniejszych postanowień niniejszych OWDU,  
Towarzystwo prezentuje poniżej\*:

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	art. 1 OWDU art. 5 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	DEFINICJE art. 9 OWU art. 10 ust. 2 i 3 OWU art. 3 ust. 2 OWDU

\*Stan zgodny z OWU oraz OWDU, uchwalonymi przez Zarząd Towarzystwa w dniu 9 kwietnia 2020 roku

## OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

### DEFINICJE

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

#### Karencja

Okres ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa występujący w sytuacjach wskazanych w niniejszych OWDU, uwzględniany w wyliczeniu Składki.

#### Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy

Utrata 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.

#### Artykuł 1: Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Trwałą i Całkowitą Niezdolność Ubezpieczonego do Pracy, w wyniku:
  - 1) Choroby zdiagnozowanej po raz pierwszy w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej,
  - 2) Nieszczęśliwego Wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej.

#### Artykuł 2: Warunki zawarcia Umowy dodatkowej, Składka

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z Umową podstawową lub w Rocznicę Polisy, jako rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa, pod warunkiem opłacenia dodatkowej Składki lub pierwszej raty Składki. Zawarcie Umowy dodatkowej w Rocznicę Polisy wymaga przeprowadzenia przez Towarzystwo oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres nie dłuższy niż do końca Okresu ubezpieczenia Umowy podstawowej, i na takich samych zasadach, z tym, że ostatnie przedłużenie Umowy dodatkowej, może nastąpić w roku, w którym Ubezpieczony ukończy 59 lat.
4. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, którego wiek wynosi nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 59 lat w dniu zawierania Umowy dodatkowej.

#### Artykuł 3: Okres odpowiedzialności Towarzystwa. Karencja.

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, odpowiedzialność Towarzystwa w danym Okresie ubezpieczenia, rozpoczyna się od daty wskazanej na Polisie lub Polisie przedłużeniowej, pod warunkiem opłacenia Składki lub pierwszej raty Składki.
2. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się po upływie Karencji wynoszącej 90 dni od daty zawarcia Umowy dodatkowej. Za okres Karencji Towarzystwo nie pobiera Składki.

#### Artykuł 4: Rozwiązanie Umowy dodatkowej i wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się, a odpowiedzialność Towarzystwa wygasa:
  - 1) z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, który rozpoczął się w roku, w którym Ubezpieczony ukończył wiek 60 lat,
  - 2) z dniem wypłaty Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Rozwiązanie Umowy dodatkowej nie skutkuje rozwiązaniem Umowy podstawowej.

#### Artykuł 5: Świadczenie

1. W przypadku Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 100 % Sumy ubezpieczenia wskazanej na Polisie lub Polisie przedłużeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Świadczenie wypłacane jest na podstawie orzeczenia lekarskiego o całkowitej niezdolności do pracy, wydanego przez podmiot uprawniony do orzekania niezdolności do pracy dla celów rentowych.
3. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 nie jest należne, jeżeli pomiędzy Trwałą i Całkowitą Niezdolnością do Pracy, a Nieszczęśliwym Wypadkiem lub Chorobą, nie istniał związek przyczynowy.

#### Artykuł 6: Wymagane dokumenty

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


- 1) wniosek o wypłatę Świadczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
- 2) orzeczenie lekarskie o całkowitej niezdolności do pracy,
- 3) dokumentację dotyczącą Choroby oraz jej leczenia - w przypadku gdy Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy nastąpiła w wyniku Choroby,
- 4) dokumentację dotyczącą Nieszczęśliwego Wypadku - w przypadku gdy Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy nastąpiła w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku
- 5) własny dokument tożsamości.

#### Artykuł 7: Postanowienia końcowe

Do Umowy dodatkowej, zawieranej na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia OWU, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

#### Artykuł 8: Obowiązki OWDU

Niniejsze OWDU zostały uchwalone w dniu 9 kwietnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do Umów dodatkowych zawieranych od dnia 1 maja 2020 roku.

  
ROBERT ŁOŚ  
PREZES ZARZĄDU

  
KRZYSZTOF KOSZNIK  
WICEPREZES ZARZĄDU

  
GRZEGORZ BUCZKOWSKI  
CZŁONEK ZARZĄDU

# OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA

## NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

### PREAMBUŁA

Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do art. 3 Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie MDC, zwanych dalej OWU, zawieranych pomiędzy SALTUS Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna zwanym dalej SALTUS TU ŻYCIE SA lub Towarzystwem, a Ubezpieczającym.

W celu przybliżenia najistotniejszych postanowień niniejszych OWDU,  
Towarzystwo prezentuje poniżej\*:

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	art.1 OWDU art. 4 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	DEFINICJE art. 9 OWU art. 10 ust. 2 i 3 OWU

\*Stan zgodny z OWU oraz OWDU, uchwalonymi przez Zarząd Towarzystwa w dniu 9 kwietnia 2020 roku

## OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

### DEFINICJE

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

#### Tabela Trwałych uszczerbków na zdrowiu

Tabela Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku objętych zakresem odpowiedzialności Towarzystwa. Tabela Trwałych uszczerbków na zdrowiu stanowi Załącznik do niniejszych OWDU, będący ich integralną częścią.

#### Trwały uszczerbek na zdrowiu

Trwałe naruszenie czynności organu, narządu lub układu powstałe w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, wyrażone w procencie, wskazane w Tabeli Trwałych uszczerbków na zdrowiu.

#### Artykuł 1: Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, powstały bezpośrednio w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, który nastąpił w Okresie ubezpieczenia.

#### Artykuł 2: Warunki zawarcia Umowy dodatkowej, Składka

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z Umową podstawową lub w Rocznicę Polisy, jako rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa, pod warunkiem opłacenia dodatkowej Składki lub pierwszej raty Składki. Zawarcie Umowy dodatkowej w Rocznicę Polisy wymaga przeprowadzenia przez Towarzystwo oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres nie dłuższy niż do końca Okresu ubezpieczenia Umowy podstawowej, i na takich samych zasadach, z tym, że ostatnie przedłużenie Umowy dodatkowej, może nastąpić w roku, w którym Ubezpieczony ukończy 79 lat.
4. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, którego wiek wynosi nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 70 lat w dniu zawierania Umowy dodatkowej.

#### Artykuł 3: Rozwiązanie Umowy dodatkowej i wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się, a odpowiedzialność Towarzystwa wygasa z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, który rozpoczął się w roku, w którym Ubezpieczony ukończył 79 lat.
2. Rozwiązanie Umowy dodatkowej nie skutkuje rozwiązaniem Umowy podstawowej.

#### Artykuł 4: Świadczenie

1. W przypadku wystąpienia Trwałego uszczerbku na zdrowiu, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, ustalony w Tabeli Trwałego uszczerbku na zdrowiu, procent Sumy ubezpieczenia wskazanej w Polisie lub Polisie przedłużeniowej.
2. Wysokość Świadczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalana jest na podstawie dokumentacji medycznej, a w uzasadnionych przypadkach - po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji, nie później niż po 18 miesiącach licząc od daty Nieszczęśliwego Wypadku.

3. W danym Okresie ubezpieczenia, wysokość należnego Ubezpieczonemu, z tytułu wystąpienia Trwałego uszczerbku na zdrowiu, Świadczenia (Świadczeń) nie może przekroczyć 100% Sumy ubezpieczenia z Umowy dodatkowej, bez względu na liczbę Trwałych uszczerbków na zdrowiu.
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, procent Trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę między procentem Trwałego uszczerbku na zdrowiu po wypadku, a procentem Trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącym przed wypadkiem.
5. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 nie jest należne, jeżeli pomiędzy Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu, a Nieszczęśliwym Wypadkiem, nie istniał związek przyczynowy.

#### Artykuł 5: Wymagane dokumenty

Przy roszczeniu o wypłatę Świadczenia, Ubezpieczony obowiązany jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

- 1) wniosek o wypłatę Świadczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź za formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
- 2) dokumentację dotyczącą Nieszczęśliwego Wypadku i leczenia jego skutków,
- 3) orzeczenie lekarskie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji,
- 4) własny dokument tożsamości.

#### Artykuł 6: Postanowienia końcowe

Do Umowy dodatkowej, zawieranej na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia OWU, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

#### Artykuł 7: Obowiązki OWDU

Niniejsze OWDU zostały uchwalone w dniu 9 kwietnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do Umów dodatkowych zawieranych od dnia 1 maja 2020 roku.

