



Ogólne Warunki Ubezpieczenia

INDYWIDUALNE

UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE

ACTI FINANSE 3

Dokument zawierający informacje
o produkcie ubezpieczeniowym

Informacja o produkcie

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Indywidualne Ubezpieczenie na Życie ACTI FINANSE 3

SALTUS
UBEZPIECZENIA

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

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

Produkt: Indywidualne Ubezpieczenie na Życie ACTI FINANSE 3

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje na temat umowy dotyczące niniejszego produktu ubezpieczeniowego podane są w Ogólnych Warunkach Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ACTI FINANSE 3 uchwalonych w dniu 16 marca 2020 roku przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA oraz w treści dokumentu ubezpieczenia.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Indywidualne Ubezpieczenie na Życie ACTI FINANSE 3 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 zaciągnęli lub zamierzają zaciągnąć pożyczkę.



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Ubezpieczenie może być zawarte:

1. w zakresie podstawowym - zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo Świadczenia w przypadku zajścia w okresie udzielania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej jednego ze Zdarzeń ubezpieczeniowych:

- ✓ śmierci Ubezpieczonego,
- ✓ śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku,
- ✓ Całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji.

2. w zakresie dodatkowym - w którym odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie dodatkowych Świadczeń z tytułu:

- ✓ pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku,
- ✓ Trwałej i Całkowitej Niezdolności Ubezpieczonego do pracy.

Umowa dodatkowa zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego. Umowa dodatkowa zawierana jest łącznie z Umową podstawową.



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?

1. W przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo nie odpowiada za Zdarzenie ubezpieczeniowe będące wynikiem:

- ! 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 okoliczności wskazane powyżej miały wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

2. W przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego lub Śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku Towarzystwo nie odpowiada za zdarzenia określone powyżej w pkt. 1, jak również zdarzenia będące wynikiem:

- ! działania Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu, 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,
- ! uprawiania przez Ubezpieczonego sportów lotniczych lub sportów o wysokim stopniu ryzyka, za które uważa się: 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,
- ! uprawiania przez Ubezpieczonego ćwiczeń akrobatycznych, udziału w konkursach bicia rekordów,
- ! przewozu lotniczego w charakterze innym niż pasażer samolotów pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
- ! prowadzenia pojazdu bez wymaganego prawem uprawnienia do prowadzenia danego pojazdu,
- ! samookaleczenia bądź prób samookaleczenia

o ile okoliczności wskazane powyżej miały wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.

3. W przypadku Trwałej i Całkowitej Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy lub pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku Towarzystwo nie odpowiada za Zdarzenie ubezpieczeniowe będące wynikiem okoliczności opisanych powyżej w pkt. 1 i 2 oraz dodatkowo w przypadku działania Ubezpieczonego pod wpływem, w stanie lub warunkach choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego, o ile powyższe okoliczności miały wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ Na terytorium całego świata.



Co należy do obowiązków Ubezpieczonego i Ubezpieczającego?

- Ubezpieczający ma obowiązek opłacania Składki ubezpieczeniowej w wymaganej wysokości i w terminach określonych w Polisie.
- Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, które mogą mieć wpływ na podjęcie przez Towarzystwo decyzji o objęciu ochroną ubezpieczeniową, przez udzielenie przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania Towarzystwa zawarte w formularzach Towarzystwa lub przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo Umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
- Ubezpieczający jest zobowiązany do pisemnego informowania Towarzystwa o zmianie swoich danych osobowych przekazanych Towarzystwu w związku z zawarciem Umowy.



Jak i kiedy należy opłacać składki?

Wysokość Składki, częstotliwość jej opłacania oraz jej termin płatności określone są indywidualnie i wskazywane są w Polisie.

Składka ubezpieczeniowa płatna jest na rachunek bankowy wskazany w Polisie.

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 lub jej raty na rachunek Towarzystwa.



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

1. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od dnia wskazanego w Polisie, jednakże nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu Składki lub pierwszej raty Składki.
2. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu na skutek:
 - 1) śmierci Ubezpieczonego – z dniem śmierci,
 - 2) upływu okresu, na jaki Umowa ubezpieczenia została zawarta, nie później jednakże niż z chwilą osiągnięcia przez Ubezpieczonego wieku 75 lat,
 - 3) odstąpienia od Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego – z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia,
 - 4) wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia – z dniem, w którym upływa dwumiesięczny okres wypowiedzenia,
 - 5) nieopłacenia rat Składki w terminie określonym w Umowie ubezpieczenia, z dniem upływu ostatniego dnia dodatkowego terminu do zapłaty składki,
 - 6) wypłaty Świadczenia z tytułu Całkowitej Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego.
3. W przypadku umowy dodatkowej: Trwałej i Całkowitej Niezdolności Ubezpieczonego do pracy, umowa rozwiązuje się po upływie okresu, na jaki została zawarta, nie później jednakże niż z dniem ukończenia przez Ubezpieczonego 60 roku życia. Rozwiązanie Umowy dodatkowej nie skutkuje rozwiązaniem Umowy podstawowej.
4. W przypadku rozwiązania podstawowej Umowy ubezpieczenia, Umowy ubezpieczeń dodatkowych zostaną rozwiązane w tym samym trybie i na tych samych warunkach.
5. W przypadku gdy Umowa ubezpieczenia stanowi zabezpieczenie umowy pożyczki/kredytu, Ubezpieczony odstąpi od umowy pożyczki/kredytu, w której przewidziane jest uprawnienie do odstąpienia lub odstąpienie wynika z powszechnie obowiązującego prawa, Umowa ubezpieczenia nie dochodzi do skutku.



Jak rozwiązać umowę?

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu na jaki została zawarta.
2. Jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta jest na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia doręczenia mu przez 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.
3. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy dodatkowej na warunkach odstąpienia od Umowy podstawowej. Odstąpienie od Umowy dodatkowej nie stanowi odstąpienia od Umowy podstawowej.
4. 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. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia. Wypowiedzenie Umowy przez Ubezpieczającego, nie zwalnia od obowiązku zapłacenia Składki za czas udzielanej przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej.
5. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę dodatkową na warunkach wypowiedzenia Umowy podstawowej. Wypowiedzenie Umowy dodatkowej nie stanowi wypowiedzenia Umowy podstawowej.

PREAMBUŁA

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ACTI FINANSE 3, zwanych dalej OWU, SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA z siedzibą w Sopocie, zwane dalej "Towarzystwem", w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, zawiera umowę ubezpieczenia na życie z osobą fizyczną posiadającą zdolność do czynności prawnych, zwaną dalej „Ubezpieczającym”.
2. Umowy ubezpieczeń dodatkowych mogą być zawierane na podstawie odpowiednich Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, zwanych dalej OWDU. Zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego zostanie stwierdzone w dokumencie ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie podstawowej umowy ubezpieczenia lub w aneksie do tego dokumentu.

