

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

**INDYWIDUALNE
UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE**

Acti OCHRONA BEZPIECZEŃSTWO

Dokument zawierający informacje
o produkcie ubezpieczeniowym

Informacja o produkcie

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Indywidualne Ubezpieczenie na Życie Acti OCHRONA BEZPIECZEŃSTWO

SALTUS
UBEZPIECZENIA

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

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

Produkt: Indywidualne Ubezpieczenie na Życie Acti OCHRONA BEZPIECZEŃSTWO

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje na temat umowy dotyczące niniejszego produktu ubezpieczeniowego podane są w Ogólnych Warunkach Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie Acti OCHRONA BEZPIECZEŃSTWO uchwalonych w dniu 10 marca 2020 roku przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA oraz w treści dokumentu ubezpieczenia.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Indywidualne Ubezpieczenie na Życie ACTI OCHRONA BEZPIECZEŃSTWO jest dobrowolnym ubezpieczeniem indywidualnym na życie z Działu I Grupy 1 i 5 zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Ubezpieczenie jest propozycją dla klientów, którzy zainteresowani są ochroną ubezpieczeniową.



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ Towarzystwo obejmuje ochroną ubezpieczeniową następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - 1) śmierć Ubezpieczonego,
 - 2) Niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego,
 - 3) śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku lub Niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku,
 - 4) pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku.



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- ✗ Zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową powstałych poza okresem ubezpieczenia.
- ✗ Zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, do których doszło w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli pomiędzy Nieszczęśliwym Wypadkiem a zdarzeniem nie istniał związek przyczynowy.



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

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

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

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego będącej wynikiem:

- ! uprawiania sportów wysokiego ryzyka,
 - ! wyczynowego i Zawodowego uprawiania sportów oraz udziału w konkursach i bicia rekordów,
 - ! samookaleczenia bądź prób samookaleczenia,
 - ! 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,
 - ! działania pod wpływem, w stanie lub w warunkach Zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego,
 - ! przewozu lotniczego w charakterze innym niż pasażer samolotów pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
 - ! poddania się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarzy,
 - ! prowadzenia pojazdu bez wymaganego prawem uprawnienia do prowadzenia danego pojazdu,
- o ile powyższe okoliczności miały wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku oraz pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku będących wynikiem:

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

! Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku nie jest należne, jeżeli pomiędzy Nieszczęśliwym Wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego lub Niezdolnością do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego nie istniał związek przyczynowy.

! Świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku nie jest należne, jeżeli pomiędzy Nieszczęśliwym Wypadkiem a pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu nie istniał związek przyczynowy.



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ Na terytorium całego świata.



Co należy do obowiązków Ubezpieczonego i Ubezpieczającego?

Ubezpieczony i Ubezpieczający zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało w ww. wniosku i w innych formularzach stosowanych przez Towarzystwo przed zawarciem Umowy ubezpieczenia. W szczególności Ubezpieczony i Ubezpieczający są zobowiązani do udzielenia, zgodnych z prawdą, odpowiedzi na postawione przez Towarzystwo pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego oraz innych okoliczności, istotnych dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego i mających wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa powstania Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Co należy do obowiązków Ubezpieczającego?

- Powiadomianie Towarzystwa o zmianie swojego adresu korespondencyjnego oraz o zmianie swoich danych osobowych.
- Terminowe opłacanie Składek.



Jak i kiedy należy opłacać składki?

Wysokość, częstotliwość opłacania oraz Termin płatności Składki ubezpieczeniowej określone są w Polisie oraz w Zawiadomieniu o Terminie płatności.. Składka lub jej rata płatna jest na rachunek bankowy wskazany w Polisie lub Zawiadomieniu o Terminie płatności.

Za dzień zapłaty uważa się dzień dokonania zlecenia przelewu lub złożenia polecenia zapłaty w banku lub w urzędzie pocztowym na właściwy rachunek, pod warunkiem że na rachunku Ubezpieczającego znajdowała się wystarczająca ilość środków pozwalająca na zrealizowanie zlecenia. W innym przypadku za dzień zapłaty uznaje się dzień wpływu Składki rocznej lub jej raty na rachunek Towarzystwa.



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

1. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia wskazanej na Polisie.
2. Umowa ubezpieczenia zawarta jest z datą wskazaną na Polisie, pod warunkiem opłacenia Składki jednorazowej lub pierwszej raty Składki w terminie do dnia wskazanego na Polisie.
3. W przypadku, w którym Umowa ubezpieczenia zawarta jest na cudzy rachunek, odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się nie wcześniej, niż następnego dnia po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczonego o wyrażeniu przez niego zgody na zawarcie na jego rachunek Umowy ubezpieczenia. Oświadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, powinno obejmować w szczególności zgodę na wysokość Sumy ubezpieczenia.
4. Ochrona ubezpieczeniowa kończy się: z dniem odstąpienia od Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, z dniem upływu okresu wypowiedzenia przez Ubezpieczającego Umowy ubezpieczenia, z dniem upływu okresu ubezpieczenia, , z powodu nieopłacenia Składki z dniem upływu ostatniego dnia dodatkowego terminu do zapłaty Składki, wskazanego w wezwaniu do zapłaty oraz z dniem śmierci Ubezpieczonego.
5. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu ubezpieczenia na jaki została zawarta lub przedłużona, jednakże nie później niż w Rocznice polisy w roku, w którym Ubezpieczony kończy 67 lat.
6. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu ubezpieczenia, na jaki została zawarta, lub przedłużona - w przypadku złożenia przez Ubezpieczającego lub Towarzystwo oświadczenia o braku woli przedłużenia Umowy ubezpieczenia na kolejny okres roczny.



Jak rozwiązać umowę?

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z dniem śmierci Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia. Umowa rozwiązuje się z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem dwumiesięcznego okresu wypowiedzenia. Bieg okresu wypowiedzenia rozpoczyna się z dniem doręczenia Towarzystwu pisemnego oświadczenia Ubezpieczającego o wypowiedzeniu Umowy. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia.

PREAMBUŁA

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) regulują stosunek ubezpieczenia pomiędzy SALTUS Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, a Ubezpieczającym, Ubezpieczonym oraz Uposażonymi lub innymi uprawnionymi z tytułu Umowy ubezpieczenia Acti OCHRONA BEZPIECZEŃSTWO.

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

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych Świadczeń.	art. 2 art. 3 art. 14
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych Świadczeń lub ich obniżenia.	Definicje art. 5 ust. 2,3 i 7 art. 7 art. 8 art. 9 ust. 1 pkt 5 art. 14

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Acti OCHRONA BEZPIECZEŃSTWO

DEFINICJE

Przedstawionym w niniejszym rozdziale wyrażeniom nadano, w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, Umowie ubezpieczenia Acti OCHRONA BEZPIECZEŃSTWO oraz innych dokumentach, poniższe znaczenie:

Choroba

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

Nieszczęśliwy Wypadek

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

Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego

Trwałe naruszenie sprawności organizmu, powodujące konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, ustalone na podstawie orzeczenia lekarskiego, wydanego przez podmiot uprawniony do orzekania o niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego.

Polisa

Dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową, wystawiany przez Towarzystwo.

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).

Składka

Określona w Polisie lub odpowiednio w Zawiadomieniu o terminie płatności kwota należna Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, do zapłaty której, jednorazowo lub w ratach, zobowiązany jest Ubezpieczający.