  
ROBERT ŁOŚ  
PREZES ZARZĄDU

  
KRZYSZTOF KOSZNIK  
WICEPREZES ZARZĄDU

  
GRZEGORZ BUCZKOWSKI  
CZŁONEK ZARZĄDU

**Załącznik**  
**do Ogólnych Warunków Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia**  
**na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu**  
**w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku**  
**wprowadzonych Uchwałą Zarządu Towarzystwa**  
**z dnia 9 kwietnia 2020 roku**

**TABELA TRWAŁYCH USZCZERBKÓW NA ZDROWIU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

Lp.	Rodzaj doznanego trwałego uszczerbku	% trwałego uszczerbku na zdrowiu
<b>A. USZKODZENIA GŁOWY</b>		
1	Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):	
	a) znaczne uszkodzenie powłok czaszki, ściągające blizny	5
	b) oskalpowanie	25
2	Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki (wgłębienia, szczeliny, fragmentacja)	5
3	Ubytek w kościach czaszki:	
	a) o średnicy poniżej 2,5 cm	5
	b) o średnicy powyżej 2,5 cm	20
4	Zaburzenia równowagi pochodzenia mózdkowego uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100
5	Zaburzenia mowy:	
	a) afazja całkowita	60
	b) afazja znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się	40
6	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej:	
	a) nerwu okoruchowego	
	- w zakresie mięśni wewnętrznych oka	15
	- w zakresie mięśni zewnętrznych oka	20
	b) nerwu błotkowego	5
	c) nerwu odwodzącego	10
7	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego	15
8	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu twarzewego	15
9	Uszkodzenie nerwów językowo-gardłowego i błędnego	30
10	Uszkodzenie nerwu dodatkowego	10
11	Uszkodzenie nerwu podjęzykowego	10
<b>B. USZKODZENIA TWARZY</b>		
12	Uszkodzenia nosa:	
	a) uszkodzenie nosa bez zaburzeń oddychania i powonienia	3
	b) uszkodzenie nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia	15
	c) utrata nosa w całości (łącznie z kośćmi nosa)	30
	d) złamanie kości nosa z przemieszczeniem	2
	e) złamanie kości nosa bez przemieszczenia	1
13	Utrata zębów:	
	a) siekacze i kły - za każdy ząb	2
	b) pozostałe zęby począwszy od dwóch - za każdy ząb (niezależnie od zaprotezowania)	1
14	Utrata części szczęki lub żuchwy - staw rzekomy	25
15	Utrata szczęki	40
16	Utrata żuchwy	50
17	Złamania szczęki i/lub żuchwy wygojone z przemieszczeniem odłamów:	
	a) bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo-skroniowego	3
	b) z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego	8

Lp.	Rodzaj doznanego trwałego uszczerbku	% trwałego uszczerbku na zdrowiu
18	Ubytek podniebienia:	
	a) z zaburzeniami mowy i połykania	20
	b) bez zaburzeń mowy i połykania	5
19	Ubytki języka:	
	a) bez zaburzeń mowy i połykania	3
	b) z zaburzeniami mowy i połykania	10
	c) całkowita utrata języka	40
<b>C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU</b>		
20	Utrata wzroku	
	a) całkowita utrata wzroku w obu oczach	100
	b) utrata wzroku w jednym oku	40
21	Uszkodzenia gałki ocznej:	
	a) rozdarcie naczyńki jednego oka	10
	b) zapalenie naczyńki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia środkowego lub obwodowego	10
	c) przedziurawienie plamki żółtej jednego oka	20
	d) zanik nerwu wzrokowego	20
	e) blizny rogówki lub twardówki (garbiak twardówki)	5
	f) zaćma urazowa (uszkodzenie soczewki)	10
22	Usunięcie zaćmy pourazowej ze wszczępieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej:	
	a) w jednym oku	15
	b) w obu oczach	30
23	Odwarstwienie siatkówki jednego oka, jaskra, zaćma urazowa	20
24	Utrata oka	50
25	Utrata obu oczu	100
<b>D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU</b>		
26	Całkowita obustronna utrata słuchu	50
27	Jednostronna utrata słuchu	20
28	Urazy małżowiny usznej:	
	a) utrata części małżowiny	5
	b) zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia i odmrożenia)	7
	c) utrata jednej małżowiny	15
	d) utrata obu małżowin	25
29	Uszkodzenie ucha środkowego w następstwie złamania kości skroniowej	10
30	Uszkodzenie ucha wewnętrznego:	
	a) z uszkodzeniem części słuchowej	15
	a) z uszkodzeniem części statycznej	35
	c) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej	40

Lp.	Rodzaj doznanego trwałego uszczerbku	% trwałego uszczerbku na zdrowiu
31	Uszkodzenie nerwu twarzonego łącznie z pęknięciem kości skalistej:	
	a) jednostronne	25
	b) dwustronne	60
<b>E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZEŁYKU</b>		
32	Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji	10
33	Uszkodzenie lub zwężenie krtani pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawiczej	20
34	Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawiczej	50
35	Uszkodzenie tchawicy	30
36	Uszkodzenie przełyku powodujące	
	b) odżywianie tylko płynami	30
	c) całkowitą niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową	50
37	Uszkodzenia tkanek miękkich (skóry i mięśni) szyi z ograniczeniem ruchomości szyi	10
<b>F. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA</b>		
38	Utrata gruczołu piersiowego w części lub w całości	20
39	Złamanie mostka:	
	a) z przemieszczeniem	5
	b) bez przemieszczenia	3
40	Uszkodzenia płuc i opłucnej ( uszkodzenia tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce):	
	a) z niewydolnością oddechową	30
	b) bez niewydolności oddechowej	5
41	Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
	a) z wydolnym układem krążenia	5
	c) z objawami niewydolności krążenia	60
42	Złamanie żebra - za każde zębro	1
43	Całkowita utrata płuca	20
<b>G. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA</b>		
44	Pourazowe uszkodzenia powłok jamy brzusznej	10
45	Uszkodzenie żołądka lub jelit	15
46	Utrata żołądka powyżej 60%	20
47	Utrata części jelita cienkiego lub grubego	10
48	Utrata śledziony	15
49	Uszkodzenia wątroby, dróg żółciowych lub trzustki:	
	a) bez zaburzeń ich czynności	5
	b) z zaburzeniami ich czynności	40
50	Utrata płata/segmentu wątroby	10
<b>H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOWO-PŁCIOWYCH</b>		
51	Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo funkcjonującej	15
52	Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki	50
53	Uszkodzenie cewki moczowej	20
54	Uszkodzenie pęcherza	15
55	Całkowita utrata prącia	40
56	Częściowa utrata prącia	20
57	Utrata jednego jądra lub jajnika	20
58	Utrata obu jąder lub obu jajników	40
59	Utrata macicy	30
60	Uszkodzenie moszny, pochwy lub sromu wymagające rekonstrukcji	20
<b>I. USZKODZENIA MIEDNICY</b>		
61	Złamanie miednicy z przerwaniami obręczy biodrowej jedno- lub wielomiejscowe:	
	a) w odcinku przednim (kość łonowa, kulszowa)	10
	b) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a)	15