W celu przybliżenia najistotniejszych postanowień niniejszych Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ACTI FINANSE 3, SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA prezentuje poniżej:

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń.	art. 2 art. 3 art. 13
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	DEFINICJE art. 5 ust. 4 art. 7 art. 8 ust. 1 pkt 2 art. 11 ust. 2 - 4 art. 13

Spis treści

DEFINICJE	3	Rozdział VI: USTALANIE WYSOKOŚCI I OPŁACANIE SKŁADEK	5
Rozdział I: PRZEDMIOT ORAZ ZAKRES UBEZPIECZENIA	3	Artykuł 14: Ustalanie wysokości i opłacanie Składek	5
Artykuł 1: Przedmiot ubezpieczenia	3	Artykuł 15: Nieopłacenie raty Składki – rozwiązanie Umowy ubezpieczenia	5
Artykuł 2: Zakres ubezpieczenia	3	Rozdział VII: WYPŁATA ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU ZAJŚCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO	5
Artykuł 3: Zdarzenie ubezpieczeniowe	3	Artykuł 16: Postępowanie w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego	5
Artykuł 4: Czas trwania odpowiedzialności	3	Artykuł 17: Postępowanie wyjaśniające	5
Rozdział II: WARUNKI ZAWARCIA UMOWY	3	Artykuł 18: Wypłata świadczenia	5
Artykuł 5: Warunki zawarcia Umowy	3	Rozdział VIII: ROZSTRZYGANIE SPORÓW	6
Artykuł 6: Warunki akceptacji ryzyka	3	Artykuł 19: Skargi i reklamacje	6
Rozdział III: ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA	4	Artykuł 20: Właściwość sądu	6
Artykuł 7: Wyłączenie odpowiedzialności	4	Rozdział IX: POSTANOWIENIA RÓŻNE	6
Artykuł 8: Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia i wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa	4	Artykuł 21: Opodatkowanie Świadczenia - przepisy zewnętrzne	6
Rozdział IV: PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY	4	Artykuł 22: Zasady korespondencji	6
Artykuł 9: Odstąpienie od Umowy i wypowiedzenie Umowy	4	Artykuł 23: Prawo wglądu do akt	6
Artykuł 10: Wskazanie Uposażonych	4	Artykuł 24: Informacja o wypłacalności finansowej Towarzystwa	6
Artykuł 11: Obowiązki Ubezpieczającego	4	Artykuł 25: Obowiązywanie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia	6
Artykuł 12: Obowiązki Towarzystwa	5		
Rozdział V: USTALENIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA	5		
Artykuł 13: Ustalenie Sumy ubezpieczenia i wysokości Świadczenia	5		

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ACTI FINANSE 3

DEFINICJE

Przedstawionym w niniejszym rozdziale wyrażeniom nadano w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, Indywidualnej Umowie ubezpieczenia na życie ACTI FINANSE 3 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.

Harmonogram

Sporządzony przez Towarzystwo dokument określający wysokość Sumy ubezpieczenia w okresie obowiązywania Umowy ubezpieczenia.

Nieszczęśliwy wypadek

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

Składka

Określana w Polisie kwota należna Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, do zapłaty której zobowiązany jest Ubezpieczający.

Stan nietrzeźwości

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

- 1) stężenia we krwi powyżej 0,5‰ alkoholu, albo
- 2) 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:

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

Suma ubezpieczenia

Ustalana przez Ubezpieczającego i Towarzystwo kwota, będąca podstawą ustalania wysokości Świadczenia. Suma ubezpieczenia jest określona w Harmonogramie przygotowanym przez Towarzystwo. Suma ubezpieczenia może być kwotą stałą bądź malejącą.

Świadczenie

Kwota wypłacana jednorazowo przez Towarzystwo w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, objętego odpowiedzialnością Towarzystwa zgodnie z postanowieniami niniejszych OWU i OWDU.

Termin płatności

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

Towarzystwo

SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie

Całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji

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 niezdolności do samodzielnej egzystencji,

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, będąca stroną Umowy ubezpieczenia, zobowiązana do opłacenia 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 75 lat z zastrzeżeniem, że w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia Ubezpieczony nie może mieć ukończonych 70 lat. Ubezpieczony musi mieć miejsce zamieszkania na terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego lub Szwajcarii. Ubezpieczonym może być jedynie Ubezpieczający.

Umowa ubezpieczenia/umowa podstawowa

Podstawowa umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem na podstawie niniejszych OWU.

Umowa dodatkowa

Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem na podstawie OWDU

Uposażony

Osoba wskazana przez Ubezpieczającego jako uprawniona do otrzymania Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego lub śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku

Polisa

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

Zdarzenie ubezpieczeniowe

Zdarzenie, którego zajście zobowiązuje Towarzystwo do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego na zasadach określonych w OWU i OWDU.

Rozdział I: PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

Artykuł 1: Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.

Artykuł 2: Zakres ubezpieczenia

Ubezpieczenie może być zawarte:

- 1) w zakresie podstawowym - zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo Świadczenia w przypadku zajścia w okresie udzielania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej jednego ze Zdarzeń ubezpieczeniowych, określonych w art. 3 poniżej, z zastrzeżeniem ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności wynikających z niniejszych OWU.
- 2) w zakresie dodatkowym - w którym odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie dodatkowych Świadczeń, zgodnie z postanowieniami odpowiednich OWDU, z zachowaniem ograniczeń wynikających z niniejszych OWU oraz OWDU.

Artykuł 3: Zdarzenia ubezpieczeniowe

Towarzystwo obejmuje ochroną ubezpieczeniową następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:

- 1) śmierć Ubezpieczonego,
- 2) śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
- 3) całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji.

Artykuł 4: Czas trwania odpowiedzialności

1. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od dnia wskazanego w Polisie, jednakże nie wcześniej niż od dnia następnego po zaplaceniu Składki lub pierwszej raty Składki.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się na skutek zdarzeń określonych w art. 8.

Rozdział II: 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 oraz innych przekazanych przez Towarzystwo formularzy.
2. Warunkiem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest opłacenie przez Ubezpieczającego Składki, a w przypadku rozłożenia Składki na raty, jej pierwszej raty.
3. W wypadku nieopłacenia Składki lub jej pierwszej raty uznaje się, że zawarcie umowy nie doszło do skutku.
4. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony, nie dłuższy niż do dnia, w którym Ubezpieczający ukończy 75 rok życia.
5. Umowa może zostać zawarta w jednym z dwóch możliwych do wyboru wariantów. Wybór danego wariantu wpływa na wysokość Świadczenia, zgodnie z zasadami określonymi w art. 13.

Artykuł 6: Warunki akceptacji ryzyka

1. Po rozpatrzeniu wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo może:
 - 1) zaakceptować ryzyko bez zastrzeżeń, zgodnie z treścią złożonego przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia oraz pozostałych formularzy składanych w ramach oceny ryzyka ubezpieczeniowego,
 - 2) zaakceptować wniosek pod warunkiem podwyższenia Składki lub ograniczyć zakres ochrony ubezpieczeniowej wskazanej we wniosku, jeżeli treść oświadczenia nie jest zgodna z zasadami przyjętymi przez Towarzystwo,
 - 3) odroczyć podjęcie decyzji i zażądać dodatkowych dokumentów lub wyników badań lekarskich i diagnostycznych,
 - 4) odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia.
2. Badania lekarskie i diagnostyczne, o których mowa w ust. 1 pkt 3) przeprowadzone są na koszt Towarzystwa we wskazanej przez Towarzystwo placówce.
3. Akceptacja ryzyka przez Towarzystwo następuje poprzez wystawienie i doręczenie Ubezpieczającemu Polisy. Jeżeli Polisa zawiera postanowienia mniej korzystne,

niż określone przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub niniejszych OWU/OWDU, 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.

