



Grupowe Ubezpieczenie na Życie

SALTUS – Moje ŻYCIE

Dokument zawierający informacje
o produkcie ubezpieczeniowym

Informacja o produkcie

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Grupowe Ubezpieczenie na Życie SALTUS – Moje ŻYCIE

SALTUS
UBEZPIECZENIA

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

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

Produkt: Grupowe Ubezpieczenie na Życie SALTUS – Moje ŻYCIE

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje na temat umowy dotyczące niniejszego produktu ubezpieczeniowego podane są w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie SALTUS – Moje ŻYCIE (OWU) uchwalonych w dniu 10 lutego 2026 roku przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA oraz Ogólnych Warunkach Grupowych Ubezpieczeń Dodatkowych (OWDU) i mających zastosowanie do umów zawieranych od dnia 13 lutego 2026 roku oraz w treści dokumentu ubezpieczenia.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Grupowe ubezpieczenie SALTUS – Moje Życie jest dobrowolnym grupowym ubezpieczeniem na życie z Działu I Grupy 1 i 5, zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Ubezpieczenie jest propozycją dla Członków Spółdzielczych Instytucji Finansowych, którzy poszukują ochrony ubezpieczeniowej.



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

w wariantach Dla Ciebie:

- ✓ śmierć Ubezpieczonego,
- ✓ śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ śmierć Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,
- ✓ uszkodzenie ciała Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ całkowita niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego,
- ✓ usługi wspierające powrót do zdrowia lub/i usługi medyczne na wypadek konieczności uzyskania pomocy po zaistnieniu nieszczęśliwego wypadku – POWRÓT DO ZDROWIA PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU.

w wariantach Dla Ciebie Premium:

- ✓ śmierć Ubezpieczonego,
- ✓ śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ śmierć Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,
- ✓ uszkodzenie ciała Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ całkowita niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego,
- ✓ wystąpienie u Ubezpieczonego choroby nowotworowej,
- ✓ usługi wspierające powrót do zdrowia lub/i usługi medyczne na wypadek konieczności uzyskania pomocy po zaistnieniu nieszczęśliwego wypadku – POWRÓT DO ZDROWIA PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU.

w wariantach Dla Ciebie i Twojego Partnera:

- ✓ śmierć Ubezpieczonego,
- ✓ śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ śmierć Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,
- ✓ uszkodzenie ciała Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ całkowita niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego,
- ✓ śmierć małżonka Ubezpieczonego,
- ✓ śmierć małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ śmierć małżonka Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,
- ✓ uszkodzenie ciała małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ całkowita niezdolność małżonka Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ pobyt małżonka Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ pobyt małżonka Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego,
- ✓ usługi wspierające powrót do zdrowia lub/i usługi medyczne na wypadek konieczności uzyskania pomocy po zaistnieniu nieszczęśliwego wypadku – POWRÓT DO ZDROWIA PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU.

w wariantach Dla Ciebie i Twojego Dziecka:

- ✓ śmierć Ubezpieczonego,
- ✓ śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ śmierć Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,
- ✓ uszkodzenie ciała Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ całkowita niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego,
- ✓ śmierć dziecka Ubezpieczonego,
- ✓ śmierć dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ śmierć dziecka Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,
- ✓ uszkodzenie ciała dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego,
- ✓ osierocenie dziecka Ubezpieczonego,
- ✓ urodzenie dziecka Ubezpieczonego,
- ✓ urodzenie martwego dziecka Ubezpieczonego,
- ✓ usługi wspierające powrót do zdrowia lub/i usługi medyczne na wypadek konieczności uzyskania pomocy po zaistnieniu nieszczęśliwego wypadku – POWRÓT DO ZDROWIA PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU.

w wariantach Dla Ciebie i Twojej Rodziny:

- ✓ śmierć Ubezpieczonego,
- ✓ śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ śmierć Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,
- ✓ uszkodzenie ciała Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ całkowita niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego,
- ✓ śmierć dziecka Ubezpieczonego,
- ✓ śmierć dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ śmierć dziecka Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,
- ✓ uszkodzenie ciała dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego,
- ✓ osierocenie dziecka Ubezpieczonego,
- ✓ urodzenie dziecka Ubezpieczonego,
- ✓ urodzenie martwego dziecka Ubezpieczonego,
- ✓ śmierć małżonka Ubezpieczonego,
- ✓ śmierć małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ śmierć małżonka Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,
- ✓ uszkodzenie ciała małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ całkowita niezdolność małżonka Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ pobyt małżonka Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ pobyt małżonka Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego,
- ✓ śmierć rodziców/teściów Ubezpieczonego,
- ✓ śmierć rodziców/teściów Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ śmierć rodziców/teściów Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,
- ✓ usługi wspierające powrót do zdrowia lub/i usługi medyczne na wypadek konieczności uzyskania pomocy po zaistnieniu nieszczęśliwego wypadku – POWRÓT DO ZDROWIA PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU.

Zakres ochrony ubezpieczeniowej na wniosek Ubezpieczającego złożony wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia może zostać rozszerzony o wybrane przez Ubezpieczającego ryzyka ubezpieczeniowe:

w wariantach Dla Ciebie lub dla Ciebie Premium, lub Dla Ciebie i Twojego Partnera:

- ✓ usługi wspierające powrót do zdrowia lub/i usługi medyczne na wypadek konieczności uzyskania pomocy po wystąpieniu poważnego schorzenia kardiologicznego – POMOC DLA SERCA,
- ✓ usługi medyczne na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności zasięgnięcia konsultacji telemedycznej lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej,
- ✓ usługi medyczne na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności zasięgnięcia konsultacji telemedycznej lekarzy specjalistów,

w wariantach Dla Ciebie i Twojego Dziecka:

- ✓ operacja chirurgiczna dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ usługi wspierające powrót do zdrowia lub/i usługi medyczne na wypadek konieczności uzyskania pomocy po wystąpieniu poważnego schorzenia kardiologicznego – POMOC DLA SERCA,
- ✓ usługi medyczne na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności zasięgnięcia konsultacji telemedycznej lekarzy pierwszego kontaktu,
- ✓ usługi medyczne na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności zasięgnięcia konsultacji telemedycznej lekarzy specjalistów,

w wariantach Dla Ciebie i Twojej Rodziny:

- ✓ operacja chirurgiczna dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ wsparcie dla seniora na wypadek uszkodzenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku – POMOC DLA SENIORA,
- ✓ usługi wspierające powrót do zdrowia lub/i usługi medyczne na wypadek konieczności uzyskania pomocy po wystąpieniu poważnego schorzenia kardiologicznego – POMOC DLA SERCA,
- ✓ usługi medyczne na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności zasięgnięcia konsultacji telemedycznej lekarzy pierwszego kontaktu,
- ✓ usługi medyczne na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności zasięgnięcia konsultacji telemedycznej lekarzy specjalistów,
- ✓ Sumę ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia w jednakowej wysokości dla wszystkich Ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem grupowym.
- ✓ Suma ubezpieczenia wskazana jest w polisie.

Wysokości świadczeń ubezpieczeniowych dla poszczególnych ryzyk ubezpieczeniowych, z wyłączeniem limitów dotyczących usług wspierających powrót do zdrowia oraz usług medycznych, których wysokość wskazana jest OWU, obliczana jest w oparciu o sumę ubezpieczenia wg postanowień zapisanych w OWU.



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- ✗ Zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową powstałych poza okresem ubezpieczenia.
- ✗ Zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienia fizyczne i moralne.
- ✗ Zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, innych niż zdarzenia powstałe wskutek nieszczęśliwego wypadku, które wystąpiły w okresie karencji wskazanym w OWU lub OWDU.

Karencja:

W umowie ubezpieczenia stosuje się okres karencji, który wynosi:

O ile odpowiednie OWDU nie stanowią inaczej w umowie ubezpieczenia stosuje się okres karencji, który wynosi:

- 1) 6 miesięcy – w odniesieniu do następujących zdarzeń ubezpieczeniowych: śmierć Ubezpieczonego, śmierć małżonka Ubezpieczonego, śmierć dziecka Ubezpieczonego, śmierć rodzica lub teścia Ubezpieczonego, osierocenie dziecka, wystąpienie u Ubezpieczonego choroby nowotworowej,
- 2) 9 miesięcy – w odniesieniu do: urodzenia dziecka Ubezpieczonemu, urodzenia martwego dziecka Ubezpieczonemu.

Okres karencji liczony jest odpowiednio:

- 1) od pierwszego dnia miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym Ubezpieczony złożył deklarację zgody na przystąpienie do ubezpieczenia grupowego,
- 2) od pierwszego dnia miesiąca, przypadającego po miesiącu, w którym Ubezpieczony złożył wniosek o zmianę ubezpieczenia grupowego.

Po zmianie ubezpieczenia grupowego, karencję stosuje się w odniesieniu do świadczeń ubezpieczeniowych, które nie obowiązywały wobec osób objętych ubezpieczeniem przed zmianą ubezpieczenia grupowego oraz w odniesieniu do części kwot dotychczasowych świadczeń, o które w wyniku zmiany ubezpieczenia grupowego, wzrosła odpowiedzialność Towarzystwa.



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona, gdy śmierć Ubezpieczonego nastąpiła wskutek:

- ! działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wewnętrznych zamieszek, strajków, rozruchów oraz aktów sabotażu,
 - ! zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - ! umyślnego popełnienia lub usiłowania popełnienia przez osobę objętą ubezpieczeniem przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu,
 - ! zatrucia się osoby objętej ubezpieczeniem spowodowanego spożyciem alkoholu lub środków odurzających,
 - ! chorób związanych z nadużywaniem przez osobę objętą ubezpieczeniem alkoholu lub środków odurzających,
 - ! działania osoby objętej ubezpieczeniem w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości albo działania pod wpływem innych środków odurzających, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - ! czynnego udziału osoby objętej ubezpieczeniem w aktach przemocy lub terroryzmu,
 - ! samobójstwa popełnionego przez osobę objętą ubezpieczeniem w okresie pierwszych dwóch lat od objęcia tej osoby ochroną ubezpieczeniową,
- o ile okoliczności, o których mowa w pkt. 3) – 8), miały wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.

Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych będących wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który zaistniał przed dniem początku odpowiedzialności Towarzystwa lub był wynikiem:

- ! uprawiania przez osobę objętą ubezpieczeniem sportów wysokiego ryzyka: sporty motorowe, jazda na quadach, sporty motorowodne (w tym narciarstwo wodne), żeglarstwo morskie, wędkarstwo morskie, surfing, windsurfing, kitesurfing, wakeboarding, rafting, canyoning, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, nurkowanie na zatrzymanym oddechu, nurkowanie wrakowe i jaskiniowe, szybownictwo, baloniarstwo, skoki ze spadochronem, BASE jumping, lotniarstwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, pilotowanie samolotów silnikowych, wspinaczka wysokogórska, skalna i skałkowa, speleologia przy użyciu sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego lub wymagająca użycia takiego sprzętu, jazda na nartach lub snowboardzie po oznakowanych trasach zjazdowych, bobsleje, saneczkarstwo uprawiane na torach lodowych, skoki narciarskie, narciarstwo ekstremalne: skialpinizm, zjazdy ekstremalne, freestyle, jazda na skuterach śnieżnych, na śnieżnej poduszce powietrznej, na sankach gąsienicowych, na śnieżnej hulajnodze, icesurfing, jazda na bojerach, snowboarding ekstremalny: freeride, snowboarding wysokogórski, snowboarding prędkościowy, skoki i ewolucje snowboardowe, snowkite, snowcross, boardercross, snowscooting, skoki na linie (w tym bungee jumping, dream jumping), sztuki i sporty walki, sporty obronne, rugby, futbol amerykański, jeździectwo, biegi maratońskie, triathlon, kolarstwo górskie, downhill, parkour, udział w polowaniach na zwierzęta z użyciem broni palnej lub pneumatycznej, uczestniczenie w wyprawach survivalowych lub wyprawach do miejsc, które charakteryzują się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi czy przyrodniczymi: pustynia, góry powyżej 2500 m n.p.m. (w tym wyprawy trekkingowe), busz, bieguny i strefy podbiegunowe, dżungla. Obejmuje również uczestniczenie w wyprawach na tereny lodowcowe lub śnieżne, jeśli wyprawy te wymagają użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego,
 - ! wyczynowego i zawodowego uprawiania sportów przez osobę objętą ubezpieczeniem,
 - ! próby popełnienia samobójstwa, samookaleczenia się lub okaleczenia na własną prośbę osoby objętej ubezpieczeniem, niezależnie od stanu jej poczytalności,
 - ! działania osoby objętej ubezpieczeniem pod wpływem, w stanie lub warunkach choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego,
 - ! przewozu lotniczego osoby objętej ubezpieczeniem w charakterze innym niż pasażer samolotu pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
 - ! poddania się przez osobę objętą ubezpieczeniem zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarzy,
 - ! prowadzenia przez osobę objętą ubezpieczeniem pojazdu bez wymaganych prawem uprawnień do prowadzenia danego pojazdu albo prowadzenia pojazdu, który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania, o ile badanie techniczne lub dopuszczenie do ruchu lub użytkowania są wymagane przepisami prawa,
 - ! leczenia lub zabiegów z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej lub kosmetyki,
 - ! leczenia kuracyjnego, sanatoryjnego lub uzdrowiskowego,
- o ile okoliczności, o których mowa w pkt. 1) – 9), miały wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.

W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego drugiej lub kolejnej choroby nowotworowej świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, o ile nie pozostaje ona w związku przyczynowo – skutkowym z wcześniej rozpoznaną chorobą nowotworową, w związku, z którą SALTUS TU ŻYCIE SA wypłaciło świadczenie ubezpieczeniowe.



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ Na terytorium całego świata, z zastrzeżeniem, iż usługi wspierające powrót do zdrowia oraz usługi medyczne realizowane za pośrednictwem Centrum operacyjnego dostępne są wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.



Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Ubezpieczony zobowiązany jest podać do wiadomości SALTUS TU ŻYCIE SA wszystkie znane sobie okoliczności, które mogą mieć wpływ na podjęcie przez SALTUS TU ŻYCIE SA decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia, przez udzielenie przy zawieraniu bądź przystępowaniu do umowy ubezpieczenia zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania SALTUS TU ŻYCIE SA zawarte w formularzach SALTUS TU ŻYCIE SA lub przed zawarciem Umowy w innych pismach.



Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia grupowego jest opłacana z częstotliwością miesięczną. W czasie trwania umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania SALTUS TU ŻYCIE SA składek ubezpieczeniowych za każdą osobę objętą ubezpieczeniem, w terminie do 10 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni.



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Umowa ubezpieczenia grupowego zawierana jest na jeden rok.

Umowa ubezpieczenia jest automatycznie przedłużana na okres kolejnego roku, o ile najpóźniej na 30 dni przed wskazaną w polisie datą zakończenia umowy ubezpieczenia, żadna ze stron umowy ubezpieczenia nie złoży pisemnego oświadczenia o jej nieprzedłużeniu lub o gotowości jej przedłużenia na zmienionych warunkach.

Odpowiedzialność SALTUS TU ŻYCIE SA w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, przypadającego po dacie złożenia deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia składki za pierwszy miesiąc ochrony, z zastrzeżeniem okresu ograniczenia odpowiedzialności SALTUS TU ŻYCIE SA (karencja).

Odpowiedzialność SALTUS TU ŻYCIE SA kończy się:

- dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego.
- z ostatnim dniem okresu wypowiedzenia przez Ubezpieczającego umowy ubezpieczenia względem wszystkich lub poszczególnych Ubezpieczonych.
- z dniem wykreślenia Ubezpieczającego z właściwego rejestru bądź ewidencji – wskutek zaprzestania prowadzenia działalności przez Ubezpieczającego.

W odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych, odpowiedzialność SALTUS TU ŻYCIE SA kończy się:

- 1) z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczony przestał być członkiem grupy,
- 2) z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczony złożył rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej,
- 3) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
- 4) z ostatnim dniem okresu wypowiedzenia.

W przypadkach opisanych w pkt 1)-4), odpowiedzialność SALTUS TU ŻYCIE SA kończy się zarówno w stosunku do Ubezpieczonego, jak i do jego małżonka, dzieci, rodziców i teściów, którzy wraz z nim byli objęci ochroną ubezpieczeniową.



Jak rozwiązać umowę?

1. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia doręczenia mu przez Towarzystwo polisy, przez złożenie Towarzystwu oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie; odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
3. Wypowiedzenie umowy nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
4. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu na jaki została zawarta, o ile nie dojdzie do jej przedłużenia.

Informacja o produkcie
grupowe ubezpieczenie na życie SALTUS – Moje ŻYCIE
Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego
Ubezpieczenia na Życie SALTUS – Moje ŻYCIE,
uchwalonymi przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA
w dniu 10 lutego 2026 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3, § 4, § 5
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 2, § 6, § 19

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SALTUS – Moje ŻYCIE

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

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

§ 2 (definicje)

Przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWU:

1. **całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji** - trwałe naruszenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku sprawności organizmu, powodujące konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, ustalona na podstawie orzeczenia lekarskiego, wydanego przez podmiot uprawniony do orzekania niezdolności do samodzielnej egzystencji,
2. **choroba nowotworowa** - zdiagnozowany po raz pierwszy u Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa: 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 przeprowadzonym przez lekarza patomorfologa; 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:
 - 1) 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,
 - 2) wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji),
 - 3) czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) (≤ 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 r.,
 - 4) nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), rak podstawnokomórkowy skóry i rak kolczystokomórkowy skóry,
 - 5) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV,
3. **członek grupy** - pracownik (osoba zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, mianowania, wyboru, powołania, umowy o pracę nakładczą, w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy, osoba zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia, jeżeli osoba ta jest objęta ubezpieczeniem społecznym z tego tytułu oraz osoba zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy zawartej w wyniku powołania lub wyboru do organu reprezentującego osobę prawną, w tym kontraktu menedżerskiego), członek spółdzielni, stowarzyszenia, organizacji samorządowej, organizacji społecznej,
4. **data wymagalności** - data, do której zgodnie z umową ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki ubezpieczeniowej,
5. **dziecko Ubezpieczonego (dziecko)** - dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 25 roku życia,
6. **indywidualna kontynuacja ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia na życie zawarta przez osobę fizyczną, po zakończeniu wobec tej osoby ochrony ubezpieczeniowej w ubezpieczeniu grupowym,
7. **karencja** - okres ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa występujący w sytuacjach wskazanych w OWU lub OWDU, uwzględniany w wyliczeniu składki ubezpieczeniowej,

8. **małżonek Ubezpieczonego** - osoba, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dacie wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa albo - w przypadku niepozostawania Ubezpieczonego w związku małżeńskim - osoba niespokrewniona z Ubezpieczonym w linii prostej, niebędąca rodzeństwem ani powinowatym, pozostająca z Ubezpieczonym w faktycznym wspólnym pożyciu (osoba ta musi, w dacie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed datą wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, posiadać miejsce zamieszkania identyczne z miejscem zamieszkania Ubezpieczonego), a przy tym niepozostająca w związku małżeńskim,
9. **nieszczęśliwy wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, w następstwie którego osoba objęta ubezpieczeniem, niezależnie od swojej woli, doznała trwałego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarła,
10. **uszkodzenie ciała** - uszkodzenie narządów lub układów narządów osoby objętej ubezpieczeniem, powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, określone w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU,
11. **operacja chirurgiczna** - zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu uszkodzenia ciała dziecka Ubezpieczonego powstałego bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, wymieniony w Tabeli operacji chirurgicznych, stanowiącej Załącznik nr 2 do niniejszych OWU, przeprowadzony przez lekarza w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym w trakcie pobytu osoby objętej ochroną ubezpieczeniową w szpitalu,
12. **osoba objęta ubezpieczeniem** - w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia: Ubezpieczony, małżonek Ubezpieczonego, dzieci Ubezpieczonego, rodzice lub teściowie Ubezpieczonego,
13. **pobyt w szpitalu** - potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu, powstały bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, trwający nieprzerwanie co najmniej 2 dni, przy czym do okresu pobytu w szpitalu zaliczane są w całości: dzień, w którym osoba objęta ubezpieczeniem została przyjęta do szpitala oraz dzień, w którym osoba objęta ubezpieczeniem została wypisana ze szpitala,
14. **polisa** - dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia między Ubezpieczającym a Towarzystwem,
15. **rocznica polisy** - każda kolejna rocznica wskazanego w polisie dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, przy czym za rocznicę dnia 29 lutego uważa się dzień 28 lutego następnego roku polisowego (w przypadku, gdy w roku polisowym występuje dzień 29 lutego, za rocznicę polisy uważa się dzień 29 lutego),
16. **rodzice** - matka lub ojciec Ubezpieczonego w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; za rodziców Ubezpieczonego uznaje się również (jeżeli matka lub ojciec Ubezpieczonego nie żyją) osoby będące w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - 1) żoną ojca Ubezpieczonego lub wdową po ojcu Ubezpieczonego, o ile po śmierci ojca Ubezpieczonego nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
 - 2) mężem matki Ubezpieczonego lub wdowcem po matce Ubezpieczonego, o ile po śmierci matki Ubezpieczonego nie wstąpił ponownie w związek małżeński,
17. **rok polisowy** - każdy rok trwania umowy ubezpieczenia, licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia (lub jej przedłużenia), do dnia poprzedzającego rocznicę polisy,
18. **sporty wysokiego ryzyka** - sporty motorowe, jazda na quadach, sporty motorowodne (w tym narciarstwo wodne), żeglarsstwo morskie, wędkarstwo morskie, surfing, windsurfing, kitesurfing, wakeboarding, rafting, canyoning, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, nurkowanie na zatrzymanym oddechu, nurkowanie wrakowe i jaskiniowe, szybownictwo, baloniarstwo, skoki ze spadochronem, BASE jumping, lotniarstwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, pilotowanie samolotów silnikowych, wspinaczka wysokogórska, skalna i skałkowa, speleologia przy użyciu sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego lub wymagająca użycia takiego sprzętu, jazda na nartach lub snowboardzie po oznakowanych trasach zjazdowych, bobsleje, saneczkarstwo uprawiane na torach lodowych, skoki narciarskie, narciarstwo ekstremalne: skialpinizm, zjazdy ekstremalne, freestyle, jazda na skuterach śnieżnych, na śnieżnej poduszce powietrznej, na sankach gąsienicowych, na śnieżnej hulajnodze, icesurfing, jazda na bojerach, snowboarding ekstremalny: freeride, snowboarding wysokogórski, snowboarding prędkościowy, skoki i ewolucje snowboardowe, snowkite, snowcross, boardercross, snowscooting, skoki na linie (w tym bungee jumping, dream jumping), sztuki i sporty walki, sporty obronne, rugby, futbol amerykański, jeździectwo, biegi maratońskie, triathlon, kolarstwo górskie, downhill, parkour, udział w polowaniach na zwierzęta z użyciem broni palnej lub pneumatycznej, uczestniczenie w wyprawach survivalowych lub wyprawach do miejsc, które charakteryzują się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi czy przyrodniczymi: pustynia, góry powyżej 2500 m n.p.m. (w tym wyprawy trekkingowe), busz, bieguny i strefy podbiegunowe, dżungla. Obejmuje również uczestniczenie w wyprawach na tereny lodowcowe lub śnieżne, jeśli wyprawy te wymagają użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego,
19. **szpital** - działający zgodnie z odpowiednimi przepisami, zakład lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się: ośrodka opieki społecznej,

- ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala rehabilitacyjnego, oddziału rehabilitacyjnego oraz ośrodka rehabilitacji,
20. **świadczenie ubezpieczeniowe** - kwota pieniężna, którą Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu lub osobie uprawnionej w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
21. **teściowie** - matka lub ojciec (w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego) osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim lub jest owdowiał w dacie wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa; za teściów Ubezpieczonego uznaje się również (jeżeli teściowa lub teść Ubezpieczonego nie żyją) osoby będące w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:
- 1) żoną teścia Ubezpieczonego lub wdową po teściu Ubezpieczonego, o ile po śmierci teścia Ubezpieczonego nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
 - 2) mężem teściowej Ubezpieczonego lub wdowcem po teściowej Ubezpieczonego, o ile po śmierci teściowej Ubezpieczonego nie wstąpił ponownie w związek małżeński,
22. **ubezpieczenie grupowe** - umowa ubezpieczenia zawarta na rachunek członków grupy, którzy wyrazili zgodę na przystąpienie do umowy ubezpieczenia, na podstawie niniejszych OWU i odpowiednich OWDU,
23. **Ubezpieczony** - osoba fizyczna będąca członkiem grupy, której życie lub zdrowie jest przedmiotem umowy ubezpieczenia, która w dniu składania deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia ukończyła 15 lat, a nie ukończyła 65 roku życia,
24. **umowa dodatkowa** - umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie OWDU,
25. **umowa podstawowa** - umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie OWU,
26. **uposażony** - wskazana przez Ubezpieczonego osoba uprawniona do odbioru świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek jego śmierci,
27. **urodzenie dziecka** - urodzenie się żywego dziecka Ubezpieczonemu, potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia, w którym Ubezpieczony wskazany jest jako rodzic dziecka,
28. **urodzenie martwego dziecka** - urodzenie się martwego dziecka Ubezpieczonemu, potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia, w którym Ubezpieczony wskazany jest jako rodzic dziecka,
29. **wyczynowe uprawianie sportu** - udział w regularnych treningach, zawodach, obozach kondycyjnych, zgrupowaniach, w celu uzyskania maksymalnych wyników sportowych,
30. **wypadek komunikacyjny** - nieszczęśliwy wypadek w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległa osoba objęta ubezpieczeniem jako:
- 1) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu Ustawy prawo o ruchu drogowym, motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem morskim, promem lub pasażerskim statkiem powietrznym,
 - 2) rowerzysta,
 - 3) pieszy,
31. **zawodowe uprawianie sportu** - uprawianie dyscyplin sportowych przez osoby: uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków, nagród pieniężnych, niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych,
32. **zdarzenie ubezpieczeniowe** - zdarzenie stanowiące podstawę odpowiedzialności Towarzystwa, którego zajście zobowiązuje Towarzystwo do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w niniejszych OWU lub OWDU.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot ubezpieczenia)

Przedmiotem ubezpieczenia zawartego na podstawie niniejszych OWU, w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia, jest życie lub zdrowie osoby objętej ubezpieczeniem.

§ 4 (zakres ubezpieczenia i warianty ubezpieczenia)

Umowa ubezpieczenia może być zawarta w jednym z pięciu wariantów:

- 1) **Dla Ciebie** - w którym odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie świadczenia w przypadku:
- a) śmierci Ubezpieczonego,
 - b) śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - c) śmierci Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,
 - d) uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - e) całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - f) pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - g) pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego, oraz spełnieniu świadczenia ubezpieczeniowego poprzez zrealizowanie na rzecz Ubezpieczonego usług wspierających powrót do zdrowia i/lub usług medycznych dostępnych w ramach dodatkowego ubezpieczenia na wypadek konieczności uzyskania pomocy po zaistnieniu nieszczęśliwego wypadku - POWRÓT DO ZDROWIA PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU,
- 2) **Dla Ciebie Premium** - w którym odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie świadczenia w przypadku:
- a) śmierci Ubezpieczonego,
 - b) śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - c) śmierci Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,
 - d) uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - e) całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku,

- f) pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - g) pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego,
 - h) wystąpienia u Ubezpieczonego choroby nowotworowej, oraz spełnieniu świadczenia ubezpieczeniowego poprzez zrealizowanie na rzecz Ubezpieczonego usług wspierających powrót do zdrowia i/lub usług medycznych dostępnych w ramach dodatkowego ubezpieczenia na wypadek konieczności uzyskania pomocy po zaistnieniu nieszczęśliwego wypadku - POWRÓT DO ZDROWIA PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU,
- 3) **Dla Ciebie i Twojego Partnera** - w którym odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie świadczenia w przypadku:
- a) śmierci Ubezpieczonego,
 - b) śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - c) śmierci Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,
 - d) uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - e) całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - f) pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - g) pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego,
 - h) śmierci małżonka Ubezpieczonego,
 - i) śmierci małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - j) śmierci małżonka Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,
 - k) uszkodzenia ciała małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - l) całkowitej niezdolności małżonka Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - m) pobytu małżonka Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - n) pobytu małżonka Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego, oraz spełnieniu świadczenia ubezpieczeniowego poprzez zrealizowanie na rzecz osób objętych ubezpieczeniem usług wspierających powrót do zdrowia i/lub usług medycznych dostępnych w ramach dodatkowego ubezpieczenia na wypadek konieczności uzyskania pomocy po zaistnieniu nieszczęśliwego wypadku - POWRÓT DO ZDROWIA PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU,
- 4) **Dla Ciebie i Twojego Dziecka** - w którym odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie świadczenia w przypadku:
- a) śmierci Ubezpieczonego,
 - b) śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - c) śmierci Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,
 - d) uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - e) całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - f) pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - g) pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego,
 - h) śmierci dziecka Ubezpieczonego,
 - i) śmierci dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - j) śmierci dziecka Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,
 - k) uszkodzenia ciała dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - l) pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - m) pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego,
 - n) osierocenia dziecka Ubezpieczonego,
 - o) urodzenia dziecka Ubezpieczonemu,
 - p) urodzenia martwego dziecka Ubezpieczonemu, oraz spełnieniu świadczenia ubezpieczeniowego poprzez zrealizowanie na rzecz osób objętych ubezpieczeniem usług wspierających powrót do zdrowia i/lub usług medycznych dostępnych w ramach dodatkowego ubezpieczenia na wypadek konieczności uzyskania pomocy po zaistnieniu nieszczęśliwego wypadku - POWRÓT DO ZDROWIA PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU,
- 5) **Dla Ciebie i Twojej Rodziny** - w którym odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie świadczenia w przypadku:
- a) śmierci Ubezpieczonego,
 - b) śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - c) śmierci Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,
 - d) uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - e) całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - f) pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - g) pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego,
 - h) śmierci dziecka Ubezpieczonego,
 - i) śmierci dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - j) śmierci dziecka Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,
 - k) uszkodzenia ciała dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - l) pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - m) pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego,
 - n) osierocenia dziecka Ubezpieczonego,
 - o) urodzenia dziecka Ubezpieczonemu,
 - p) urodzenia martwego dziecka Ubezpieczonemu,
 - q) śmierci małżonka Ubezpieczonego,
 - r) śmierci małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - s) śmierci małżonka Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,

- t) uszkodzenia ciała małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- u) całkowitej niezdolności małżonka Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- v) pobytu małżonka Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- w) pobytu małżonka Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego,
- x) śmierci rodziców lub teściów Ubezpieczonego,
- y) śmierci rodziców lub teściów Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- z) śmierci rodziców lub teściów Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego.

oraz spełnieniu świadczenia ubezpieczeniowego poprzez zrealizowanie na rzecz osób objętych ubezpieczeniem usług wpierających powrót do zdrowia i/lub usług medycznych dostępnych w ramach dodatkowego ubezpieczenia na wypadek konieczności uzyskania pomocy po zaistnieniu nieszczęśliwego wypadku - POWRÓT DO ZDROWIA PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU.

§ 5 (rozszerzenie zakresu ubezpieczenia)

1. Na wniosek Ubezpieczającego złożony jednocześnie z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność Towarzystwa:
 - 1) w wariantach **Dla Ciebie lub Dla Ciebie Premium, lub Dla Ciebie i Twojego Partnera** może zostać rozszerzona o wybrane przez Ubezpieczającego, ryzyka ubezpieczeniowe, w których odpowiedzialność Towarzystwa polega na spełnieniu świadczenia ubezpieczeniowego poprzez zrealizowanie na rzecz Ubezpieczonego usług wpierających powrót do zdrowia i/lub usług medycznych dostępnych w ramach dodatkowego ubezpieczenia na wypadek:
 - a) konieczności uzyskania pomocy po wystąpieniu poważnego schorzenia kardiologicznego - POMOC DLA SERCA,
 - b) pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności zasięgnięcia konsultacji telemedycznej lekarzy pierwszego kontaktu,
 - c) pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności zasięgnięcia konsultacji telemedycznej lekarzy specjalistów,
 - 2) w wariancie **Dla Ciebie i Twojego Dziecka** - może zostać rozszerzona o wybrane przez Ubezpieczającego, ryzyka ubezpieczeniowe, w których odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie świadczenia w przypadku:
 - a) operacji chirurgicznej dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - lub spełnieniu świadczenia ubezpieczeniowego poprzez zrealizowanie na rzecz osób objętych ubezpieczeniem usług wpierających powrót do zdrowia i/lub usług medycznych dostępnych w ramach dodatkowego ubezpieczenia na wypadek:
 - b) konieczności uzyskania pomocy po wystąpieniu poważnego schorzenia kardiologicznego - POMOC DLA SERCA,
 - c) pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności zasięgnięcia konsultacji telemedycznej lekarzy pierwszego kontaktu,
 - d) pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności zasięgnięcia konsultacji telemedycznej lekarzy specjalistów,
 - 3) w wariancie **Dla Ciebie i Twojej Rodziny** - może zostać rozszerzona o wybrane przez Ubezpieczającego, ryzyka ubezpieczeniowe, w których odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie świadczenia w przypadku:
 - a) operacji chirurgicznej dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - lub spełnieniu świadczenia ubezpieczeniowego poprzez zrealizowanie na rzecz osób objętych ubezpieczeniem usług wpierających powrót do zdrowia i/lub usług medycznych dostępnych w ramach dodatkowego ubezpieczenia na wypadek:
 - b) wsparcia dla seniora na wypadek uszkodzenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku - POMOC DLA SENIORA,
 - c) konieczności uzyskania pomocy po wystąpieniu poważnego schorzenia kardiologicznego - POMOC DLA SERCA,
 - d) pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności zasięgnięcia konsultacji telemedycznej lekarzy pierwszego kontaktu,
 - e) pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności zasięgnięcia konsultacji telemedycznej lekarzy specjalistów.
2. Za zgodą Towarzystwa możliwe jest obowiązywanie u jednego Ubezpieczającego, w tym samym czasie, więcej niż jednego ubezpieczenia grupowego, zawartego na podstawie niniejszych OWU i odpowiednich OWDU.
3. Ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach jednej umowy ubezpieczenia grupowego zawartego na podstawie niniejszych OWU i odpowiednich OWDU. Ubezpieczony może przystąpić do ubezpieczenia tylko raz w tym samym czasie.
4. Zmiana ubezpieczenia grupowego przez Ubezpieczonego może nastąpić na jego wniosek nie częściej niż jeden raz w roku polisowym.
5. W przypadku dokonania przez Ubezpieczonego zmiany ubezpieczenia grupowego, z zastrzeżeniem postanowień ust.6, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu nowego (zmienionego) ubezpieczenia grupowego rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca, następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony złożył wniosek o dokonanie zmiany ubezpieczenia grupowego.
6. Zmiana ubezpieczenia grupowego staje się skuteczna pod warunkiem opłacenia składki ubezpieczeniowej w wysokości właściwej dla wybranego wariantu ubezpieczenia grupowego oraz pod warunkiem, że Ubezpieczony spełnia warunki do objęcia wybranym ubezpieczeniem grupowym.

§ 6 (wyłączenia odpowiedzialności)

1. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona, gdy śmierć Ubezpieczonego nastąpiła wskutek:
 - 1) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wewnętrznych zamieszek, strajków, rozruchów oraz aktów sabotażu,
 - 2) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - 3) umyślnego popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu,
 - 4) zatrucia się Ubezpieczonego spowodowanego spożyciem alkoholu lub środków odurzających,
 - 5) chorób związanych z nadużywaniem przez Ubezpieczonego alkoholu lub środków odurzających,
 - 6) działania Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości albo działania pod wpływem innych środków odurzających, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - 7) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu,
 - 8) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie pierwszych dwóch lat od objęcia tej osoby ochroną ubezpieczeniową,
 o ile okoliczności, o których mowa w pkt. 3) – 8), miały wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych będących wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który zaistniał przed dniem początku odpowiedzialności Towarzystwa lub był wynikiem:
 - 1) uprawiania przez osobę objętą ubezpieczeniem sportów wysokiego ryzyka,
 - 2) wyczynowego i zawodowego uprawiania sportów przez osobę objętą ubezpieczeniem,
 - 3) próby popełnienia samobójstwa, samookaleczenia się lub okaleczenia na własną prośbę osoby objętej ubezpieczeniem, niezależnie od stanu jej poczytalności,
 - 4) działania osoby objętej ubezpieczeniem pod wpływem, w stanie lub warunkach choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego,
 - 5) przewozu lotniczego osoby objętej ubezpieczeniem w charakterze innym niż pasażer samolotu pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
 - 6) poddania się przez osobę objętą ubezpieczeniem zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarzy,
 - 7) prowadzenia przez osobę objętą ubezpieczeniem pojazdu bez wymaganych prawem uprawnień do prowadzenia danego pojazdu albo prowadzenia pojazdu, który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania, o ile badanie techniczne lub dopuszczenie do ruchu lub użytkowania są wymagane przepisami prawa,
 - 8) leczenia lub zabiegów z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej lub kosmetyki,
 - 9) leczenia kuracyjnego, sanatoryjnego lub uzdrowiskowego,
 o ile okoliczności, o których mowa w pkt. 1) – 9), miały wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Niezależnie od liczby operacji chirurgicznych przeprowadzonych w okresie kolejnych 60 dni w związku z leczeniem uszkodzeń ciała osoby objętej ubezpieczeniem powstałych w wyniku nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci tylko jedno, najwyższe świadczenie zgodnie z Tabelą operacji chirurgicznych stanowiącą Załącznik nr 2 do OWU.
4. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych będących następstwem nieszczęśliwego wypadku nie jest należne, jeżeli pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego nie istniał związek przyczynowo - skutkowy.
5. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego drugiej lub kolejnej choroby nowotworowej świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, o ile nie pozostaje ona w związku przyczynowo - skutkowym z wcześniej rozpoznaną chorobą nowotworową, w związku z którą Towarzystwo wypłaciło świadczenie ubezpieczeniowe.

§ 7 (karencja)

1. O ile odpowiednie OWDU nie stanowią inaczej w umowie ubezpieczenia stosuje się okres karencji, który wynosi:
 - 1) 6 miesięcy – w odniesieniu do następujących zdarzeń ubezpieczeniowych: śmierć Ubezpieczonego, śmierć małżonka Ubezpieczonego, śmierć dziecka Ubezpieczonego, śmierć rodzica lub teścia Ubezpieczonego, osierocenie dziecka, wystąpienie u Ubezpieczonego choroby nowotworowej,
 - 2) 9 miesięcy – w odniesieniu do: urodzenia dziecka Ubezpieczonego, urodzenia martwego dziecka Ubezpieczonego.
2. Okres karencji liczony jest odpowiednio:
 - 1) od pierwszego dnia miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym Ubezpieczony złożył deklarację zgody na przystąpienie do ubezpieczenia grupowego,
 - 2) od pierwszego dnia miesiąca, przypadającego po miesiącu, w którym Ubezpieczony złożył wniosek o zmianę ubezpieczenia grupowego,
3. Po zmianie ubezpieczenia grupowego, karencję stosuje się w odniesieniu do świadczeń ubezpieczeniowych, które nie obowiązywały wobec osób objętych ubezpieczeniem przed zmianą ubezpieczenia grupowego oraz w odniesieniu do części kwot dotychczasowych świadczeń, o które w wyniku zmiany ubezpieczenia grupowego, wzrosła odpowiedzialność Towarzystwa.
4. Karencja określona w ust.1 nie ma zastosowania jeżeli:
 - 1) Ubezpieczony był członkiem grupy w dacie początku okresu ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia, a deklarację zgody na przystąpienie

do ubezpieczenia grupowego złożył przed upływem 3 miesięcy od daty początku okresu ubezpieczenia,

- 2) osoba objęta ubezpieczeniem w okresie co najmniej 6 miesięcy (a w przypadku urodzenia dziecka Ubezpieczonemu lub urodzenia martwego dziecka Ubezpieczonemu: 9 miesięcy) bezpośrednio poprzedzających objęcie jej ochroną ubezpieczeniową, była objęta ochroną ubezpieczeniową przez innego ubezpieczyciela lub na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU *OPTIMUM MAX* lub OWU *OPTIMUM PRACOWNIK* – w takim przypadku karencja nie ma zastosowania jedynie w odniesieniu do zakresu ubezpieczenia i wysokości sum ubezpieczenia określonych w poprzedniej umowie ubezpieczenia (jeżeli okres obejmowania ochroną był krótszy niż 6 miesięcy, okres karencji ulega odpowiedniemu skróceniu o czas trwania poprzedniej ochrony ubezpieczeniowej).
- 3) przyczyną powstania zdarzenia ubezpieczeniowego był nieszczęśliwy wypadek.
5. Postanowienia ust.4 pkt 2) mają zastosowanie pod warunkiem dostarczenia do Towarzystwa przez Ubezpieczającego, wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia, polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy, o której mowa w ust.4 pkt 2), zawierającego informacje o okresie ubezpieczenia, zakresie ubezpieczenia oraz sumach ubezpieczenia, wraz z oświadczeniem Ubezpieczonego o rozwiązaniu tej umowy i opłaceniu ostatniej składki należnej z jej tytułu.

III. SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 8 (suma ubezpieczenia)

1. Sumę ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia w jednakowej wysokości dla wszystkich Ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem grupowym.
2. Suma ubezpieczenia stanowi podstawę do obliczenia wysokości składki oraz określenia wysokości świadczeń ubezpieczeniowych.
3. Suma ubezpieczenia w roku polisowym jest niezmienna, co nie uchybia stosowaniu postanowień § 5 ust.5.
4. Przed każdą rocznicą polisy, Ubezpieczający może, za zgodą Ubezpieczonych, wystąpić do Towarzystwa na piśmie o zmianę warunków ochrony ubezpieczeniowej. Wniosek o dokonanie zmiany Ubezpieczający składa Towarzystwu nie później niż na 30 dni przed rocznicą polisy. Proponowana zmiana warunków ubezpieczenia dojdzie do skutku od dnia rocznicy polisy, pod warunkiem jej zaakceptowania przez Towarzystwo.

§ 9 (składka ubezpieczeniowa)

1. Towarzystwo ustala wysokość składki ubezpieczeniowej na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu zawierania umowy ubezpieczenia. Stawki taryfowe zawarte w taryfie składek określono zgodnie z zasadami matematyki aktuariałnej, w oparciu o wykorzystywane przez Towarzystwo tabele trwania życia. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od zakresu ubezpieczenia, wysokości sumy ubezpieczenia, okresu karencji, o którym mowa w § 7, stopnia ryzyka jakie poniesie Towarzystwo po rozpoczęciu odpowiedzialności ubezpieczeniowej oraz kosztów zawarcia i obsługi ubezpieczenia.
2. Składka ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia grupowego jest opłacana z częstotliwością miesięczną.
3. Ubezpieczający opłaca składkę ubezpieczeniową przelewem na rachunek bankowy Towarzystwa. Warunkiem uznania wpłaty składki ubezpieczeniowej za dokonaną jest wpłynięcie kwoty składki na właściwy rachunek bankowy Towarzystwa.
4. W przypadku odmowy objęcia danej osoby ubezpieczeniem lub zakończenia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danej osoby przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, Towarzystwo na wniosek Ubezpieczającego dokona zwrotu części składki ubezpieczeniowej przypadającej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

IV. UMOWA UBEZPIECZENIA

§ 10 (zawarcie umowy ubezpieczenia)

1. Podstawą zawarcia umowy ubezpieczenia jest złożenie poprawnie wypełnionego i podpisanego przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na formularzu stosowanym przez Towarzystwo.
2. Na dowód zawarcia umowy ubezpieczenia Towarzystwo wystawia polisę.
3. Jeżeli strony nie umówią się inaczej, do zawarcia umowy ubezpieczenia dochodzi z chwilą akceptacji przez Towarzystwo wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust.4 – 6.
4. Jeżeli polisa zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego lub osób objętych ubezpieczeniem od treści złożonej przez Ubezpieczającego oferty, Towarzystwo zobowiązane jest zwrócić Ubezpieczającemu uwagę na piśmie przy doręczeniu polisy, wyznaczając mu co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku przez Towarzystwo, zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego lub osób objętych ubezpieczeniem nie są skuteczne, a umowa ubezpieczenia jest zawarta zgodnie z warunkami oferty.
5. W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego, o którym mowa w ust.4, uważa się, że umowa ubezpieczenia doszła do skutku zgodnie z treścią polisy, od następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
6. W przypadku zgłoszenia przez Ubezpieczającego sprzeciwu, o którym mowa w ust.4, uważa się, że umowa ubezpieczenia nie doszła do skutku a odpowiedzialność Towarzystwa nie rozpoczęła się, chyba że strony dojdą

do porozumienia co do warunków umowy ubezpieczenia. W przypadku nie dojścia do skutku umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu dokonane wpłaty na poczet składek ubezpieczeniowych.

§ 11 (czas trwania umowy ubezpieczenia)

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na jeden rok.
2. Umowa ubezpieczenia jest automatycznie przedłużana na okres kolejnego roku, o ile najpóźniej na 30 dni przed wskazaną w polisie datą zakończenia umowy ubezpieczenia, żadna ze stron umowy ubezpieczenia nie złoży pisemnego oświadczenia o jej nieprzedłużeniu lub o gotowości jej przedłużenia na zmienionych warunkach.
3. W przypadku złożenia przez stronę umowy ubezpieczenia oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia, o którym mowa w ust.2, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu na jaki została zawarta, chyba że strony dojdą do porozumienia co do warunków przedłużenia okresu trwania umowy ubezpieczenia.
4. W przypadku zawarcia porozumienia, o którym mowa w ust.3, zmienione warunki ubezpieczenia mają zastosowanie od dnia rocznicy polisy, chyba że strony umówią się inaczej.

V. CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

§ 12 (objętość ubezpieczeniem)

1. Ubezpieczonym może zostać osoba poszukująca ochrony ubezpieczeniowej będąca członkiem grupy w dacie składania deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia, a dodatkowo ochroną ubezpieczeniową, w zależności od wybranego wariantu umowy ubezpieczenia, mogą zostać objęci jego: małżonek, dzieci, rodzice, teściowie.
2. Ubezpieczeniem nie może zostać objęta osoba poszukująca ochrony ubezpieczeniowej, która jest jednocześnie objęta ochroną ubezpieczeniową z tytułu innej umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU i OWDU, OWU *OPTIMUM MAX* lub OWU *OPTIMUM PRACOWNIK*, chyba że złożyła rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej w ramach dotychczasowego ubezpieczenia. W takiej sytuacji ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU i OWDU rozpoczyna się od 1-go dnia miesiąca, następnego po miesiącu, w którym zakończyła się ochrona ubezpieczeniowa z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU i OWDU, OWU *OPTIMUM MAX* lub OWU *OPTIMUM PRACOWNIK*.
3. Ubezpieczeniem mogą zostać objęci członkowie grupy, którzy w dniu składania deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia ukończyli 15 rok życia i nie ukończyli 65 roku życia.
4. Ochroną ubezpieczeniową nie może zostać objęty członek grupy, który w dniu podpisywania deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia przebywa na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, w placówce dla przewlekłych chorych.
5. Objęcie ubezpieczeniem członka grupy oraz jego małżonka, dzieci, rodziców, teściów następuje na czas pozostały do końca okresu trwania umowy ubezpieczenia, jednak nie dłużej niż do końca miesiąca, w którym Ubezpieczony przestał być członkiem grupy.
6. Informacje w sprawie rozszerzenia liczby osób objętych ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczający przekazuje Towarzystwu wraz z okresowym rozliczeniem składek w terminie określonym w § 17 ust.3.
7. W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia zgodnie z § 11 ust.2 na okres kolejnego roku, nie jest wymagane ponowne złożenie deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia.

§ 13 (początek odpowiedzialności Towarzystwa)

Z zastrzeżeniem postanowień § 6, odpowiedzialność Towarzystwa w odniesieniu do poszczególnych osób objętych ochroną ubezpieczeniową rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, przypadającego po dacie złożenia deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia przez Ubezpieczającego składki za pierwszy miesiąc ochrony w terminie określonym w § 17 ust.3.

§ 14 (zakończenie odpowiedzialności Towarzystwa)

1. Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się:
 - 1) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego w trybie określonym w § 15 ust.1,
 - 2) z ostatnim dniem okresu wypowiedzenia przez Ubezpieczającego umowy ubezpieczenia względem wszystkich lub poszczególnych Ubezpieczonych w trybie określonym w § 15 ust.2,
 - 3) z dniem wykreślenia Ubezpieczającego z właściwego rejestru bądź ewidencji – wskutek zaprzestania prowadzenia działalności przez Ubezpieczającego.
2. Ponadto w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych, odpowiedzialność Towarzystwa kończy się:
 - 1) z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczony przestał być członkiem grupy,
 - 2) z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczony złożył rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej,
 - 3) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
 - 4) z ostatnim dniem okresu wypowiedzenia, o którym mowa w § 15 ust.5.
3. W przypadkach, o których mowa ust.2 pkt 1) - 4), odpowiedzialność Towarzystwa kończy się zarówno w stosunku do Ubezpieczonego, jak i do jego małżonka, dzieci, rodziców i teściów, którzy wraz z nim byli objęci ochroną ubezpieczeniową.

VI. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

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

1. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia doręczenia mu przez Towarzystwo polisy, przez złożenie Towarzystwu oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie; odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
3. Wypowiedzenie umowy nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
4. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu na jaki została zawarta, o ile nie dojdzie do jej przedłużenia na zasadach opisanych w § 11 ust. 2 i 3.
5. Umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego w odniesieniu do Ubezpieczonego i osób wraz z nim objętych ubezpieczeniem, gdy składka należna za te osoby nie zostanie opłacona najpóźniej w trzecim kolejnym terminie wymagalności składki ubezpieczeniowej, płatnej za te osoby, mimo otrzymania przez Ubezpieczającego od Towarzystwa wezwania do zapłaty składki w tym terminie; okres wypowiedzenia kończy się z upływem ostatniego dnia trzeciego kolejnego terminu wymagalności składki ubezpieczeniowej, płatnej za osoby objęte ubezpieczeniem.

VII. PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

§ 16 (obowiązek udzielania informacji przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego)

1. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, które mogą mieć wpływ na podjęcie przez Towarzystwo decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia, przez udzielenie przy zawieraniu bądź przystępowaniu do umowy ubezpieczenia zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania Towarzystwa zawarte w formularzach Towarzystwa lub przed zawarciem Umowy w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo umowy mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 1 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia postanowień ust. 1 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie przewidziane umową i jego następstwa prawne są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
3. Jeżeli do zdarzenia doszło po upływie lat trzech od zawarcia umowy ubezpieczenia Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba osoby ubezpieczonej.
4. Postanowienia ust. 1-3 stosuje się odpowiednio w przypadku przystąpienia Ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia w dacie innej niż data zawarcia tej umowy. Trzyletni okres, określony w ust. 3, liczy się w tym przypadku od daty złożenia przez Ubezpieczonego deklaracji zgody na przystąpienie do umowy ubezpieczenia.

§ 17 (obowiązki Ubezpieczającego w trakcie trwania umowy ubezpieczenia)

1. Ubezpieczający zobowiązany jest udostępnić Ubezpieczonemu, przed odebraniem od nich deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia, treść obowiązujących OWU i OWDU.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest przechowywać złożone przez Ubezpieczonych deklaracje zgody na przystąpienie do ubezpieczenia zgodnie z wymogami obowiązujących przepisów prawa w zakresie ochrony danych osobowych, do czasu przekazania ich Towarzystwu.
3. W czasie trwania umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Towarzystwu składek ubezpieczeniowych za każdego Ubezpieczonego, w terminie do 10 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni, chyba że strony umowy ubezpieczenia postanowią inaczej.
4. Wraz ze składką ubezpieczeniową, Ubezpieczający zobowiązany jest do przysyłania Towarzystwu następujących dokumentów:
 - 1) miesięcznych rozliczeń wpłaconych składek ubezpieczeniowych i liczby Ubezpieczonych,
 - 2) wykazu Ubezpieczonych rezygnujących z obejmowania ochroną ubezpieczeniową.
5. Ubezpieczający zobowiązany jest do pośredniczenia w przekazywaniu dokumentów kierowanych do Ubezpieczonych przez Towarzystwo i do Towarzystwa przez Ubezpieczonych.
6. W czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa, Towarzystwu przysługuje prawo do kontrolowania obsługi ubezpieczenia wykonywanej przez Ubezpieczającego.

§ 18 (obowiązki Towarzystwa)

1. Towarzystwo jest zobowiązane do:
 - 1) doręczenia Ubezpieczającemu tekstu OWU i OWDU przed zawarciem umowy ubezpieczenia,

- 2) przedstawienia Ubezpieczającemu w formie pisemnej różnic między postanowieniami umowy, a OWU i OWDU (zapis ten nie ma zastosowania do umów zawieranych w drodze negocjacji),
 - 3) wydania Ubezpieczającemu polisy,
 - 4) udzielenia Ubezpieczającemu informacji o sposobie i trybie rozpatrywania reklamacji oraz o organie właściwym do ich rozpatrzenia.
2. W przypadku powstania zdarzeń ubezpieczeniowych skutkujących odpowiedzialnością Towarzystwa, Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień OWU i OWDU regulujących wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa.

VIII. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

§ 19 (ustalenie wysokości świadczenia)

1. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci osoby objętej ubezpieczeniem wypłacane jest osobie uprawnionej.
2. Wysokość świadczenia z tytułu śmierci osoby objętej ubezpieczeniem wynosi:
 - 1) 100 % sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego,
 - 2) 50 % sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci małżonka Ubezpieczonego,
 - 3) 100 % sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci dziecka Ubezpieczonego,
 - 4) 10 % sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci rodzica lub teścia Ubezpieczonego.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci osoby objętej ubezpieczeniem w wyniku nieszczęśliwego wypadku, z uwzględnieniem świadczenia z tytułu śmierci osoby objętej ubezpieczeniem wynosi łącznie:
 - 1) 200 % sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego,
 - 2) 100 % sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci małżonka Ubezpieczonego,
 - 3) 200 % sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci dziecka Ubezpieczonego,
 - 4) 20 % sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci rodzica lub teścia Ubezpieczonego.
4. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci osoby objętej ubezpieczeniem w wyniku wypadku komunikacyjnego zaistniałego w okresie ubezpieczenia, wypłacane jest z uwzględnieniem świadczenia z tytułu śmierci i świadczenia z tytułu śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku wynosi łącznie:
 - 1) 400 % sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego,
 - 2) 150 % sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci małżonka Ubezpieczonego,
 - 3) 300 % sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci dziecka Ubezpieczonego,
 - 4) 30 % sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci rodzica lub teścia Ubezpieczonego.
5. W przypadku całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji osoby objętej ubezpieczeniem w wyniku nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ubezpieczenia Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia.
6. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu uszkodzenia ciała osoby objętej ubezpieczeniem w wyniku nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest Ubezpieczonemu i ustalone jest przez Towarzystwo w wysokości odpowiedniego procentu sumy ubezpieczenia wskazanego w Tabeli uszkodzenia ciała stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych OWU.
7. Prawo do świadczenia z tytułu uszkodzenia ciała ustalane jest na podstawie dokumentacji medycznej, w uzasadnionych przypadkach – po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji przy czym:
 - 1) w przypadku uszkodzenia narządów lub układu narządów uszkodzonych przed nieszczęśliwym wypadkiem wskutek samoistnej choroby bądź przebytego uszkodzenia ciała, stopień uszkodzenia ciała ustala się na podstawie analizy jako różnicę stanu danego narządu lub układu narządów przed nieszczęśliwym wypadkiem a istniejącym po nim,
 - 2) suma świadczeń wypłacanych z tytułu uszkodzenia ciała danej osoby objętej ochroną ubezpieczeniową, w związku z jednym nieszczęśliwym wypadkiem, nie może przekroczyć:
 - a) 100 % sumy ubezpieczenia – w przypadku uszkodzenia ciała Ubezpieczonego lub małżonka Ubezpieczonego,
 - b) 50 % sumy ubezpieczenia – w przypadku uszkodzenia ciała dziecka Ubezpieczonego.
8. W przypadku operacji chirurgicznej dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wskazanego procentu sumy ubezpieczenia zgodnie z Tabelą operacji chirurgicznych, stanowiącą Załącznik nr 2 do niniejszych OWU.
9. Wysokość należnego w okresie ubezpieczenia Ubezpieczonemu świadczenia z tytułu wystąpienia operacji chirurgicznej dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku wynosi 100 % sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż 5 000 zł.
10. Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania osoby objętej ubezpieczeniem na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza, w celu ustalenia prawa do świadczenia ubezpieczeniowego. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.
11. Świadczenie z tytułu pobytu osoby objętej ubezpieczeniem w szpitalu w celu leczenia uszkodzeń ciała powstałych w wyniku nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest Ubezpieczonemu i wynosi 0,3 % sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu.
12. Świadczenie z tytułu pobytu osoby objętej ubezpieczeniem w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego wypłacane jest Ubezpieczonemu z uwzględnieniem świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku i wynosi łącznie 0,6 % sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu.
13. Wysokość łącznych świadczeń, związanych z pobytem osoby objętej ubezpieczeniem w szpitalu w celu leczenia uszkodzeń ciała powstałych w wyniku

- nieszczęśliwego wypadku lub w wyniku wypadku komunikacyjnego nie może przekroczyć 90 dni pobytu w szpitalu w danym roku polisowym.
14. Jeżeli w jednym dniu osoba objęta ubezpieczeniem była pacjentem dwu lub większej liczby szpitali, Towarzystwo wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za ten dzień tylko jeden raz.
 15. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu wypłacane jest po zakończeniu pobytu w szpitalu osoby objętej ubezpieczeniem.
 16. Świadczenie z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego choroby nowotworowej wypłacane jest Ubezpieczonemu i wynosi 20 % sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż 10 000 zł. Z zastrzeżeniem ust.10, rodzaj i data wystąpienia choroby nowotworowej ustalane są na podstawie dokumentacji medycznej.
 17. Świadczenie z tytułu osierocenia dziecka Ubezpieczonego w wyniku śmierci Ubezpieczonego wynosi 20 % sumy ubezpieczenia dla każdego dziecka Ubezpieczonego, o ile w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego spełnia ono definicję dziecka Ubezpieczonego, o której mowa w § 2 pkt 5.
 18. Świadczenie z tytułu urodzenia dziecka Ubezpieczonego wypłacane jest Ubezpieczonemu i wynosi 5 % sumy ubezpieczenia.
 19. Świadczenie z tytułu urodzenia się martwego dziecka Ubezpieczonemu wypłacane jest Ubezpieczonemu i wynosi 10 % sumy ubezpieczenia.
 20. Jeżeli Ubezpieczony zmarł po zgłoszeniu roszczenia, ale przed pobraniem świadczenia, należne przed śmiercią świadczenia wypłaca się spadkobiercom Ubezpieczonego.
 21. Świadczenie na wypadek:
 - 1) konieczności uzyskania pomocy po zaistnieniu nieszczęśliwego wypadku - POWRÓT DO ZDROWIA PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU,
 - 2) konieczności uzyskania pomocy po wystąpieniu poważnego schorzenia kardiologicznego – POMOC DLA SERCA,
 - 3) wsparcia dla seniora na wypadek uszkodzenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku – POMOC DLA SENIORA,
 - 4) pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności zasięgnięcia konsultacji telemedycznej lekarzy pierwszego kontaktu,
 - 5) pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności zasięgnięcia konsultacji telemedycznej lekarzy specjalistów,
 - 6) realizowane są poprzez udzielenie osobie objętej ochroną ubezpieczeniową, za pośrednictwem Centrum Operacyjnego, usług wspierających powrót do zdrowia i/lub usług medycznych.
 22. Definicje i zakres usług świadczonych w ramach udzielanej ochrony ubezpieczeniowej oraz wysokość limitów świadczeń określone są w odpowiednich OWDU.

§ 20 (osoba uprawniona do świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego)

1. Ubezpieczony może wskazać imiennie jednego lub więcej uposażonych do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek swojej śmierci.
2. Wskazanie uposażonego może nastąpić zarówno z chwilą przystąpienia do 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 Ubezpieczony wskazał kilku uposażonych, a nie oznaczył ich udziału w kwocie świadczenia, uważa się, że ich udziały są równe.
5. Wskazanie uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci.
6. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma imiennie wyznaczonego uposażonego, świadczenie ubezpieczeniowe otrzymują wskazane poniżej osoby, w następującej kolejności:
 - 1) małżonek Ubezpieczonego, z którym Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dacie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego – otrzymuje w całości,
 - 2) dzieci Ubezpieczonego – otrzymują w równych częściach,
 - 3) rodzice – otrzymują w równych częściach,
 - 4) inni spadkobiercy zmarłego – otrzymują w równych częściach, po przedłożeniu postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku wraz z klauzulą prawomocności bądź zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia.

§ 21 (wymagane dokumenty)

1. Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, osoba uprawniona do otrzymania świadczenia winna przedłożyć Towarzystwu, za pośrednictwem Ubezpieczającego w przypadku ubezpieczenia grupowego, następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
 - 1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy, bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo);
 - 2) własny dokument tożsamości;a ponadto:
 - 3) dokumenty stwierdzające pokrewieństwo, powinowactwo, przysposobienie, zawarcie małżeństwa - nie dotyczy Ubezpieczonego;
 - 4) w przypadku śmierci:
 - a) skrócony odpis aktu zgonu osoby objętej ubezpieczeniem,
 - b) kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyny lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu - dotyczy tylko Ubezpieczonego;
 - 5) w przypadku gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w wyniku wypadku komunikacyjnego - dokumentację potwierdzającą zajście wypadku komunikacyjnego;
 - 6) w przypadku gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w wyniku nieszczęśliwego wypadku:
 - a) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku,

- b) dokumentację medyczną potwierdzającą rodzaj doznanego uszkodzenia ciała,
 - c) na pisemny wniosek Towarzystwa - orzeczenie lekarskie o zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji;
- 7) w przypadku pobytu w szpitalu - kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub kartę wypisową ze szpitala, wydaną przez lekarza prowadzącego;
 - 8) w przypadku osierocenia dziecka - dokumenty potwierdzające opiekę prawną nad dzieckiem do lat 18;
 - 9) w przypadku urodzenia dziecka - skrócony odpis aktu urodzenia dziecka;
 - 10) w przypadku urodzenia martwego dziecka - skrócony odpis aktu urodzenia się martwego dziecka;
 - 11) w przypadku całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji:
 - a) dokumentację medyczną, na podstawie której zostało wydane orzeczenie o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji,
 - b) orzeczenie o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji wydane przez podmiot uprawniony do orzekania o niezdolności do samodzielnej egzystencji;
 - 12) w przypadku operacji chirurgicznej – dokumentację medyczną dotyczącą przeprowadzonej operacji chirurgicznej obejmującą kartę informacyjną leczenia szpitalnego z opisem wykonanej operacji;
 - 13) w przypadku wystąpienia choroby nowotworowej – dokumentację medyczną potwierdzającą zdiagnozowanie choroby nowotworowej;
 - 14) postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku wraz z klauzulą prawomocności bądź zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia – dotyczy tylko innych spadkobierców Ubezpieczonego, o których mowa w § 20 ust.6 pkt 4).
2. W przypadku gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło za granicą Rzeczypospolitej Polskiej, wszelkie dokumenty, wystawione za granicą przez uprawnione podmioty, dotyczące zdarzenia ubezpieczeniowego i składane przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego, powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
 3. Koszty związane z uzyskaniem i przekazywaniem dokumentów, o których mowa w ust.1 – 2 ponosi osoba uprawniona do świadczenia.

§ 22 (realizacja świadczenia ubezpieczeniowego)

1. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uposażonego, o ile nie są osobami występującymi z zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, a także informuje, w formie pisemnej lub drogą elektroniczną (jeżeli osoba występująca z roszczeniem o wypłatę świadczenia wyrazi na to zgodę), osobę występującą z roszczeniem o wypłatę świadczenia o wykazie dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz procedurze składania i rozpatrywania reklamacji (niezależnie, czy uposażony jest osobą występującą z zawiadomieniem).
2. Towarzystwo wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe na podstawie uznania roszczenia, w wyniku ustaleń dokonanych w procesie likwidacji roszczenia, zawartej ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.
3. Towarzystwo wypłaca należne świadczenie w ciągu 30 dni od daty zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Jeżeli w terminie określonym w ust.3 ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego jest niemożliwe, świadczenie to powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego, wypłaca się w terminie przewidzianym w ust.3.
5. Jeżeli w terminie określonym w ust.3 nie zostanie wypłacone świadczenie ubezpieczeniowe, Towarzystwo zawiadamia osobę występującą z roszczeniem o wypłatę świadczenia oraz w przypadku umowy zawartej na cudzy rachunek, Ubezpieczonego, o ile nie jest osobą występującą z roszczeniem o wypłatę świadczenia zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części.

IX. INDYWIDUALNA KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA

§ 23 (prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia)

1. Prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia przysługuje wyłącznie ubezpieczonemu, który spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) przestał być członkiem grupy,
 - b) był objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWU i OWDU przez okres co najmniej 12 miesięcy (do okresu tego zalicza się również czas przez jaki członek grupy objęty był odpowiedzialnością Towarzystwa w ramach innej umowy grupowego ubezpieczenia, zawartej przez Ubezpieczającego, z obejmowania którą ubezpieczony zrezygnował, przystępując do umowy zawartej na podstawie niniejszych OWU i OWDU),
 - c) Ubezpieczający przekazał Towarzystwu składkę ubezpieczeniową za okres wskazany w lit. b).
2. Ubezpieczający jest zobowiązany informować ubezpieczonych, którzy nabyli prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, o możliwości zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.

§ 24 (zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia)

1. Osoba, która nabyła prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia może zawrzeć z Towarzystwem umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia poprzez złożenie wniosku o indywidualną kontynuację ubezpieczenia

na formularzu Towarzystwa. Wraz z wnioskiem należy dokonać wpłaty na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej nie później niż przed upływem 30 dni, licząc od ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została opłacona ostatnia składka ubezpieczeniowa w ramach ubezpieczenia grupowego.

2. Za datę złożenia wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia uznaje się dzień wpływu wniosku do Towarzystwa.
3. W przypadku spełnienia warunków określonych w ust.1-2, zachowana jest ciągłość ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwa.
4. Okres ochrony ubezpieczeniowej w ramach indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia rozpoczyna się z pierwszym dniem miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym ustala ochrona ubezpieczeniowa w ramach ubezpieczenia grupowego, o ile spełnione zostały warunki, o których mowa w ust.1.
5. Po upływie terminu wskazanego w ust.1, zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia nie jest możliwe.

§ 25 (okres ubezpieczenia w umowie indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia)

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

§ 26 (zakres ochrony, suma ubezpieczenia i składka ubezpieczeniowa w umowie indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia)

1. Umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia zawierana jest w zakresie obejmującym zdarzenia ubezpieczeniowe wskazane z § 4 pkt 1) OWU.
2. Suma ubezpieczenia w umowie indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia nie może być wyższa od sumy ubezpieczenia określonej dla ubezpieczenia grupowego, którym objęty był Ubezpieczony bezpośrednio przed zawarciem umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.
3. Składka ubezpieczeniowa za indywidualną kontynuację ubezpieczenia płatna jest z częstotliwością kwartalną.
4. Pierwsza składka płatna jest w terminie określonym w § 24 ust.1 OWU, a kolejne – do ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego trzymiesięczny okres, za który są należne.

§ 27 (odstąpienie i rozwiązanie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia)

1. Umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego, gdy należna składka nie zostanie opłacona w terminie wskazanym w § 26 ust.4 OWU oraz w dodatkowym terminie 14 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczającego od Towarzystwa wezwania do zapłaty; okres wypowiedzenia kończy się z upływem 14 dni od daty otrzymania przez Ubezpieczającego od Towarzystwa wezwania do zapłaty składki.
2. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
3. Wypowiedzenie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
4. Umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu na jaki została zawarta, o ile nie dojdzie do jej przedłużenia na zasadach opisanych w § 25 ust. OWU.
5. Odpowiedzialność Towarzystwa w umowie indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia kończy się:
 - 1) z dniem odstąpienia od umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia przez Ubezpieczającego – zgodnie z postanowieniami § 15 ust.1 OWU,
 - 2) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
 - 3) z ostatnim dniem okresu wypowiedzenia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia w trybie określonym w ust.2.
 - 4) z ostatnim dniem okresu na jaki została zawarta umowa indywidualnej kontynuacji w sytuacji, o której mowa w ust.4.

X. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 28 (zasady korespondencji)

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

§ 29 (tryb składania i rozpatrywania reklamacji)

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia, lub spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia, mający zastrzeżenia dotyczące świadczonego przez Towarzystwo usług lub wykonywanej przez nie działalności, mają prawo składania reklamacji do Towarzystwa:
 - 1) na piśmie:
 - a) w postaci papierowej – osobiście, w siedzibie Towarzystwa lub w dowolnej jednostce organizacyjnej zajmującej się obsługą klientów albo przesyłką pocztową, albo nadaną w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej na adres: SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot,
 - b) w postaci elektronicznej – wysyłając formularz elektroniczny znajdujący się na stronie internetowej www.saltus.pl albo na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-67891-11109-HHCVU-30 zgodnie z ustawą o doręczeniach elektronicznych,
 - 2) ustnie – telefonicznie, dzwoniąc pod numer: 58 770 36 90 albo osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Towarzystwa lub dowolnej jednostce zajmującej się obsługą klientów.
2. Na żądanie zgłaszającego reklamację Towarzystwo potwierdzi fakt jej złożenia – na piśmie, na podany adres korespondencyjny lub elektronicznie na adres mailowy wskazany w reklamacji.
3. Reklamacja powinna zawierać:
 - 1) imię, nazwisko, adres i numer telefonu kontaktowego osoby zgłaszającej reklamację,
 - 2) numer dokumentu ubezpieczenia,
 - 3) przedmiot reklamacji,
 - 4) uzasadnienie reklamacji z podaniem ewentualnych dowodów.
4. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udzieli nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej wpływu. Po rozpatrzeniu reklamacji stanowisko Towarzystwa zostanie przedstawione na piśmie:
 - 1) w postaci elektronicznej - w przypadku gdy zgłaszający reklamację złożył ją na piśmie w postaci elektronicznej, chyba że zgłaszający reklamację wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej,
 - 2) w postaci papierowej - w przypadku gdy zgłaszający reklamację złożył ją na piśmie w postaci papierowej, chyba że zgłaszający reklamację wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej,
 - 3) w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem zgłaszającego reklamację - w przypadku gdy zgłaszający reklamację złożył ją ustnie.
5. W przypadku, o którym mowa w ust. 4 pkt 1), odpowiedź jest udzielana:
 - 1) z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej, za pomocą którego zgłaszający złożył reklamację, albo innego wskazanego przez zgłaszającego reklamację środka komunikacji elektronicznej - w przypadku gdy reklamacja została złożona przez zgłaszającego z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej;
 - 2) na adres do doręczeń elektronicznych zgłaszającego reklamację, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w art. 25 tej ustawy - w przypadku gdy reklamacja została wysłana przez zgłaszającego reklamację na adres do doręczeń elektronicznych.
6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni od dnia jej wpływu, Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub osobę zgłaszającą 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. Jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia ubezpieczeniowego, lub spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia, nie zgadza się z odpowiedzią Towarzystwa na reklamację, może zwrócić się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz Rzecznika Finansowego.
8. Właściwym dla Towarzystwa 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 jest Rzecznik Finansowy. Informacje dotyczące podmiotu uprawnionego dostępne są na stronie internetowej: <http://rf.gov.pl/>
9. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 30 (przepisy zewnętrzne)

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

§ 31 (prawo wglądu do akt)

Towarzystwo udostępnia na wniosek osób uprawnionych do odbioru świadczenia informacje i dokumenty, gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa 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.

§ 32 (spory sądowe)

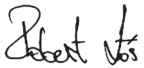
1. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia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

§ 33 (informacja o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa)

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

§ 34 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 10 lutego 2026 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia od dnia 13 lutego 2026 roku.



ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU



GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU



ANNA GOŁABEK
WICEPREZES ZARZĄDU



MARIUSZ CZAJKA
WICEPREZES ZARZĄDU

Załącznik nr 1
do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia
na Życie SALTUS – Moje ŻYCIE

TABELA USZKODZENIA CIAŁA

Lp.	Rodzaj uszkodzenia ciała	Procent sumy ubezpieczenia
USZKODZENIA GŁOWY, TWARZY, NARZĄDU WZROKU, NARZĄDU SŁUCHU, NARZĄDU MOWY		
1	Wstrząśnienie mózgu	10 %
2	Stłuczenie mózgu	25 %
3	Pęknięcie kości czaszki	10 %
4	Złamanie kości twarzy (szczęki, kości jarzmowej)	15 %
5	Utrata szczęki	40 %
6	Utrata żuchwy	50 %
7	Złamanie żuchwy	10 %
8	Utrata zębów stałych - siekacze i kły (za każdy ząb)	3 %
9	Utrata zębów stałych - pozostałe zęby (za każdy ząb)	1 %
10	Utrata nosa (łącznie z kośćmi nosa)	30 %
11	Złamanie kości nosa	5 %
12	Całkowita utrata wzroku w obu oczach	100 %
13	Całkowita Utrata wzroku w jednym oku	40 %
14	Uszkodzenie gałki ocznej lub urazowe odwarstwienie siatkówki	10 %
15	Utrata małżowiny usznej	15 %
16	Całkowita obustronna utrata słuchu	50 %
17	Całkowita jednostronna utrata słuchu	20 %
18	Ubytek podniebienia	25 %
19	Częściowy ubytek języka	15 %
20	Całkowita utrata mowy / języka	50 %
USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY, PRZEŁYKU		
21	Złamanie kręgosłupa szyjnego ze zniekształceniem i ograniczeniem ruchomości	30 %
22	Uszkodzenie krtani z zaburzeniami głosu	30 %
23	Uszkodzenie tchawicy	30 %
24	Uszkodzenie przełyku powodujące trudności w odżywianiu	30 %
USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ, TUŁOWIA, NARZĄDÓW WEWNĘTRZNYCH		
25	Złamanie kręgosłupa piersiowo-lędźwiowego ze zniekształceniem i ograniczeniem ruchomości (z wyłączeniem kości ogonowej)	30 %
26	Złamanie łopatki	10 %
27	Złamanie obojczyka	10 %
28	Złamanie mostka	10 %
29	Złamanie żebra (za każde żebro)	3 %
30	Złamanie kości tworzących miednicę	15 %
31	Złamanie dna panewki	20 %
32	Utrata gruczołu piersiowego	25 %
33	Całkowita utrata płuca	30 %
34	Uszkodzenie płuc z niewydolnością oddechową	20 %
35	Przepukliny urazowe	10 %
36	Całkowita utrata żołądka	30 %
37	Uszkodzenie żołądka lub jelit z zaburzeniami trawienia	20 %
38	Przetoki jelitowe	50 %
39	Uszkodzenie zwieracza odbytu	60 %
40	Utrata śledziony	20 %
41	Uszkodzenie wątroby lub dróg żółciowych z zaburzeniami czynności	40 %
42	Uszkodzenie trzustki z zaburzeniami czynności	35 %
43	Utrata nerki	35 %
44	Uszkodzenie moczowodu	20 %

Lp.	Rodzaj uszkodzenia ciała	Procent sumy ubezpieczenia
45	Uszkodzenie pęcherza	15 %
46	Uszkodzenie cewki moczowej	30 %
47	Utrata macicy	20 %
48	Utrata jajnika lub jądra	20 %
49	Utrata obu jajników lub obu jąder	40 %
50	Utrata prącia	40 %
51	Uszkodzenie krocza	10 %
USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ		
52	Utrata kończyny górnej na wysokości ramienia	70 %
53	Utrata kończyny górnej powyżej stawu łokciowego	60 %
54	Utrata kończyny górnej na wysokości przedramienia	50 %
55	Utrata kończyny górnej na wysokości nadgarstka	40 %
56	Utrata kciuka (w przypadku utraty częściowej - 1/2 wartości za każdy palec)	20 %
57	Utrata palca wskazującego (w przypadku utraty częściowej - 1/3 wartości za każdy palec)	9 %
58	Utrata palca dłoni od III do V (za każdy palec, w przypadku utraty częściowej - 1/3 wartości za każdy palec)	6 %
59	Złamanie nasady bliższej kości ramiennej	12 %
60	Złamanie trzonu kości ramiennej	10 %
61	Złamanie (śródstawowe) nasady dalszej kości ramiennej lub nasady bliższej kości promieniowej lub nasady bliższej kości łokciowej	15 %
62	Zwichnięcie stawu barkowego	10 %
63	Skręcenie stawu barkowego	5 %
64	Złamanie trzonu kości łokciowej lub trzonu kości promieniowej	10 %
65	Złamanie trzonu kości łokciowej i trzonu kości promieniowej	12 %
66	Złamanie (śródstawowe) nasady dalszej kości łokciowej lub nasady dalszej kości promieniowej	10 %
67	Złamanie (śródstawowe) nasad dalszych kości promieniowej i kości łokciowej (obu kości przedramienia)	12%
68	Zwichnięcie stawu łokciowego	12%
69	Skręcenie stawu łokciowego	6%
70	Złamanie kości nadgarstka lub śródręcza	10 %
71	Złamanie w obrębie kciuka	6 %
72	Złamanie palca wskazującego	3 %
73	Złamanie w obrębie palców od III do V ręki (za każdy palec)	2 %
USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ		
74	Utrata kończyny dolnej na wysokości powyżej połowy uda	80 %
75	Utrata kończyny dolnej do wysokości połowy uda	70 %
76	Utrata kończyny dolnej na wysokości poniżej kolana	60 %
77	Utrata kończyny dolnej na wysokości do połowy łydki	50 %
78	Utrata stopy	40 %
79	Utrata palucha (w przypadku utraty częściowej - 1/2 wartości za każdy palec)	12 %
80	Utrata palców stopy od II do V (za każdy palec, w przypadku utraty częściowej - 1/3 wartości za każdy palec)	6 %
81	Zwichnięcie stawu biodrowego	20 %
82	Skręcenie stawu biodrowego	10 %
83	Złamanie kości udowej	25 %
84	Pęknięcie rzepki	20 %
85	Zwichnięcie stawu kolanowego	15 %
86	Skręcenie stawu kolanowego	7,5 %

Lp.	Rodzaj uszkodzenia ciała	Procent sumy ubezpieczenia
87	Złamanie kości piszczelowej	10 %
88	Złamanie kości strzałki	5 %
89	Złamanie kości piszczelowej i kości strzałki (obu kości podudzia)	15 %
90	Złamanie kości piętowej	15 %
91	Złamanie kości skokowej	15 %
92	Zwichnięcie w stawach skokowych	5 %
93	Skręcenie w stawach skokowych	2,5 %
94	Złamanie kości stępu	10 %
95	Złamanie kości śródstopia	5 %
96	Złamanie palucha	3 %
97	Złamanie palców stopy od II do V (za każdy palec)	1 %
USZKODZENIA UKŁADU NERWOWEGO POTWIERDZONE WYNIKAMI BADANIA NEUROLOGICZNEGO		
98	Uszkodzenie rdzenia kręgowego z całkowitym porażeniem czterech kończyn	100 %
99	Porażenie całkowite obu kończyn górnych bez porażenia kończyn dolnych	90 %
100	Niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia kończyn górnych	80 %
101	Uszkodzenie nerwów splotu barkowego	20 %
102	Uszkodzenie nerwów splotu lędźwiowo-krzyżowego	20 %
103	Uszkodzenie pozostałych nerwów obwodowych kończyn górnych	10 %
104	Uszkodzenie pozostałych nerwów obwodowych kończyn dolnych	10 %
105	Zaburzenia zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów	30 %
106	Padaczka pourazowa	50 %
107	Jednostronne uszkodzenie nerwu twarzowego	30 %
108	Dwustronne uszkodzenie nerwu twarzowego	60 %
109	Zaburzenia mowy - afazja	50 %
USZKODZENIA POWŁOK CIAŁA		
110	Uszkodzenia powłok twarzy pozostawiające trwałe blizny lub ubytki (nie dotyczy oparzeń, które oceniać należy wg punktu 111-112)	5 %
111	Oparzenie II stopnia do (za każdy 1 % powierzchni ciała)	1 %
112	Oparzenie III stopnia do (za każdy 1 % powierzchni ciała)	2 %
113	Oparzenie dróg oddechowych (leczone w szpitalu)	25 %

Za uszkodzenie ciała polegające na pęknięciu kości, przyznawane jest świadczenie tej samej wysokości co za uszkodzenie ciała polegające na złamaniu tych kości.

Załącznik nr 2
do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia
na Życie SALTUS – Moje ŻYCIE

TABELA OPERACJI CHIRURGICZNYCH

Lp.	Rodzaj operacji	Wysokość świadczenia (procent sumy ubezpieczenia)
A	OPERACJE UKŁADU NERWOWEGO	
	Struktury wewnątrzczaszkowe i nerwy czaszkowe	
1	Wycięcie tkanek mózgu lub pnia mózgu	100%
2	Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomia)	50%
3	Drenaż zmiany w tkance mózgowej	50%
4	Drenaż przestrzeni nadwardówkowej/podwardówkowej	25%
5	Zabiegi w obrębie nerwów czaszkowych	50%
6	Zabiegi w obrębie opon mózgowych	25%
	Rdzeń kręgowy	
7	Zabiegi w obrębie tkanek rdzenia kręgowego	50%
8	Zabiegi na korzeniach nerwów rdzeniowych	25%
	Nerwy obwodowe	
9	Całkowite wycięcie nerwu obwodowego lub współczulnego	25%
10	Przeszczep nerwu obwodowego	50%
11	Inne zabiegi w obrębie nerwu obwodowego, w tym odbarczenia nerwów	10%
B	OPERACJE UKŁADU WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO	
12	Całkowite lub częściowe wycięcie przysadki	75%
13	Operacje szyszynki	75%
14	Całkowite wycięcie tarczycy	50%
15	Częściowe wycięcie tarczycy	25%
16	Wycięcie grasicy	25%
17	Wycięcie nadnercza	50%
C	OPERACJE SUTKA	
18	Całkowita amputacja sutka (mastektomia)	50%
19	Całkowita amputacja sutka (mastektomia) z zawartością dołu pachowego	75%
20	Wycięcie kwadrantu piersi lub wycięcie guza piersi – BCT	25%
D	OPERACJE NARZĄDU WZROKU I STRUKTUR OTACZAJĄCYCH	
21	Usunięcie oka (gałki ocznej) – enukleacja	50%
22	Operacje mięśni oka	25%
23	Operacje oczodołu	25%
24	Operacje zaćmy lub jaskry	25%
E	OPERACJE NARZĄDU SŁUCHU I STRUKTUR OTACZAJĄCYCH	
25	Operacje ślimaka	50%
26	Wycięcie zmiany ucha środkowego	25%
27	Wycięcie zmiany ucha zewnętrznego	10%
F	OPERACJE KRTANI, GARDŁA I TCHAWICY	
28	Całkowite wycięcie krtani	75%
29	Wycięcie zmiany w obrębie krtani	25%
30	Częściowe wycięcie tchawicy	50%
31	Wyłonienie tchawicy (tracheostomia)	25%
G	OPERACJE PŁUC I OSKRZELI	
32	Przeszczep płuca jako biorca	100%
33	Całkowite wycięcie płuca	75%
34	Częściowe wycięcie płuca	50%
35	Otwarte operacje śródpiersia	50%
36	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w obrębie dolnych dróg oddechowych	25%

Lp.	Rodzaj operacji	Wysokość świadczenia (procent sumy ubezpieczenia)
H	OPERACJE W OBRĘBIE JAMY USTNEJ	
37	Całkowite wycięcie języka	75%
38	Częściowe wycięcie języka	25%
39	Całkowite wycięcie migdałka podniebienne	10%
40	Całkowite wycięcie ślinianki przyusznej, podjęzykowej, podżuchwowej	25%
41	Usunięcie zmiany patologicznej ślinianki	25%
42	Usunięcie kamienia ze światła ślinianki	10%
I	OPERACJE PRZEWODU POKARMOWEGO	
	Przełyk i żołądek	
43	Wycięcie przełyku i żołądka	75%
44	Całkowite wycięcie przełyku	75%
45	Częściowe wycięcie przełyku	50%
46	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku	10%
47	Otwarte operacje żylaków przełyku	25%
48	Całkowite wycięcie żołądka	75%
49	Częściowe wycięcie żołądka	50%
50	Leczenie chirurgiczne przepukliny przeponowej	25%
51	Endoskopowe usunięcie zmiany żołądka	10%
52	Zespolenie żołądkowo-jelitowe	50%
	Dwunastnica, jelito czcze i jelito kręte	
53	Całkowite lub częściowe wycięcie dwunastnicy	50%
54	Otwarte usunięcie zmiany patologicznej dwunastnicy	25%
55	Całkowite lub częściowe wycięcie jelita czczego	50%
56	Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomia)	50%
57	Zespolenie omijające jelito czcze	50%
58	Całkowite lub częściowe wycięcie jelita krętego	50%
59	Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomia)	50%
60	Zespolenie omijające jelito kręte	50%
	Wyrostek robaczkowy	
61	Wycięcie wyrostka robaczkowego powikłanego zapaleniem otrzewnej lub ropniem zaotrzewnowym	25%
62	Inne wycięcie wyrostka robaczkowego	10%
	Okrężnica i odbytnica	
62	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	100%
64	Całkowite wycięcie okrężnicy	75%
65	Częściowe wycięcie okrężnicy	50%
66	Wycięcie odbytnicy	75%
67	Otwarte usunięcie zmiany patologicznej odbytnicy	25%
68	Endoskopowe usunięcie zmiany patologicznej okrężnicy	10%
69	Operacje z dojścia przez krocze przeciwdziałające wypadaniu odbytnicy	25%
70	Całkowite wycięcie odbytu	25%
	Wątroba	
71	Przeszczep wątroby jako biorca	100%
72	Częściowe wycięcie wątroby	75%
	Pęcherzyk żółciowy	
73	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	25%
74	Inne operacje pęcherzyka żółciowego	25%

Lp.	Rodzaj operacji	Wysokość świadczenia (procent sumy ubezpieczenia)
Trzustka		
75	Przeszczep trzustki jako biorca	100%
76	Całkowite wycięcie trzustki lub wycięcie głowy trzustki	50%
77	Częściowe wycięcie trzustki	25%
Śledziona		
78	Całkowite wycięcie śledziony	25%
J	OPERACJE UKŁADU SERCOWO – NACZYNIOWEGO	
Serce		
79	Przeszczep serca (lub płuc i serca) jako biorca	100%
80	Operacje na otwartym sercu	75%
81	Pomostowanie aortalno-wieńcowe	75%
82	Przeżyłowa angioplastyka wieńcowa	25%
83	Wszczepienie stymulatora	25%
84	Wszczepienie kardiowertera	50%
85	Drenaż osierdza	10%
86	Inne zabiegi na osierdzu	25%
Aorta		
87	Operacja tętniakowego odcinka aorty	100%
88	Zabiegi operacyjne aorty wykonywane od strony światła aorty	75%
Tętnice mózgowe i szyjne		
89	Operacje tętniaka tętnicy mózgowej z dostępu zewnątrzczaszkowego	100%
90	Operacje tętniaka tętnicy mózgowej metodą przezżylną	50%
91	Otwarte operacje tętnicy szyjnej z dostępu	75%
92	Zabiegi wewnątrznaczyniowe tętnicy szyjnej	50%
Odgałęzienia aorty brzusznej		
93	Zabiegi operacyjne tętnicy nerkowej	50%
94	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej	75%
95	Zabiegi operacyjne tętnicy biodrowej wykonywane ze światła tętnicy biodrowej	50%
96	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej	75%
97	Zabiegi operacyjne tętnicy udowej wykonywane ze światła tętnicy udowej	50%
K	OPERACJE UKŁADU MOCZOWEGO	
Nerki		
98	Przeszczep nerki jako biorca	100%
99	Całkowite wycięcie nerki	50%
100	Otwarta naprawcza operacja nerki	50%
101	Zabiegi terapeutyczne dotyczące nerki wykonywane metodą ureteroskopii	25%
Moczowód		
102	Całkowite wycięcie moczowodu	50%
103	Odprowadzenie moczu przez przetokę	50%
104	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą ureteroskopii	25%
105	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne moczowodu	25%
106	Operacja ujścia moczowodu	25%
Pęcherz moczowy		
107	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	75%
108	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	25%
109	Wycięcie zmiany w obrębie pęcherza moczowego metodą endoskopową	10%

Lp.	Rodzaj operacji	Wysokość świadczenia (procent sumy ubezpieczenia)
Gruzoł krokowy (prostata)		
110	Całkowite wycięcie gruczołu krokowego	75%
111	Częściowe wycięcie gruczołu krokowego	25%
Operacje odpływu z pęcherza moczowego		
112	Operacje zaburzeń w oddawaniu moczu z dostępu brzuszego	50%
113	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne zaburzeń w oddawaniu moczu u kobiet	25%
114	Endoskopowa resekcja ujścia pęcherza moczowego u mężczyzn	25%
Cewka moczowa		
115	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące cewki moczowej	25%
116	Operacje ujścia cewki moczowej	10%
L	OPERACJE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH	
117	Obustronne wycięcie jąder	50%
118	Operacja sprowadzenia jąder/a do moszny	25%
119	Usunięcie zmiany patologicznej jądra	10%
120	Operacje najądrza	25%
121	Całkowite wycięcie nasieniowodu	25%
122	Operacje żyłaków powrózka nasienneo	10%
123	Amputacja prącia	50%
124	Wycięcie zmiany w obrębie prącia	10%
M	OPERACJE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH	
125	Wycięcie pochwy	75%
126	Operacja naprawcza wypadania pochwy	25%
127	Wycięcie macicy	75%
128	Amputacja szyjki macicy	10%
129	Obustronne wycięcie jajowodu	25%
130	Jednostronne wycięcie jajowodu	10%
131	Całkowite wycięcie jajników obustronne	50%
132	Całkowite wycięcie jajnika	10%
N	OPERACJE OPŁUCNEJ I PRZEPONY	
133	Zabiegi terapeutyczne opłucnej metodą otwartą	50%
134	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej	25%
O	OPERACJE PRZEPUKLIN I INNE OPERACJE BRZUSZNE	
135	Operacja uwięźniętej przepukliny pachwinowej, udowej, pępkowej, kresy białej i w bliźnie pooperacyjnej	50%
136	Operacja przepukliny pachwinowej, udowej, pępkowej, kresy białej i w bliźnie pooperacyjnej	25%
137	Otwarcie jamy brzusznej (laparotomia)	50%
P	OPERACJE MIĘŚNI, ŚCIĘGIEN	
138	Operacja naprawcza ścięgna	25%
139	Zmiana długości ścięgna	10%
140	Operacja naprawcza mięśnia	50%
141	Uwolnienie przykurczu mięśnia	25%
R	OPERACJE UKŁADU LIMFATYCZNEGO	
142	Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	25%

Lp.	Rodzaj operacji	Wysokość świadczenia (procent sumy ubezpieczenia)
S	OPERACJE KOŚCI TWARZOCZASZKI	
143	Operacje kości czaszki	50%
144	Wycięcie kości twarzy	25%
145	Operacyjne nastawienie złamania szczęki	25%
146	Operacyjne nastawienie złamania żuchwy	25%
147	Operacyjne nastawienie złamania innej części twarzy	25%
148	Stabilizacja żuchwy	25%
T	OPERACJE KRĘGOSŁUPA I KRĄŻKÓW MIĘDZYKRĘGOWYCH	
149	Operacja obarczająca kręgosłup szyjny	50%
150	Operacja obarczająca kręgosłup piersiowy	50%
151	Operacja obarczająca kręgosłup lędźwiowy	50%
152	Odbarczenie złamania kręgosłupa	50%
153	Stabilizacja złamania kręgosłupa	25%
154	Usunięcie zmiany patologicznej kręgosłupa	25%
155	Zespolenie kręgów	25%
U	OPERACJE CHIRURGII URAZOWEJ I ORTOPEDYCZNEJ	
156	Zespolenia kostne, przeszczep kości w leczeniu złamań złożonych	50%
157	Operacyjne leczenie złamania kości kończyny górnej i dolnej	25%
158	Amputacja kończyny górnej powyżej stawu łokciowego	50%
159	Amputacja kończyny górnej poniżej stawu łokciowego	25%
160	Amputacja kończyny dolnej powyżej stawu kolanowego	50%
161	Amputacja kończyny dolnej poniżej stawu kolanowego	25%
162	Amputacja palucha	10%
163	Operacje stawu łokciowego, barkowego, biodrowego, kolanowego	50%
164	Operacje stawu skokowego, nadgarstkowego	25%
165	Operacje innych stawów	10%

Informacja o produkcie
dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek konieczności uzyskania
pomocy po zaistnieniu nieszczęśliwego wypadku
POWRÓT DO ZDROWIA PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU
Stan zgodny z Ogólnymi warunkami grupowego ubezpieczenia
na życie SALTUS – Moje ŻYCIE (OWU)
oraz
Ogólnymi warunkami dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek
konieczności uzyskania pomocy po zaistnieniu nieszczęśliwego wypadku
POWRÓT DO ZDROWIA PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU (OWDU),
uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA
w dniu 20 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 2 ust.2 pkt 2.3.– 2.5. OWDU, § 3 OWDU, § 6 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 6 OWU, § 2 ust.2 pkt 2.3. – 2.5. OWDU, § 4 OWDU, § 6 ust.5 OWDU.