Lp.	Rodzaj doznanego trwałego uszczerbku	% trwałego uszczerbku na zdrowiu
62	Złamanie dna panewki:	
	a) bez zwichnięcia centralnego	10
	b) ze zwichnięciem centralnym	30
63	Izolowane złamanie miednicy (talerz biodrowy, kolce biodrowe, guz kulszowy)	5
<b>J. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA</b>		
64	Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku szyjnym:	
	a) ograniczenie ruchomości w zakresie rotacji lub zginania	5
	b) całkowite zeszywnienie	20
65	Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym i lędźwiowym:	
	a) ograniczenie ruchomości w zakresie rotacji lub zginania	5
	b) całkowite zeszywnienie	15
66	Uszkodzenia rdzenia kręgowego:	
	a) przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn	100
	b) niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiający poruszanie się	70
	c) porażenie całkowite obu kończyn górnych z zanikami mięśniowymi, zaburzeniami czucia i zmianami troficznymi bez porażenia kończyn dolnych (po wylewie śródrzeniowym)	100
	d) niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrzeniowym)	70
<b>K. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ</b>		
Łopatka		
67	Złamanie łopatki	10
Obojczyk		
68	Zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego	10
69	Złamanie obojczyka	10
Bark		
70	Uszkodzenie barku powikłane obecnością ciał obcych	25
71	Utrata kończyny na wysokości ramienia	70
72	Utrata obu kończyn na wysokości ramienia	100
Ramie		
73	Złamanie kości ramiennej:	
	a) wieloodłamowe otwarte	12
	b) otwarte	10
	c) wieloodłamowe z przemieszczaniem odłamów	8
74	Uszkodzenia mięśni, ścięgien i ich przyczepów:	
	a) mięśnia dwugłowego	10
	b) uszkodzenia innych mięśni ramienia	10
Staw łokciowy		
75	Złamanie obwodowej nasady kości ramiennej	10
Przedramię		
76	Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia	
	a) otwarte	8
	b) wieloodłamowe z przemieszczaniem odłamów	10
77	Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia	10
78	Utrata kończyny w obrębie przedramienia	50
79	Utrata obu kończyn w obrębie przedramion	100
Nadgarstek		
80	Ograniczenia ruchomości w obrębie nadgarstka w następstwie jego uszkodzeń (skręcenia, zwichnięcia, złamania kości nadgarstka,	5
81	Utrata jednej dłoni	30

Lp.	Rodzaj doznanego trwałego uszczerbku	% trwałego uszczerbku na zdrowiu
82	Utrata dwóch dłoni	60
83	Złamania i zwichnięcia kciuka (pierwszej kości śródreżca i paliczków kciuka)	4
84	Utraty w obrębie kciuka:	
	a) utrata paliczka paznokciowego	3
	b) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawowego (do 2/3 długości paliczka)	6
	c) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródreżca	9
	d) utrata obu paliczków z kością śródreżca	12
85	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie kciuka (blizny, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienia, zmiany troficzne, czuciowe) - powodujące:	
	a) ograniczenie funkcji	3
	b) upośledzenie funkcji graniczące z następstwami utraty kciuka	8
<b>Palec wskazujący</b>		
86	Utraty w obrębie palca wskazującego:	
	a) utrata paliczka paznokciowego	2
	b) utrata paliczka paznokciowego z 1/3 dalszą paliczka środkowego	3
	c) utrata paliczka paznokciowego i środkowego powyżej 1/3	4
	d) utrata trzech paliczków	5
	e) utrata palca wskazującego z kością śródreżca	7
87	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palca wskazującego oraz II kości śródreżca (blizny, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienia, zmiany troficzne, czuciowe) - powodujące:	
	a) ograniczenie funkcji	2
	b) bezużyteczność palca graniczącą z utratą wskaziciela	4
<b>Palec trzeci, czwarty i piąty</b>		
88	Utrata palca ( utrata trzech paliczków) - za każdy palec	2
89	Utrata mniej niż trzech paliczków - za każdy palec	1
90	Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżca	3
91	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV, V i odpowiednich kości śródreżca (blizny, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienia, zmiany troficzne, czuciowe)	1
<b>L. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ</b>		
<b>Biodro</b>		
92	Utrata kończyny dolnej w stawie biodrowym	70
93	Utrata obu kończyn dolnych w stawie biodrowym	100
<b>Udo</b>		
94	Złamanie kości udowej:	
	a) otwarte	11
	b) wieloodłamowe z przemieszczaniem odłamów	10
95	Uszkodzenia dużych naczyń, tętniaki pourazowe	10
<b>Kolano</b>		
96	Trwałe ograniczenia ruchomości stawu kolanowego w następstwie uszkodzeń samego stawu (uszkodzenia więzadłowe, torebkowe, łąkotek, kości tworzących staw kolanowy)	15
97	Złamanie rzepki skutkujące jej usunięciem	8
98	Utrata jednej kończyny na poziomie stawu kolanowego	50
99	Utrata obu kończyn na poziomie stawu kolanowego	100
<b>Podudzie</b>		
100	Złamanie kości podudzia	10
101	Utrata jednej kończyny w obrębie podudzia	50
102	Utrata obu kończyn w obrębie podudzia	100
103	Izolowane złamania strzałki (oprócz kostki bocznej)	3

Lp.	Rodzaj doznanego trwałego uszczerbku	% trwałego uszczerbku na zdrowiu
104	Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, uszkodzenia ścięgna Achillesa i innych ścięgien	10
<b>Stawy skokowe, stopa</b>		
105	Złamania kości piętowej lub skokowej	20
106	Uszkodzenie kości piętowej lub skokowej	25
107	Uszkodzenia kości stępu	15
108	Złamania kości śródstopia z przemieszczeniem, zniekształceniem stopy:	
	a) złamania I lub V kości z wyraźnym przemieszczeniem	5
	b) złamania II, III lub IV kości śródstopia	3
	c) złamania trzech i/lub więcej kości śródstopia	12
109	Utrata stopy w całości	30
110	Utrata stopy na poziomie stawu Choparta	25
111	Utrata stopy w stawie Lisfranka	20
112	Utrata stopy w obrębie kości śródstopia	20
113	Utrata dwóch stóp	60
<b>Palce stopy</b>		
114	Utrata paliczka paznokciowego palucha	3
115	Utrata całego palucha	8
116	Utrata palucha wraz z kością śródstopia	15
117	Utrata palców II-V w części lub całości - za każdy palec	3
118	Utrata V palca wraz z kością śródstopia	7
119	Utrata palców II-IV z kością śródstopia - za każdy palec	3
<b>M. PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH</b>		
120	Uszkodzenie częściowe lub całkowite:	
	a) nerwu pachowego	10
	b) nerwu promieniowego w okolicy barku	25
	c) nerwu promieniowego w okolicy przedramienia	30
	d) nerwu łokciowego	25
	e) nerwu udowego	10
	f) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	10
	g) nerwu kulszowego	30
	h) splotu lędźwiowo-krzyżowego	50
121	Porażenia:	
	a) porażenie 4 kończyn	100
	b) porażenie 2 kończyn dolnych lub górnych	90
	c) porażenie 1 kończyny dolnej lub górnej	60
<b>N. OPARZENIA TERMICZNE I CHEMICZNE</b>		
122	II stopnia od 1 do 5% powierzchni ciała	2
123	II stopnia od 6 do 15% powierzchni ciała	6
124	II stopnia od 16 do 30% powierzchni ciała	12
125	II stopnia powyżej 30% powierzchni ciała	30
126	III stopnia poniżej 1% powierzchni ciała	2
127	III stopnia od 1% do 5% powierzchni ciała	4
128	III stopnia od 6% do 10% powierzchni ciała	15
129	III stopnia powyżej 10% powierzchni ciała	25
<b>O. ODMROŻENIA</b>		
130	II stopnia palca ręki lub stopy	2
131	II stopnia nosa lub ucha	4
132	III stopnia palca ręki lub stopy	4
133	III stopnia nosa lub ucha	6
<b>P. ZŁAMANIA INNYCH KOŚCI NIEWYMIENIONYCH W TABELI</b>		
134	Za każdą kość	1

# OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA

## NA WYPADEK NIEZDOLNOŚCI DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI

### PREAMBUŁA

Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na wypadek Niezdolności do Samodzielnej Egzystencji, zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do art. 3 Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie MDC, zwanych dalej OWU, zawieranych pomiędzy SALTUS Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna zwanym dalej SALTUS TU ŻYCIE SA lub Towarzystwo, a Ubezpieczającym.

W celu przybliżenia najistotniejszych postanowień niniejszych OWDU,  
Towarzystwo prezentuje poniżej\*:

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	art. 1 OWDU art. 4 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	DEFINICJE art. 9 OWU art. 10 ust. 2 i 3 OWU

\*Stan zgodny z OWU oraz OWDU, uchwalonymi przez Zarząd Towarzystwa w dniu 9 kwietnia 2020 roku



## OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK NIEZDOLNOŚCI DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI

### DEFINICJE

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

#### Niezdolność do Samodzielnej Egzystencji

Trwałe naruszenie sprawności organizmu 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.

#### Artykuł 1: Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie Niezdolności do Samodzielnej Egzystencji w Okresie ubezpieczenia.