Rozdział III: ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Artykuł 7: Wyłączenie odpowiedzialności

1. W przypadku 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 Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego lub śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo nie odpowiada za zdarzenia określone w ust. 1, jak również zdarzenia będące wynikiem:
 - 1) działania Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu, 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,
 - 2) uprawiania przez Ubezpieczonego sportów lotniczych lub sportów o wysokim stopniu ryzyka, za które uważa się: 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, narciarstwo, 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
 - 3) uprawiania przez Ubezpieczonego ćwiczeń akrobatycznych, udziału w konkursach bicia rekordów,
 - 4) przewozu lotniczego w charakterze innym niż pasażer samolotów pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
 - 5) prowadzenia pojazdu bez wymaganego prawem uprawnienia do prowadzenia danego pojazdu,
 - 6) samookaleczenia bądź prób samookaleczeniao ile okoliczności wskazane w pkt 1) – 6) miały wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nie jest należne, jeżeli pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego nie istniał związek przyczynowy.

Artykuł 8: Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia i wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa

1. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu na skutek:
 - 1) śmierci Ubezpieczonego – z dniem śmierci,
 - 2) upływu okresu, na jaki Umowa ubezpieczenia została zawarta, nie później jednakże niż z chwilą osiągnięcia przez Ubezpieczonego wieku 75 lat,
 - 3) odstąpienia od Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego – z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia,
 - 4) wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia – z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia, stosownie do postanowień art. 9 ust. 3,
 - 5) nieopłacenia rat Składki w terminie określonym w Umowie ubezpieczenia, pomimo uprzedniego wezwania, o którym mowa w art. 9 ust. 5 i 6,
 - 6) wypłaty świadczenia z tytułu całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego.
2. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia odpowiedzialność Towarzystwa względem Ubezpieczonego wygasa.
3. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została ona zawarta, Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu wpłaconą składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Rozdział IV: PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

Artykuł 9: Odstąpienie od Umowy 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. W przypadku gdy Umowa ubezpieczenia stanowi zabezpieczenie umowy pożyczki/kredytu, Ubezpieczony odstąpi od umowy pożyczki/kredytu, w której przewidziane jest uprawnienie do odstąpienia lub odstąpienie wynika z powszechnie obowiązującego prawa, Umowa ubezpieczenia nie dochodzi do skutku. W takim przypadku Towarzystwo dokona zwrotu Składki Ubezpieczającemu niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni od dnia zgłoszenia przez Ubezpieczającego informacji o odstąpieniu od umowy pożyczki.
3. 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. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia. Wypowiedzenie Umowy przez Ubezpieczającego, nie zwalnia od obowiązku zapłacenia składki za czas udzielanej przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku braku wpłaty jednorazowej Składki lub pierwszej raty Składki uważa się, że umowa ubezpieczenia nie doszła do skutku.
5. W przypadku nieopłacenia kolejnej raty Składki w całości lub w części w terminie określonym w Polisie Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty raty tej Składki, wyznaczając w tym celu dodatkowy termin 15 dni. W wezwaniu do zapłaty Towarzystwo powiadomi Ubezpieczającego o skutkach określonych w ust. 6.
6. Jeżeli kolejna rata Składki nie zostanie opłacona w dodatkowym terminie wskazanym w ust.5, Umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem na dzień, w którym upływa dodatkowy termin wskazany w ust.5.

Artykuł 10: Wskazanie Uposażonych

1. Ubezpieczający może wskazać jednego lub więcej Uposażonych do otrzymania Świadczenia.
2. Wskazanie Uposażonego może nastąpić zarówno przy zawarciu Umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej trwania.
3. Ubezpieczający 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 Ubezpieczającego nie ma imiennie wyznaczonego Uposażonego, Świadczenie otrzymują wskazane poniżej osoby, w następującej kolejności:
 - 1) małżonek, z którym Ubezpieczający pozostaje w związku małżeńskim w dacie wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa – otrzymuje w całości,
 - 2) dzieci Ubezpieczającego – otrzymują w równych częściach,
 - 3) rodzice Ubezpieczającego – otrzymują w równych częściach,
 - 4) inni spadkobiercy Ubezpieczającego – otrzymują w równych częściach, po przedłożeniu postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku wraz z klauzulą prawomocności bądź zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia.

Artykuł 11: Obowiązki Ubezpieczającego

1. Ubezpieczający ma obowiązek opłacania Składki ubezpieczeniowej w wymaganej wysokości i w terminach określonych w Polisie.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, które mogą mieć wpływ na podjęcie przez Towarzystwo decyzji o objęciu ochroną ubezpieczeniową, przez udzielenie przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania Towarzystwa zawarte w formularzach Towarzystwa lub przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo Umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust.2 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia postanowień ust.2 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.
4. Jeżeli do zdarzenia doszło po upływie lat trzech od zawarcia umowy ubezpieczenia, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności że zatajona została choroba osoby ubezpieczonej.
5. Ubezpieczający jest zobowiązany do pisemnego informowania Towarzystwa o zmianie swoich danych osobowych przekazanych Towarzystwu w związku z zawarciem Umowy.

Artykuł 12: Obowiązki Towarzystwa

- Przed zawarciem Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, Towarzystwo zobowiązane jest do:
 - udostępnienia Ubezpieczającemu treści obowiązujących OWU, a Ubezpieczający zobowiązany jest zapoznać się z ich treścią,
 - udzielenia Ubezpieczającemu informacji o sposobie i trybie rozpatrywania reklamacji oraz o organie właściwym do ich rozpatrzenia.
- Towarzystwo zobowiązane jest do zachowania w tajemnicy wszelkich danych dotyczących Umowy ubezpieczenia, w tym dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
- Towarzystwo zobowiązane jest do terminowego i prawidłowego przestrzegania swoich zobowiązań przewidzianych w Umowie ubezpieczenia.
- Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty Świadczenia w terminach i na warunkach przewidzianych w Umowie ubezpieczenia.

ROZDZIAŁ V: USTALENIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA

Artykuł 13: Ustalenie Sumy ubezpieczenia i wysokości Świadczenia

- Suma ubezpieczenia ustalana jest indywidualnie.
- Suma ubezpieczenia może być kwotą stałą lub malejącą w czasie i jest określona w Harmonogramie przygotowanym przez Towarzystwo, stanowiącym integralną część Umowy ubezpieczenia.
- Suma ubezpieczenia określana jest na podstawie Harmonogramu, w wysokości ustalonej na dzień wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego
- Wysokość Świadczenia z tytułu zajścia danego Zdarzenia ubezpieczeniowego uzależniona jest od Sumy ubezpieczenia, wybranego przez Ubezpieczającego Wariantu ubezpieczenia oraz wieku Ubezpieczonego w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
- W przypadku wyboru Wariantu I Świadczenie ustalone jest zgodnie z następującymi zasadami:
 - w przypadku, gdy w dniu zajścia jednego ze Zdarzeń ubezpieczeniowych Ubezpieczony ukończył 18 lat, ale nie ukończył 71 roku życia, Towarzystwo, po przyjęciu odpowiedzialności za dane Zdarzenie ubezpieczeniowe, wypłaca Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia,
 - w przypadku, gdy w dniu zajścia jednego ze Zdarzeń ubezpieczeniowych Ubezpieczony ukończył 71 lat Towarzystwo, po przyjęciu odpowiedzialności za dane zdarzenie wypłaca Świadczenie w wysokości:
 - 1% Sumy ubezpieczenia – w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego niespowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 1% Sumy ubezpieczenia w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego,
 - 100% Sumy ubezpieczenia – w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku.
- W przypadku wyboru Wariantu II Świadczenie ustalone jest zgodnie z następującymi zasadami:
 - w przypadku, gdy w dniu zajścia jednego ze Zdarzeń ubezpieczeniowych Ubezpieczony ukończył 18 lat, ale nie ukończył 71 roku życia, Towarzystwo, po przyjęciu odpowiedzialności za dane zdarzenie, wypłaca Świadczenie w wysokości:
 - 100% Sumy ubezpieczenia – w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego niespowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 100% Sumy ubezpieczenia w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego,
 - 150% Sumy ubezpieczenia – w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku.
 - w przypadku, gdy w dniu zajścia jednego ze Zdarzeń ubezpieczeniowych Ubezpieczony ukończył 71 lat Towarzystwo, po przyjęciu odpowiedzialności za dane zdarzenie wypłaca Świadczenie w wysokości:
 - 1% Sumy ubezpieczenia – w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego niespowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 1% Sumy ubezpieczenia w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego,
 - 150% Sumy ubezpieczenia – w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku.