Sporty wysokiego ryzyka

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

Stan nietrzeźwości

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

- stężenia we krwi powyżej 0,5‰ alkoholu albo
- obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³.

Stan po użyciu alkoholu

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

- stężenia we krwi od 0,2‰ do 0,5‰ alkoholu albo
- obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm³.

Suma ubezpieczenia

Ustalana przez Ubezpieczającego i Towarzystwo w Umowie ubezpieczenia kwota, będąca podstawą ustalania wysokości Świadczenia.

Szpital

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

Świadczenie

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

Termin płatności

Data, w której płatność Składki lub jej raty powinna zostać dokonana, zgodnie z Umową ubezpieczenia.

Towarzystwo

SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie.

Trwały nośnik

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

Ubezpieczający

Osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której ustawa przyznaje zdolność prawną, będąca stroną Umowy ubezpieczenia, zobowiązana do opłacania Składki.

Ubezpieczony

Wskazana imiennie w Umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia. Ubezpieczonym może być jedynie osoba fizyczna, której wiek wynosi nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 67 lat z zastrzeżeniem, że w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia Ubezpieczony nie może mieć ukończonych 66 lat. Ubezpieczony musi mieć miejsce zamieszkania na terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego lub Szwajcarii.

Umowa ubezpieczenia

Umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczającym, a Towarzystwem na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

Uposażony

Osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.

Wyczynowe uprawianie sportu

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

Zaburzenia psychiczne

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

Zawodowe uprawianie sportu

Uprawianie dyscyplin sportowych za wynagrodzeniem.

Zawiadomienie o terminie płatności

Dokument, wysłany Ubezpieczającemu co roku przez Towarzystwo (inaczej: polisa przedłużeniowa), w którym określona jest Suma ubezpieczenia, kwota Składki lub jej rat oraz terminy, w których Składka lub jej raty powinny zostać zapłacone.

Zdarzenie ubezpieczeniowe

Zdarzenie, którego zajście zobowiązuje Towarzystwo do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego na zasadach określonych w OWU.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

Artykuł 1: Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.

Artykuł 2: Zakres ubezpieczenia

Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo Świadczenia w przypadku zajścia, w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, jednego ze Zdarzeń ubezpieczeniowych, określonych w art. 3 poniżej.

Artykuł 3: Zdarzenia ubezpieczeniowe

Towarzystwo obejmuje ochroną ubezpieczeniową następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:

- śmierć Ubezpieczonego,
- niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego,
- śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku lub Niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku,
- pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku.

Artykuł 4: Czas trwania odpowiedzialności

- Z zastrzeżeniem poniższych ustępów, odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia wskazanej na Polisie.
- Umowa ubezpieczenia zawarta jest z datą wskazaną na Polisie, pod warunkiem opłacenia Składki jednorazowej lub pierwszej raty Składki w terminie do dnia wskazanego na Polisie.
- W przypadku nieopłacenia Składki jednorazowej lub pierwszej raty Składki w terminie zgodnie z ust. 2 nie dochodzi do zawarcia Umowy Ubezpieczenia ani do rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa.
- Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się na skutek zdarzeń określonych w art. 9.

5. W przypadku, w którym Umowa ubezpieczenia zawarta jest na cudzy rachunek, odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się nie wcześniej, niż następnego dnia po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczonego o wyrażeniu przez niego zgody na zawarcie na jego rachunek Umowy ubezpieczenia. Oświadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, powinno obejmować w szczególności zgodę na wysokość Sumy ubezpieczenia.

WARUNKI ZAWARCIA UMOWY

Artykuł 5: Warunki zawarcia umowy

1. Podstawą zawarcia Umowy ubezpieczenia jest złożenie przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia na formularzu stosowanym przez Towarzystwo.
2. Ubezpieczony i Ubezpieczający zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało w ww. wniosku i w innych formularzach stosowanych przez Towarzystwo przed zawarciem Umowy ubezpieczenia. W szczególności, Ubezpieczony i Ubezpieczający są zobowiązani do udzielenia, zgodnych z prawdą, odpowiedzi na postawione przez Towarzystwo pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego oraz innych okoliczności, istotnych dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego i mających wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa powstania Zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. 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.
4. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2 złożone zostają w Towarzystwie lub jego upoważnionemu przedstawicielowi.
5. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres jednego roku, z zastrzeżeniem postanowień zawartych w ust. 6 i 7.
6. Umowa ubezpieczenia przedłuża się automatycznie na kolejne okresy roczne, o ile żadna ze stron Umowy, nie później niż na 15 dni przed upływem okresu, na który Umowa ubezpieczenia została zawarta lub odpowiednio przedłużona, nie złoży pisemnego oświadczenia, o nieprzedłużeniu tej Umowy. W takim przypadku Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z końcem okresu, na jaki została zawarta (przedłużona).
7. Ostatnie automatyczne przedłużenie Umowy ubezpieczenia może nastąpić w roku, w którym Ubezpieczony ukończy 66 lat. Ostatnie przedłużenie może zostać zawarte na okres ubezpieczenia krótszy niż 12 miesięcy.

Artykuł 6: Warunki akceptacji ryzyka

1. Podstawę do zawarcia Umowy ubezpieczenia stanowi wniosek Ubezpieczającego o zawarcie Umowy ubezpieczenia Acti OCHRONA BEZPIECZEŃSTWO, wraz z oświadczeniem Ubezpieczonego dotyczącym stanu zdrowia, przebytych chorób, działalności zawodowej i sportowej Ubezpieczonego.
2. Po rozpatrzeniu wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo może:
 - 1) zaakceptować ryzyko bez zastrzeżeń albo, w przypadku stwierdzenia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego wynikającego z wyższego prawdopodobieństwa wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo ma prawo:
 - 2) odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia,
 - 3) zaproponować zawarcie Umowy ubezpieczenia na odmiennych od określonych przez Ubezpieczającego we wniosku lub niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia warunkach.
3. Akceptacja przez Towarzystwo ryzyka następuje poprzez wysłanie Polisy do Ubezpieczającego.
4. Po zaakceptowaniu przez Towarzystwo ryzyka bez zastrzeżeń, do zawarcia Umowy ubezpieczenia dochodzi w dacie określonej w Polisie pod warunkiem opłacenia Składki jednorazowej lub jej pierwszej raty.
5. Jeżeli Polisa zawiera postanowienia, odbiegające od określonych przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczaniu Polisy i wyznaczy siedmiodniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu. W przypadku braku wykonania tego obowiązku, zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie są skuteczne, a Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta zgodnie z warunkami wskazanymi we wniosku. W braku sprzeciwu Umowa ubezpieczenia dochodzi do skutku zgodnie z treścią Polisy, następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu, pod warunkiem zapłacenia Składki jednorazowej lub jej raty.

ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Artykuł 7: Ograniczenie odpowiedzialności

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła na skutek samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego w okresie dwóch lat od zawarcia Umowy ubezpieczenia.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem art. 5 ust. 2 i 3 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia postanowień art. 5 ust. 2 i 3 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności pominiętych lub co do których podano nieprawdę.
3. Jeżeli do Zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie lat trzech od zawarcia Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została Choroba Ubezpieczonego.