#### Artykuł 2: Warunki zawarcia Umowy dodatkowej, Składka

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z Umową podstawową lub w Rocznicę Polisy, jako rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa, pod warunkiem opłacenia dodatkowej Składki lub pierwszej raty Składki. Zawarcie Umowy dodatkowej w Rocznicę Polisy wymaga przeprowadzenia przez Towarzystwo oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres nie dłuższy niż do końca Okresu ubezpieczenia Umowy podstawowej i na takich samych zasadach, z tym że ostatnie przedłużenie Umowy dodatkowej, może nastąpić w roku, w którym Ubezpieczony ukończy 69 lat.
4. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, którego wiek wynosi nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 60 lat w dniu zawierania Umowy dodatkowej.

#### Artykuł 3: Rozwiązanie Umowy dodatkowej i wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się, a odpowiedzialność Towarzystwa wygasa:
  - 1) z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, który rozpoczął się w roku, w którym Ubezpieczony ukończył wiek 69 lat,
  - 2) z dniem wypłaty Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Rozwiązanie Umowy dodatkowej nie skutkuje rozwiązaniem Umowy podstawowej.

#### Artykuł 4: Świadczenie

1. W przypadku wystąpienia Niezdolności do Samodzielnej Egzystencji, Ubezpieczony ma prawo do jednorazowego Świadczenia w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Niezdolności do Samodzielnej Egzystencji, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Wypłata Świadczenia oznacza wyczerpanie Sumy ubezpieczenia i skutkuje rozwiązaniem Umowy dodatkowej, i wygaśnięciem odpowiedzialności Towarzystwa względem Ubezpieczonego.

#### Artykuł 5: Wymagane dokumenty

Przy rozszczeniu o wypłatę Świadczenia, Ubezpieczony obowiązany jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

- 1) wniosek o wypłatę Świadczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
- 2) dokumentację medyczną, na podstawie której zostało wydane orzeczenie o Niezdolności do Samodzielnej Egzystencji,
- 3) orzeczenie o Niezdolności do Samodzielnej Egzystencji wydane przez podmiot uprawniony do orzekania o niezdolności do samodzielnej egzystencji,
- 4) własny dokument tożsamości.

#### Artykuł 6: Postanowienia końcowe

Do Umowy dodatkowej, zawieranej na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia OWU, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

#### Artykuł 7: Obowiązki OWDU

Niniejsze OWDU zostały uchwalone w dniu 9 kwietnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopotcie i mają zastosowanie do Umów dodatkowych zawieranych od dnia 1 maja 2020 roku.

  
ROBERT ŁOŚ  
PREZES ZARZĄDU

  
KRZYSZTOF KOSZNIK  
WICEPREZES ZARZĄDU

  
GRZEGORZ BUCZKOWSKI  
CZŁONEK ZARZĄDU

# OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA

## NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (90)

### PREAMBUŁA

Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku (90), zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do art. 3 Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie MDC, zwanych dalej OWU, zawieranych pomiędzy SALTUS Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna zwanym dalej SALTUS TU ŻYCIE SA lub Towarzystwem, a Ubezpieczającym.

W celu przybliżenia najistotniejszych postanowień niniejszych OWDU, Towarzystwo prezentuje poniżej\*:

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	art. 1 OWDU art. 5 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	DEFINICJE art. 9 OWU art. 10 ust. 2 i 3 OWU art. 4 OWDU

\*Stan zgodny z OWU oraz OWDU, uchwalonymi przez Zarząd Towarzystwa w dniu 9 kwietnia 2020 roku

## OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (90)

### DEFINICJE

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

#### Oddział Intensywnej Opieki Medycznej / Oddział Intensywnej Terapii (OIOM/OIT)

Wydzielony, specjalistyczny oddział Szpitalny, przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru; za OIOM/OIT uznaje się również Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK) oraz Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK).

#### Pełna doba

Każdy, zakończony dzień kalendarzowy rzeczywistego Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Pierwsza Pełna doba to okres, który rozpoczyna się w dniu kalendarzowym przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala i kończy z upływem tego dnia. Ostatnia Pełna doba, to okres, który rozpoczyna się z początkiem danego dnia kalendarzowego i kończy z chwilą opuszczenia przez Ubezpieczonego Szpitala na skutek wypisu.

#### Pobyt w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku

Potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, który wystąpił bezpośrednio w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, który rozpoczął się przed upływem 12 miesięcy od daty zaistnienia Nieszczęśliwego Wypadku i trwał nieprzerwanie co najmniej jedną Pełną dobę.

#### Szpital

Zakład opieki zdrowotnej przeznaczony do przyjmowania i leczenia osób, których stan zdrowia wymaga stałej, całodobowej obserwacji lub opieki lekarskiej i pielęgniarskiej.

### Artykuł 1: Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Pobyt w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.

### Artykuł 2: Warunki zawarcia Umowy dodatkowej, Składka

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z Umową podstawową lub wRocznicę Polisy, jako rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa, pod warunkiem opłacenia dodatkowej Składki lub pierwszej raty Składki. Zawarcie Umowy dodatkowej w Rocznicę Polisy wymaga przeprowadzenia przez Towarzystwo oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres nie dłuższy niż do końca Okresu ubezpieczenia Umowy podstawowej i na takich samych zasadach, z tym że ostatnie przedłużenie Umowy dodatkowej, może nastąpić w roku, w którym Ubezpieczony ukończy 79 lat.
4. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, którego wiek wynosi nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 70 lat w dniu zawierania Umowy dodatkowej.

### Artykuł 3: Rozwiązanie Umowy dodatkowej i wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się, a odpowiedzialność Towarzystwa wygasa z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, który rozpoczął się w roku, w którym Ubezpieczony ukończył wiek 79 lat,
2. Rozwiązanie Umowy dodatkowej nie skutkuje rozwiązaniem Umowy podstawowej.

### Artykuł 4: Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

Za Szpital nie uznaje się domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, ośrodków leczenia psychicznie chorych, domowej opieki pielęgniarskiej, hospicjów onkologicznych, ośrodków leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych, alkoholowych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych ani ośrodków wypoczynkowych.

### Artykuł 5: Świadczenie

1. Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu Pobytu w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku od pierwszej Pełnej doby.
2. Wysokość dziennego Świadczenia za Pobyt w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku wskazana jest na Polisie lub na Polisie przedłużeniowej.
3. Za każdy Okres ubezpieczenia, Ubezpieczonemu przysługuje prawo do dziennego Świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku za każdą Pełną dobę, maksymalnie za 90 Pełnych dób, z zastrzeżeniem ust. 5.
4. W przypadku Pobytu na OIOM/OIT Ubezpieczonemu przysługuje prawo do 150% dziennego Świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku za każdą Pełną dobę, maksymalnie za 90 Pełnych dób, z zastrzeżeniem ust.5.
5. Jeżeli w trakcie jednej Pełnej doby Ubezpieczony był pacjentem dwóch lub większej liczby Szpitali, Towarzystwo wypłaci Świadczenie za tę Pełną dobę tylko jeden raz.
6. Dzielne Świadczenie wypłacane jest Ubezpieczonemu po zakończeniu Pobytu w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku.
7. W przypadku Pobytu w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku trwającego co najmniej 30 Pełnych dób, na wniosek Ubezpieczonego Towarzystwo może wypłacić część dziennych Świadczeń przed zakończeniem tego pobytu.
8. Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku nie jest należne, jeżeli pomiędzy Nieszczęśliwym Wypadkiem a Pobylem Ubezpieczonego w Szpitalu nie istniał związek przyczynowy.
9. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania Ubezpieczonego na badania lekarskie i diagnostyczne do wskazanego przez siebie lekarza, w celu ustalenia prawa do Świadczenia. Koszty zleconych badań lekarskich i diagnostycznych pokrywane są przez Towarzystwo.

### Artykuł 6: Wymagane dokumenty

Przy roszczeniu o wypłatę Świadczenia, Ubezpieczony obowiązany jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

- 1) wniosek o wypłatę Świadczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
- 2) dokumentację potwierdzającą zajście Nieszczęśliwego Wypadku,
- 3) kartę informacyjną leczenia Szpitalnego lub kartę wypisową ze Szpitala wydaną przez lekarza prowadzącego (w przypadku pobytu na OIOM/OIT również kartę wypisową z OIOM/OIT),
- 4) własny dokument tożsamości.

### Artykuł 7: Postanowienia końcowe

Do Umowy dodatkowej, zawieranej na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia OWU, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

### Artykuł 8: Obowiązki OWDU

Niniejsze OWDU zostały uchwalone w dniu 9 kwietnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do Umów dodatkowych zawieranych od dnia 1 maja 2020 roku.