ROZDZIAŁ VI: USTALANIE WYSOKOŚCI I OPŁACANIE SKŁADEK

Artykuł 14: Ustalanie wysokości i opłacanie Składek

- Wysokość Składki, częstotliwość jej opłacania oraz jej termin płatności określone są indywidualnie i wskazywane są w Polisie.
- Towarzystwo ustala wysokość Składki w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia, częstotliwości opłacania Składek, okresu ubezpieczenia, wybranego Wariantu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego oraz taryfy składek obowiązującej w dniu zawierania umowy ubezpieczenia.
- Stawki taryfowe zawarte w taryfie składek zostały wyznaczone zgodnie z zasadami matematyki aktuarialnej z uwzględnieniem kosztów zawarcia i obsługi ubezpieczenia.
- Składka ubezpieczeniowa płatna jest na rachunek bankowy wskazany w Polisie. 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 lub jej raty na rachunek Towarzystwa.

Artykuł 15: Nieopłacenie raty Składki – rozwiązanie Umowy ubezpieczenia

W przypadku nieopłacenia kolejnej raty Składki w całości lub w części w wymaganym terminie, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty raty tej Składki, wyznaczając w tym celu dodatkowy termin 15 dni. W wezwaniu do zapłaty Towarzystwo powiadomi Ubezpieczającego o skutkach określonych w art. 9 ust.5.

ROZDZIAŁ VII: WYPŁATA ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU ZAJŚCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

Artykuł 16: Postępowanie w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego

- W przypadku śmierci Ubezpieczonego lub śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, Uposażeni, lub osoby, o których mowa w art. 10 ust. 6 występujące z wnioskiem o wypłatę Świadczenia zobowiązani są przedstawić Towarzystwu:
 - złogosenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
 - odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu
 - dokument pozwalający potwierdzić tożsamość każdego z Uposażonych lub osób, o których mowa w art. 10 ust. 6, występujących z wnioskiem o wypłatę Świadczenia,
 - postanowienie sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub wydany przez notariusza akt poświadczenia dziedziczenia – jeżeli uprawnionymi do Świadczenia są spadkobiercy Ubezpieczonego,
 - dokumentację dotyczącą przyczyn Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli śmierć nastąpiła na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - dokument pozwalający ustalić pokrewieństwo z Ubezpieczonym – w przypadku osób, o których mowa w art. 10 ust. 6 pkt 1) – 3),
 - postanowienie o umorzeniu śledztwa (bądź dochodzenia), w przypadku, gdy było prowadzone postępowanie przygotowawcze,
 - notatkę policji, w przypadku zawiadomienia policji,
 - protokół BHP, w przypadku, gdy wypadek został zakwalifikowany jako wypadek przy pracy.
- W przypadku Całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego, Ubezpieczony lub osoba upoważniona do działania w imieniu Ubezpieczonego zobowiązany jest przedstawić Towarzystwu:
 - złogosenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
 - dokumentację medyczną:
 - określającą datę, w której całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji została orzeczona,
 - określające rodzaj Choroby lub Nieszczęśliwy wypadek, który spowodował niezdolność,
 - potwierdzającą, że Ubezpieczony wymaga stałej i długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych zwykłych czynności życiowych, określonych w definicji całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji.
 - orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji wydane przez podmiot uprawniony do orzekania o niezdolności do samodzielnej egzystencji,
 - dokument będący podstawą upoważnienia do działania w imieniu Ubezpieczonego w przypadkach, w których w imieniu Ubezpieczonego działa osoba trzecia,
 - kopię dokumentu tożsamości.
- W przypadku śmierci Ubezpieczonego, która nastąpiła za granicą, Uposażony lub inna osoba występująca z roszczeniem winna przedłożyć wraz z dokumentami, o których mowa w ust.1, dokumenty dotyczące śmierci Ubezpieczonego, wystawione za granicą przez uprawnione podmioty, przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
- Koszty związane z uzyskaniem i przekazaniem dokumentów, o których mowa w ust.1-3 ponosi osoba uprawniona do Świadczenia.

Artykuł 17: Postępowanie wyjaśniające

- W przypadku śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub wystąpienia Całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego, w uzasadnionych przypadkach Towarzystwo uprawnione jest do żądania przedłożenia innych dokumentów niż wskazane w art. 16, 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.
- Ubezpieczający obowiązany jest umożliwić Towarzystwu zasięgnięcie informacji odnoszących się do okoliczności zdarzenia, w szczególności u lekarzy, którzy sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską nad Ubezpieczającym.
- Wyniki badań lekarskich, o których mowa w ust. 2 określające stan zdrowia Ubezpieczającego mogą wpływać na uznanie przez Towarzystwo roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.

Artykuł 18: Wypłata Świadczenia

- W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczającego, o ile nie jest ona osobą występującą 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 osoba uprawniona do wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest osobą występującą z zawiadomieniem).

2. Towarzystwo wypłaca Świadczenie na podstawie uznania roszczenia, w wyniku ustaleń dokonanych w procesie likwidacji, zawartej umowy 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 o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części.
6. Jeżeli Ubezpieczający zgłosił roszczenie z tytułu całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji i przed wypłatą świadczenia zmarł, należne przed śmiercią świadczenie wypłaca się spadkobiercom Ubezpieczającego.
7. W przypadku gdy pożyczkodawca/kredytodawca, występujący jako uprawniony do wypłaty Świadczenia, odstąpi od dochodzenia roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia, spadkobiercy Ubezpieczającego mogą dochodzić roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia bezpośrednio od Towarzystwa. Spadkobiercy Ubezpieczającego powinni przedłożyć Towarzystwu oświadczenie pożyczkodawcy o odstąpieniu od dochodzenia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia.

Rozdział VIII: ROZSTRZYGANIE SPORÓW

Artykuł 19: Skargi i reklamacje

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

Artykuł 20: 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 Ubezpieczającego lub osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia.
2. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczającego lub spadkobiercy osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia.

Rozdział IX: POSTANOWIENIA RÓŻNE

Artykuł 21: Opodatkowanie Świadczenia – przepisy zewnętrzne

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.
4. 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.
5. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU, mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy polskiego prawa.

Artykuł 22: Zasady korespondencji

1. Wypowiedzenia, odstąpienia oraz wszelkie inne zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Towarzystwa, Ubezpieczającego, Uposażonego lub osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, powinny być kierowane na piśmie, pod rygorem nieważności, z zastrzeżeniem art. 20. 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.