**TABELA LIMITÓW ILOŚCIOWYCH I KWOTOWYCH
dotyczących udzielania przez Centrum Operacyjne świadczeń
medycznych i świadczeń wspierających powrót do zdrowia
po wystąpieniu nieszczęśliwego wypadku**

Centrum Operacyjne:	+48 22 564 06 20 kontakt jest możliwy przez całą dobę / 7 dni w tygodniu
zdarzenie ubezpieczeniowe	wystąpienie w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, uszkodzenia ciała osoby objętej ubezpieczeniem w wyniku nieszczęśliwego wypadku
sposób wykorzystania przysługującego limitu	wskazane poniżej limity ilościowe i kwotowe są: a) limitami indywidualnymi dla każdej osoby objętej ubezpieczeniem w ramach danego wariantu ubezpieczenia, b) limitami łącznymi dla danej osoby na zaistnienie wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w danym roku ochrony, – co oznacza, że: a) każda z osób objętych ubezpieczeniem posiada swój limit w roku ochrony, b) w przypadku zaistnienia w danym roku ochrony pierwszego zdarzenia ubezpieczeniowego osoba objęta ubezpieczeniem może korzystać z usług wspierających powrót do zdrowia i usług medycznych do pełnej wysokości z określonych poniżej limitów, c) w przypadku wystąpienia w danym roku ochrony drugiego i kolejnych zdarzeń ubezpieczeniowych osoba objęta ubezpieczeniem może korzystać z usług wspierających powrót do zdrowia i usług medycznych tylko do wykorzystania wysokości tej części limitów, które nie zostały wykorzystane w związku z zaistnieniem pierwszego zdarzenia ubezpieczeniowego, UWAGA: jeżeli łączne limity na daną osobę objętą ubezpieczeniem zostały wykorzystane w całości w związku z zaistnieniem pierwszego zdarzenia ubezpieczeniowego świadczenia mogą być dalej realizowane na zasadzie określonej w § 5 ust.2 OWDU.

usługi wspierające powrót do zdrowia po zaistnieniu zdarzenia ubezpieczeniowego:	limity
1. informacja medyczna	bez limitu
2. dostawa leków	łącznie 2 000 zł na wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe w roku ochrony
3. organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego	
4. organizacja i pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego	
5. pielęgniarska wizyta domowa (1 raz na 1 zdarzenie ubezpieczeniowe)	
6. lekarska wizyta domowa (1 raz na 1 zdarzenie ubezpieczeniowe)	

usługi medyczne po zaistnieniu zdarzenia ubezpieczeniowego:	limity
1. konsultacje lekarskie (1 konsultacja = 1 świadczenie):	łącznie 10 świadczeń na wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe w roku ochrony
1) chirurga	
2) okulisty	
3) otolaryngologa	
4) ortopedy	
5) kardiologa	
6) neurologa	
7) pulmonologa	
8) lekarza rehabilitacji	
9) neurochirurga	
2. konsultacje psychologa (1 konsultacja = 1 świadczenie)	łącznie 1 500 zł na wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe w roku ochrony
3. zabiegi ambulatoryjne (1 świadczenie = zabiegi zlecone do wykonania w trakcie 1 konsultacji)	
4. badania laboratoryjne (1 świadczenie = komplet badań zleconych w trakcie 1 konsultacji)	
5. badania radiologiczne (1 świadczenie = 1 badanie zlecone w trakcie 1 konsultacji)	
6. ultrasonografia (1 świadczenie = 1 badanie zlecone w trakcie 1 konsultacji)	
7. tomografia (max. 1 badanie w roku ochrony) (1 świadczenie = 1 badanie zlecone w trakcie 1 konsultacji)	
8. rezonans (max. 1 badanie w roku ochrony) (1 świadczenie = 1 badanie zlecone w trakcie 1 konsultacji)	
zabiegi rehabilitacyjne (w odniesieniu do 1 zdarzenia można skorzystać 1 raz z tego świadczenia)	

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK KONIECZNOŚCI UZYSKANIA POMOCY PO ZAISTNIENIU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU - POWRÓT DO ZDROWIA PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Konieczności Uzyskania Pomocy po Zaistnieniu Nieszczęśliwego Wypadku - POWRÓT DO ZDROWIA PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 4 pkt 1) – 5) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie SALTUS – Moje ŻYCIE, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

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

2.1. **Centrum Operacyjne** – jednostka działająca na zlecenie Towarzystwa odpowiedzialna za organizację i udzielanie osobie objętej ubezpieczeniem usług wspierających powrót do zdrowia dostępna pod czynnym całą dobę numerem telefonu **+48 22 564 06 20**,

2.2. **rok ochrony** – okres kolejnych 12 miesięcy nieprzerwanego objęcia ochroną ubezpieczeniową, liczonych od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu przystąpienia do ubezpieczenia,

2.3. **usługi medyczne** – jeżeli osoba objęta ubezpieczeniem, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie (skierowaniem), wymaga po wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego wykonania usługi medycznej, Towarzystwo zapewnia ich organizację i pokrywa koszty. Zakres ochrony obejmuje poniższe świadczenia:

- 1) konsultacje lekarskie: chirurga, okulisty, otolaryngologa, ortopedy, kardiologa, neurologa, pulmonologa, lekarza rehabilitacji, neurochirurga,
 - 2) konsultacje psychologa,
 - 3) zabiegi ambulatoryjne,
 - 4) badania laboratoryjne,
 - 5) badania radiologiczne (RTG klasyczne),
 - 6) badania ultrasonograficzne,
 - 7) jedno badanie tomografii komputerowej w roku ochrony,
 - 8) jedno badanie rezonansu magnetycznego w roku ochrony,
- Usługi, o których mowa w pkt. 1) – 8) są świadczone do wyczerpania łącznego limitu 10 świadczeń w roku ochrony.

2.4. **zabiegi rehabilitacyjne** – zabiegi te są świadczone jeden raz w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, maksymalnie do wyczerpania łącznego limitu 1 500 zł na wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe w roku ochrony,

2.5. **usługi wspierające powrót do zdrowia** – uzasadnione działania w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, których koszty i organizację ponosi Towarzystwo służące powrotowi do optymalnego stanu zdrowia Ubezpieczonego po wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego. Zakres ochrony obejmuje poniższe świadczenia:

- 1) **Infolinia medyczna** - jednostka działająca całodobowo udzielająca Ubezpieczonemu informacji o:
 - a) działaniu leków, ich skutkach ubocznych i interakcjach,
 - b) przygotowaniu do zabiegów medycznych,
 - c) przygotowaniu do badań diagnostycznych,
 - d) podmiotach leczniczych, w których świadczenia są opłacane przez płatnika publicznego i płatników prywatnych,
 - e) aptekach czynnych całą dobę,
 - f) niezbędnych badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku
 - g) zdrowym żywieniu,
 - h) o wymaganych szczepieniach i zagrożeniach epidemiologicznych przed podróżą.

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

2) **dostawa leków** - jeżeli osoba objęta ubezpieczeniem wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym leżenia, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, lub pomocy osób trzecich, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca zamieszkania osoby objętej ubezpieczeniem. Koszty dostarczonych leków pokrywa osoba objęta ubezpieczeniem,

3) **lekarska wizyta domowa** - jeżeli osoba objęta ubezpieczeniem wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym konsultacji lekarskiej w warunkach

domowych, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty wizyty domowej; nie więcej niż jedna usługa z tytułu wystąpienia jednego zdarzenia ubezpieczeniowego. Wizyty domowe nie obejmują medycznych czynności ratunkowych zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;

4) **organizacja i pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego** - jeżeli osoba objęta ubezpieczeniem, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego, Towarzystwo zapewnia organizację, dostarczenie i pokrywa koszty zleconego sprzętu rehabilitacyjnego,

5) **pielęgniarska wizyta domowa** - jeżeli osoba objęta ubezpieczeniem, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym zabiegów pielęgniarskich w warunkach domowych, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty wizyty domowej. Nie więcej niż jedna usługa z tytułu wystąpienia jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,

6) **organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego** - jeżeli osoba objęta ubezpieczeniem, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym transportu medycznego, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu osoby objętej ubezpieczeniem do i z placówki medycznej lub między placówkami dostosowanym do aktualnego stanu zdrowia osoby objętej ubezpieczeniem środkiem transportu.

Usługi, o których mowa w pkt. 2) - 6), świadczone są do wyczerpania łącznego limitu 2 000 zł na usługi wspierające powrót do zdrowia na wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe w roku ochrony.

2.6. **zdarzenie ubezpieczeniowe** - wystąpienie w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej uszkodzenia ciała osoby objętej ubezpieczeniem w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia jest:

- a) w wariantcie Dla Ciebie – zdrowie Ubezpieczonego,
- b) w wariantcie Dla Ciebie Premium – zdrowie Ubezpieczonego,
- c) w wariantcie Dla Ciebie i Twojego Partnera – zdrowie Ubezpieczonego i małżonka Ubezpieczonego,
- d) w wariantcie Dla Ciebie i Twojego Dziecka – zdrowie Ubezpieczonego i dziecka Ubezpieczonego,
- e) w wariantcie Dla Ciebie i Twojej Rodziny – zdrowie Ubezpieczonego, małżonka Ubezpieczonego, dziecka Ubezpieczonego oraz rodziców i teściów Ubezpieczonego.

2. Zakresem ubezpieczenia objęte jest świadczenie usług medycznych i usług wspierających powrót do zdrowia organizowanych za pośrednictwem Centrum Operacyjnego.

III. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4 (wyłączenia odpowiedzialności)

1. Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie spełnione, jeżeli nieszczęśliwy wypadek zaistniał przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej albo zaistniał w związku lub w następstwie okoliczności wskazanych w § 6 OWU.
2. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte koszty połączeń z Centrum Operacyjnym.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 5 (świadczenie usług medycznych i usług wspierających powrót do zdrowia)

1. W celu uzyskania świadczeń osoba objęta ubezpieczeniem kontaktuje się telefonicznie z Centrum Operacyjnym.
2. Jeżeli w ramach zakresu świadczeń zostanie przekroczony limit kosztów określony dla danego zdarzenia ubezpieczeniowego dla danej usługi, może być ona wykonana przez Towarzystwo, o ile osoba objęta ubezpieczeniem lub jego przedstawiciel ustawowy wyrazi pisemną zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez Towarzystwo limitem świadczenia.

§ 6 (zgłoszenie roszczenia i ustalenie prawa do świadczeń)

1. Osoba kontaktująca się z Centrum Operacyjnym powinna podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko;
 - b) numer PESEL;
 - c) adres zamieszkania;
 - d) numer telefonu do kontaktu zwrotnego.
2. Osoba objęta ubezpieczeniem zobowiązana jest na wniosek Centrum Operacyjnego dostarczyć dokumenty wskazane w § 7.

3. Centrum Operacyjne przystąpi do organizacji świadczenia niezwłocznie po pozytywnej weryfikacji ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego oraz po wypełnieniu obowiązków określonych w ustępach powyższych.
4. O wszelkich zmianach w sposobie i terminie realizacji świadczeń Centrum Operacyjne będzie niezwłocznie informować osobę objętą ubezpieczeniem.
5. W przypadku, gdy osoba objęta ubezpieczeniem nie wypełnia obowiązków określonych w ust.1-3 powyżej, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

§ 7 (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o udzielenie świadczenia ubezpieczeniowego, osoba objęta ubezpieczeniem a w przypadku dziecka Ubezpieczonego, jego przedstawiciel ustawowy, winien przekazać Towarzystwu następujące dokumenty i informacje niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

- 1) opis wystąpienia nieszczęśliwego wypadku i/lub dokumentacja udzielenia pierwszej pomocy lekarskiej w przypadku korzystania z usług wspierających powrót do zdrowia po nieszczęśliwym wypadku;
- 2) dokumenty wskazane w definicjach usług medycznych w § 2 ust.2 pkt 2.3. lub w definicjach usług wspierających powrót do zdrowia w § 2 ust.2 pkt 2.5., o które może wystąpić Centrum Operacyjne potwierdzające konieczność udzielenia danej usługi lub konieczne do jej realizacji.

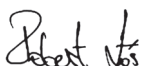
IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie SALTUS – Moje ŻYCIE z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 9 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 20 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia od dnia 1 kwietnia 2023 roku.


ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU


GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU


ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU


MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie
dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek konieczności uzyskania
pomocy po wystąpieniu poważnego schorzenia kardiologicznego
POMOC DLA SERCA
Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia na Życie
SALTUS – Moje ŻYCIE (OWU)
oraz
Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek
konieczności uzyskania pomocy po wystąpieniu poważnego schorzenia
kardiologicznego – POMOC DLA SERCA (OWDU),
uchwalonymi przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA
w dniu 20 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 2 ust.2 pkt. 2.3 – 2.5 OWDU, § 3 OWDU, § 5 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 6 OWU, § 2 ust.2 pkt. 2.3. – 2.5. OWDU, § 4 OWDU, § 6 ust. 5 OWDU.

**TABELA LIMITÓW ILOŚCIOWYCH I KWOTOWYCH
dotyczących udzielania przez Centrum Operacyjne
świadczeń medycznych i świadczeń wspierających powrót do zdrowia
po wystąpieniu poważnego schorzenia kardiologicznego**

Centrum Operacyjne:	+48 22 564 06 20 kontakt jest możliwy przez całą dobę / 7 dni w tygodniu
zdarzenie ubezpieczeniowe	wystąpienie u osoby objętej ubezpieczeniem, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, poważnego schorzenia kardiologicznego skutkującego koniecznością pobytu w szpitalu tej osoby, trwającą co najmniej 24 godziny, licząc od godziny przyjęcia do godziny wypisu ze szpitala
sposób wykorzystania przysługującego limitu	o ile szczegółowe zapisy OWDU nie stanowią inaczej, wskazane poniżej limity ilościowe i kwotowe są: a) limitami indywidualnymi dla każdej osoby objętej ubezpieczeniem w ramach danego wariantu ubezpieczenia, b) limitami łącznymi dla danej osoby na zaistnienie jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, – co oznacza, że: a) każda z osób objętych ubezpieczeniem posiada swój limit na 1 zdarzenie, b) w przypadku wystąpienia w danym roku ochrony drugiego i kolejnych zdarzeń ubezpieczeniowych osoba objęta ubezpieczeniem może korzystać po zaistnieniu drugiego i kolejnego zdarzenia ubezpieczeniowego z usług wspierających powrót do zdrowia do pełnej wysokości tych limitów.

usługi wspierające powrót do zdrowia po zaistnieniu zdarzenia ubezpieczeniowego:	limity
1. informacja medyczna	bez limitu
2. teleopieka kardiologiczna	1 raz w roku ochrony przez 9 miesięcy niezależnie od liczby zdarzeń ubezpieczeniowych jakie wystąpią u danej osoby objętej ubezpieczeniem w roku ochrony
3. dostawa leków	łącznie 5 000 zł na 1 zdarzenie ubezpieczeniowe
4. dostawa posiłków	
5. pomoc domowa	
6. organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego	
7. organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego	
8. pielęgniarstwo wizyta domowa	
9. konsultacje psychologa	

usługi medyczne po zaistnieniu zdarzenia ubezpieczeniowego	limity
konsultacje lekarskie: 1) chirurga 2) dermatologa 3) endokrynologa 4) hepatologa 5) hematologa 6) okulisty 7) otolaryngologa 8) onkologa 9) ortopedy 10) ginekologa 11) nefrologa 12) pulmonologa 13) lekarza rehabilitacji 14) urologa	łącznie 10 konsultacji lekarskich na 1 zdarzenie ubezpieczeniowe
zabiegi rehabilitacyjne ćwiczenia wytrzymałościowe cykloergometr bieżnia stepper ćwiczenia ogólnousprawniające trening oporowy fizykoterapia rehabilitacja oddechowa	łącznie 1 000 zł na 1 zdarzenie ubezpieczeniowe

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK KONIECZNOŚCI UZYSKANIA POMOCY PO WYSTĄPIENIU POWAŻNEGO SCHORZENIA KARDIOLOGICZNEGO – POMOC DLA SERCA

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek konieczności uzyskania pomocy po wystąpieniu poważnego schorzenia kardiologicznego – POMOC DLA SERCA zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 5 ust.1 pkt 1)-3) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie SALTUS – Moje ŻYCIE, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

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

2.1. **Centrum Operacyjne** – jednostka działająca na zlecenie Towarzystwa odpowiedzialna za organizację i udzielanie ubezpieczonemu usług wspierających powrót do zdrowia dostępna pod czynnym całą dobę numerem telefonu +48 22 564 06 20,

2.2. **pobyt w szpitalu** – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia, związany bezpośrednio z leczeniem skutków wystąpienia u osoby objętej ochroną ubezpieczeniową poważnego schorzenia kardiologicznego; trwający nieprzerwanie co najmniej 2 dni, przy czym do okresu pobytu w szpitalu zaliczane są w całości: dzień, w którym osoba objęta ubezpieczeniem została przyjęta do szpitala oraz dzień, w którym została ona wypisana ze szpitala,

2.3. **poważne schorzenie kardiologiczne** – skutkujące koniecznością pobytu w szpitalu wystąpienie w okresie ubezpieczenia u osoby objętej ubezpieczeniem jednej z poniżej wymienionych chorób:

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

- a) wykryciu wzrostu i/lub spadku biomarkera sercowego (najlepiej troponiny sercowej) powyżej górnej granicy normy oraz jednego z następujących:
 - objawów niedokrwienia,
 - zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) typowych dla nowo powstałego niedokrwienia,
 - nowych odcinkowych zaburzeń kurczliwości uwidocznionych w badaniach obrazowych,

b) wzroście wartości troponiny sercowej po angioplastyce wieńcowej (przekraczającym 5-krotnie górną granicę normy przy prawidłowych wartościach wyjściowych lub wzrost wartości troponiny sercowej o 20% przy jej wyjściowym podwyższeniu) przy występujących dodatkowo:

- objawach niedokrwienia lub
- zmianach w EKG lub
- nowych odcinkowych zaburzeniach kurczliwości lub
- uwidocznieniu obrazów angiograficznych zgodnych z powikłaniami zabiegu,

c) wzroście wartości troponiny sercowej w związku z pomostowaniem tętnic wieńcowych - CABG (przekraczającym 10-krotnie górną granicę normy przy prawidłowych wartościach wyjściowych) przy występujących dodatkowo:

- nowych zmianach w EKG lub
- nowych odcinkowych zaburzeniach kurczliwości lub
- uwidocznieniu w obrazach angiograficznych nowego zamknięcia pomostu lub natywnej tętnicy wieńcowej,

2) **pomostowanie (bypass) naczyń wieńcowych** - przeprowadzenie operacji chirurgicznej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego; operacja musi być oporzędzona angiografią wskazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe,

3) **angioplastyka wieńcowa** - pierwszorazowe leczenie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych z zastosowaniem angioplastyki balonowej, przezskórnej angioplastyki wieńcowej lub innych podobnych metod; przeprowadzenie takiej angioplastyki musi być uzasadnione medycznie na podstawie zalecenia specjalisty kardiologa oraz musi istnieć angiograficzne potwierdzenie istotnego zwężenia tętnicy wieńcowej,

4) **operacja aorty** - zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty; aorta definiowana jest jako jej odcinek piersiowy i brzuszny bez jej odgałęzień; ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty,

2.4. **usługi medyczne** – jeżeli osoba objęta ubezpieczeniem, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie (skierowaniem), wymaga po wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego wykonania usługi medycznej, Towarzystwo zapewnia ich organizację i pokrywa koszty. Zakres ochrony obejmuje poniższe świadczenia:

1) konsultacje lekarskie: chirurga, endokrynologa, dermatologa, hepatologa, hematologa, okulisty, otolaryngologa, onkologa, ortopedy, ginekologa, nefrologa, pulmonologa, lekarza rehabilitacji, urologa; usługa jest świadczona do wyczerpania łącznego limitu 10 konsultacji lekarskich na 1 zdarzenie ubezpieczeniowe,