Artykuł 8: Wyłączenie odpowiedzialności

1. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo nie odpowiada za Zdarzenie ubezpieczeniowe będące wynikiem:
 - 1) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wewnętrznych zamieszek, strajków, rozruchów oraz aktów sabotażu,
 - 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroru, z wyłączeniem przypadków obrony koniecznej,
 - 3) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radiologicznym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - 4) samobójstwa Ubezpieczonego, popełnionego w okresie dwóch lat od zawarcia Umowy ubezpieczenia,
 - 5) umyślnego popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu, o ile okoliczności wskazane w pkt 1) - 5) miały wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego, Towarzystwo nie odpowiada za zdarzenia określone w art. 8 ust. 1 oraz za zdarzenia będące wynikiem:
 - 1) uprawiania sportów wysokiego ryzyka,
 - 2) wycynowego i Zawodowego uprawiania sportów oraz udziału w konkursach i bicia rekordów,
 - 3) samookaleczenia bądź prób samookaleczenia,
 - 4) 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,
 - 5) działania pod wpływem, w stanie lub w warunkach Zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego,
 - 6) przewozu lotniczego w charakterze innym niż pasażer samolotów pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
 - 7) poddania się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarzy,
 - 8) prowadzenia pojazdu bez wymaganego prawem uprawnienia do prowadzenia danego pojazdu,o ile okoliczności wskazane w pkt 1-8 miały wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku lub w przypadku pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, Towarzystwo nie odpowiada za zdarzenia będące wynikiem:
 - 1) uprawiania sportów wysokiego ryzyka,
 - 2) wycynowego i Zawodowego uprawiania sportów oraz udziału w konkursach bicia rekordów,
 - 3) samookaleczenia bądź prób samookaleczenia,
 - 4) działania Ubezpieczonego, w Stanie po użyciu alkoholu lub w Stanie nietrzeźwości, albo działania pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - 5) działania pod wpływem, w stanie lub w warunkach Zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego,
 - 6) przewozu lotniczego w charakterze innym niż pasażer samolotów pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
 - 7) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radiologicznym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - 8) prowadzenia pojazdu bez wymaganego prawem uprawnienia do prowadzenia danego pojazdu,
 - 9) zatrucia się Ubezpieczonego spowodowanego spożyciem alkoholu etylowego lub metylowego,
 - 10) zatrucia się Ubezpieczonego spowodowanego użyciem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony.o ile okoliczności wskazane w pkt 1-10 miały wpływ na zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
4. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku nie jest należne, jeżeli pomiędzy Nieszczęśliwym Wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego lub Niezdolnością do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego nie istniał związek przyczynowy.
5. Świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku nie jest należne, jeżeli pomiędzy Nieszczęśliwym Wypadkiem a pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu nie istniał związek przyczynowy.
6. Za Szpital nie uznaje się domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, ośrodków leczenia psychicznie chorych, domowej opieki pielęgniarskiej, hospicjum onkologicznych, ośrodków leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych, alkoholowych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych ani ośrodków wypoczynkowych.

Artykuł 9: Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia, wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa

1. Umowa Ubezpieczenia ulega rozwiązaniu na skutek:
 - 1) śmierci Ubezpieczonego - z dniem śmierci,
 - 2) odstąpienia od Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego - z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia,

- 3) wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia - z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia, stosownie do postanowień art. 10 ust. 2,
 - 4) w przypadku nieopłacenia Składki za kolejny roczny okres, na który Umowa ubezpieczenia została przedłużona lub kolejnych rat Składki w terminie określonym w Polisie lub Zawiadomieniu o terminie płatności, pomimo uprzedniego wezwania, o którym mowa w art. 16 ust. 1, z dniem, w którym upływa dodatkowy termin wskazany w wezwaniu, o którym mowa w art. 16 ust. 2,
 - 5) upływu okresu ubezpieczenia na jaki Umowa ubezpieczenia została zawarta lub przedłużona, jednakże nie później niż w Rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony kończy 67 lat,
 - 6) upływu okresu ubezpieczenia, na jaki Umowa ubezpieczenia została zawarta, lub przedłużona - w przypadku złożenia przez Ubezpieczającego lub Towarzystwo oświadczenia o braku woli przedłużenia Umowy ubezpieczenia na kolejny okres roczny, o którym mowa w art. 5 ust. 6.
2. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność Towarzystwa względem Ubezpieczonego wygasa.

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

Artykuł 10: Odstąpienie i wypowiedzenie umowy

1. Jeżeli Umowa ubezpieczenia zawarta jest na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, a w przypadku, gdy jest przedsiębiorcą - w terminie 7 dni od dnia doręczenia mu przez Towarzystwo Umowy ubezpieczenia, przez złożenie Towarzystwu pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczyciel nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty Składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem dwumiesięcznego okresu wypowiedzenia. Wypowiedzenie wymaga dla swej ważności zachowania formy pisemnej. Bieg okresu wypowiedzenia rozpoczyna się z dniem doręczenia Towarzystwu pisemnego oświadczenia Ubezpieczającego o wypowiedzeniu Umowy. W razie wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia ubezpieczenia. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego nie zwalnia od obowiązku zapłacenia Składki za czas udzielanej przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł 11: Wskazanie Uposażonych

1. Ubezpieczony może wskazać jednego lub więcej Uposażonych do otrzymania Świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego.
2. Wskazanie Uposażonego może nastąpić zarówno przy zawarciu Umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej trwania.
3. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie trwania Umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać Uposażonego. Zmiana lub odwołanie Uposażonego następuje w momencie wpłynięcia tego zawiadomienia do Towarzystwa.
4. Jeżeli zostało wskazanych kilku Uposażonych, a nie oznaczono ich udziału w kwocie Świadczenia, uważa się, że ich udziały są równe.
5. Wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci.
6. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma imiennie wyznaczonego Uposażonego, Świadczenie otrzymują wskazane poniżej osoby, w następującej kolejności:
 - 1) małżonek, z którym Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dacie wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa - otrzymuje w całości,
 - 2) dzieci Ubezpieczonego - otrzymują w równych częściach,
 - 3) rodzice Ubezpieczonego - otrzymują w równych częściach,
 - 4) inni spadkobiercy Ubezpieczonego - otrzymują w równych częściach, po przedłożeniu postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku wraz z klauzulą prawomocności bądź zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia.
7. W razie braku Uposażonego lub osoby wymienionej w ust. 6, przysługującego Świadczenia Towarzystwo wypłaca, w granicach Sumy ubezpieczenia, w pierwszym rzędzie udowodnione rachunkami koszty pogrzebu osobie, która te koszty poniosła.

Artykuł 12: Postanowienia ogólne dotyczące Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

1. Ubezpieczający ma obowiązek opłacania Składki ubezpieczeniowej w wymaganej wysokości i w terminach określonych w Polisie oraz późniejszych aneksach i Zawiadomieniach o terminie płatności.
2. W przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, przed wyrażeniem przez osobę zainteresowaną zgody na udzielenie na jej rachunek ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczający zobowiązany jest udostępnić Ubezpieczonemu treść obowiązujących OWU, z uwzględnieniem zmian wprowadzonych zgodnie z postanowieniem art. 6 ust. 5

Artykuł 13: Postanowienia ogólne dotyczące Towarzystwa

Przed zawarciem Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, Towarzystwo zobowiązane jest do:

- 1) udostępnienia Ubezpieczającemu treści obowiązujących OWU, z uwzględnieniem zmian wprowadzonych zgodnie z postanowieniem art.6 ust. 5,
- 2) udzielenia Ubezpieczającemu informacji o sposobie i trybie rozpatrywania reklamacji oraz o organie właściwym do ich rozpatrzenia.