Artykuł 23 Prawo wglądu do akt

Towarzystwo udostępnia 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 informacja o wypłacalności finansowej Towarzystwa

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

Artykuł 25: Obowiązki Ogólnych Warunków Ubezpieczenia

Niniejsze Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ACTI FINANSE 3 zostały uchwalone przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA w dniu 16 marca 2020 roku i mają zastosowanie od dnia 1 maja 2020 roku.


ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU


KRZYSZTOF KOSZNIC
WICEPREZES ZARZĄDU


GRZEGORZ BUCZKOWSKI
CZŁONEK ZARZĄDU

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

NA WYPADEK POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU_AF3

PREAMBUŁA

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku (OWDU), stosuje się do umów dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Umowa dodatkowa zawierana jest jako rozszerzenie zakresu Umowy podstawowej zawartej pomiędzy SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA (dalej: Towarzystwo) a Ubezpieczającym na podstawie Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ACTI FINANSE 3 (OWU). Umowa dodatkowa stanowi uzupełnienie Umowy podstawowej i może zostać zawarta tylko jako umowa uzupełniająca do Umowy podstawowej.

W celu przybliżenia najistotniejszych postanowień niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA prezentuje poniżej:

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	art. 1 art. 6 ust. 1 - 4
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	DEFINICJE art. 2 ust. 4-5 art. 3 art. 5 ust. 2

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU_AF3

DEFINICJE

Terminy, określone w OWU Umowy podstawowej, stosuje się odpowiednio do niniejszych OWDU. Dodatkowo, do terminów tych, dodaje się poniższe definicje:

Pełna doba

Kolejne 24 godziny zegarowe. Pierwsza Pełna doba rozpoczyna się z chwilą przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala.

Szpital

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

Zdarzenie ubezpieczeniowe

Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, mającego miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł 1: Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł 2: Warunki zawarcia Umowy, składka i Suma ubezpieczenia

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego.
2. Towarzystwo przed zawarciem Umowy dodatkowej dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego w zakresie stanu zdrowia Ubezpieczonego. W wyniku tej analizy Umowa dodatkowa może zostać zawarta na warunkach standardowo, zmienionych lub Towarzystwo może odmówić zawarcia Umowy dodatkowej.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest łącznie z Umową podstawową.
4. Umowa dodatkowa zawierana jest na taki sam okres na jaki zawarta jest Umowa podstawowa z tym zastrzeżeniem, że Umowa dodatkowa nie może zostać zawarta na okres dłuższy, niż do dnia, w którym Ubezpieczony ukończy 75 lat.
5. Ubezpieczeniem może zostać objęta osoba, której wiek w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia wynosi nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 65 lat.
6. Wysokość Sumy ubezpieczenia określona jest w Umowie dodatkowej.
7. Wysokość Składki oraz jej termin płatności określane są indywidualnie i wskazywane w Polisie, Towarzystwo ustala wysokość składki w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składek, okresu ubezpieczenia. Składka ubezpieczeniowa za Umową dodatkową doliczana jest do składki za Umową podstawową i płatna jest z tą samą częstotliwością i w tych samych terminach.
8. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia wskazanego w Polisie, nie wcześniej jednakże, niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub pierwszej raty składki z tytułu Umowy dodatkowej.
9. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na jaki została zawarta, jednakże najpóźniej z dniem ukończenia przez Ubezpieczonego 75 roku życia.

Artykuł 3: Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

1. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo nie odpowiada za Zdarzenie ubezpieczeniowe będące wynikiem okoliczności wymienionych w art. 7 OWU Umowy podstawowej oraz:
 - 1) działania Ubezpieczonego pod wpływem, w stanie lub warunkach choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego o ile powyższe okoliczności miały wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Za szpital nie uznaje się domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, ośrodków leczenia psychicznie chorych, domowej opieki pielęgniarskiej, hospicjów onkologicznych, ośrodków leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych, alkoholowych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych ani ośrodków wypoczynkowych.

Artykuł 4: Odstąpienie od Umowy i wypowiedzenie Umowy

1. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy dodatkowej na warunkach opisanych w art. 9 ust. 1 i 2 OWU Umowy podstawowej.
2. Odstąpienie od Umowy dodatkowej nie stanowi odstąpienia od Umowy podstawowej.
3. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę dodatkową na warunkach opisanych w art. 9 ust. 3 OWU Umowy podstawowej.
4. Wypowiedzenie Umowy dodatkowej nie stanowi wypowiedzenia Umowy podstawowej.

Artykuł 5: Rozwiązanie Umowy dodatkowej i wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa

1. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu na skutek:
 - 1) rozwiązania Umowy podstawowej,
 - 2) upływu okresu, na jaki Umowa dodatkowa została zawarta, nie później jednakże niż z dniem ukończenia przez Ubezpieczonego 75 roku życia,
 - 3) odstąpienia od Umowy dodatkowej przez Ubezpieczającego – z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy dodatkowej,
 - 4) wypowiedzenia Umowy dodatkowej – z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia,
2. Rozwiązanie Umowy dodatkowej nie skutkuje rozwiązaniem Umowy podstawowej.

Artykuł 6: Świadczenie

1. Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku zostanie uznany za spowodowany Nieszczęśliwym Wypadkiem jeżeli Nieszczęśliwy wypadek miał miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez Towarzystwo.
2. Wysokość Świadczenia za pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku wynosi 100 zł za każdą Pełną dobę, przy czym wysokość łącznych Świadczeń, związanych z pobytem Ubezpieczającego w szpitalu w następstwie jednego Nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 90 dni; jeżeli w jednym dniu Ubezpieczający był pacjentem dwu lub większej liczby szpitali, Towarzystwo wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za ten dzień tylko jeden raz.
3. Świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu płatne jest od pierwszego dnia pobytu w Szpitalu, z zastrzeżeniem postanowień ust. 1.
4. Towarzystwo wypłaca świadczenie wyłącznie za Pełne doby pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.
5. Świadczenie wypłacane jest po zakończeniu przez Ubezpieczonego danego pobytu w Szpitalu, za który Towarzystwo ponosi odpowiedzialność.
6. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony zobowiązany jest przedstawić Towarzystwu:
 - 1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
 - 2) dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego,
 - 3) kartę informacyjną z leczenia szpitalnego,
 - 4) dokumentację dotyczącą przyczyn Nieszczęśliwego wypadku,
 - 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 przygotowawcze,
 - 8) dokument będący podstawą upoważnienia do działania w imieniu Ubezpieczonego – w przypadkach, w których w imieniu Ubezpieczonego działa osoba trzecia.
7. Świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest Ubezpieczonemu.
8. Jeżeli Ubezpieczony zgłosił roszczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku i przed wypłatą Świadczenia zmarł, należne przed śmiercią Świadczenie wypłaca się spadkobiercom Ubezpieczonego .

Artykuł 7: Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie Ogólne Warunki Ubezpieczenia z Umowy podstawowej.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały uchwalone przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA w Sopocie w dniu 16 marca 2020 roku i mają zastosowanie od dnia 1 maja 2020 r.


ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU


KRZYSZTOF KOSZNIK
WICEPREZES ZARZĄDU


GRZEGORZ BUCZKOWSKI
CZŁONEK ZARZĄDU

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

NA WYPADEK TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI UBEZPIECZONEGO DO PRACY_AF3

PREAMBUŁA

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy (OWDU) stosuje się do umów dodatkowego ubezpieczenia na wypadek Trwałej i Całkowitej Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy. Umowa dodatkowa zawierana jest jako rozszerzenie zakresu Umowy podstawowej zawartej pomiędzy SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA (dalej: Towarzystwo) a Ubezpieczającym na podstawie Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ACTI FINANSE 3 (OWU). Umowa dodatkowa stanowi uzupełnienie Umowy podstawowej i może zostać zawarta tylko jako Umowa uzupełniająca do Umowy podstawowej.

W celu przybliżenia najistotniejszych postanowień niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA prezentuje poniżej:

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI UBEZPIECZONEGO DO PRACY_AF3

DEFINICJE

Terminy, określone w OWU Umowy podstawowej, stosuje się odpowiednio do niniejszych OWDU. Dodatkowo, do terminów tych, dodaje się poniższe definicje:

Trwała i całkowita niezdolność do pracy

Utrata zdolności Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej, ustalona na podstawie orzeczenia lekarskiego o całkowitej niezdolności do pracy, na okres nie krótszy niż 2 lata, wydanego przez podmiot uprawniony do orzekania niezdolności do pracy dla celów rentowych.

Zdarzenie ubezpieczeniowe

Wystąpienie w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej Trwałej i Całkowitej Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy na skutek przyczyny zaistniałej w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł 1: Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie Trwałej i Całkowitej Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy na skutek przyczyny zaistniałej w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł 2: Warunki zawarcia Umowy, składka i Suma ubezpieczenia

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest łącznie z Umową podstawową.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na taki sam okres na jaki zawarta jest Umowa podstawowa, z tym zastrzeżeniem, że Umowa dodatkowa nie może zostać zawarta na okres dłuższy, niż do dnia, w którym Ubezpieczony ukończy 60 lat.
4. Ubezpieczeniem może zostać objęta osoba, której wiek wynosi nie mniej niż 18 lat nie więcej niż 59 lat w dniu zawierania Umowy dodatkowej.
5. Wysokość Sumy ubezpieczenia określana jest w Harmonogramie stanowiącym integralną część Polisy, przy czym maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej nie może być wyższa niż 50 000 zł.
6. Wysokość składki oraz jej termin płatności określane są indywidualnie i wskazywane w Polisie, Towarzystwo ustala wysokość składki w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składek, okresu ubezpieczenia oraz wieku Ubezpieczonego. Składka ubezpieczeniowa za Umowę dodatkową doliczana jest do składki za Umowę podstawową i płatna jest z tą samą częstotliwością i w tych samych terminach.
7. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia wskazanego w Polisie, nie wcześniej jednakże, niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub pierwszej raty składki z tytułu Umowy dodatkowej.

Artykuł 3: Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

W przypadku Trwałej i Całkowitej Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy Towarzystwo nie odpowiada za Zdarzenie ubezpieczeniowe będące wynikiem okoliczności wymienionych w art. 7 OWU oraz:

- 1) działania Ubezpieczonego pod wpływem, w stanie lub warunkach choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego, o ile powyższe okoliczności miały wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Artykuł 4: Odstąpienie od Umowy i wypowiedzenie Umowy

1. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy dodatkowej na warunkach opisanych w art. 9 ust. 1 i 2 OWU Umowy podstawowej.
2. Odstąpienie od Umowy dodatkowej nie stanowi odstąpienia od Umowy podstawowej.
3. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę dodatkową na warunkach opisanych w art. 9 ust. 3 OWU Umowy podstawowej.
4. Wypowiedzenie Umowy dodatkowej nie stanowi wypowiedzenia Umowy podstawowej.

Artykuł 5: Rozwiązanie Umowy dodatkowej i wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa

1. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu na skutek:
 - 1) rozwiązania Umowy podstawowej,
 - 2) upływu okresu, na jaki Umowa dodatkowa została zawarta, nie później jednakże niż z dniem ukończenia przez Ubezpieczonego 60 roku życia.
 - 3) odstąpienia od Umowy dodatkowej przez Ubezpieczonego z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy dodatkowej,
 - 4) wypowiedzenia Umowy dodatkowej – z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia,
 - 5) wypłaty świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Rozwiązanie Umowy dodatkowej nie skutkuje rozwiązaniem Umowy podstawowej.

Artykuł 6: Świadczenie

1. W przypadku wystąpienia Trwałej i Całkowitej Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy, Ubezpieczony zobowiązany jest przedstawić Towarzystwu:
 - 1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo)
 - 2) dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego,
 - 3) dokumentację, potwierdzającą wystąpienie Trwałej i Całkowitej Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy
 - a) orzeczenie lekarza orzecznika lub komisji lekarskiej,
 - b) decyzję organu rentowego, stwierdzającą niezdolność do pracy oraz okres na jaki została ona orzeczona,
 - c) dokumentację medyczną, określającą stan zdrowia Ubezpieczonego oraz datę powstania Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy.
2. Świadczenie z tytułu wystąpienia Trwałej i Całkowitej Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy wypłacane jest Ubezpieczonemu. Z zastrzeżeniem art. 2 ust. 5, Towarzystwo wypłaca Świadczenie w wysokości 100 % Sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy.
3. Jeżeli Ubezpieczony zgłosił roszczenie z tytułu wystąpienia Trwałej i Całkowitej Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy i przed wypłatą Świadczenia zmarł, należne przed śmiercią Świadczenie wypłaca się spadkobiercom Ubezpieczonego.

Artykuł 7: Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego ubezpieczenia na wypadek Trwałej i Całkowitej Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy mają zastosowanie Ogólne Warunki Ubezpieczenia z Umowy podstawowej.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały uchwalone przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA w Sopocie w dniu 16 marca 2020 roku i mają zastosowanie od dnia 1 maja 2020 r.


ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU


KRZYSZTOF KOSZNIK
WICEPREZES ZARZĄDU


GRZEGORZ BUCZKOWSKI
CZŁONEK ZARZĄDU

Karta Produktu
INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA na ŻYCIE
- ACTI FINANSE 3 -