  
ROBERT ŁOŚ  
PREZES ZARZĄDU

  
KRZYSZTOF KOSZNIK  
WICEPREZES ZARZĄDU

  
GRZEGORZ BUCZKOWSKI  
CZŁONEK ZARZĄDU

# OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA

## NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (180)

### PREAMBUŁA

Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku (180), zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do art. 3 Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie MDC, zwanych dalej OWU, zawieranych pomiędzy SALTUS Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna zwanym dalej SALTUS TU ŻYCIE SA lub Towarzystwem, a Ubezpieczającym.

W celu przybliżenia najistotniejszych postanowień niniejszych OWDU, Towarzystwo prezentuje poniżej\*:

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	art. 1 OWDU art. 5 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	DEFINICJE art. 9 OWU art. 10 ust. 2 i 3 OWU art. 4 OWDU

\*Stan zgodny z OWU oraz OWDU, uchwalonymi przez Zarząd Towarzystwa w dniu 9 kwietnia 2020 roku

## OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (180)

### DEFINICJE

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

Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:

#### Oddział Intensywnej Opieki Medycznej / Oddział Intensywnej Terapii (OIOM/OIT)

Wydzielony, specjalistyczny oddział szpitalny, przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru; za OIOM/OIT uznaje się również Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK) oraz Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK).

#### Pełna doba

Każdy, zakończony dzień kalendarzowy rzeczywistego pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Pierwsza Pełna doba to okres, który rozpoczyna się w dniu kalendarzowym przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala i kończy z upływem tego dnia. Ostatnia Pełna doba, to okres, który rozpoczyna się z początkiem danego dnia kalendarzowego i kończy z chwilą opuszczenia przez Ubezpieczonego Szpitala na skutek wypisu.

#### Pobyt w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku

Potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, który wystąpił bezpośrednio w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, który rozpoczął się przed upływem 12 miesięcy od daty zaistnienia Nieszczęśliwego Wypadku i trwał nieprzerwanie co najmniej jedną Pełną dobę.

#### Szpital

Zakład opieki zdrowotnej przeznaczony do przyjmowania i leczenia osób, których stan zdrowia wymaga stałej, całodobowej obserwacji lub opieki lekarskiej i pielęgniarskiej.

### Artykuł 1: Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Pobyt w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.

### Artykuł 2: Warunki zawarcia Umowy dodatkowej, Składka

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z Umową podstawową lub w Rocznicę Polisy, jako rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa, pod warunkiem opłacenia dodatkowej Składki lub pierwszej raty Składki. Zawarcie Umowy dodatkowej w Rocznicę Polisy wymaga przeprowadzenia przez Towarzystwo oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres nie dłuższy niż do końca Okresu ubezpieczenia Umowy podstawowej i na takich samych zasadach, z tym że ostatnie przedłużenie Umowy dodatkowej, może nastąpić w roku, w którym Ubezpieczony ukończy 79 lat.
4. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, którego wiek wynosi nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 60 lat w dniu zawierania Umowy dodatkowej.

### Artykuł 3: Rozwiązanie Umowy dodatkowej i wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się, a odpowiedzialność Towarzystwa wygasa z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, który rozpoczął się w roku, w którym Ubezpieczony ukończył wiek 79 lat.
2. Rozwiązanie Umowy dodatkowej nie skutkuje rozwiązaniem Umowy ubezpieczenia.

### Artykuł 4: Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

Za Szpital nie uznaje się domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, ośrodków leczenia psychicznie chorych, domowej opieki pielęgniarskiej, hospicjów onkologicznych, ośrodków leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych, alkoholowych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych ani ośrodków wypoczynkowych.

### Artykuł 5: Świadczenie

1. Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu Pobytu w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku od pierwszej Pełnej doby.
2. Wysokość dziennego Świadczenia za Pobyt w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku wskazana jest na Polisie lub Polisie przedłużeniowej.
3. Za każdy Okres ubezpieczenia, Ubezpieczonemu przysługuje prawo do Świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku za każdą Pełną dobę, maksymalnie za 180 Pełnych dób, z zastrzeżeniem ust. 5.
4. W przypadku Pobytu na OIOM/OIT Ubezpieczonemu przysługuje prawo do 150% dziennego Świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku za każdą Pełną dobę, maksymalnie za 180 Pełnych dób z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Jeżeli w trakcie jednej Pełnej Dobie Ubezpieczony był pacjentem dwóch lub większej liczby Szpitali, Towarzystwo wypłaci Świadczenie za tę Pełną dobę tylko jeden raz.
6. Dzielne Świadczenie wypłacane jest Ubezpieczonemu po zakończeniu Pobytu w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku.
7. W przypadku Pobytu w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku trwającego co najmniej 30 Pełnych dób, na wniosek Ubezpieczonego Towarzystwo może wypłacić część dziennych Świadczeń przed zakończeniem tego pobytu.
8. Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku nie jest należne, jeżeli pomiędzy Nieszczęśliwym Wypadkiem a Pobylem Ubezpieczonego w Szpitalu nie istniał związek przyczynowy.
9. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania Ubezpieczonego na badania lekarskie i diagnostyczne do wskazanego przez siebie lekarza, w celu ustalenia prawa do Świadczenia. Koszty zleconych badań lekarskich i diagnostycznych pokrywane są przez Towarzystwo.

### Artykuł 6: Wymagane dokumenty

Przy roszczeniu o wypłatę Świadczenia, Ubezpieczony obowiązany jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

- 1) wniosek o wypłatę Świadczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
- 2) dokumentację potwierdzającą zajście Nieszczęśliwego Wypadku,
- 3) kartę informacyjną leczenia Szpitalnego lub kartę wypisową ze Szpitala wydaną przez lekarza prowadzącego (w przypadku pobytu na OIOM/OIT również kartę wypisową z OIOM/OIT),
- 4) własny dokument tożsamości.

### Artykuł 7: Postanowienia końcowe

Do Umowy dodatkowej, zawieranej na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia OWU, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

### Artykuł 8: Obowiązki OWDU

Niniejsze OWDU zostały uchwalone w dniu 9 kwietnia 2020 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do Umów dodatkowych zawieranych od dnia 1 maja 2020 roku.