USTALENIE WYSOKOŚCI SUMY UBEZPIECZENIA, ŚWIADCZENIA ORAZ WYSOKOŚCI SKŁADEK

Artykuł 14: Sumy ubezpieczenia i ustalenie wysokości świadczenia

1. Wysokość Sum ubezpieczenia potwierdzona jest w Polisie.
2. Sumy ubezpieczenia stanowią podstawę ustalania wysokości Świadczeń.
3. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo wypłaca Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu danego Zdarzenia ubezpieczeniowego, aktualnej na dzień wystąpienia danego Zdarzenia ubezpieczeniowego, tj.:
 - 1) w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w trakcie trwania okresu ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaca Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego,
 - 2) w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w trakcie trwania okresu ubezpieczenia Towarzystwo wypłaca Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia na wypadek Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego,
 - 3) w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku bądź Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, Towarzystwo wypłaca Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku bądź Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku,
 - 4) w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku Towarzystwo wypłaca Świadczenie w wysokości 100 zł za każdą pełną dobę, przy czym wysokość łącznych Świadczeń, związanych z pobytem Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie jednego Nieszczęśliwego Wypadku nie może przekroczyć 90 dni. Jeżeli w jednym dniu Ubezpieczony był pacjentem dwu lub większej liczby Szpitali, Towarzystwo wypłaci Świadczenie za ten dzień tylko jeden raz.
4. Świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku płatne jest Ubezpieczonemu od pierwszego dnia pobytu w Szpitalu, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5.
5. Świadczenie wypłacane jest po zakończeniu przez Ubezpieczonego danego pobytu w Szpitalu, za który Towarzystwo ponosi odpowiedzialność.
6. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, jednorazowe Świadczenie określone w Umowie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaca Uposażonym, a w przypadku braku osoby uposażonej, osobom ustalonym w sposób określony w art. 11 ust 6.
7. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci:
 - 1) Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku,
 - 2) pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, Świadczenie określone w Umowie ubezpieczenia otrzymuje Ubezpieczony.
8. Aby śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku mogły zostać uznane za spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem Nieszczęśliwy Wypadek musi mieć miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł 15: Ustalenie składki rocznej

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki ubezpieczeniowej po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, z uwzględnieniem wysokości Sumy ubezpieczenia oraz częstotliwości opłacania Składki.
2. Składka ubezpieczeniowa określana jest dla rocznego okresu ubezpieczenia, według obowiązującej taryfy w dniu zawierania Umowy ubezpieczenia.
3. Stawki taryfowe zostały ustalone zgodnie z zasadami matematyki aktuarności, w oparciu o wykorzystywane przez Towarzystwo tabele trwania życia.
4. Składka ubezpieczeniowa opłacana jest jednorazowo z góry za okres ubezpieczenia z zastrzeżeniem ust. 6.
5. Wysokość Składki ubezpieczeniowej oraz jej Termin płatności określony jest w Polisie oraz w Zawiadomieniu o Terminie płatności.
6. Na wniosek Ubezpieczającego, Składka może być opłacona w ratach półrocznych, kwartalnych i miesięcznych.
7. Składka lub jej rata płatna jest na rachunek bankowy wskazany w Polisie lub Zawiadomieniu o Terminie płatności. Za dzień zapłaty uważa się dzień dokonania zlecenia przelewu lub złożenia polecenia zapłaty w banku lub w urzędzie pocztowym na właściwy rachunek, pod warunkiem że na rachunku Ubezpieczającego znajdowała się wystarczająca ilość środków pozwalająca na zrealizowanie zlecenia; w odmiennym przypadku za dzień zapłaty uznaje się dzień wpływu Składki rocznej lub jej raty na rachunek Towarzystwa.
8. Termin płatności Składki za kolejny roczny okres, na który Umowa ubezpieczenia została przedłużona lub jej pierwszej raty jest datą, od której rozpoczyna się kolejny jednoroczny okres ubezpieczenia; jest to również data, w której Ubezpieczający zobowiązany jest opłacić kolejną Składkę za kolejny roczny okres, na który Umowa ubezpieczenia została przedłużona lub jej pierwszą ratę.

Artykuł 16: Nieopłacenie składek

1. W przypadku nieopłacenia w Terminie płatności kolejnej Składki lub kolejnej raty w całości lub w części, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty tej Składki, tej raty Składki lub jej brakującej części, wyznaczając w tym celu dodatkowy termin 14 dni. W wezwaniu do zapłaty Towarzystwo powiadomi Ubezpieczającego o skutkach określonych w ust. 2.

2. Jeżeli kolejna Składka lub kolejna rata lub ich brakująca część nie zostanie opłacona w dodatkowym terminie wskazanym w ust. 1, umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem na dzień, w którym upływa dodatkowy termin wskazany w ust. 1.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU ZAJŚCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

Artykuł 17: Postępowanie w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego

1. Osoba uprawniona do otrzymania Świadczenia, występująca z roszczeniem o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego lub śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku obowiązana jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
 - 1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy, bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
 - 2) skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - 3) kartę zgonu Ubezpieczonego z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza określający przyczynę zgonu,
 - 4) dokumentację potwierdzającą zajście Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli przyczyną śmierci Ubezpieczonego był Nieszczęśliwy Wypadek,
 - 5) własny dokument tożsamości,
 - 6) postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku wraz z klauzulą prawomocności bądź zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia – dotyczy tylko innych spadkobierców Ubezpieczonego, o których mowa w art. 11 ust. 6 pkt 4),
 - 7) notatkę policji w przypadku zawiadomienia policji,
 - 8) protokół BHP, w przypadku gdy wypadek został zakwalifikowany jako wypadek przy pracy,
 - 9) postanowienie o umorzeniu śledztwa (bądź dochodzenia), w przypadku gdy było prowadzone postępowanie,
 - 10) dokument pozwalający ustalić pokrewieństwo z Ubezpieczonym - w przypadku osób, o których mowa w art. 11 ust. 6 pkt 1) – 3).
2. Ubezpieczony występujący z roszczeniem o wypłatę Świadczenia z tytułu Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku obowiązany jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
 - 1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy, bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
 - 2) dokumentację potwierdzającą zajście Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli przyczyną Zdarzenia ubezpieczeniowego był Nieszczęśliwy Wypadek,
 - 3) dokument potwierdzający tożsamość zgłaszającego,
 - 4) dokumentację medyczną:
 - a) określającą datę, w której Niezdolność do samodzielnej egzystencji została orzeczona,
 - b) określającą pełen przebieg i rodzaj Choroby, która spowodowała Niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego,
 - c) na podstawie której zostało wydane orzeczenie o Niezdolności do samodzielnej egzystencji,
 - 5) orzeczenie o Niezdolności do samodzielnej egzystencji wydany przez podmiot uprawniony do orzekania o Niezdolności do samodzielnej egzystencji,
 - 6) dokument będący podstawą upoważnienia do działania w imieniu Ubezpieczonego – w przypadkach, w których w imieniu Ubezpieczonego działa osoba trzecia,
 - 7) notatkę policji w przypadku zawiadomienia policji,
 - 8) protokół BHP, w przypadku, gdy wypadek został zakwalifikowany jako wypadek przy pracy,
 - 9) postanowienie o umorzeniu śledztwa (bądź dochodzenia), w przypadku, gdy było prowadzone postępowanie przygotowawcze.
3. W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie u wskazanego przez Towarzystwo lekarza. Koszt badań pokrywa Towarzystwo.
4. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pobytu w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, Ubezpieczony lub osoba upoważniona do działania w imieniu Ubezpieczonego, zobowiązany jest przedstawić Towarzystwu:
 - 1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy, bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
 - 2) dokumentację potwierdzającą zajście Nieszczęśliwego Wypadku,
 - 3) kartę informacyjną leczenia szpitalnego,
 - 4) własny dokument tożsamości,
 - 5) notatkę policji w przypadku zawiadomienia policji,
 - 6) protokół BHP, w przypadku gdy wypadek został zakwalifikowany jako wypadek przy pracy,
 - 7) postanowienie o umorzeniu śledztwa (bądź dochodzenia), w przypadku gdy było prowadzone postępowanie,
 - 8) notatkę policji - w przypadku zawiadomienia policji,
 - 9) dokument będący podstawą upoważnienia do działania w imieniu Ubezpieczonego - w przypadkach, w których w imieniu Ubezpieczonego działa osoba trzecia.
5. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego, o ile nie jest on osobą występującą z zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje, w formie pisemnej lub drogą elektroniczną (jeżeli osoba występująca z roszczeniem o wypłatę