2) zabiegi rehabilitacyjne: ćwiczenia wytrzymałościowe, cykloergometr, bieżnia, stepper, ćwiczenia ogólnousprawniające, trening oporowy, fizykoterapia i rehabilitacja oddechowa; usługa jest świadczona do wyczerpania łącznego limitu maksymalnie do 1000 zł na 1 zdarzenie ubezpieczeniowe,

2.5. **usługi wspierające powrót do zdrowia** – uzasadnione działania w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, których koszty i organizację ponosi Towarzystwo służące powrotowi do optymalnego stanu zdrowia osoby objętej ubezpieczeniem po wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego. Zakres ochrony obejmuje poniższe świadczenia:

1) **dostawa leków** - jeżeli osoba objęta ubezpieczeniem wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym leżenia, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, lub pomocy osób trzecich, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca zamieszkania osoby objętej ubezpieczeniem. Koszty dostarczonych leków pokrywa osoba objęta ubezpieczeniem,

2) **dostawa posiłków** - jeżeli osoba objęta ubezpieczeniem wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym leżenia, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, lub pomocy osób trzecich, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia posiłków (śniadanie, obiad, kolacja) do miejsca zamieszkania osoby objętej ubezpieczeniem. Koszty dostarczonych posiłków pokrywa osoba objęta ubezpieczeniem,

3) **organizacja i pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego** - jeżeli osoba objęta ubezpieczeniem, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego, Towarzystwo zapewnia organizację, dostarczenie i pokrywa koszty zleconego sprzętu rehabilitacyjnego,

4) **pielęgniarska wizyta domowa** - jeżeli osoba objęta ubezpieczeniem, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym zabiegów pielęgniarstwa w warunkach domowych, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty wizyty domowej. Nie więcej niż jedna usługa z tytułu wystąpienia jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;

5) **organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego** - jeżeli osoba objęta ubezpieczeniem, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym transportu medycznego, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu osoby objętej ubezpieczeniem do i z placówki medycznej lub między placówkami dostosowanym do aktualnego stanu zdrowia osoby objętej ubezpieczeniem środkiem transportu,

6) **pomoc domowa** - jeżeli osoba objęta ubezpieczeniem, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym leżenia lub pomocy osób trzecich, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty wynagrodzenia i dojazdu osób pomagających osobie objętej ubezpieczeniem w powrocie do zdrowia w miejscu zamieszkania. Usługa obejmuje zakresem: pomoc domową w przygotowaniu posiłku, zrobienie drobnych zakupów, utrzymanie czystości w domu: sprzątanie podłóg na sucho i na mokro, ścieranie kurzy z mebli i parapetów, odkurzanie dywanów i wykładzin, sprzątanie łazienki, zmywanie naczyń, czyszczenie zlewu, czyszczenie płyty kuchennej, wyrzucanie śmieci, podlewanie kwiatów przy użyciu środków i sprzętów udostępnionych przez osobę objętą ubezpieczeniem; koszty zakupów realizowanych na zlecenie osoby objętej ubezpieczeniem pokrywa osoba objęta ubezpieczeniem,

7) **pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej** - jeżeli osoba objęta ubezpieczeniem wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym pomocy psychologicznej, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty telekonsultacji lub w przypadku ich dostępności w pobliżu miejsca zamieszkania osoby objętej ubezpieczeniem bezpośrednich konsultacji psychologa. powyższe usługi wspierające powrót do zdrowia, wskazane w pkt 1)-7), są świadczone do wyczerpania łącznego limitu 5000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe,

8) **teleopieka kardiologiczna** - jeżeli osoba objęta ubezpieczeniem, po zdarzeniu ubezpieczeniowym wymaga monitorowania pracy serca, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty:

- a) dostarczenia osobie objętej ubezpieczeniem zestawu Teleopieki Kardiologicznej, tj. aparatu EKG, materiałów szkoleniowych i informacyjnych, w ciągu maksymalnie 3 dni roboczych od daty zgłoszenia Towarzystwu;
- b) telefonicznego szkolenia z obsługi aparatu EKG oraz korzystania z Teleopieki Kardiologicznej, przeprowadzonego przez Centrum Telemedyczne,
- c) odbioru aparatu EKG, stanowiącego element zestawu Teleopieki Kardiologicznej, z miejsca zamieszkania osoby objętej ubezpieczeniem,
- d) zapewnienie osobie objętej ubezpieczeniem w okresie świadczenia usług dostępu do Centrum Telemedycznego świadczącego następujące usługi:

- przyjmowanie i rejestrowanie w systemie telemedycznym badań przesłanych przez osobę objętą ubezpieczeniem za pomocą otrzymanego aparatu EKG,
- analiza przesłanych badań przez personel Centrum Telemedycznego,
- stały kontakt telefoniczny z personelem Centrum Telemedycznego,
- dostęp do informacji na temat wyniku badań pod numerem Centrum Telemedycznego, znajdującym się na aparacie EKG,
- archiwizacja wszystkich wykonanych badań wraz z ich wynikami przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu,
- udostępnienie drogą telefoniczną lub za pośrednictwem e-maila wyników badań Ubezpieczonego osobie bliskiej,
- wezwanie pogotowia ratunkowego do miejsca zamieszkania lub miejsca pobytu osoby objętej ubezpieczeniem w przypadku stwierdzenia przez lekarza dyżurnego Świadczeniodawcy potrzeby pomocy medycznej, a także poinformowanie o tym fakcie osoby do kontaktu w przypadku wyrażenia takiej woli przez osobę objętą ubezpieczeniem,
- przekazywanie dyspozytorowi pogotowia ratunkowego informacji na temat wyniku badania osoby objętej ubezpieczeniem oraz wskazówek dojazdu do miejsca pobytu.

Usługa jest świadczona raz w roku ochrony przez 9 miesięcy, niezależnie od liczby zdarzeń ubezpieczeniowych jakie wystąpią w roku ochrony,

- 9) **Infolinia medyczna** - jednostka działająca całodobowo udzielająca osobie objętej ubezpieczeniem informacji o:

- a) działaniu leków, ich skutkach ubocznych i interakcjach,
- b) przygotowaniu do zabiegów medycznych,
- c) przygotowaniu do badań diagnostycznych,
- d) podmiotach leczniczych, w których świadczenia są opłacane przez płatnika publicznego i płatników prywatnych,
- e) aptekach czynnych całą dobę,
- f) niezbędnych badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
- g) zdrowym żywieniu,
- h) o wymaganych szczepieniach i zagrożeniach epidemiologicznych przed podróżą.

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

- 2.6. **rok ochrony** - okres kolejnych 12 miesięcy nieprzerwanego objęcia ochroną ubezpieczeniową, liczonych od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu przystąpienia do ubezpieczenia,

- 2.7. **zdarzenie ubezpieczeniowe** - wystąpienie w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej poważnego schorzenia kardiologicznego u osoby objętej ubezpieczeniem skutkującej koniecznością pobytu w szpitalu.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia jest:
 - a) w wariantcie Dla Ciebie i Dla Ciebie Premium - zdrowie Ubezpieczonego,
 - b) w wariantcie Dla Ciebie i Twojego Partnera - zdrowie Ubezpieczonego i małżonka Ubezpieczonego,
 - c) w wariantcie Dla Ciebie i Twojego Dziecka - zdrowie Ubezpieczonego i dziecka Ubezpieczonego,
 - d) w wariantcie Dla Ciebie i Twojej Rodziny - zdrowie Ubezpieczonego, małżonka Ubezpieczonego, dziecka Ubezpieczonego oraz rodziców i teściów Ubezpieczonego.
2. Z zastrzeżeniem postanowień § 5 OWDU, zakresem ubezpieczenia objęte jest świadczenie usług medycznych i usług wspierających powrót do zdrowia organizowanych za pośrednictwem Centrum Operacyjnego.

III. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4 (wyłączenia odpowiedzialności)

1. Oprócz wyłączeń odpowiedzialności wynikających z § 6 OWU Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za:
 - 1) zdarzenia ubezpieczeniowe i ich następstwa zaistniałe przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) zdarzenia ubezpieczeniowe i ich następstwa inne niż te, które zostały wskazane w zapisach niniejszego OWDU,
 - 3) zdarzenia ubezpieczeniowe, które nastąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,

- 4) świadczenie usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 5) koszty poniesione przez osobę objętą ubezpieczeniem bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum Operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności,
 - 6) koszty zakupu leków (Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach),
 - 7) koszty zakupów realizowanych na zlecenie osoby objętej ubezpieczeniem,
 - 8) koszty wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego (Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie).
2. Ponadto ochroną ubezpieczeniową nie są objęte koszty połączeń z Centrum Operacyjnym.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 5 (świadczenie usług medycznych i usług wspierających powrót do zdrowia)

1. W celu uzyskania świadczeń osoba objęta ubezpieczeniem kontaktuje się telefonicznie z Centrum Operacyjnym.
2. Jeżeli w ramach zakresu świadczeń zostanie przekroczony limit kosztów określony dla danego zdarzenia ubezpieczeniowego dla danej usługi, może być ona wykonana przez Towarzystwo, o ile osoba objęta ubezpieczeniem lub jego przedstawiciel ustawowy wyrazi pisemną zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez Towarzystwo limitem świadczenia.

§ 6 (zgłoszenie roszczenia i ustalenie prawa do świadczeń)

1. Osoba kontaktująca się z Centrum Operacyjnym powinna podać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko;
 - 2) numer PESEL;
 - 3) adres zamieszkania;
 - 4) numer telefonu do kontaktu zwrotnego.
2. Osoba objęta ubezpieczeniem zobowiązana jest na wniosek Centrum Operacyjnego dostarczyć dokumenty wskazane w § 7.
3. Centrum Operacyjne przystąpi do organizacji świadczenia niezwłocznie po pozytywnej weryfikacji ochrony ubezpieczeniowej osoby objętej ubezpieczeniem oraz po wypełnieniu obowiązków określonych w ustępach powyższych.
4. O wszelkich zmianach w sposobie i terminie realizacji świadczeń Centrum Operacyjne będzie niezwłocznie informować osobę objętą ubezpieczeniem.
5. W przypadku gdy osoba objęta ubezpieczeniem nie wypełnia obowiązków określonych w ust.1-3 powyżej, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

§ 7 (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o udzielenie świadczenia ubezpieczeniowego, osoba objęta ubezpieczeniem powinna przekazać Towarzystwu następujące dokumenty i informacje niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

- 1) karta wypisu z pobytu w szpitalu spowodowanego wystąpieniem poważnego schorzenia kardiologicznego,
- 2) dokumenty wskazane w definicjach usług medycznych w § 2 ust.2 pkt 2.4. lub usług wspierających powrót do zdrowia w § 2 ust.2 pkt 2.5., o które może wystąpić Centrum Operacyjne potwierdzające konieczność udzielenia danej usługi lub konieczne do jej realizacji.

IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie SALTUS - Moje ŻYCIE, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 9 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 20 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia od dnia 1 kwietnia 2023 roku.


ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU


GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU


ANNA GOŁABEK
CZŁONEK ZARZĄDU


MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie
dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia
KONSULTACJE TELEMEDYCZNE LEKARZY
PIERWSZEGO KONTAKTU

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia na Życie
SALTUS – Moje ŻYCIE (OWU)

oraz

Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia
na Wypadek Pogorszenia się Stanu Zdrowia
KONSULTACJE TELEMEDYCZNE LEKARZY
PIERWSZEGO KONTAKTU (OWDU),

uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA 20 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 2 ust.2 pkt 3) OWDU, § 3 OWDU, § 6 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 6 OWU, § 2 ust.2 pkt 3) OWDU, § 4 OWDU, § 6 ust.4 OWDU.

**TABELA LIMITÓW ILOŚCIOWYCH
dotyczących udzielania za pośrednictwem
Centrum Operacyjnego konsultacji telemedycznych
przez lekarzy pierwszego kontaktu**

Centrum Operacyjne:	+48 22 564 06 20 kontakt jest możliwy przez całą dobę / 7 dni w tygodniu
zdarzenie ubezpieczeniowe	zaistniałe w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej pogorszenie się stanu zdrowia osoby objętej ubezpieczeniem, które wymaga zasięgnięcia konsultacji telemedycznej lekarza pierwszego kontaktu
sposób wykorzystania przysługującego limitu	wskazany poniżej limit liczby konsultacji lekarskich jest: a) łącznym limitem ustalonym dla każdej ze wskazanych w tabeli specjalizacji medycznych, b) łącznym limitem do wykorzystania przez wszystkie osoby objęte ubezpieczeniem w ramach danego wariantu ubezpieczenia w roku ochrony, c) dotyczy zaistnienia wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w danym roku ochrony – co oznacza, że: a) wszystkie osoby objęte ubezpieczeniem w ramach danego wariantu ubezpieczenia korzystają w danym roku ochrony ze wspólnego limitu konsultacji medycznych, b) wykonanie przez którąkolwiek z nich konsultacji telemedycznej powoduje konsumpcję niniejszego łącznego limitu.

Telekonsultacje medyczne po zaistnieniu zdarzenia ubezpieczeniowego:	limity
1. konsultacja internisty	do łącznego limitu 20 telekonsultacji medycznych w roku ochrony UWAGA: jeżeli łączne limity na dany rok ochrony zostały wykorzystane w całości dopuszcza się możliwość udzielania świadczeń za pośrednictwem Centrum Operacyjnego - na zasadach określonych w § 5 ust.3 OWDU.
2. konsultacja lekarza rodzinnego	
3. konsultacja pediatrii	

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POGORSZENIA SIĘ STANU ZDROWIA - KONSULTACJE TELEMEDYCZNE LEKARZY PIERWSZEGO KONTAKTU

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pogorszenia się Stanu Zdrowia - Konsultacje Telemedyczne Lekarzy Pierwszego Kontakt zwanego dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 5 ust. 1 pkt 1)-3) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie SALTUS – Moje ŻYCIE, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
 - 1) **Centrum Operacyjne** – jednostka działająca na zlecenie Towarzystwa odpowiedzialna za organizację i udzielanie konsultacji telemedycznych dostępna pod czynnym całą dobę numerem telefonu +48 22 564 06 20;
 - 2) **rok ochrony** – okres kolejnych 12 miesięcy nieprzerwanego objęcia ochroną ubezpieczeniową, liczonych od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu przystąpienia do ubezpieczenia,
 - 3) **konsultacja telemedyczna** – świadczenie zdrowotne w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia realizowane przez lekarza: internistę, pediatrę lub lekarza rodzinnego za pomocą systemów teleinformatycznych lub systemów łączności; konsultacja telemedyczna może być w zależności do wyboru osoby objętej ubezpieczeniem zorganizowana w formie: rozmowy telefonicznej, video czatu lub czatu. W zakres konsultacji telemedycznej wchodzi: udzielenie konsultacji lekarskiej, wystawienie e-recepty oraz e-zwolnienia,
 - 4) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zaistniałe w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej pogorszenie się stanu zdrowia osoby objętej ubezpieczeniem, które w jej subiektywnej ocenie wymaga zasięgnięcia konsultacji telemedycznej.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia jest:
 - a) w wariantcie Dla Ciebie - zdrowie Ubezpieczonego,
 - b) w wariantcie Dla Ciebie Premium – zdrowie Ubezpieczonego,
 - c) w wariantcie Dla Ciebie i Twojego Partnera – zdrowie Ubezpieczonego i małżonka Ubezpieczonego,
 - d) w wariantcie Dla Ciebie i Twojego Dziecka – zdrowie Ubezpieczonego i dziecka Ubezpieczonego,
 - e) w wariantcie Dla Ciebie i Twojej Rodziny – zdrowie Ubezpieczonego, małżonka Ubezpieczonego, dziecka Ubezpieczonego oraz rodziców i teściów Ubezpieczonego.
2. Zakresem ubezpieczenia objęte jest świadczenie konsultacji telemedycznych za pośrednictwem Centrum Operacyjnego.

III. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4 (wyłączenia odpowiedzialności)

1. Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie spełnione, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe zaistniało przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej albo w związku lub w następstwie okoliczności wskazanych w § 6 OWU.
2. Centrum Operacyjne nie organizuje konsultacji telemedycznych w sytuacjach nagłego zagrożenia życia i zdrowia osoby objętej ubezpieczeniem, w których wymagana jest interwencja pogotowia ratunkowego.
3. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte koszty połączeń z Centrum Operacyjnym.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 5 (świadczenie konsultacji telemedycznych)

1. W celu uzyskania świadczeń Ubezpieczony kontaktuje się telefonicznie z Centrum Operacyjnym.
2. Warunkiem skorzystania przez osobę objętą ubezpieczeniem z konsultacji telemedycznej jest posiadanie przez osobę objętą ubezpieczeniem urządzeń technicznych umożliwiających komunikację w formie w jakiej prowadzona będzie konsultacja telemedyczna.
3. Jeżeli w ramach zakresu świadczeń zostanie przekroczony limit kosztów określony dla danego zdarzenia ubezpieczeniowego dla danej usługi, może być ona wykonana przez Towarzystwo, o ile osoba objęta ubezpieczeniem lub jego przedstawiciel ustawowy wyrazi pisemną zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez Towarzystwo limitem świadczenia.

§ 6 (zgłoszenie roszczenia i ustalenie prawa do świadczeń)

1. Osoba kontaktująca się z Centrum Operacyjnym powinna podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko;
 - b) numer PESEL;
 - c) adres zamieszkania;
 - d) numer telefonu do kontaktu zwrotnego.
2. Centrum Operacyjne przystąpi do organizacji świadczenia niezwłocznie po pozytywnej weryfikacji ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego oraz po wypełnieniu obowiązków określonych w ustępach powyższych.
3. O wszelkich zmianach w sposobie i terminie realizacji świadczeń Centrum Operacyjne będzie niezwłocznie informować osobę objętą ubezpieczeniem.
4. W przypadku, gdy osoba objęta ubezpieczeniem nie wypełnia obowiązków określonych w ust. 1-3 powyżej, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 7 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie SALTUS – Moje ŻYCIE, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 8 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 20 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia od dnia 1 kwietnia 2023 roku.


ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU


GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU


ANNA GOŁABEK
CZŁONEK ZARZĄDU


MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie

dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia

KONSULTACJE TELEMEDYCZNE LEKARZY SPECJALISTÓW

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia na Życie

SALTUS – Moje ŻYCIE (OWU)

oraz

Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia

na Wypadek Pogorszenia się Stanu Zdrowia

KONSULTACJE TELEMEDYCZNE LEKARZY SPECJALISTÓW (OWDU),

uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA 20 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 2 ust.2 pkt. 3) OWDU, § 3 OWDU, § 6 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 6 OWU, § 2 ust.2 pkt. 3) OWDU, § 4 OWDU, § 6 ust.4 OWDU.

TABELA LIMITÓW ILOŚCIOWYCH
dotyczących udzielania za pośrednictwem
Centrum Operacyjnego konsultacji telemedycznych
przez lekarzy specjalistów

Centrum Operacyjne:	+48 22 564 06 20 kontakt jest możliwy przez całą dobę / 7 dni w tygodniu
zdarzenie ubezpieczeniowe	zaistniałe w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej pogorszenie się stanu zdrowia osoby objętej ubezpieczeniem, które wymaga zasięgnięcia konsultacji telemedycznej lekarza specjalisty,
sposób wykorzystania przysługującego limitu	wskazany poniżej limit liczby konsultacji lekarskich w roku ochrony jest: a) limitem ustalonym dla każdej z wyszczególnionych w tabeli specjalizacji medycznych, b) łącznym limitem do wykorzystania przez wszystkie osoby objęte ubezpieczeniem w ramach danego wariantu ubezpieczenia, c) dotyczy zaistnienia wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w danym roku ochrony, – co oznacza, że: a) wszystkie osoby objęte ubezpieczeniem w ramach danego wariantu ubezpieczenia korzystają w danym roku ochrony ze wspólnego limitu konsultacji medycznych, b) wykonanie przez którąkolwiek z nich konsultacji telemedycznej powoduje konsumpcję niniejszego łącznego limitu.

Telekonsultacje medyczne po zaistnieniu zdarzenia ubezpieczeniowego:	limity
1. alergolog	do łącznego limitu 3 telekonsultacji medycznych dla danej specjalności lekarskiej w roku ochrony
2. chirurg	
3. dermatolog	
4. endokrynolog	
5. gastrolog	
6. ginekolog	
7. kardiolog	
8. laryngolog	
9. neurolog	
10. onkolog	
11. ortopeda	
12. pulmonolog	
13. reumatolog	
14. urolog	
15. wenerolog	
	UWAGA: jeżeli łączne limity na dany rok ochrony zostały wykorzystane w całości dopuszcza się możliwość udzielania świadczeń za pośrednictwem Centrum Operacyjnego - na zasadach określonych w § 5 ust.3 OWDU.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POGORSZENIA SIĘ STANU ZDROWIA - KONSULTACJE TELEMEDYCZNE LEKARZY SPECJALISTÓW

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pogorszenia się Stanu Zdrowia - Konsultacje Telemedyczne Lekarzy Specjalistów zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 5 ust.1 pkt 1)-3) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie SALTUS – Moje ŻYCIE, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
 - 1) **Centrum Operacyjne** – jednostka działająca na zlecenie Towarzystwa odpowiedzialna za organizację i udzielanie konsultacji telemedycznych dostępna pod czynnym całą dobę numerem telefonu +48 22 564 06 20;
 - 2) **rok ochrony** – okres kolejnych 12 miesięcy nieprzerwanego objęcia ochroną ubezpieczeniową, liczonych od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu przystąpienia do ubezpieczenia,
 - 3) **konsultacja telemedyczna** – świadczenie zdrowotne w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia realizowane przez lekarza: specjalistę (alergologa, chirurga, dermatologa, endokrynologa, gastrologa, ginekologa, kardiologa, laryngologa, neurologa, onkologa, ortopedę pulmonologa, reumatologa, urologa, wenerologa za pomocą systemów teleinformatycznych lub systemów łączności; konsultacja telemedyczna może być w zależności do wyboru osoby objętej ubezpieczeniem zorganizowana w formie: rozmowy telefonicznej, video czatu lub czatu. W zakres konsultacji telemedycznej wchodzi: udzielenie konsultacji lekarskiej, wystawienie e-recepty oraz e-zwolnienia,
 - 4) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zaistniałe w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej pogorszenie się stanu zdrowia osoby objętej ubezpieczeniem, które wymaga zasięgnięcia konsultacji telemedycznej lekarza specjalisty,

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia jest:
 - a) w wariantcie Dla Ciebie – zdrowie Ubezpieczonego,
 - b) w wariantcie Dla Ciebie Premium – zdrowie Ubezpieczonego,
 - c) w wariantcie Dla Ciebie i Twojego Partnera – zdrowie Ubezpieczonego i małżonka Ubezpieczonego,
 - d) w wariantcie Dla Ciebie i Twojego Dziecka – zdrowie Ubezpieczonego i dziecka Ubezpieczonego,
 - e) w wariantcie Dla Ciebie i Twojej Rodziny – zdrowie Ubezpieczonego, małżonka Ubezpieczonego, dziecka Ubezpieczonego oraz rodziców i teściów Ubezpieczonego.
2. Zakresem ubezpieczenia objęte jest świadczenie konsultacji telemedycznych za pośrednictwem Centrum Operacyjnego.

III. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4 (wyłączenia odpowiedzialności)

1. Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie spełnione, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe zaistniało przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej, albo w związku lub w następstwie okoliczności wskazanych w § 6 OWU.
2. Centrum Operacyjne nie organizuje konsultacji telemedycznych w stanach nagłego zagrożenia życia i zdrowia osoby objętej ubezpieczeniem, w których wymagana jest interwencja pogotowia ratunkowego.
3. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte koszty połączeń z Centrum Operacyjnym.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 5 (świadczenie konsultacji telemedycznych)

1. W celu uzyskania świadczeń Ubezpieczony kontaktuje się telefonicznie z Centrum Operacyjnym.
2. Warunkiem skorzystania przez osobę objętą ubezpieczeniem z konsultacji telemedycznej jest posiadanie przez osobę objętą ubezpieczeniem urządzeń technicznych umożliwiających komunikację w formie w jakiej prowadzona będzie konsultacja telemedyczna.
3. Jeżeli w ramach zakresu świadczeń zostanie przekroczony limit kosztów określony dla danego zdarzenia ubezpieczeniowego dla danej usługi, może być ona wykonana przez Towarzystwo, o ile osoba objęta ubezpieczeniem lub jego przedstawiciel ustawowy wyrazi pisemną zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez Towarzystwo limitem świadczenia.

§ 6 (zgłoszenie roszczenia i ustalenie prawa do świadczeń)

1. Osoba kontaktująca się z Centrum Operacyjnym powinna podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko;
 - b) numer PESEL;
 - c) adres zamieszkania;
 - d) numer telefonu do kontaktu zwrotnego.
2. Centrum Operacyjne przystąpi do organizacji świadczenia niezwłocznie po pozytywnej weryfikacji ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego oraz po wypełnieniu obowiązków określonych w ustępach powyższych.
3. O wszelkich zmianach w sposobie i terminie realizacji świadczeń Centrum Operacyjne będzie niezwłocznie informować osobę objętą ubezpieczeniem.
4. W przypadku, gdy osoba objęta ubezpieczeniem nie wypełnia obowiązków określonych w ust.1-3 powyżej, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 7 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie SALTUS – Moje ŻYCIE, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 8 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 20 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia od dnia 1 kwietnia 2023 roku.


ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU


GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU


ANNA GOŁABEK
CZŁONEK ZARZĄDU


MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

Informacja o produkcie
dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek uszkodzenia
ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku
POMOC DLA SENIORA
Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia
na Życie SALTUS – Moje ŻYCIE (OWU)
oraz
Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia
na Wypadek uszkodzenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku
POMOC DLA SENIORA (OWDU),
uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA 20 marca 2023 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: §2 ust. 2 pkt 3) - 5) OWDU, § 3 OWDU, § 5 OWDU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 6 OWU, § 2 ust.2 pkt.3) - 5) OWDU, § 4 OWDU, § 6 ust.5 OWDU

TABELA LIMITÓW KWOTOWYCH
dotyczących udzielania za pośrednictwem
Centrum Operacyjnego świadczeń wspierających powrót do zdrowia
po wystąpieniu uszkodzenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Centrum Operacyjne:	+48 22 564 06 20 kontakt jest możliwy przez całą dobę / 7 dni w tygodniu
zdarzenie ubezpieczeniowe	wystąpienie w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej uszkodzenia ciała osoby objętej ubezpieczeniem w wyniku nieszczęśliwego wypadku skutkującego koniecznością pobytu w szpitalu
sposób wykorzystania przysługującego limitu	O ile szczegółowe zapisy OWDU nie stanowią inaczej, wskazane poniżej limity kwotowe są: a) limitami indywidualnymi dla każdej osoby objętej ubezpieczeniem w ramach danego wariantu ubezpieczenia, b) limitami łącznymi dla danej osoby na zaistnienie jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, – co oznacza, że: a) każda z osób objętych ubezpieczeniem posiada swój limit 1 zdarzenie, b) w przypadku wystąpienia w danym roku ochrony drugiego i kolejnych zdarzeń ubezpieczeniowych osoba objęta ubezpieczeniem może korzystać po zaistnieniu drugiego i kolejnego zdarzenia ubezpieczeniowego z usług wspierających powrót do zdrowia do pełnej wysokości tych limitów.

Usługi wspierające powrót do zdrowia po zaistnieniu zdarzenia ubezpieczeniowego	limity
Organizacja procesu rehabilitacyjnego po pobycie w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	do wyczerpania 1 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
Dostawa sprzętu rehabilitacyjnego po pobycie w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	do wyczerpania 1 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
Organizacja i pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego po pobycie w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	do wyczerpania 2 000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
Organizacja i pokrycie kosztów pobytu w sanatorium (po min 10 dniach pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku)	do wyczerpania 3 000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
Organizacja i pokrycie kosztów dostosowania mieszkania do potrzeb osób starszych z dysfunkcjami narządów ruchu (po min 5 dniach pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku)	do wyczerpania 5 000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK USZKODZENIA CIAŁA W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU – POMOC DLA SENIORA

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia na wypadek uszkodzenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku – POMOC DLA SENIORA zwane dalej OWDU, mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z rozszerzonym zakresem odpowiedzialności, stosownie do § 5 ust.1 pkt 3) Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie SALTUS – Moje ŻYCIE, zwanych dalej OWU, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

§ 2 (definicje)

1. Terminy użyte w niniejszych OWDU przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDU:
 - 1) **Centrum Operacyjne** – jednostka działająca na zlecenie Towarzystwa odpowiedzialna za organizację i udzielanie konsultacji teledostępnym sposobem pod czynnym całą dobę numerem telefonu +48 22 564 06 20;
 - 2) **rok ochrony** – okres kolejnych 12 miesięcy nieprzerwanego objęcia ochroną ubezpieczeniową, liczonych od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu przystąpienia do ubezpieczenia,
 - 3) **pobyt w szpitalu** – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia; związany bezpośrednio z koniecznością leczenia u osoby objętej ubezpieczeniem następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ubezpieczenia; trwający nieprzerwanie co najmniej 2 dni, przy czym do okresu pobytu w szpitalu zaliczane są w całości: dzień, w którym osoba objęta ubezpieczeniem została przyjęta do szpitala oraz dzień, w którym została ona wypisana ze szpitala,
 - 4) **sanatorium** – znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, zakład lecznictwa zorganizowany w miejscowości uzdrowiskowej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostrzeniom, za pobyt w sanatorium uznaje się również pobyt w szpitalu rehabilitacyjnym, na oddziale rehabilitacyjnym lub w ośrodku rehabilitacji,
 - 5) **usługi wspierające powrót do zdrowia** – uzasadnione działania w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, których koszty i organizację ponosi Towarzystwo służące powrotowi do optymalnego stanu zdrowia osoby objętej ubezpieczeniem po wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego. Zakres ochrony obejmuje poniższe świadczenia:
 - a) **organizacja procesu rehabilitacji po pobycie w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku** - jeżeli osoba objęta ubezpieczeniem, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po pobycie w szpitalu spowodowanym zdarzeniem ubezpieczeniowym korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego, Towarzystwo zapewnia organizację procesu rehabilitacji osoby objętej ubezpieczeniem. Koszty wykonanych zabiegów rehabilitacyjnych pokrywa osoba objęta ubezpieczeniem. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 1 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - b) **dostawa sprzętu rehabilitacyjnego po pobycie w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku** - jeżeli osoba objęta ubezpieczeniem, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po pobycie w szpitalu spowodowanym zdarzeniem ubezpieczeniowym korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia sprzętu do miejsca zamieszkania osoby objętej ubezpieczeniem. Koszty dostarczonego sprzętu rehabilitacyjnego pokrywa osoba objęta ubezpieczeniem. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 1 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - c) **organizacja i pokrycie kosztów sprzętu rehabilitacyjnego po pobycie w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku** - jeżeli osoba objęta ubezpieczeniem, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po pobycie w szpitalu spowodowanym zdarzeniem ubezpieczeniowym korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty zleconego sprzętu rehabilitacyjnego. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 2 000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - d) **organizacja i pokrycie kosztów pobytu w sanatorium po hospitalizacji** - jeżeli osoba objęta ubezpieczeniem, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po trwającym minimum 10 dni pobycie w szpitalu spowodowanym zdarzeniem ubezpieczeniowym, leczenia sanatoryjnego, Towarzystwo

zapewnia organizację i pokrywa koszty pobytu w sanatorium. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 3000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;

- e) **organizacja i pokrycie kosztów dostosowania mieszkania do potrzeb osób starszych z dysfunkcjami narządów ruchu** - jeżeli osoba objęta ubezpieczeniem, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po trwającym minimum 5 dni pobycie w szpitalu spowodowanym zdarzeniem ubezpieczeniowym, dostosowania mieszkania ze względu na powstałe dysfunkcje narządu ruchu, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty takiego dostosowania. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 5000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 6) **zdarzenie ubezpieczeniowe** - wystąpienie w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, uszkodzenia ciała osoby objętej ubezpieczeniem w następstwie nieszczęśliwego wypadku skutkującego koniecznością pobytu w szpitalu.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia w wariacie Dla Ciebie i Twojej Rodziny jest zdrowie rodziców i teściów Ubezpieczonego.
2. Zakresem ubezpieczenia objęte jest świadczenie usług wspierających powrót do zdrowia organizowanych za pośrednictwem Centrum Operacyjnego.

III. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4 (wyłączenia odpowiedzialności)

1. Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie spełnione, jeżeli nieszczęśliwy wypadek zaistniał przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej, albo zaistniał w związku lub w następstwie okoliczności wskazanych w § 6 OWU.
2. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte koszty połączeń z Centrum Operacyjnym.

IV. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 5 (świadczenie usług wspierających powrót do zdrowia)

1. W celu uzyskania świadczeń Ubezpieczony kontaktuje się telefonicznie z Centrum Operacyjnym.
2. Jeżeli w ramach zakresu świadczeń zostanie przekroczony limit kosztów określony dla danego zdarzenia ubezpieczeniowego dla danej usługi, może być ona wykonana przez Towarzystwo, o ile Ubezpieczony lub jego przedstawiciel ustawowy wyrazi pisemną zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez Towarzystwo limitem świadczenia.

§ 6 (zgłoszenie roszczenia i ustalenie prawa do świadczeń)

1. Osoba kontaktująca się z Centrum Operacyjnym powinna podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko;
 - b) numer PESEL;
 - c) adres zamieszkania;
 - d) numer telefonu do kontaktu zwrotnego.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest na wniosek Centrum Operacyjnego dostarczyć dokumenty wskazane w § 7.
3. Centrum Operacyjne przystąpi do organizacji świadczenia niezwłocznie po pozytywnej weryfikacji ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego oraz po wypełnieniu obowiązków określonych w ustępach powyższych.
4. O wszelkich zmianach w sposobie i terminie realizacji świadczeń Centrum Operacyjne będzie niezwłocznie informować Ubezpieczonego.
5. W przypadku gdy Ubezpieczony nie wypełnia obowiązków określonych w ust. 1 - 3 powyżej, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

§ 7 (wymagane dokumenty)

Przy roszczeniu o udzielenie świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przekazać Towarzystwu następujące dokumenty i informacje niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

- 1) opis wystąpienia nieszczęśliwego wypadku;
- 2) dokumentacja udzielenia pierwszej pomocy lekarskiej w przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku;
- 3) w przypadku korzystania z usług wspierających powrót do zdrowia po nieszczęśliwym wypadku;
- 4) karta wypisu ze szpitala w przypadku korzystania z usług wspierających powrót do zdrowia po pobycie w szpitalu;
- 5) dokumenty wskazane w definicjach usług wspierających powrót do zdrowia w § 2 ust.2 pkt 5), o które może wystąpić Centrum Operacyjne potwierdzające konieczność udzielenia danej usługi lub konieczne do jej realizacji.

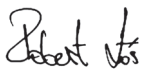
IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8 (przepisy)

Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDU, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie SALTUS – Moje ŻYCIE, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDU.

§ 9 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 20 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia od dnia 1 kwietnia 2023 roku.


ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU


GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU


ANNA GOŁĄBEK
CZŁONEK ZARZĄDU


MARIUSZ CZAJKA
CZŁONEK ZARZĄDU

KARTA PRODUKTU GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SALTUS – Moje ŻYCIE

I. Informacje podstawowe

1.	Główny cel ubezpieczenia Celem Grupowego Ubezpieczenia na Życie SALTUS – Moje ŻYCIE jest ochrona życia i zdrowia osób objętych ubezpieczeniem, poprzez realizowanie świadczeń na wypadek zaistnienia zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową.
2.	Zakres ochrony ubezpieczeniowej 1. w wariantcie Dla Ciebie: - śmierć Ubezpieczonego, - śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, - śmierć Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, - uszkodzenie ciała Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, - całkowita niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku, - pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, - pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego, - usługi wspierające powrót do zdrowia lub/i usługi medyczne na wypadek konieczności uzyskania pomocy po zaistnieniu nieszczęśliwego wypadku – POWRÓT DO ZDROWIA PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU. zakres ochrony ubezpieczeniowej w wariantcie Dla Ciebie na wniosek Ubezpieczającego złożony wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia może zostać rozszerzony o wybrane przez Ubezpieczającego ryzyka ubezpieczeniowe: - usługi wspierające powrót do zdrowia lub/i usługi medyczne na wypadek konieczności uzyskania pomocy po wystąpieniu poważnego schorzenia kardiologicznego – POMOC DLA SERCA, - usługi medyczne na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności zasięgnięcia konsultacji telemedycznej lekarzy pierwszego kontaktu, - usługi medyczne na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności zasięgnięcia konsultacji telemedycznej lekarzy specjalistów. 2. w wariantcie Dla Ciebie Premium: - śmierć Ubezpieczonego, - śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, - śmierć Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, - uszkodzenie ciała Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, - całkowita niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku, - pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, - pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego, - wystąpienie u Ubezpieczonego choroby nowotworowej, - usługi wspierające powrót do zdrowia lub/i usługi medyczne na wypadek konieczności uzyskania pomocy po zaistnieniu nieszczęśliwego wypadku – POWRÓT DO ZDROWIA PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU. zakres ochrony ubezpieczeniowej w wariantcie Dla Ciebie Premium na wniosek Ubezpieczającego złożony wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia może zostać rozszerzony o wybrane przez Ubezpieczającego ryzyka ubezpieczeniowe: - usługi wspierające powrót do zdrowia lub/i usługi medyczne na wypadek konieczności uzyskania pomocy po wystąpieniu poważnego schorzenia kardiologicznego – POMOC DLA SERCA, - usługi medyczne na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności zasięgnięcia konsultacji telemedycznej lekarzy pierwszego kontaktu, - usługi medyczne na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności zasięgnięcia konsultacji telemedycznej lekarzy specjalistów. 3. w wariantcie Dla Ciebie i Twojego Partnera: - śmierć Ubezpieczonego, - śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, - śmierć Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, - uszkodzenie ciała Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, - całkowita niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku, - pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, - pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego, - śmierć małżonka Ubezpieczonego, - śmierć małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, - śmierć małżonka Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, - uszkodzenie ciała małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, - całkowita niezdolność małżonka Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku, - pobyt małżonka Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, - pobyt małżonka Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego, - usługi wspierające powrót do zdrowia lub/i usługi medyczne na wypadek konieczności uzyskania pomocy po zaistnieniu nieszczęśliwego wypadku – POWRÓT DO ZDROWIA PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU. zakres ochrony ubezpieczeniowej w wariantcie Dla Ciebie i Twojego Partnera na wniosek Ubezpieczającego złożony wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia może zostać rozszerzony o wybrane przez Ubezpieczającego ryzyka ubezpieczeniowe: - usługi wspierające powrót do zdrowia lub/i usługi medyczne na wypadek konieczności uzyskania pomocy po wystąpieniu poważnego schorzenia kardiologicznego – POMOC DLA SERCA, - usługi medyczne na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności zasięgnięcia konsultacji telemedycznej lekarzy pierwszego kontaktu, - usługi medyczne na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności zasięgnięcia konsultacji telemedycznej lekarzy specjalistów. 4. w wariantcie Dla Ciebie i Twojego Dziecka: - śmierć Ubezpieczonego, - śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, - śmierć Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, - uszkodzenie ciała Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, - całkowita niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku, - pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, - pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego, - śmierć dziecka Ubezpieczonego, - śmierć dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, - śmierć dziecka Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, - uszkodzenie ciała dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, - pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, - pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego, - osierocenie dziecka Ubezpieczonego, - urodzenie dziecka Ubezpieczonego, - urodzenie martwego dziecka Ubezpieczonego, - usługi wspierające powrót do zdrowia lub/i usługi medyczne na wypadek konieczności uzyskania pomocy po zaistnieniu nieszczęśliwego wypadku – POWRÓT DO ZDROWIA PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU. zakres ochrony ubezpieczeniowej w wariantcie Dla Ciebie i Twojego Dziecka na wniosek Ubezpieczającego złożony wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia może zostać rozszerzony o wybrane przez Ubezpieczającego ryzyka ubezpieczeniowe: - operacja chirurgiczna dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, - usługi wspierające powrót do zdrowia lub/i usługi medyczne na wypadek konieczności uzyskania pomocy po wystąpieniu poważnego schorzenia kardiologicznego – POMOC DLA SERCA, - usługi medyczne na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności zasięgnięcia konsultacji telemedycznej lekarzy pierwszego kontaktu, - usługi medyczne na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności zasięgnięcia konsultacji telemedycznej lekarzy specjalistów.

	5. w wariantcie Dla Ciebie i Twojej Rodziny: • śmierć Ubezpieczonego, • śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, • śmierć Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, • uszkodzenie ciała Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, • całkowita niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku, • pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, • pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego, • śmierć dziecka Ubezpieczonego, • śmierć dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, • śmierć dziecka Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, • uszkodzenie ciała dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, • pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, • pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego, • osierocenie dziecka Ubezpieczonego, • urodzenie dziecka Ubezpieczonego, • urodzenie martwego dziecka Ubezpieczonego, • śmierć małżonka Ubezpieczonego, • śmierć małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, • śmierć małżonka Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, • uszkodzenie ciała małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, • całkowita niezdolność małżonka Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku, • pobyt małżonka Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, • pobyt małżonka Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego, • śmierć rodzica lub teścia Ubezpieczonego, • śmierć rodzica lub teścia Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, • śmierć rodzica lub teścia Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, • usługi wspierające powrót do zdrowia lub/i usługi medyczne na wypadek konieczności uzyskania pomocy po zaistnieniu nieszczęśliwego wypadku – POWRÓT DO ZDROWIA PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU. zakres ochrony ubezpieczeniowej w wariantcie Dla Ciebie i Twojej Rodziny na wniosek Ubezpieczającego złożony wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia może zostać rozszerzony o wybrane przez Ubezpieczającego ryzyka ubezpieczeniowe: • operacja chirurgiczna dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, • usługi wspierające powrót do zdrowia lub/i usługi medyczne na wypadek konieczności uzyskania pomocy po wystąpieniu poważnego schorzenia kardiologicznego – POMOC DLA SERCA, • usługi medyczne na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności zasięgnięcia konsultacji telemedycznej lekarzy pierwszego kontaktu, • usługi medyczne na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności zasięgnięcia konsultacji telemedycznej lekarzy specjalistów, • usługi wspierające powrót do zdrowia na wypadek uszkodzenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku – POMOC DLA SENIORA.								
3.	Opis świadczeń przysługujących Ubezpieczonemu lub innym osobom z umowy ubezpieczenia • 100 % sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, • 200 % sumy ubezpieczenia łącznie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku NW, • 400 % sumy ubezpieczenia łącznie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, • 50 % sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci małżonka Ubezpieczonego, • 100 % sumy ubezpieczenia łącznie z tytułu śmierci małżonka Ubezpieczonego w wyniku NW, • 150 % sumy ubezpieczenia łącznie z tytułu śmierci małżonka Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, • 100 % sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci dziecka Ubezpieczonego, • 200 % sumy ubezpieczenia łącznie z tytułu śmierci dziecka Ubezpieczonego w wyniku NW, • 300 % sumy ubezpieczenia łącznie z tytułu śmierci dziecka Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, • 20 % sumy ubezpieczenia z tytułu osierocenie dziecka Ubezpieczonego, • 5 % sumy ubezpieczenia z tytułu urodzenia dziecka Ubezpieczonego, • 10 % sumy ubezpieczenia z tytułu urodzenia martwego dziecka ubezpieczonemu, • 10 % sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci rodzica lub teścia Ubezpieczonego, • 20 % sumy ubezpieczenia łącznie z tytułu śmierci rodzica lub teścia Ubezpieczonego w wyniku NW, • 30 % sumy ubezpieczenia łącznie z tytułu śmierci rodzica lub teścia Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, • procent sumy ubezpieczenia należny z tytułu uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z „Tabelą Uszkodzenia Ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku”, stanowiącą załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia SALTUS – Moje ŻYCIE (OWU); świadczenie przysługuje nie więcej niż do 100% sumy ubezpieczenia na jeden nieszczęśliwy wypadek, • 0,3% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu z tytułu pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, • 0,6% sumy ubezpieczenia łącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu z tytułu pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego, • 20% sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż 10 000 zł z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego choroby nowotworowej, • 100 % sumy ubezpieczenia z tytułu całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, • 100 % sumy ubezpieczenia z tytułu całkowitej niezdolności małżonka Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, • do wysokości limitu określonego dla usług wspierających powrót do zdrowia i usług medycznych na wypadek konieczności uzyskania pomocy po zaistnieniu nieszczęśliwego wypadku – POWRÓT DO ZDROWIA PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU; limit określony w OWDU odnosi się do wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych (nieszczęśliwych wypadków) zaistniałych w danym roku ochrony, a w przypadku rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej: • 100 % sumy ubezpieczenia, nie więcej niż 5 000 zł, z tytułu operacji chirurgicznej dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z „Tabelą operacji chirurgicznych”, stanowiącą załącznik nr 2 do OWU, • do wysokości limitu określonego dla usług wspierających powrót do zdrowia i usług medycznych na wypadek konieczności uzyskania pomocy po wystąpieniu poważnego schorzenia kardiologicznego – POMOC DLA SERCA; określony w OWDU limit (z wyłączeniem limitu czasowego na usługę: teleopieka kardiologiczna) na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe (wystąpienie poważnego schorzenia kardiologicznego), • do wysokości limitu konsultacji telemedycznych na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności zasięgnięcia konsultacji telemedycznej lekarzy pierwszego kontaktu; określony w OWDU limit liczby telekonsultacji medycznych ustalony jest do wykorzystania w roku ochrony, łącznie dla wszystkich specjalności lekarskich, • do wysokości limitu konsultacji telemedycznych na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności zasięgnięcia konsultacji telemedycznej lekarzy specjalistów; określony w OWDU limit liczby telekonsultacji medycznych ustalony jest do wykorzystania w roku ochrony, odrębnie dla każdej specjalności lekarskiej, • do wysokości limitów kwotowych określonych dla usług wspierających powrót do zdrowia i usług medycznych na wypadek uszkodzenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku – POMOC DLA SENIORA; określonych w OWDU limit na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe.								
4.	Koszty ponoszone przez Ubezpieczonego <table border="1"> <tr> <td>Rodzaj kosztów</td><td>Kosztem ponoszonym przez Ubezpieczonego jest opłata na poczet składki ubezpieczeniowej.</td></tr> <tr> <td>Wysokość kosztów</td><td>Wysokość opłaty na poczet składki ubezpieczeniowej ustalana jest na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu zawierania umowy. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od: zakresu ubezpieczenia, wysokości sumy ubezpieczenia, okresu karencji, stopnia ryzyka jakie poniesie Towarzystwo po rozpoczęciu odpowiedzialności ubezpieczeniowej oraz kosztów zawarcia i obsługi ubezpieczenia.</td></tr> <tr> <td>Taryfa składek</td><td>Wysokość stawek w taryfie określono zgodnie z zasadami matematyki aktuariałnej, w oparciu o wykorzystywane przez Towarzystwo tabele trwania życia.</td></tr> <tr> <td>Częstotliwość ponoszenia kosztów</td><td>Koszty ustalone i ponoszone są z częstotliwością miesięczną. Składka ubezpieczeniowa za indywidualną kontynuację ubezpieczenia płatna jest z częstotliwością kwartalną.</td></tr> </table>	Rodzaj kosztów	Kosztem ponoszonym przez Ubezpieczonego jest opłata na poczet składki ubezpieczeniowej.	Wysokość kosztów	Wysokość opłaty na poczet składki ubezpieczeniowej ustalana jest na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu zawierania umowy. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od: zakresu ubezpieczenia, wysokości sumy ubezpieczenia, okresu karencji, stopnia ryzyka jakie poniesie Towarzystwo po rozpoczęciu odpowiedzialności ubezpieczeniowej oraz kosztów zawarcia i obsługi ubezpieczenia.	Taryfa składek	Wysokość stawek w taryfie określono zgodnie z zasadami matematyki aktuariałnej, w oparciu o wykorzystywane przez Towarzystwo tabele trwania życia.	Częstotliwość ponoszenia kosztów	Koszty ustalone i ponoszone są z częstotliwością miesięczną. Składka ubezpieczeniowa za indywidualną kontynuację ubezpieczenia płatna jest z częstotliwością kwartalną.
Rodzaj kosztów	Kosztem ponoszonym przez Ubezpieczonego jest opłata na poczet składki ubezpieczeniowej.								
Wysokość kosztów	Wysokość opłaty na poczet składki ubezpieczeniowej ustalana jest na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu zawierania umowy. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od: zakresu ubezpieczenia, wysokości sumy ubezpieczenia, okresu karencji, stopnia ryzyka jakie poniesie Towarzystwo po rozpoczęciu odpowiedzialności ubezpieczeniowej oraz kosztów zawarcia i obsługi ubezpieczenia.								
Taryfa składek	Wysokość stawek w taryfie określono zgodnie z zasadami matematyki aktuariałnej, w oparciu o wykorzystywane przez Towarzystwo tabele trwania życia.								
Częstotliwość ponoszenia kosztów	Koszty ustalone i ponoszone są z częstotliwością miesięczną. Składka ubezpieczeniowa za indywidualną kontynuację ubezpieczenia płatna jest z częstotliwością kwartalną.								