I. Informacje podstawowe

1.	Główny cel ubezpieczenia	
	Produkt przeznaczony jest dla osób poszukujących ochrony ubezpieczeniowej, z tytułu zabezpieczenia zobowiązań finansowych (kredytów i pożyczek).	
2.	Zakres ochrony ubezpieczeniowej	
	<p>Ubezpieczenie może być zawarte:</p> <ol style="list-style-type: none"> w zakresie podstawowym - zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę przez Towarzystwo Świadczenia w przypadku zajścia w okresie udzielania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej jednego ze Zdarzeń ubezpieczeniowych: <ul style="list-style-type: none"> śmierci Ubezpieczonego, śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, Całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji. w zakresie dodatkowym - w którym odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie dodatkowych Świadczeń z tytułu: <ul style="list-style-type: none"> pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, Trwałej i Całkowitej Niezdolności Ubezpieczonego do pracy. 	
3.	Opis świadczeń przysługujących klientowi lub innym osobom z umowy ubezpieczenia	
	<p>Zakres podstawowy: W przypadku wyboru Wariantu I Świadczenie ustalone jest zgodnie z następującymi zasadami:</p> <ol style="list-style-type: none"> w przypadku, gdy w dniu zajścia jednego ze Zdarzeń ubezpieczeniowych Ubezpieczony ukończył 18 lat, ale nie ukończył 71 roku życia, Towarzystwo, po przyjęciu odpowiedzialności za dane zdarzenie ubezpieczeniowe, wypłaca Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia, w przypadku, gdy w dniu zajścia jednego ze Zdarzeń ubezpieczeniowych Ubezpieczony ukończył 71 lat Towarzystwo, po przyjęciu odpowiedzialności za dane zdarzenie wypłaca Świadczenie w wysokości: <ul style="list-style-type: none"> 1% Sumy ubezpieczenia – w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego niespowodowanej Nieszczęśliwym Wypadkiem, 1% Sumy ubezpieczenia w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego, 100% Sumy ubezpieczenia – w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku. <p>W przypadku wyboru Wariantu II Świadczenie ustalone jest zgodnie z następującymi zasadami:</p> <ol style="list-style-type: none"> w przypadku, gdy w dniu zajścia jednego ze Zdarzeń ubezpieczeniowych Ubezpieczony ukończył 18 lat, ale nie ukończył 71 roku życia, Towarzystwo, po przyjęciu odpowiedzialności za dane zdarzenie, wypłaca Świadczenie w wysokości: <ul style="list-style-type: none"> 100% Sumy ubezpieczenia – w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego niespowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem, 100% Sumy ubezpieczenia w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego, 150% Sumy ubezpieczenia – w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku. w przypadku, gdy w dniu zajścia jednego ze Zdarzeń ubezpieczeniowych Ubezpieczony ukończył 71 lat Towarzystwo, po przyjęciu odpowiedzialności za dane zdarzenie wypłaca Świadczenie w wysokości: <ul style="list-style-type: none"> 1% Sumy ubezpieczenia – w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego niespowodowanej Nieszczęśliwym Wypadkiem, 1% Sumy ubezpieczenia w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego, 150% Sumy ubezpieczenia – w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku. <p>Zakres dodatkowy: Świadczenia za pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku :</p> <ol style="list-style-type: none"> Wysokość Świadczenia za pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku wynosi 100 zł za każdą Pełną dobę, przy czym wysokość łącznych Świadczeń, związanych z pobytem Ubezpieczającego w Szpitalu w następstwie jednego Nieszczęśliwego Wypadku nie może przekroczyć 90 dni; jeżeli w jednym dniu Ubezpieczający był pacjentem dwu lub większej liczby Szpitali, Towarzystwo wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za ten dzień tylko jeden raz. Świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu płatne jest od pierwszego dnia pobytu w Szpitalu Towarzystwo wypłaca świadczenie wyłącznie za Pełne doby pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu. Pełna doba to kolejne 24 godziny zegarowe; pierwsza Pełna doba rozpoczyna się z chwilą przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala. <p>Świadczenie z tytułu wystąpienia Trwałej i Całkowitej Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy: Świadczenie z tytułu wystąpienia Trwałej i Całkowitej Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy Towarzystwo wypłaca w wysokości 100 % Sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy (Suma ubezpieczenia nie może przekraczać kwoty 50 000,00 zł).</p>	
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, częstotliwości opłacania Składek, okresu ubezpieczenia, wybranego Wariantu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego oraz taryfy składek obowiązującej w dniu zawierania Umowy ubezpieczenia.
	Taryfa składek	Stawki taryfowe zawarte w taryfie składek zostały wyznaczone zgodnie z zasadami matematyki aktuariałnej z uwzględnieniem kosztów zawarcia i obsługi ubezpieczenia.
	Częstotliwość ponoszenia kosztów	Składka może być opłacona jednorazowo za okres ubezpieczenia lub w ratach: rocznych lub miesięcznych.
5.	Zasady ustalania wysokości świadczenia należnego z tytułu umowy ubezpieczenia, w tym czynników, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości świadczenia	
	Wysokość Świadczenia z tytułu zajścia danego Zdarzenia ubezpieczeniowego uzależniona jest od Sumy ubezpieczenia, wybranego przez Ubezpieczającego Wariantu ubezpieczenia oraz wieku Ubezpieczonego w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.	
6.	Wysokość Sumy ubezpieczenia	
	<p>Zakres podstawowy:</p> <ol style="list-style-type: none"> Suma ubezpieczenia ustalana jest indywidualnie. Suma ubezpieczenia może być kwotą stałą lub malejącą w czasie i jest określona w Harmonogramie przygotowanym przez Towarzystwo, stanowiącym integralną część Umowy ubezpieczenia. Suma ubezpieczenia określana jest na podstawie Harmonogramu, w wysokości ustalonej na dzień wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego. <p>Zakres dodatkowy:</p> <ul style="list-style-type: none"> Trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy – suma ubezpieczenia – maksymalna suma ubezpieczenia 50 000,00 zł, Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku – suma ubezpieczenia 100, 00 zł za Pełną dobę 	
7.	Zasady i przesłanki ewentualnej zmiany wysokości Sumy ubezpieczenia	
	Brak możliwości zmiany wysokości Sumy Ubezpieczenia.	

8.	<p>Okres ochrony ubezpieczeniowej</p> <ol style="list-style-type: none"> Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od dnia wskazanego w Polisie, jednakże nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu Składki lub pierwszej raty Składki. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu na skutek: <ol style="list-style-type: none"> śmierci Ubezpieczonego – z dniem śmierci, upływu okresu, na jaki Umowa ubezpieczenia została zawarta, nie później jednakże niż z chwilą osiągnięcia przez Ubezpieczonego wieku 75 lat, odstąpienia od Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego – z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia, wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia – z dniem, w którym upływa dwumiesięczny okres wypowiedzenia, nieopłacenia rat Składki w terminie określonym w Umowie ubezpieczenia, z dniem upływu ostatniego dnia dodatkowego terminu do zapłaty składki, wypłaty Świadczenia z tytułu Całkowitej Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego. Umowa dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Trwałej i Całkowitej Niezdolności Ubezpieczonego do pracy rozwiązuje się po upływie okresu, na jaki została zawarta, nie później jednakże niż z dniem ukończenia przez Ubezpieczonego 60 roku życia. Rozwiązanie Umowy dodatkowej nie skutkuje rozwiązaniem Umowy podstawowej. Umowa dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na jaki została zawarta, jednakże najpóźniej z dniem ukończenia przez Ubezpieczonego 75 roku życia. Rozwiązanie Umowy dodatkowej nie skutkuje rozwiązaniem Umowy podstawowej. W przypadku rozwiązania podstawowej Umowy ubezpieczenia, Umowy ubezpieczeń dodatkowych zostaną rozwiązane w tym samym trybie i na tych samych warunkach. W przypadku gdy Umowa ubezpieczenia stanowi zabezpieczenie umowy pożyczki/kredytu, Ubezpieczony odstąpi od umowy pożyczki/kredytu, w której przewidziane jest uprawnienie do odstąpienia lub odstąpienie wynika z powszechnie obowiązującego prawa, Umowa ubezpieczenia nie dochodzi do skutku.
9.	<p>Zasady kontynuacji lub wznowienia ochrony ubezpieczeniowej</p> <p>Zmiana warunków umowy pożyczki powoduje konieczność złożenia nowego wniosku o ubezpieczenie i zawarcia nowej umowy ubezpieczenia.</p>
10.	<p>Warunki wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń</p> <ol style="list-style-type: none"> W przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo nie odpowiada za Zdarzenie ubezpieczeniowe będące wynikiem: <ol style="list-style-type: none"> 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, <p>o ile okoliczności wskazane powyżej miały wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.</p> W przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Całkowitej Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego lub Śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo nie odpowiada za zdarzenia określone powyżej, jak również zdarzenia będące wynikiem: <ol style="list-style-type: none"> działania Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu, 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, uprawiania przez Ubezpieczonego sportów lotniczych lub sportów o wysokim stopniu ryzyka, za które uważa się: 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, uprawiania przez Ubezpieczonego ćwiczeń akrobatycznych, udziału w konkursach bicia rekordów, przewozu lotniczego w charakterze innym niż pasażer samolotów pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych, prowadzenia pojazdu bez wymaganego prawem uprawnienia do prowadzenia danego pojazdu, samookaleczenia bądź prób samookaleczenia <p>o ile okoliczności wskazane powyżej miały wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.</p> W przypadku Trwałej i Całkowitej Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy lub pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku Towarzystwo nie odpowiada za Zdarzenie ubezpieczeniowe będące wynikiem okoliczności opisanych powyżej w pkt 1 i 2 oraz dodatkowo w przypadku działania Ubezpieczonego pod wpływem, w stanie lub warunkach choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego, o ile powyższe okoliczności miały wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego. 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.
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. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia. Wypowiedzenie Umowy przez Ubezpieczającego, nie zwalnia od obowiązku zapłacenia 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>