  
ROBERT ŁOŚ  
PREZES ZARZĄDU

  
KRZYSZTOF KOSZNIK  
WICEPREZES ZARZĄDU

  
GRZEGORZ BUCZKOWSKI  
CZŁONEK ZARZĄDU

**Karta Produktu**  
**INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA na ŻYCIE**  
**MDC**

**I. Informacje podstawowe**

<b>1.</b>	<b>Główny cel ubezpieczenia</b>	
	Indywidualne Ubezpieczenie na Życie MDC przeznaczone jest dla osób poszukujących ochrony ubezpieczeniowej z tytułu zabezpieczenia zdrowia i życia.	
<b>2.</b>	<b>Zakres ochrony ubezpieczeniowej</b>	
	<p>Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego, która nastąpiła w Okresie ubezpieczenia (Umowa podstawowa). Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o Umowy dodatkowe. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z Umową podstawową lub w Rocznicę Polisy. Zawarcie Umowy dodatkowej w Rocznicę Polisy wymaga przeprowadzenia przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna (Towarzystwo) oceny ryzyka ubezpieczeniowego.</p> <p>Za opłatą dodatkowej składki zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o Umowy dodatkowe z tytułu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Śmierci w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku (NW),</li> <li>2. Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku NW,</li> <li>3. Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy,</li> <li>4. Niezdolności do Samodzielnej Egzystencji,</li> <li>5. Pobytu w Szpitalu,</li> <li>6. Pobytu w Szpitalu w wyniku NW (90),</li> <li>7. Pobytu w Szpitalu w wyniku NW (180),</li> <li>8. Poważnego zachorowania (4),</li> <li>9. Poważnego zachorowania (25),</li> <li>10. Operacji medycznych.</li> </ol>	
<b>3.</b>	<b>Opis świadczeń przysługujących klientowi lub innym osobom z umowy ubezpieczenia</b>	
	<p>W ramach Umowy podstawowej, Towarzystwo wypłaca Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego, osobom uprawnionym wskazanym w Ogólnych Warunkach Indywidualnego Ubezpieczenia MDC (OWU), z zastrzeżeniem postanowień wynikających z OWU, a w razie rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o Umowy dodatkowe, z zastrzeżeniem postanowień wynikających z OWU i Ogólnych Warunków Indywidualnych Dodatkowych Ubezpieczeń (OWDU), Towarzystwo wypłaci:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Osobom uprawnionym do otrzymania Świadczenia wskazanym w OWU - Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku NW lub Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku NW Komunikacyjnego,</li> <li>2. Ubezpieczonemu: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Świadczenie z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku NW,</li> <li>b) Świadczenie z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy,</li> <li>c) Świadczenie z tytułu Niezdolności do Samodzielnej Egzystencji,</li> <li>d) Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu,</li> <li>e) Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu w wyniku NW (90),</li> <li>f) Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu w wyniku NW (180),</li> <li>g) Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania (4),</li> <li>h) Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania (25),</li> <li>i) Świadczenie z tytułu Operacji medycznych.</li> </ol> </li> </ol>	
<b>4.</b>	<b>Koszty ponoszone przez Ubezpieczającego</b>	
	Rodzaj kosztów	Kosztem ponoszonym przez Ubezpieczającego jest Składka.
	Wysokość kosztów	Wysokość Składki uzależniona jest od: zakresu ubezpieczenia, wysokości Sum ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego, częstotliwości opłacania Składki, Okresu ubezpieczenia, okresu Karencji w przypadku Poważnego zachorowania i Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy, oceny ryzyka, oraz Taryfy Składek obowiązującej w dniu zawierania umowy ubezpieczenia.
	Taryfa Składek	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.
	Częstotliwość ponoszenia kosztów	Częstotliwość ponoszenia kosztów może być: <ul style="list-style-type: none"> <li>• roczna - min. Składka wynosi 150 zł,</li> <li>• półroczna - min. Składka wynosi 90 zł,</li> <li>• kwartalna - min. Składka wynosi 50 zł,</li> <li>• miesięczna - min. Składka wynosi 20 zł.</li> </ul>
<b>5.</b>	<b>Zasady ustalania wysokości świadczenia należnego z tytułu Umowy ubezpieczenia, w tym czynników, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości Świadczenia</b>	
	<p>W ramach Umowy podstawowej wysokość Świadczenia określa się w następujący sposób:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego – stanowi kwotę równą 100 % SU wskazanej na Polisie lub Polisie przedłużeniowej.</li> </ol> <p>W ramach Umów dodatkowych wysokość Świadczeń określa się w następujący sposób:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku NW – stanowi kwotę równą 100% SU wskazanej na Polisie lub Polisie przedłużeniowej lub Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku NW Komunikacyjnego – stanowi kwotę równą 200% SU (wysokość Świadczenia zawiera 100 % Świadczenia z tytułu śmierci w wyniku NW).</li> <li>3. Świadczenie z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku NW – wypłacane jest w wysokości ustalonego w Tabeli Trwałego uszczerbku na zdrowiu, stanowiącej załącznik do OWDU, procentu SU wskazanej na Polisie lub Polisie przedłużeniowej.</li> <li>4. Świadczenie z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy – stanowi kwotę równą 100% SU wskazanej na Polisie lub Polisie przedłużeniowej.</li> <li>5. Świadczenie z tytułu Niezdolności do Samodzielnej Egzystencji – stanowi kwotę równą 100% SU wskazanej na Polisie lub Polisie przedłużeniowej.</li> <li>6. Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu – wypłacane jest w formie dziennego świadczenia szpitalnego w wysokości wskazanej na Polisie lub Polisie przedłużeniowej. Natomiast przypadku pobytu Ubezpieczonego na OIOM/OIT wypłacane jest Świadczenie w wysokości 150% dziennego świadczenia szpitalnego, o którym mowa w zdaniu poprzednim. Wysokość łącznych Świadczeń, związanych z Pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu nie może przekroczyć 90 Pełnych dób; jeżeli w jednej Pełnej dobie Ubezpieczony był pacjentem dwu lub większej liczby Szpitali, Towarzystwo wypłaci Świadczenie za tę Pełną dobę tylko jeden raz.</li> <li>7. Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu w wyniku NW (90) – wypłacane jest w formie dziennego świadczenia szpitalnego w wysokości wskazanej na Polisie lub Polisie przedłużeniowej. Natomiast w przypadku pobytu Ubezpieczonego na OIOM/OIT Świadczenie wypłacane jest w wysokości 150% dziennego świadczenia szpitalnego, o którym mowa w zdaniu poprzednim. Wysokość łącznych Świadczeń, związanych z Pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku NW nie może przekroczyć 90 Pełnych dób; jeżeli w jednej Pełnej dobie Ubezpieczony był pacjentem dwu lub większej liczby Szpitali, Towarzystwo wypłaci Świadczenie za tę Pełną dobę tylko jeden raz.</li> <li>8. Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu w wyniku NW (180) – wypłacane jest w formie dziennego świadczenia szpitalnego w wysokości wskazanej na Polisie lub Polisie przedłużeniowej. Natomiast w przypadku pobytu Ubezpieczonego na OIOM/OIT Świadczenie wypłacane jest w wysokości 150% dziennego świadczenia szpitalnego, o którym mowa w zdaniu poprzednim. Wysokość łącznych Świadczeń, związanych z Pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku NW nie może przekroczyć 180 Pełnych dób; jeżeli w jednej Pełnej dobie Ubezpieczony był pacjentem dwu lub większej liczby Szpitali, Towarzystwo wypłaci Świadczenie za tę Pełną dobę tylko jeden raz.</li> <li>9. Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania – stanowi kwotę równą 100% SU wskazanej na Polisie lub Polisie przedłużeniowej.</li> <li>10. Świadczenie z tytułu Operacji medycznych – wypłacane jest w wysokości odpowiedniego procentu SU, który odpowiada danej Kategorii Operacji medycznej, według tabeli wskazanej w art. 5 OWDU na wypadek Operacji medycznych. W przypadku, gdy w trakcie jednego dnia pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu zostanie przeprowadzona więcej niż jedna Operacja medyczna, a dwie lub więcej z przeprowadzonych Operacji medycznych należą - zgodnie z Listą Operacji medycznych, stanowiącą załącznik do OWDU - do tej samej Kategorii Operacji medycznych, Towarzystwo wypłaca Świadczenie wyłącznie za jedną Operację medyczną spośród Operacji medycznych należących do tej samej Kategorii. W przypadku, gdy w trakcie jednego dnia pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu zostanie przeprowadzona więcej niż jedna Operacja medyczna, z różnych Kategorii Operacji medycznych - zgodnie z Listą Operacji medycznych, stanowiącą załącznik do OWDU - Towarzystwo wypłaca Świadczenie tylko za Operację medyczną należącą do najwyższej Kategorii Operacji medycznych.</li> </ol>	