Świadczenia wyrazi na to zgodę), osobę występującą z roszczeniem o wypłatę Świadczenia, o wykazie dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz procedurze składania i rozpatrywania reklamacji (niezależnie, czy Uposażony jest osobą występującą z zawiadomieniem).

6. W przypadku, w którym Umowa ubezpieczenia została zawarta na cudzy rachunek, zawiadomienie o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego może zgłosić również spadkobierca Ubezpieczonego. W takim przypadku spadkobierca jest traktowany jak uprawniony z Umowy ubezpieczenia.

Artykuł 18: Wypłata świadczenia

1. Towarzystwo wypłaca Świadczenie na podstawie uznania roszczenia, w wyniku ustaleń dokonanych w procesie likwidacji, zawartej ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.
2. Towarzystwo wypłaca należne Świadczenie w ciągu 30 dni od daty zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Jeżeli w terminie określonym w ust. 2 ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości Świadczenia jest niemożliwe, Świadczenie to powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część Świadczenia, wypłaca się w terminie przewidzianym w ust. 2.
4. Jeżeli w terminie określonym w ust. 3 nie zostanie wypłacone Świadczenie, Towarzystwo zawiadamia osobę występującą z roszczeniem o wypłatę Świadczenia o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części.

ROZSTRZYGANIE SPORÓW

Artykuł 19: Postępowanie w sprawach spornych i orzeczenie lekarskie

1. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo uprawnione jest do żądania przedłożenia innych dokumentów niż wskazane w art. 17, o ile okaże się to niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości Świadczenia, o których Towarzystwo poinformuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę.
2. Na żądanie Towarzystwa Ubezpieczony jest zobowiązany wykonać badania lekarskie u lekarza wskazanego przez Towarzystwo oraz dostarczyć wyniki wykonanych przez siebie badań. Koszty zleconych badań lekarskich ponosi Towarzystwo.
3. Ubezpieczony obowiązany jest umożliwić Towarzystwu zasięgnięcie informacji odnoszących się do okoliczności zdarzenia, w szczególności u lekarzy, którzy sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską nad Ubezpieczonym.
4. Wyniki badań lekarskich, o których mowa w ust. 2 określające stan zdrowia Ubezpieczonego mogą wpływać na uznanie przez Towarzystwo roszczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia.

Artykuł 20: Skargi i reklamacje

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba uprawniona do Świadczenia mająca zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez Towarzystwo usług lub wykonywanej przez niego działalności ma prawo składania reklamacji do Towarzystwa:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa, w dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa zajmującej się obsługą klientów bądź przesyłką pocztową na adres: SALTUS TU ŻYCIE SA, Władysława IV 22, 81-743 Sopot,
 - 2) osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Towarzystwa lub dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa zajmującej się obsługą klientów,
 - 3) telefonicznie, pod numerem telefonu: 58 770 36 94.
2. Reklamacja powinna zawierać:
 - 1) imię, nazwisko, adres i numer telefonu kontaktowego zgłaszającego reklamację,
 - 2) numer polisy ubezpieczeniowej,
 - 3) przedmiot reklamacji,
 - 4) uzasadnienie reklamacji z podaniem ewentualnych dowodów.
3. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie przez Towarzystwo reklamacji chyba, że okoliczności na sposób procedowania reklamacją.
4. Na żądanie zgłaszającego reklamację Towarzystwo potwierdzi pisemnie na adres wskazany w reklamacji fakt złożenia reklamacji. Towarzystwo na wniosek zgłaszającego reklamację może potwierdzić wpływ reklamacji w postaci elektronicznej.
5. Reklamacja rozpatrywana jest przez Towarzystwo, bez zbędnej zwłoki, a odpowiedź na nią powinna być udzielona nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej wpływu. Po rozpatrzeniu reklamacji, stanowisko Towarzystwa zostanie przesłane w formie pisemnej na adres wskazany w treści reklamacji.
6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 5, Towarzystwo poinformuje zgłaszającego reklamację o przyczynie opóźnienia, okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia reklamacji oraz o przewidywanym terminie udzielenia odpowiedzi. Łączny czas rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi nie może być dłuższy niż 60 dni od daty wpływu reklamacji.
7. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba uprawniona do Świadczenia ma prawo do zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz Rzecznika Finansowego.
8. Podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich w rozumieniu ustawy z dnia 23 września 2016 roku o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla Towarzystwa jest Rzecznik Finansowy. Informacje dotyczące podmiotu uprawnionego dostępne są na stronie <http://rf.gov.pl/>.
9. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Artykuł 21: Właściwość sądu

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

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Artykuł 22: Opodatkowanie świadczenia

1. Wypłacone Świadczenie z tytułu Umowy ubezpieczenia podlega przepisom podatkowym: ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych lub ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.
2. Podatki i opłaty związane z płatnością Składek ubezpieczeniowych obciążają Ubezpieczającego.
3. W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty zobowiązania finansowe wynikające z Umowy ubezpieczenia będą odpowiednio zmienione, zgodnie z kursem wymiany złotego ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski.

Artykuł 23: Właściwe przepisy prawa, prawo wglądu do akt

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU, mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy polskiego prawa.
2. Towarzystwo udostępni na wniosek osób uprawnionych do odbioru Świadczenia ubezpieczeniowego informacje i dokumenty, gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości Świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Towarzystwo udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Towarzystwo. Towarzystwo na wniosek tych osób udostępni informacje i dokumenty w postaci elektronicznej.

Artykuł 24: Zasady korespondencji

1. Wypowiedzenia, odstąpienia oraz wszelkie inne zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Towarzystwa, Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Uposażonego lub osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia, powinny być kierowane na piśmie, pod rygorem nieważności, z zastrzeżeniem art. 20 ust.1 pkt 3. Strony mogą umówić się co do innej formy korespondencji.
2. Towarzystwo i Ubezpieczający zobowiązani są do powiadamiania się wzajemnie o zmianie swojego adresu zamieszkania lub siedziby.
3. Ubezpieczający i Ubezpieczony są zobowiązani do pisemnego informowania Towarzystwa o każdej zmianie swojego adresu korespondencyjnego oraz o zmianie swoich danych osobowych.