5.	Zasady ustalania wysokości świadczenia należnego z tytułu umowy ubezpieczenia, w tym czynników, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości świadczenia / realizację usług wspierających powrót do zdrowia i usług medycznych Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku ustaleń dokonywanych w postępowaniu likwidacyjnym. Usługi wspierające powrót do zdrowia i usługi medyczne realizowane są za pośrednictwem Centrum operacyjnego, działającego na zlecenie Towarzystwa, po pozytywnym zweryfikowaniu uprawnień danej osoby objętej ubezpieczeniem do niniejszych świadczeń. Suma ubezpieczenia stanowi podstawę do obliczania wysokości świadczeń ubezpieczeniowych. Limity wysokości usług wspierających powrót do zdrowia i usług medycznych stanowią podstawę do ich realizacji.
6.	Wysokość sumy ubezpieczenia / wysokość limitów usług wspierających powrót do zdrowia i usług medycznych Sumę ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia w jednakowej wysokości dla wszystkich ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem grupowym. Limit na usługi wspierające powrót do zdrowia i usługi medyczne są jednolite dla wszystkich osób objętych ubezpieczeniem.
7.	Zasady i przesłanki ewentualnej zmiany wysokości sumy ubezpieczenia Przed każdą rocznicą polisy, Ubezpieczający może, za zgodą Ubezpieczonych, wystąpić do Towarzystwa na piśmie o zmianę warunków ochrony ubezpieczeniowej. Wniosek o dokonanie zmiany Ubezpieczający składa Towarzystwu nie później niż na 30 dni przed rocznicą polisy. Proponowana zmiana warunków ubezpieczenia dojdzie do skutku od dnia rocznicy polisy, pod warunkiem jej zaakceptowania przez Towarzystwo.
8.	Okres ochrony ubezpieczeniowej Umowa ubezpieczenia grupowego zawierana jest na jeden rok. Umowa ubezpieczenia zostanie automatycznie przedłużona na okres kolejnego roku, o ile najpóźniej na 30 dni przed końcem umowy ubezpieczenia, żadna ze stron nie złoży pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy lub o gotowości przedłużenia umowy na zmienionych warunkach. Odpowiedzialność Towarzystwa w odniesieniu do poszczególnych osób objętych ochroną ubezpieczeniową rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, przypadającego po dacie złożenia deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia przez Ubezpieczającego składki za pierwszy miesiąc ochrony w terminie określonym w § 17 ust.3 OWU. 1. Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się: 1) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego w trybie określonym w § 15 ust.1 OWU, 2) z ostatnim dniem okresu wypowiedzenia przez Ubezpieczającego umowy ubezpieczenia względem wszystkich lub poszczególnych Ubezpieczonych w trybie określonym w § 15 ust.2 OWU, 3) z dniem wykreślenia Ubezpieczającego z właściwego rejestru bądź ewidencji – wskutek zaprzestania prowadzenia działalności przez Ubezpieczającego. 2. Ponadto w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych, odpowiedzialność Towarzystwa kończy się: 1) z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczony przestał być członkiem grupy, 2) z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczony złożył rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej, 3) z dniem śmierci Ubezpieczonego, 4) z ostatnim dniem okresu wypowiedzenia, o którym mowa w § 15 ust.5 OWU. 3. W przypadkach, o których mowa ust.2 pkt 1) - 4) OWU, odpowiedzialność Towarzystwa kończy się zarówno w stosunku do Ubezpieczonego, jak i do jego małżonka, dzieci, rodziców i teściów, którzy wraz z nim byli objęci ochroną ubezpieczeniową.
9.	Zasady kontynuacji lub wznowienia ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony, który wcześniej zrezygnował z ubezpieczenia lub przerwał opłacanie składek wskutek czego ochrona ubezpieczeniowa zakończyła się, ma możliwość ponownego przystąpienia do ubezpieczenia, składając nową deklarację zgody na przystąpienie do ubezpieczenia i opłacając składkę ubezpieczeniową. Prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia przysługuje wyłącznie ubezpieczonemu, który spełnia łącznie następujące warunki: a) przestał być członkiem grupy, b) był objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWU i OWDU przez okres co najmniej 12 miesięcy (do okresu tego zalicza się również czas przez jaki członek grupy objęty był odpowiedzialnością Towarzystwa w ramach innej umowy grupowego ubezpieczenia, zawartej przez Ubezpieczającego, z obejmowania którą ubezpieczony zrezygnował, przystępując do umowy zawartej na podstawie niniejszych OWU i OWDU), c) Ubezpieczający przekazał Towarzystwu składkę ubezpieczeniową za okres wskazany w lit. b).
10.	Warunki wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona, gdy śmierć Ubezpieczonego nastąpiła wskutek: 1) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wewnętrznych zamieszek, strajków, rozruchów oraz aktów sabotażu, 2) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość, 3) umyślnego popełnienia lub usiłowania popełnienia przez osobę objętą ubezpieczeniem przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu, 4) zatrucia się osoby objętej ubezpieczeniem spowodowanego spożyciem alkoholu lub środków odurzających, 5) chorób związanych z nadużywaniem przez osobę objętą ubezpieczeniem alkoholu lub środków odurzających, 6) działania osoby objętej ubezpieczeniem w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości albo działania pod wpływem innych środków odurzających, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniami lekarza, 7) czynnego udziału osoby objętej ubezpieczeniem w aktach przemocy lub terroryzmu, 8) samobójstwa popełnionego przez osobę objętą ubezpieczeniem w okresie pierwszych dwóch lat od objęcia tej osoby ochroną ubezpieczeniową, o ile okoliczności, o których mowa w pkt. 3) – 8) miały wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych będących wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który zaistniał przed dniem początku odpowiedzialności Towarzystwa lub był wynikiem: 1) uprawiania przez osobę objętą ubezpieczeniem sportów wysokiego ryzyka, 2) wyczynowego i zawodowego uprawiania sportów przez osobę objętą ubezpieczeniem, 3) próby popełnienia samobójstwa, samookaleczenia się lub okaleczenia na własną prośbę osoby objętej ubezpieczeniem, niezależnie od stanu jej poczytalności, 4) działania osoby objętej ubezpieczeniem pod wpływem, w stanie lub warunkach choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego, 5) przewozu lotniczego osoby objętej ubezpieczeniem w charakterze innego niż pasażer samolotu pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych, 6) poddania się przez osobę objętą ubezpieczeniem zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarzy, 7) prowadzenia przez osobę objętą ubezpieczeniem pojazdu bez wymaganych prawem uprawnień do prowadzenia danego pojazdu albo prowadzenia pojazdu, który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania, o ile badanie techniczne lub dopuszczenie do ruchu lub użytkowania są wymagane przepisami prawa, 8) leczenia lub zabiegów z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej lub kosmetyki, 9) leczenia kuracyjnego, sanatoryjnego lub uzdrowiskowego, o ile okoliczności, o których mowa w pkt. 1) – 9), miały wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego. W zakresie usług assistance Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za: • zdarzenia ubezpieczeniowe i ich następstwa zaistniałe przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej, • zdarzenia ubezpieczeniowe i ich następstwa inne niż te, które zostały wskazane w zapisach niniejszego OWDU, • zdarzenia ubezpieczeniowe, które nastąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, • świadczenie usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, • koszty poniesione przez osobę objętą ubezpieczeniem bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum Operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, • koszty zakupu leków (Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach), • koszty zakupów realizowanych na zlecenie osoby objętej ubezpieczeniem, • koszty wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego (Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie). Ponadto ochroną ubezpieczeniową nie są objęte koszty połączeń z Centrum Operacyjnym. (ograniczenie ochrony) Karencja • 6 miesięcy – w odniesieniu do następujących zdarzeń ubezpieczeniowych: śmierć Ubezpieczonego, śmierć małżonka Ubezpieczonego, śmierć dziecka Ubezpieczonego, śmierć rodzica lub teścia Ubezpieczonego, osierocenie dziecka, wystąpienie u Ubezpieczonego choroby nowotworowej, • 9 miesięcy – w odniesieniu do: urodzenia dziecka Ubezpieczonemu, urodzenia martwego dziecka Ubezpieczonemu. Okres karencji liczony jest odpowiednio: • od pierwszego dnia miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym Ubezpieczony złożył deklarację zgody na przystąpienie do ubezpieczenia grupowego, • od pierwszego dnia miesiąca, przypadającego po miesiącu, w którym Ubezpieczony złożył wniosek o zmianę ubezpieczenia grupowego, Po zmianie ubezpieczenia grupowego, karencję stosuje się w odniesieniu do świadczeń ubezpieczeniowych, które nie obowiązywały wobec osób objętych ubezpieczeniem przed zmianą ubezpieczenia grupowego oraz w odniesieniu do części dotychczasowych świadczeń, o które w wyniku zmiany ubezpieczenia grupowego, wzrosła odpowiedzialność Towarzystwa.

11.	Możliwość i sposób rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej Rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej jest możliwa poprzez złożenie oświadczenia przez Ubezpieczonego o wystąpieniu z ubezpieczenia.
12.	Skutki rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej Rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej skutkuje brakiem dalszej odpowiedzialności Towarzystwa wobec Ubezpieczonego, z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczony złożył rezygnację.
13.	Wysokość kosztów związanych z rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej, ponoszonych przez Ubezpieczonego Nie dotyczy.
14.	Zasady i tryb zgłaszania zdarzenia ubezpieczeniowego 1. Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, osoba uprawniona do otrzymania świadczenia winna przedłożyć Towarzystwu: 1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy, bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo), 2) własny dokument tożsamości, - a ponadto: 3) dokumenty stwierdzające pokrewieństwo, powinowactwo, przysposobienie, zawarcie małżeństwa - nie dotyczy Ubezpieczonego, 4) w przypadku śmierci: a) skrócony odpis aktu zgonu osoby objętej ubezpieczeniem, b) kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyny lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu – dotyczy tylko Ubezpieczonego, 5) w przypadku gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w wyniku wypadku komunikacyjnego - dokumentację potwierdzającą zajście wypadku komunikacyjnego, 6) w przypadku gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w wyniku nieszczęśliwego wypadku: a) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku, b) dokumentację medyczną potwierdzającą rodzaj doznanego uszkodzenia ciała, c) na pisemny wniosek Towarzystwa – orzeczenie lekarskie o zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji, 7) w przypadku pobytu w szpitalu – kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub kartę wypisową ze szpitala, wydaną przez lekarza prowadzącego, 8) w przypadku osierocenia dziecka – dokumenty potwierdzające opiekę prawną nad dzieckiem do lat 18, 9) w przypadku urodzenia dziecka – skrócony odpis aktu urodzenia dziecka, 10) w przypadku urodzenia martwego dziecka – skrócony odpis aktu urodzenia się martwego dziecka, 11) w przypadku całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji: a) dokumentację medyczną, na podstawie której zostało wydane orzeczenie o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji, b) orzeczenie o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji wydane przez podmiot uprawniony do orzekania o niezdolności do samodzielnej egzystencji, 12) w przypadku operacji chirurgicznej – dokumentację medyczną dotyczącą przeprowadzonej operacji chirurgicznej obejmującą kartę informacyjną leczenia szpitalnego z opisem wykonanej operacji, 13) w przypadku wystąpienia choroby nowotworowej – dokumentację medyczną potwierdzającą zdiagnozowanie choroby nowotworowej, 14) postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku wraz z klauzulą prawomocności bądź zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia – dotyczy tylko innych spadkobierców Ubezpieczonego, o których mowa w § 20 ust.6 pkt 4) OWU. 2. W przypadku gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło za granicą Rzeczypospolitej Polskiej, wszelkie dokumenty, wystawione za granicą przez uprawnione podmioty, dotyczące zdarzenia ubezpieczeniowego i składane przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego, powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego. 3. Koszty związane z uzyskaniem i przekazaniem dokumentów, o których mowa w ust.1 – 2 ponosi osoba uprawniona do świadczenia. 4. W przypadku ubiegania się o świadczenie usług medycznych i usług wspierających powrót do zdrowia osoba objęta ubezpieczeniem kontaktuje się telefonicznie z Centrum Operacyjnym.
15.	Tryb zgłaszania i rozpatrywania reklamacji 1. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia, lub spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia, mający zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez Towarzystwo usług lub wykonywanej przez nie działalności, mają prawo składania reklamacji do Towarzystwa: 1) na piśmie: a) w postaci papierowej – osobiście, w siedzibie Towarzystwa lub w dowolnej jednostce organizacyjnej zajmującej się obsługą klientów albo przesyłką pocztową, albo nadaną w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej na adres: SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot, b) w postaci elektronicznej – wysyłając formularz elektroniczny znajdujący się na stronie internetowej www.saltus.pl albo na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-67891-11109-HHCVVU-30 zgodnie z ustawą o doręczeniach elektronicznych, 2) ustnie – telefonicznie, dzwoniąc pod numer: 58 770 36 90 albo osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Towarzystwa lub dowolnej jednostce zajmującej się obsługą klientów. 2. Na żądanie zgłaszającego reklamację Towarzystwo potwierdzi fakt jej złożenia – na piśmie, na podany adres korespondencyjny lub elektronicznie na adres mailowy wskazany w reklamacji. 3. Reklamacja powinna zawierać: 1) imię, nazwisko, adres i numer telefonu kontaktowego osoby zgłaszającej reklamację, 2) numer dokumentu ubezpieczenia, 3) przedmiot reklamacji, 4) uzasadnienie reklamacji z podaniem ewentualnych dowodów. 4. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udzieli nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej wpływu. Po rozpatrzeniu reklamacji stanowisko Towarzystwa zostanie przedstawione na piśmie: 1) w postaci elektronicznej - w przypadku gdy zgłaszający reklamację złożył ją na piśmie w postaci elektronicznej, chyba że zgłaszający reklamację wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej, 2) w postaci papierowej - w przypadku gdy zgłaszający reklamację złożył ją na piśmie w postaci papierowej, chyba że zgłaszający reklamację wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej, 3) w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem zgłaszającego reklamację - w przypadku gdy zgłaszający reklamację złożył ją ustnie. 5. W przypadku, o którym mowa w ust. 4 pkt 1), odpowiedź jest udzielana: 1) z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej, za pomocą którego zgłaszający złożył reklamację, albo innego wskazanego przez zgłaszającego reklamację środka komunikacji elektronicznej - w przypadku gdy reklamacja została złożona przez zgłaszającego z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej; 2) na adres do doręczeń elektronicznych zgłaszającego reklamację, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w art. 25 tej ustawy - w przypadku gdy reklamacja została wysłana przez zgłaszającego reklamację na adres do doręczeń elektronicznych. 6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni od dnia jej wpływu, Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub osobę zgłaszającą 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. Jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia ubezpieczeniowego, lub spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia, nie zgadza się z odpowiedzią Towarzystwa na reklamację, może zwrócić się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz Rzecznika Finansowego. 8. Właściwym dla Towarzystwa 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 jest Rzecznik Finansowy. Informacje dotyczące podmiotu uprawnionego dostępne są na stronie internetowej: http://rf.gov.pl/ 9. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
16.	Zasady obejmowania ochroną ubezpieczeniową osób innych niż Ubezpieczony i zakres takiej ochrony Obejmowanie ochroną ubezpieczeniową osób innych niż Ubezpieczony jest uzależnione od wariantu ubezpieczenia: 1. w wariancie Dla Ciebie i Dla Ciebie Premium brak takiej możliwości, 2. w wariancie Dla Ciebie i Twojego Partnera – ochroną ubezpieczeniową obejmowany jest małżonek/partner Ubezpieczonego, 3. w wariancie Dla Ciebie i Twojego Dziecka ochroną ubezpieczeniową obejmowane jest dziecko/dzieci Ubezpieczonego, 4. wariant Dla Ciebie i Twojej Rodziny: ochroną ubezpieczeniową obejmowani są małżonek/partner, dzieci, rodzice, teściowie Ubezpieczonego. Zakres ochrony ubezpieczeniowej w poszczególnych wariantach został szczegółowo opisany w pkt 2 dokumentu.

17.	Podmiot uprawniony do otrzymania świadczenia z umowy ubezpieczenia Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest: 1. z tytułu śmierci osoby objętej ubezpieczeniem – osobie uprawnionej 2. z tytułu całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji osoby objętej ubezpieczeniem w wyniku NW – Ubezpieczonemu 3. z tytułu uszkodzenia ciała osoby objętej ubezpieczeniem w wyniku NW – Ubezpieczonemu 4. z tytułu operacji chirurgicznej dziecka Ubezpieczonego w wyniku NW – Ubezpieczonemu 5. z tytułu pobytu osoby objętej ubezpieczeniem w szpitalu w celu leczenia uszkodzeń ciała powstałych w wyniku NW, NK – Ubezpieczonemu 6. z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego choroby nowotworowej – Ubezpieczonemu 7. z tytułu urodzenia dziecka, urodzenia martwego dziecka – Ubezpieczonemu. Świadczenia na wypadek: 1. konieczności uzyskania pomocy po zaistnieniu NW - POWRÓT DO ZDROWIA PO NW 2. konieczności uzyskania pomocy po wystąpieniu poważnego schorzenia kardiologicznego – POMOC DLA SERCA 3. wsparcia dla seniora na wypadek uszkodzenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku – POMOC DLA SENIORA 4. pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności zasięgnięcia konsultacji telemedycznej lekarzy pierwszego kontaktu 5. pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności zasięgnięcia konsultacji telemedycznej lekarzy specjalistów, realizowane są na rzecz osób objętych ochroną ubezpieczeniową. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma imiennie wyznaczonego uposażonego, świadczenie ubezpieczeniowe otrzymują wskazane poniżej osoby, w następującej kolejności: 1) małżonek Ubezpieczonego, z którym Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dacie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego – otrzymuje w całości, 2) dzieci Ubezpieczonego – otrzymują w równych częściach, 3) rodzice – otrzymują w równych częściach, 4) inni spadkobiercy zmarłego – otrzymują w równych częściach, po przedłożeniu postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku wraz z klauzulą prawomocności bądź zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia.
18.	Prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w przypadku, gdy takie uprawnienie przysługuje klientowi 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 polisy, przez złożenie Towarzystwu oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie; odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
19.	Przepisy regulujące ewentualne opodatkowanie świadczeń zakładu ubezpieczeń Nie dotyczy.
20.	Informacje o ewentualnych premiach i rabatach Nie dotyczy.
21.	Ryzyka związane z ubezpieczeniem Nie dotyczy.
22.	Główne cechy ubezpieczenia Ubezpieczenie SALTUS – Moje ŻYCIE kierowane jest do osób poszukujących ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ochrony życia i zdrowia będących: – członkiem grupy - zgodnie z definicją OWU, – rodzicem dziecka, – małżonkiem, zgodnie z definicją OWU, – zainteresowanymi ochroną życia i zdrowia osoby bliskiej: rodziców, teściów. Wiek przystąpienia Ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia: ukończony 15 rok życia i nie ukończony 65 roku życia. Brak możliwości przystąpienia do umowy ubezpieczenia przez osoby przebywające na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu lub hospicjum. W sytuacji, gdy Ubezpieczony przestał być członkiem grupy przysługuje mu prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, na warunkach określonych w OWU.

IV. 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 / deklaracji zgody.
- 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 uchwalonymi w dniu 10 lutego 2026 roku.