<b>6.</b>	<p><b>Wysokość Sumy ubezpieczenia</b></p> <p>Wskazane na Polisie lub Polisie przedłużeniowej SU z tytułu zawarcia Umowy podstawowej i Umów dodatkowych ustalane są indywidualnie i stanowią podstawę do określenia wysokości Świadczenia.</p>
<b>7.</b>	<p><b>Zasady i przesłanki ewentualnej zmiany wysokości Sumy ubezpieczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Po rozpatrzeniu wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i ocenie ryzyka Towarzystwo może zaproponować zmianę warunków umowy ubezpieczenia przedstawiając Ubezpieczającemu Kontraofertę.</li> <li>W trakcie trwania umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający może złożyć wniosek o zmianę umowy ubezpieczenia. W przypadku, w którym umowa ubezpieczenia została zawarta na cudzy rachunek, zmiana wysokości SU lub zakresu ubezpieczenia wymaga uprzedniej zgody Ubezpieczonego. SU może być podwyższona o 20% ostatniej SU, nie więcej jednak niż 200 000 zł (słownie: dwieście tysięcy złotych), z wyjątkiem Umów dodatkowych z tytułu Poważnego zachorowania lub Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy, gdzie SU może być podwyższona o 20% ostatniej SU, nie więcej jednak niż 100 000 zł (słownie: sto tysięcy złotych), bez przeprowadzania dodatkowej oceny ryzyka, dodatkowych badań lekarskich i diagnostycznych, w przypadku następujących sytuacji życiowych: <ol style="list-style-type: none"> <li>zawarcia związku małżeńskiego,</li> <li>narodzin dziecka,</li> <li>adopcji dziecka.</li> </ol> </li> <li>Podwyższenie SU w przypadkach określonych w pkt. 2 ppkt 1) - 3), może nastąpić po otrzymaniu przez Towarzystwo wniosku o zmianę umowy ubezpieczenia, wraz z dokumentacją, potwierdzającą wystąpienie wymienionych sytuacji życiowych (odpis aktu małżeństwa, odpis aktu urodzenia, postanowienie sądu dotyczące adopcji).</li> <li>Podwyższenie Sumy ubezpieczenia, na zasadach określonych w pkt. 3 nie dotyczy Umów dodatkowych zawartych z tytułu Operacji medycznych lub Pobytu w Szpitalu, lub Pobytu w Szpitalu w wyniku NW. Szczegółowe informacje zawarte są w art. 6 i art. 14 OWU.</li> </ol>
<b>8.</b>	<p><b>Okres ochrony ubezpieczeniowej</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku.</li> <li>Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od daty zawarcia umowy ubezpieczenia wskazanej na Polisie, pod warunkiem opłacenia Składki lub pierwszej raty Składki w terminie do dnia wskazanego na Polisie.</li> <li>W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek (na rachunek Ubezpieczonego), odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się nie wcześniej niż od dnia następnego 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.</li> <li>Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się na skutek zdarzeń określonych w art. 11 OWU oraz na skutek zdarzeń określonych w OWDU.</li> </ol>
<b>9.</b>	<p><b>Zasady kontynuacji lub wznowienia ochrony ubezpieczeniowej</b></p> <p>Umowa ubezpieczenia zostanie automatycznie przedłużona na okres kolejnego roku, o ile najpóźniej na 30 dni przed końcem umowy ubezpieczenia, żadna ze stron nie złoży pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy lub o gotowości przedłużenia umowy na zmienionych warunkach.</p>
<b>10.</b>	<p><b>Warunki wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem art. 5 ust. 3 i ust. 4 OWU nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia postanowień art. 5 ust. 3 i ust. 4 OWU doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności pominiętych lub co do których podano nieprawdę.</li> <li>Jeżeli do Zdarzenia ubezpieczeniowego 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.</li> <li>Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona, gdy śmierć Ubezpieczonego wystąpiła wskutek samobójstwa Ubezpieczonego, popełnionego w okresie dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.</li> </ol> <p>Dodatkowo w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wynikającego z OWU lub OWDU, odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpiło:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>wskutek działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wewnętrznych zamieszek, strajków, rozruchów oraz aktów sabotażu,</li> <li>wskutek czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroru, z wyłączeniem przypadków obrony koniecznej,</li> <li>wskutek zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radiologicznym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,</li> <li>w wyniku umyślnego popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu, o ile powyższe okoliczności miały wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.</li> </ol> <p>Ponadto, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego określonego w OWU jako śmierć w wyniku NW oraz w OWDU jako: Poważne zachorowanie, Pobyt w Szpitalu, Pobyt w Szpitalu w wyniku NW, śmierć w wyniku NW lub NW Komunikacyjnego, Niezdolność do Samodzielnej Egzystencji, Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy, Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku NW oraz Operacje medyczne, Towarzystwo nie odpowiada za zdarzenia będące wynikiem:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>uprawiania Sportów wysokiego ryzyka,</li> <li>Wyczynowego i Zawodowego uprawiania sportów oraz udziału w konkursach bicia rekordów,</li> <li>samookaleczenia bądź prób samookaleczenia,</li> <li>działania Ubezpieczonego, w Stanie po użyciu alkoholu lub w Stanie nietrzeźwości, albo działania pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,</li> <li>działania pod wpływem, w stanie lub w warunkach Zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego,</li> <li>przewozu lotniczego w charakterze innym niż pasażer samolotów pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,</li> <li>zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radiologicznym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię,</li> <li>rozszczenia jądrowego lub promieniotwórczość,</li> <li>prowadzenia pojazdu bez wymaganego prawem uprawnienia do prowadzenia danego pojazdu,</li> <li>zatrucia się Ubezpieczonego spowodowanego spożyciem alkoholu etylowego lub metylowego,</li> <li>zatrucia się Ubezpieczonego spowodowanego użyciem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony, o ile powyższe okoliczności miały wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.</li> </ol> <p>Ponadto, w przypadku Pobytu w Szpitalu Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli celem Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu jest:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>leczenie lub poddanie się zabiegowi pozostającemu w związku z ciążą, porodem lub połogiem (z zastrzeżeniem Pobytu w Szpitalu związanego z ciążą wysokiego ryzyka oraz Pobytu w Szpitalu związanego z porodem i mającego na celu leczenie Choroby, będącej skutkiem powikłań poporodowych),</li> <li>poddanie się operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków NW, jakiemu osoba objęta ochroną ubezpieczeniową uległa w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej,</li> <li>wykonanie rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie jest Choroba lub obrażenia ciała,</li> <li>wykonanie zabiegów rehabilitacyjnych,</li> <li>leczenie Zaburzeń psychicznych,</li> <li>leczenie Choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV,</li> <li>leczenie wad wrodzonych,</li> <li>leczenie zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu lub środków odurzających, z wyłączeniem przypadków ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,</li> <li>leczenie niepłodności, (wyłączenie dotyczy również Pobytu w Szpitalu związanego z pozaustrojowym zapłodnieniem Ubezpieczonego lub sterylizacją Ubezpieczonego),</li> <li>pobranie narządów do przeszczepu.</li> </ol> <p>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 wycieczkowych.</p>