Artykuł 25: Informacja o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa

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

Artykuł 26: Obowiązki Ogólnych Warunków Ubezpieczenia

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu SALTUS TU Życie SA z dnia 10.03.2020 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia Acti OCHRONA BEZPIECZEŃSTWO, zawartych od dnia 01.05.2020 r.


ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU


KRYSZTOF KOSZNIK
WICEPREZES ZARZĄDU


GRZEGORZ BUCZKOWSKI
CZŁONEK ZARZĄDU

Karta Produktu
INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA na ŻYCIE
- ACTI OCHRONA BEZPIECZEŃSTWO -

I. Informacje podstawowe

1.	Główny cel ubezpieczenia	
	Celem Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ACTI OCHRONA BEZPIECZEŃSTWO jest ochrona życia i zdrowia Ubezpieczonego, poprzez zagwarantowanie świadczeń na wypadek śmierci lub zaistnienia Nieszczęśliwego Wypadku.	
2.	Zakres ochrony ubezpieczeniowej	
	Odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie Świadczenia w przypadku: 1. śmierci Ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie ubezpieczenia, 2. Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego, zaistniałej w okresie ubezpieczenia, 3. śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, 4. pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku.	
3.	Opis świadczeń przysługujących klientowi lub innym osobom z umowy ubezpieczenia	
	W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo wypłaca Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu danego Zdarzenia ubezpieczeniowego , aktualnej na dzień wystąpienia danego Zdarzenia ubezpieczeniowego, tj.: 1. w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w trakcie trwania okresu ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaca Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego, 2. w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w trakcie trwania okresu ubezpieczenia Towarzystwo wypłaca Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia na wypadek Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego, 3. w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku bądź Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku , Towarzystwo wypłaca Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku bądź Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, 4. w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku Towarzystwo wypłaca Świadczenie w wysokości 100 zł za każdą pełną dobę, przy czym wysokość łącznych Świadczeń, związanych z pobytem Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie jednego Nieszczęśliwego Wypadku nie może przekroczyć 90 dni; jeżeli w jednym dniu Ubezpieczony był pacjentem dwu lub większej liczby Szpitali, Towarzystwo wypłaca Świadczenie za ten dzień tylko jeden raz.	
4.	Koszty ponoszone przez Ubezpieczającego	
	Rodzaj kosztów	Kosztem ponoszonym przez Ubezpieczającego jest Składka ubezpieczeniowa.
	Wysokość kosztów	Wysokość Składki ubezpieczeniowej uzależniona jest od: wysokości Sumy ubezpieczenia, oceny ryzyka ubezpieczeniowego: częstotliwości opłacania Składki oraz taryfy składek obowiązującej w dniu zawierania Umowy ubezpieczenia.
	Taryfa składek	Stawki taryfowe zostały ustalone zgodnie z zasadami matematyki aktuarialnej, w oparciu o wykorzystywane przez Towarzystwo tabele trwania życia.
	Częstotliwość ponoszenia kosztów	Składka może być opłacona jednorazowo za okres ubezpieczenia lub w ratach: półrocznych, kwartalnych lub miesięcznych.
5.	Zasady ustalania wysokości świadczenia należnego z tytułu Umowy ubezpieczenia, w tym czynników, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości Świadczenia	
	1. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo wypłaca Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu danego Zdarzenia ubezpieczeniowego, aktualnej na dzień wystąpienia danego Zdarzenia ubezpieczeniowego. 2. Świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku płatne jest Ubezpieczonemu od pierwszego dnia pobytu w Szpitalu, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5. Świadczenie wypłacane jest po zakończeniu przez Ubezpieczonego danego pobytu w Szpitalu, za który Towarzystwo ponosi odpowiedzialność. 3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, jednorazowe Świadczenie określone w Umowie ubezpieczenia Towarzystwo wypłaca Uposażonym lub osobom uprawnionym. 4. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci: a) Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, b) pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, Świadczenie określone w Umowie ubezpieczenia otrzymuje Ubezpieczony. 5. Aby śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku mogły zostać uznane za spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem Nieszczęśliwy Wypadek musi mieć miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.	
6.	Wysokość Sumy ubezpieczenia	
	Ustalana przez Ubezpieczającego i Towarzystwo w Umowie ubezpieczenia kwota, będąca podstawą ustalania wysokości Świadczenia.	
7.	Zasady i przesłanki ewentualnej zmiany wysokości Sumy ubezpieczenia	
	Brak możliwości zmiany wysokości Sumy Ubezpieczenia.	
8.	Okres ochrony ubezpieczeniowej	
	1. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia wskazanej na Polisie, pod warunkiem opłacenia Składki jednorazowej lub pierwszej raty Składki w terminie do dnia wskazanego na Polisie. 2. W przypadku, w którym Umowa ubezpieczenia zawarta jest na cudzy rachunek, odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się nie wcześniej, niż następnego dnia po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczonego o wyrażeniu przez niego zgody na zawarcie na jego rachunek Umowy ubezpieczenia. Oświadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, powinno obejmować w szczególności zgodę na wysokość Sumy ubezpieczenia. 3. Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się na skutek zdarzeń określonych w art. 9 OWU.	
9.	Zasady kontynuacji lub wznowienia ochrony ubezpieczeniowej	
	1. Umowa ubezpieczenia przedłuża się automatycznie na kolejne okresy roczne, o ile żadna ze stron Umowy, nie później niż na 15 dni przed upływem okresu, na który Umowa ubezpieczenia została zawarta lub odpowiednio przedłużona, nie złoży pisemnego oświadczenia, o nieprzedłużeniu tej Umowy. W takim przypadku Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z końcem okresu, na jaki została zawarta (przedłużona). 2. Ostatnie automatyczne przedłużenie Umowy ubezpieczenia może nastąpić w roku, w którym Ubezpieczony ukończy 66 lat. Ostatnie przedłużenie może zostać zawarte na okres ubezpieczenia krótszy niż 12 miesięcy.	