<p>14.</p>	<p>Zasady i tryb zgłaszania zdarzenia ubezpieczeniowego</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego lub śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, Uposażeni, lub osoby uprawnione występujące z wnioskiem o wypłatę Świadczenia zobowiązani są 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) odpis aktu zgonu Ubezpieczonego, 3) kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu 4) dokument pozwalający potwierdzić tożsamość każdego z Uposażonych lub osób, o których mowa w art. 10 ust. 6, występujących z wnioskiem o wypłatę Świadczenia, 5) postanowienie sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub wydany przez notariusza akt poświadczenia dziedziczenia – jeżeli uprawnionymi do Świadczenia są spadkobiercy Ubezpieczonego, 6) dokumentację dotyczącą przyczyn Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli śmierć nastąpiła na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, 7) dokument pozwalający ustalić pokrewieństwo z Ubezpieczonym – w przypadku pozostałych osób uprawnionych, 8) postanowienie o umorzeniu śledztwa (bądź dochodzenia), w przypadku, gdy było prowadzone postępowanie przygotowawcze, 9) notatkę policji, w przypadku zawiadomienia policji, 10) protokół BHP, w przypadku, gdy wypadek został zakwalifikowany jako wypadek przy pracy. 2. W przypadku Całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego, 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 medyczną: <ol style="list-style-type: none"> a) określającą datę, w której całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji została orzeczona, b) określającą rodzaj Choroby lub Nieszczęśliwy Wypadek, który spowodował niezdolność, c) potwierdzającą, że Ubezpieczony wymaga stałej i długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych zwykłych czynności życiowych, określonych w definicji Całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji. 3) orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji wydane przez podmiot uprawniony do orzekania o niezdolności do samodzielnej egzystencji, 4) dokument będący podstawą upoważnienia do działania w imieniu Ubezpieczonego w przypadkach, w których w imieniu Ubezpieczonego działa osoba trzecia, 5) kopię dokumentu tożsamości. 3. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, Ubezpieczony 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) dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego, 3) kartę informacyjną z leczenia szpitalnego, 4) dokumentację dotyczącą przyczyn Nieszczęśliwego Wypadku, 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 przygotowawcze, 8) dokument będący podstawą upoważnienia do działania w imieniu Ubezpieczonego – w przypadkach, w których w imieniu Ubezpieczonego działa osoba trzecia. 4. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, która nastąpiła za granicą, Uposażony lub inna osoba występująca z roszczeniem winna przedłożyć wraz z dokumentami, o których mowa powyżej, dokumenty dotyczące śmierci Ubezpieczonego, wystawione za granicą przez uprawnione podmioty, przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego. Koszty związane z uzyskaniem i przekazaniem dokumentów, o których mowa powyżej ponosi osoba uprawniona do Świadczenia. 5. W przypadku śmierci na skutek Nieszczęśliwego Wypadku lub wystąpienia Całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego, w uzasadnionych przypadkach Towarzystwo uprawnione jest do żądania przedłożenia innych dokumentów niż wskazane powyżej, 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. 6. Ubezpieczający obowiązany jest umożliwić Towarzystwu zasięgnięcie informacji odnoszących się do okoliczności zdarzenia, w szczególności u lekarzy, którzy sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską nad Ubezpieczającym. 7. Wyniki badań lekarskich, o których mowa powyżej określające stan zdrowia Ubezpieczającego mogą wpływać na uznanie przez Towarzystwo roszczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia.
<p>15.</p>	<p>Tryb składania i rozpatrywania reklamacji</p> <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 90. 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.
<p>16.</p>	<p>Zasady obejmowania ochroną ubezpieczeniową osób innych niż klient i zakres takiej ochrony</p> <p>Nie dotyczy.</p>

17.	Podmiot uprawniony do otrzymania świadczenia z umowy ubezpieczenia
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ubezpieczający może wskazać jednego lub więcej Uposażonych do otrzymania Świadczenia. 2. Wskazanie Uposażonego może nastąpić zarówno przy zawarciu Umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej trwania. 3. Ubezpieczający 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 Ubezpieczającego nie ma imiennie wyznaczonego Uposażonego, Świadczenie otrzymują wskazane poniżej osoby, w następującej kolejności: <ol style="list-style-type: none"> 1) małżonek, z którym Ubezpieczający pozostaje w związku małżeńskim w dacie wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa – otrzymuje w całości, 2) dzieci Ubezpieczającego – otrzymują w równych częściach, 3) rodzice Ubezpieczającego – otrzymują w równych częściach, 4) inni spadkobiercy Ubezpieczającego – otrzymują w równych częściach, po przedłożeniu postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku wraz z klauzulą prawomocności bądź zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia. 7. Jeżeli Ubezpieczony zgłosił roszczenie z tytułu wystąpienia Trwałej i Całkowitej Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy i przed wypłatą Świadczenia zmarł, należne przed śmiercią Świadczenie wypłaca się spadkobiercom Ubezpieczonego. 8. Jeżeli Ubezpieczony zgłosił roszczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku i przed wypłatą Świadczenia zmarł, należne przed śmiercią Świadczenie wypłaca się spadkobiercom Ubezpieczonego.
18.	Prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w przypadku, gdy takie uprawnienie przysługuje klientowi
	Jeżeli Umowa ubezpieczenia zawarta jest na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia doręczenia mu przez Towarzystwo Umowy ubezpieczenia, przez złożenie Towarzystwu pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy 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.
19.	Przepisy regulujące ewentualne opodatkowanie świadczeń zakładu ubezpieczeń
	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.
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 poszukujących ochrony ubezpieczeniowej z tytułu zabezpieczenia zobowiązań finansowych (kredytów i pożyczek), - Ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie podstawowym z tytułu: śmierci Ubezpieczonego, śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, Całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji, w zakresie dodatkowym z tytułu: pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, Trwałej i Całkowitej Niezdolności Ubezpieczonego do pracy. - Z tytułu Umowy podstawowej ochroną ubezpieczeniową może być objęta osoba fizyczna, której wiek wynosi nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 75 lat. - Z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Trwałej i Całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, której wiek wynosi nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 59 lat. - Z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, której wiek w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia wynosi nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 65 lat. - Składka ustalona w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, opłacana z częstotliwością miesięczną, 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 FINANSE 3, uchwalonymi w dniu 16 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