	<p>Ponadto, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje Poważnych zachorowań będących:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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,</li> <li>2) następstwem lub konsekwencją wady wrodzonej lub schorzenia wrodzonego.</li> </ol> <p>Ponadto, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje Operacji medycznych będących wynikiem:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) zabiegów eksperymentalnych lub badań naukowych,</li> <li>2) hospitalizacji, związanej z prawidłowo przebiegającą ciążą lub niepowikłanym porodem,</li> <li>3) leczenia niepłodności, (wyłączenie dotyczy również hospitalizacji związanej z pozaustrojowym zapłodnieniem Ubezpieczonego lub sterylizacją Ubezpieczonego),</li> <li>4) hospitalizacji w charakterze dawcy narządów do przeszczepu,</li> <li>5) leczenia wad wrodzonych lub ich następstw,</li> <li>6) zmiany płci przez Ubezpieczonego i obrzezaniem Ubezpieczonego,</li> <li>7) chirurgicznej korekcji wad wzroku,</li> <li>8) kosmetycznej (w tym zmniejszanie piersi), o ile nie jest związana z leczeniem w wyniku NW,</li> <li>9) chirurgii szczękowej i stomatologicznej.</li> </ol>
<b>11.</b>	<p><b>Możliwość i sposób rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej</b></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>
<b>12.</b>	<p><b>Skutki rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej</b></p> <p>Rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej skutkuje brakiem dalszej odpowiedzialności Towarzystwa wobec Ubezpieczonego.</p>
<b>13.</b>	<p><b>Wysokość kosztów związanych z rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej, ponoszonych przez klienta</b></p> <p>Brak kosztów.</p>
<b>14.</b>	<p><b>Zasady i tryb zgłaszania zdarzenia ubezpieczeniowego</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Osoba uprawniona do otrzymania Świadczenia, występująca z roszczeniem o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego lub śmierci Ubezpieczonego w wyniku NW (tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa) obowiązana jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wniosek o wypłatę Świadczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy, bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),</li> <li>2) skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,</li> <li>3) dokumentację potwierdzającą zajście NW, jeżeli przyczyną śmierci Ubezpieczonego był NW,</li> <li>4) kartę zgonu Ubezpieczonego z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyny lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza określający przyczynę zgonu,</li> <li>5) własny dokument tożsamości,</li> <li>6) postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku wraz z klauzulą prawomocności bądź zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia – dotyczy tylko innych spadkobierców Ubezpieczonego, o których mowa w art. 13 ust.6 pkt 4).</li> </ol> </li> <li>2. Przy roszczeniu o wypłatę Świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu, Pobytu w Szpitalu w wyniku NW, Ubezpieczony obowiązany jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wniosek o wypłatę Świadczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),</li> <li>2) kartę informacyjną leczenia Szpitalnego lub kartę wypisową ze Szpitala wydaną przez lekarza prowadzącego (w przypadku pobytu na OIOM/OIT również kartę wypisową z OIOM/OIT),</li> <li>3) własny dokument tożsamości.</li> </ol> </li> <li>3. Przy roszczeniu o wypłatę Świadczenia z tytułu Operacji medycznych, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wniosek o wypłatę Świadczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),</li> <li>2) dokumentację medyczną dotyczącą przeprowadzonej Operacji medycznej, w tym - kartę informacyjną leczenia szpitalnego z opisem wykonanej Operacji medycznej,</li> <li>3) dokumentację dotyczącą Choroby oraz jej leczenia,</li> <li>4) dokumentację dotyczącą NW – w przypadku gdy Operacja medyczna była wynikiem chirurgii kosmetycznej (w tym zmniejszanie piersi),</li> <li>5) własny dokument tożsamości.</li> </ol> </li> <li>4. Przy roszczeniu o wypłatę Świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania, Ubezpieczony obowiązany jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wniosek o wypłatę Świadczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),</li> <li>2) dokumentację medyczną potwierdzającą leczenie, wystąpienie Poważnego zachorowania i datę jego zdiagnozowania,</li> <li>3) własny dokument tożsamości.</li> </ol> </li> <li>5. Przy roszczeniu o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku NW lub NW Komunikacyjnego, osoba uprawniona do otrzymania Świadczenia i występująca z wnioskiem o wypłatę Świadczenia obowiązana jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wniosek o wypłatę Świadczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),</li> <li>2) skrócony odpis aktu zgonu,</li> <li>3) kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyny lub dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu,</li> <li>4) dokumentację potwierdzającą zajście NW lub NW Komunikacyjnego,</li> <li>5) własny dokument tożsamości.</li> </ol> </li> <li>6. Przy roszczeniu o wypłatę Świadczenia z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wniosek o wypłatę Świadczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),</li> <li>2) orzeczenie lekarskie o całkowitej niezdolności do pracy,</li> <li>3) dokumentację dotyczącą Choroby oraz jej leczenia – w przypadku gdy Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy nastąpiła w wyniku Choroby,</li> <li>4) dokumentację dotyczącą NW – w przypadku gdy Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy nastąpiła w wyniku NW,</li> <li>5) własny dokument tożsamości.</li> </ol> </li> <li>7. Przy roszczeniu o wypłatę Świadczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku NW, Ubezpieczony obowiązany jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wniosek o wypłatę Świadczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),</li> <li>2) dokumentację dotyczącą NW i leczenia jego skutków,</li> <li>3) orzeczenie lekarskie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji,</li> <li>4) własny dokument tożsamości.</li> </ol> </li> <li>8. Przy roszczeniu o wypłatę Świadczenia z tytułu Niezdolności do Samodzielnej Egzystencji, Ubezpieczony obowiązany jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wniosek o wypłatę Świadczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),</li> <li>2) dokumentację medyczną, na podstawie której zostało wydane orzeczenie o Niezdolności do Samodzielnej Egzystencji,</li> <li>3) orzeczenie o Niezdolności do Samodzielnej Egzystencji wydane przez podmiot uprawniony do orzekania o niezdolności do samodzielnej egzystencji,</li> <li>4) własny dokument tożsamości.</li> </ol> </li> <li>9. W przypadku gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa, wystąpiły na terytorium kraju innego niż Rzeczpospolita Polska (RP), wszelkie dokumenty składane przez osobę uprawnioną do otrzymania Świadczenia, a wystawione przez uprawnione podmioty poza terytorium RP powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.</li> <li>10. Koszty związane z uzyskaniem i przekazaniem dokumentów, o których mowa w pkt. 9 ponosi Ubezpieczony lub osoba uprawniona do Świadczenia.</li> <li>11. Towarzystwo wypłaca należne Świadczenie w ciągu 30 dni od daty zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego. 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 Świadczenia Towarzystwo powinno wypłacić w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.</li> </ol>



<b>15.</b>	<b>Tryb składania i rozpatrywania reklamacji</b>
	<p>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:</p> <p>a) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa, w dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa zajmującej się obsługą klientów bądź przesyłką pocztową na adres: SALTUS TU ŻYCIE SA, Władysława IV 22, 81-743 Sopot,</p> <p>b) osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Towarzystwa lub dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa zajmującej się obsługą klientów,</p> <p>c) telefonicznie, pod numerem telefonu: 58 770 36 90.</p> <p>2. Reklamacja powinna zawierać:</p> <p>a) imię, nazwisko, adres i numer telefonu kontaktowego zgłaszającego reklamację,</p> <p>b) numer Polisy lub Polisy przedłużeniowej,</p> <p>c) przedmiot reklamacji,</p> <p>d) uzasadnienie reklamacji z podaniem ewentualnych dowodów.</p> <p>3. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie przez Towarzystwo reklamacji chyba, że okoliczności ta nie ma wpływu na sposób procedowania reklamacją.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w pkt. 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.</p> <p>7. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba uprawniona do Świadczenia ma prawo do zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz Rzecznika Finansowego.</p> <p>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 <a href="http://rf.gov.pl/">http://rf.gov.pl/</a></p> <p>9. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.</p>
<b>16.</b>	<b>Zasady obejmowania ochroną ubezpieczeniową osób innych niż klient i zakres takiej ochrony</b>
	Nie dotyczy.
<b>17.</b>	<b>Podmiot uprawniony do otrzymania świadczenia z umowy ubezpieczenia</b>
	<p>1. Ubezpieczony może wskazać jednego lub więcej Uposażonych do otrzymania Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, określając część Świadczenia przypadającą każdemu z nich. W przypadku, w którym oznaczone każdemu z Uposażonych części Świadczenia nie dają sumy 100%, pozostałą część dzieli się pomiędzy wszystkich Uposażonych, proporcjonalnie do ich udziału w Świadczeniu, z uwzględnieniem zapisów pkt. 6.</p> <p>2. Wskazanie Uposażonego może nastąpić zarówno przy zawarciu umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej trwania.</p> <p>3. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać Uposażonego. Zmiana lub odwołanie Uposażonego następuje w momencie wypełnienia tego zawiadomienia do Towarzystwa.</p> <p>4. Jeżeli zostało wskazanych kilku Uposażonych, a nie oznaczono ich udziału w kwocie Świadczenia, uważa się, że ich udziały są równe.</p> <p>5. Wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci.</p> <p>6. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma imiennie wyznaczonego Uposażonego, Świadczenie otrzymują wskazane poniżej osoby, w następującej kolejności:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) małżonek, z którym Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dacie wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością Towarzystwa – otrzymuje w całości,</li> <li>2) dzieci Ubezpieczonego – otrzymują w równych częściach,</li> <li>3) rodzice Ubezpieczonego – otrzymują w równych częściach,</li> <li>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.</li> </ol> <p>7. W razie braku Uposażonego lub osoby wymienionej w pkt. 6, przysługującego Świadczenia Towarzystwo wypłaca, w granicach Sumy ubezpieczenia, w pierwszym rzędzie udowodnione rachunkami koszty pogrzebu osobie, która te koszty poniosła.</p>
<b>18.</b>	<b>Prawo do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w przypadku, gdy takie uprawnienie przysługuje klientowi</b>
	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 ubezpieczyciel nie poinformował ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie; odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
<b>19.</b>	<b>Przepisy regulujące ewentualne opodatkowanie świadczeń zakładu ubezpieczeń</b>
	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.
<b>20.</b>	<b>Informacje o ewentualnych premiach i rabatach</b>
	Nie dotyczy.
<b>21.</b>	<b>Ryzyka związane z ubezpieczeniem</b>
	Nie dotyczy.
<b>22.</b>	<b>Główne cechy ubezpieczenia</b>
	<p>– możliwość rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o Umowy dodatkowe: Śmierć w wyniku NW, Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku NW, Trwałą i Całkowitą Niezdolność do Pracy, Niezdolność do Samodzielnej Egzystencji, Pobyt w Szpitalu, Pobyt w Szpitalu w wyniku NW (90), Pobyt w Szpitalu w wyniku NW (180), Poważne zachorowanie (4), Poważne zachorowanie (25), Operacje medyczne.</p> <p>– składka ustalona w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, może być opłacana z częstotliwością roczną, półroczną, kwartalną lub miesięczną.</p>

## 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 OWU i OWDU, uchwalonymi w dniu 9 kwietnia 2020 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](mailto:info@saltus.pl)  
[www.saltus.pl](http://www.saltus.pl)