10.	Warunki wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń
	<p>1. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo nie odpowiada za Zdarzenie ubezpieczeniowe będące wynikiem:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wewnętrznych zamieszek, strajków, rozruchów oraz aktów sabotażu, 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroru, z wyłączeniem przypadków obrony koniecznej, 3) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radiologicznym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość, 4) samobójstwa Ubezpieczonego, popełnionego w okresie dwóch lat od zawarcia Umowy ubezpieczenia, 5) umyślnego popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu, o ile okoliczności wskazane w pkt 1) - 5) miały wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego. <p>2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego, Towarzystwo nie odpowiada za zdarzenia wymienione powyżej oraz za zdarzenia będące wynikiem:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) uprawiania sportów wysokiego ryzyka, 2) wyczynowego i Zawodowego uprawiania sportów oraz udziału w konkursach i bicia rekordów, 3) samookaleczenia bądź prób samookaleczenia, 4) 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, 5) działania pod wpływem, w stanie lub w warunkach Zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego, 6) przewozu lotniczego w charakterze innym niż pasażer samolotów pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych, 7) poddania się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarzy, 8) prowadzenia pojazdu bez wymaganego prawem uprawnienia do prowadzenia danego pojazdu, o ile okoliczności wskazane w pkt 1-8 miały wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego. <p>3. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczonego w postaci śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku lub w przypadku pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, Towarzystwo nie odpowiada za zdarzenia będące wynikiem:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) uprawiania sportów wysokiego ryzyka, 2) wyczynowego i Zawodowego uprawiania sportów oraz udziału w konkursach bicia rekordów, 3) samookaleczenia bądź prób samookaleczenia, 4) działania Ubezpieczonego, w Stanie po użyciu alkoholu lub w Stanie nietrzeźwości, albo działania pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony, 5) działania pod wpływem, w stanie lub w warunkach Zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego, 6) przewozu lotniczego w charakterze innym niż pasażer samolotów pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych, 7) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radiologicznym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość, 8) prowadzenia pojazdu bez wymaganego prawem uprawnienia do prowadzenia danego pojazdu, 9) zatrucia się Ubezpieczonego spowodowanego spożyciem alkoholu etylowego lub metylowego, 10) zatrucia się Ubezpieczonego spowodowanego użyciem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony. <p>o ile okoliczności wskazane w pkt 1-10 miały wpływ na zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego.</p> <p>4. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku nie jest należne, jeżeli pomiędzy Nieszczęśliwym Wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego lub Niezdolnością do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego nie istniał związek przyczynowy.</p> <p>5. Świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku nie jest należne, jeżeli pomiędzy Nieszczęśliwym Wypadkiem a pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu nie istniał związek przyczynowy.</p> <p>6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła na skutek samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego w okresie dwóch lat od zawarcia Umowy ubezpieczenia.</p> <p>7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości, a o które Towarzystwo zapytywało we wniosku i w innych formularzach stosowanych przez Towarzystwo przed zawarciem Umowy ubezpieczenia. W szczególności, Ubezpieczony i Ubezpieczający są zobowiązani do udzielenia, zgodnych z prawdą, odpowiedzi na postawione przez Towarzystwo pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego oraz innych okoliczności, istotnych dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego i mających wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa powstania Zdarzenia ubezpieczeniowego. 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. Jeżeli do naruszenia powyższych postanowień doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności pominiętych lub co do których podano nieprawdę.</p>
11.	<p>Możliwość i sposób rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej</p> <p>Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem dwumiesięcznego okresu wypowiedzenia. Wypowiedzenie wymaga dla swej ważności zachowania formy pisemnej. Bieg okresu wypowiedzenia rozpoczyna się z dniem doręczenia Towarzystwu pisemnego oświadczenia Ubezpieczającego o wypowiedzeniu Umowy.</p> <p>W razie wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia ubezpieczenia. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego nie zwalnia od obowiązku zapłaty Składki za czas udzielanej przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej.</p>
12.	<p>Skutki rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej</p> <p>Rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej skutkuje brakiem dalszej odpowiedzialności Towarzystwa wobec Ubezpieczającego.</p>
13.	<p>Wysokość kosztów związanych z rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej, ponoszonych przez klienta</p> <p>Brak kosztów.</p>

14.	Zasady i tryb zgłaszania zdarzenia ubezpieczeniowego
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Osoba uprawniona do otrzymania Świadczenia, występująca z roszczeniem o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego lub śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku obowiązana jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia: <ol style="list-style-type: none"> 1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy, bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo), 2) skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczonego, 3) kartę zgonu Ubezpieczonego z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza określający przyczynę zgonu, 4) dokumentację potwierdzającą zajście Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli przyczyną śmierci ubezpieczonego był Nieszczęśliwy Wypadek, 5) własny dokument tożsamości, 6) postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku wraz z klauzulą prawomocności bądź zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia – dotyczy tylko innych, niż małżonek, dzieci i rodzice Ubezpieczonego, spadkobierców Ubezpieczonego), 7) notatkę policji w przypadku zawiadomienia policji, 8) protokół BHP, w przypadku gdy wypadek został zakwalifikowany jako wypadek przy pracy, 9) postanowienie o umorzeniu śledztwa (bądź dochodzenia), w przypadku gdy było prowadzone postępowanie, 10) dokument pozwalający ustalić pokrewieństwo z Ubezpieczonym – w przypadku małżonka, dzieci lub rodziców Ubezpieczonego). 2. Ubezpieczony występujący z roszczeniem o wypłatę Świadczenia z tytułu Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku obowiązany jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia: <ol style="list-style-type: none"> 1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy, bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo), 2) dokumentację potwierdzającą zajście Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli przyczyną Zdarzenia ubezpieczonego był Nieszczęśliwy Wypadek, 3) dokument potwierdzający tożsamość zgłaszającego, 4) dokumentację medyczną: <ol style="list-style-type: none"> a) określającą datę, w której Niezdolność do samodzielnej egzystencji została orzeczona, b) określającą pełen przebieg i rodzaj Choroby, która spowodowała Niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego, c) na podstawie której zostało wydane orzeczenie o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji, 5) orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji wydany przez podmiot uprawniony do orzekania o niezdolności do samodzielnej egzystencji, 6) dokument będący podstawą upoważnienia do działania w imieniu Ubezpieczonego – w przypadkach, w których w imieniu Ubezpieczonego działa osoba trzecia, 7) notatkę policji w przypadku zawiadomienia policji, 8) protokół BHP, w przypadku, gdy wypadek został zakwalifikowany jako wypadek przy pracy, 9) postanowienie o umorzeniu śledztwa (bądź dochodzenia), w przypadku, gdy było prowadzone postępowanie przygotowawcze. 3. W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie u wskazanego przez Towarzystwo lekarza. Koszt badań pokrywa Towarzystwo. 4. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pobytu w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, Ubezpieczony lub osoba upoważniona do działania w imieniu Ubezpieczonego, zobowiązany jest przedstawić Towarzystwu: <ol style="list-style-type: none"> 1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy, bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo), 2) dokumentację potwierdzającą zajście Nieszczęśliwego Wypadku, 3) kartę informacyjną leczenia szpitalnego, 4) własny dokument tożsamości, 5) notatkę policji w przypadku zawiadomienia policji, 6) protokół BHP, w przypadku gdy wypadek został zakwalifikowany jako wypadek przy pracy, 7) postanowienie o umorzeniu śledztwa (bądź dochodzenia), w przypadku gdy było prowadzone postępowanie, 8) notatkę policji - w przypadku zawiadomienia policji, 9) dokument będący podstawą upoważnienia do działania w imieniu Ubezpieczonego - w przypadkach, w których w imieniu Ubezpieczonego działa osoba trzecia. 3. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego, o ile nie jest on osobą występującą z zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje, w formie pisemnej lub drogą elektroniczną (jeżeli osoba występująca z roszczeniem o wypłatę Świadczenia wyrazi na to zgodę), osobę występującą z roszczeniem o wypłatę Świadczenia, o wykazie dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz procedurze składania i rozpatrywania reklamacji (niezależnie, czy Uposażony jest osobą występującą z zawiadomieniem). 4. W przypadku, w którym Umowa ubezpieczenia została zawarta na cudzy rachunek, zawiadomienie o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego może zgłosić również spadkobierca Ubezpieczonego. W takim przypadku spadkobierca jest traktowany jak uprawniony z Umowy ubezpieczenia. 5. Towarzystwo wypłaca należne Świadczenie w ciągu 30 dni od daty zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego. 6. Gdyby ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości Świadczenia w powyższym terminie okazało się 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 Towarzystwo powinno wypłacić w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
15.	Tryb składania i rozpatrywania reklamacji
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ubezpieczający lub osoba uprawniona do świadczenia mająca zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez Towarzystwo usług lub wykonywanej przez niego działalności ma prawo składania reklamacji do Towarzystwa: <ol style="list-style-type: none"> a) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa, w dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa zajmującej się obsługą klientów bądź przesyłką pocztową na adres: SALTUS TU ŻYCIE SA, Władysława IV 22, 81-743 Sopot, b) osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Towarzystwa lub dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa zajmującej się obsługą klientów, c) telefonicznie, pod numerem telefonu: 58 770 36 94. 2. Reklamacja powinna zawierać: <ol style="list-style-type: none"> a) imię, nazwisko, adres i numer telefonu kontaktowego zgłaszającego reklamację, b) numer polisy ubezpieczeniowej, c) przedmiot reklamacji, d) uzasadnienie reklamacji z podaniem ewentualnych dowodów. 3. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie przez Towarzystwo reklamacji chyba, że okoliczność ta nie ma wpływu na sposób procedowania reklamacją. 4. Na żądanie zgłaszającego reklamację Towarzystwo potwierdzi pisemnie na adres wskazany w reklamacji fakt złożenia reklamacji. Towarzystwo na wniosek zgłaszającego reklamację może potwierdzić wpływ reklamacji w postaci elektronicznej. 5. Reklamacja rozpatrywana jest przez Towarzystwo, bez zbędnej zwłoki, a odpowiedź na nią powinna być udzielona nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej wpływu. Po rozpatrzeniu reklamacji, stanowisko Towarzystwa zostanie przesłane w formie pisemnej na adres wskazany w treści reklamacji. 6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 5, Towarzystwo poinformuje zgłaszającego reklamację o przyczynie opóźnienia, okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia reklamacji oraz o przewidywanym terminie udzielenia odpowiedzi. Łączny czas rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi nie może być dłuższy niż 60 dni od daty wpływu reklamacji. 7. Ubezpieczający lub osoba uprawniona do świadczenia ma prawo do zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz Rzecznika Finansowego. 8. Podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich w rozumieniu ustawy z dnia 23 września 2016 roku o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla Towarzystwa jest Rzecznik Finansowy. Informacje dotyczące podmiotu uprawnionego dostępne są na stronie http://rf.gov.pl/ 9. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

16.	Zasady obejmowania ochroną ubezpieczeniową osób innych niż klient i zakres takiej ochrony
	<p>Ubezpieczający może wskazać imiennie w Umowie ubezpieczenia osobę fizyczną, która zostanie objęta ochroną ubezpieczeniową. Przedmiotem Umowy ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego, w zakresie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. śmierci Ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie ubezpieczenia, 2. Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego, zaistniałej w okresie ubezpieczenia, 3. śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, 4. pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. <p>W przypadku, w którym Umowa ubezpieczenia zawarta jest na cudzy rachunek, odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się nie wcześniej, niż następnego dnia po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczonego o wyrażeniu przez niego zgody na zawarcie na jego rachunek Umowy ubezpieczenia. Oświadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, powinno obejmować w szczególności zgodę na wysokość Sumy ubezpieczenia.</p>
17.	Podmiot uprawniony do otrzymania świadczenia z umowy ubezpieczenia
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ubezpieczony może wskazać jednego lub więcej Uposażonych do otrzymania Świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego. 2. Wskazanie Uposażonego może nastąpić zarówno przy zawarciu Umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej trwania. 3. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie trwania Umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać Uposażonego. Zmiana lub odwołanie Uposażonego następuje w momencie wpłynięcia tego zawiadomienia do Towarzystwa. 4. Jeżeli zostało wskazanych kilku Uposażonych, a nie oznaczono ich udziału w kwocie Świadczenia, uważa się, że ich udziały są równe. 5. Wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci. 6. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma imiennie wyznaczonego Uposażonego, Świadczenie otrzymują wskazane poniżej osoby, w następującej kolejności: <ol style="list-style-type: none"> 1) małżonek, z którym Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dacie wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa – otrzymuje w całości, 2) dzieci Ubezpieczonego – otrzymują w równych częściach, 3) rodzice Ubezpieczonego – otrzymują w równych częściach, 4) inni spadkobiercy Ubezpieczonego – otrzymują w równych częściach, po przedłożeniu postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku wraz z klauzulą prawomocności bądź zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia. 7. W razie braku Uposażonego lub osoby wymienionej w ust. 6, przysługującego Świadczenia Towarzystwo wypłaca, w granicach Sumy ubezpieczenia, w pierwszym rzędzie udowodnione rachunkami koszty pogrzebu osobie, która te koszty poniosła. 8. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, jednorazowe Świadczenie określone w Umowie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaca Uposażonym, a w przypadku braku osoby uposażonej, osobom uprawnionym ustalonym zgodnie z ust. 6 powyżej. 9. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci: <ol style="list-style-type: none"> 1) Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, 2) pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, Świadczenie określone w Umowie ubezpieczenia otrzymuje Ubezpieczony.
18.	Prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w przypadku, gdy takie uprawnienie przysługuje klientowi
	<p>Jeżeli Umowa ubezpieczenia zawarta jest na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, a w przypadku, gdy jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia doręczenia mu przez Towarzystwo Umowy ubezpieczenia, przez złożenie Towarzystwu pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty Składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.</p>
19.	Przepisy regulujące ewentualne opodatkowanie świadczeń zakładu ubezpieczeń
	<p>Przepisy regulujące opodatkowanie świadczeń wypłacanych przez Towarzystwo z tytułu umowy ubezpieczenia: ustawa z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych – art. 21 ust. 1 pkt 4.</p>
20.	Informacje o ewentualnych premiach i rabatach
	Nie dotyczy.
21.	Ryzyka związane z ubezpieczeniem
	Nie dotyczy.
22.	Główne cechy ubezpieczenia
	<ul style="list-style-type: none"> - Ubezpieczenie kierowane jest do osób, które potrzebują zabezpieczenia siebie na wypadek nieprzewidzianych okoliczności życiowych, - Ochroną ubezpieczeniową może być objęta osoba fizyczna, której wiek wynosi nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 67 lat z zastrzeżeniem, że w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia osoba ta nie może mieć ukończonych 66 lat. - Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu: Śmierci, Niezdolności do samodzielnej egzystencji, Śmierci w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, pobytu w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, - Składka ustalona w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, opłacana z częstotliwością miesięczną, kwartalną, roczną lub płatna jednorazowo.

II. Zastrzeżenia i informacje prawne dotyczące Karty Produktu

1. 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.
2. Przedstawionych powyżej informacji nie należy odczytywać jako oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu Cywilnego, ani rekomendacji do złożenia wniosku ubezpieczeniowego.
3. 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.
4. Klient powinien rozważyć ryzyka związane z zakupem produktu, potencjalne korzyści oraz straty, charakterystykę produktu oraz konsekwencje prawne związane z zawarciem produktu. Decyzja o nabyciu produktu ubezpieczeniowego powinna zostać podjęta po wcześniejszym zapoznaniu się z dokumentacją ubezpieczeniową, zwłaszcza z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia, gdzie znajdują się szczegółowe informacje o ubezpieczeniu.

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ACTI OCHRONA BEZPIECZEŃSTWO, uchwalonymi w dniu 10 marca 2020 roku.

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