

Indywidualne Ubezpieczenie Zdrowotne

SALTUS KURACJA

Przekład Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
dla osób z dysfunkcjami wzroku

W trosce o dostępność Ogólnych Warunków Ubezpieczenia dla osób korzystających z czytników ekranu, informacje prezentowane pierwotnie w formie tabelarycznej zostały przekształcone w spójny tekst linearny. Nazwy poszczególnych tabel zastąpiono odpowiednimi tytułami, które nie zawierają określenia „tabela”. Ponadto, w treści przy odwołaniu do paragrafów, w nawiasach dodano numery stron, by ułatwić rozumienie treści osobom niewidzącym. W miejsce punktowania zastosowano literowanie. Dodatkowo cyfry rzymskie zastąpiono arabskimi.

Dokument zawiera:

1. Informacja o produkcie strona 3
2. Przekład Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia Zdrowotnego SALTUS KURACJA dla osób z dysfunkcjami wzroku strony 4–27

Informacja o produkcie
Indywidualne Ubezpieczenie Zdrowotne SALTUS KURACJA

Stan zgodny z OWU Indywidualnego Ubezpieczenia Zdrowotnego
SALTUS KURACJA
uchwalonymi przez Zarząd Towarzystwa
w dniu 14 marca 2023 roku

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń
lub wartości wykupu ubezpieczenia:
§2, §3, §4, §5, §6, §7, §8, §9, §10, §11, §12, §13, § 14, § 15, § 16, §21, §22, §23.

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń
uprawnijające do odmowy wypłaty odszkodowania
i innych świadczeń lub ich obniżenia:
§2, §4, §6, §9, §12, § 15, §21, §22, §23.

Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia Zdrowotnego SALTUS KURACJA

Spis treści

1. POSTANOWIENIA OGÓLNE	6
§ 1 Postanowienia ogólne	6
§ 2 Definicje	6
§ 3 Podstawowy zakres i warianty ubezpieczenia	12
§ 4 Wyłączenia odpowiedzialności wspólne dla wszystkich wariantów	12
2. UBEZPIECZENIE LECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW	13
§ 5 Przedmiot ubezpieczenia	13
§ 6 Wyłączenia odpowiedzialności	13
§ 7 Zakres ubezpieczenia	14
3. UBEZPIECZENIE LECZENIA NASTĘPSTW ZAWAŁU SERCA	14
§ 8 Przedmiot ubezpieczenia	14
§ 9 Wyłączenia odpowiedzialności	14
§ 10 Zakres ubezpieczenia	15
4. UBEZPIECZENIE LECZENIA NASTĘPSTW UDARU MÓZGU	16
§ 11 Przedmiot ubezpieczenia	16
§ 12 Wyłączenia odpowiedzialności	16
§ 13 Zakres ubezpieczenia	16
5. UBEZPIECZENIE LECZENIA NASTĘPSTW NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO	17
§ 14 Przedmiot ubezpieczenia	17
§ 15 Wyłączenia odpowiedzialności	18
§ 16 Zakres ubezpieczenia	18
6. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA	20
§ 17 Składka ubezpieczeniowa	20
7. UMOWA UBEZPIECZENIA	20
§ 18 Zawarcie umowy ubezpieczenia	20
§ 19 Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa	21
§ 20 (odstąpienie, wypowiedzenie umowy i inne przypadki rozwiązania umowy)	22
8. REALIZACJA ŚWIADCZENIA	23
§ 21 Zgłoszenie roszczenia i ustalenie prawa do świadczeń	23
§ 22 Świadczenie usług medycznych	23
§ 23 Wymagane dokumenty	24

9. PRAWA I OBOWIĄZKI STRON	24
§ 24 Obowiązki Ubezpieczającego przed zawarciem umowy ubezpieczenia	24
§ 25 Obowiązki Towarzystwa	25
10. POSTANOWIENIA KOŃCOWE	25
§ 26 Zasady korespondencji	25
§ 27 Tryb składania i rozpatrywania reklamacji.....	25
§ 28 Przepisy zewnętrzne	27
§ 29 Prawo wglądu do akt	27
§ 30 Spory sądowe.....	27

1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 Postanowienia ogólne

1. Na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, zwanych dalej OWU, SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych, zwane dalej „Towarzystwem”, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, zawiera umowy ubezpieczenia z osobami posiadającymi pełną zdolność do czynności prawnych, zwanymi dalej „Ubezpieczającymi”.
2. Za porozumieniem stron, do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
3. W przypadku określonym w ust. 2 (strona 6), Towarzystwo zobowiązane jest przedstawić Ubezpieczającemu różnicę między treścią umowy ubezpieczenia a treścią OWU w formie pisemnej przed zawarciem umowy ubezpieczenia lub kontynuacją umowy ubezpieczenia na kolejny rok. W razie niedopełnienia tego obowiązku, Towarzystwo nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego.

§ 2 Definicje

Przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWU:

1. **badania diagnostyczne** – usługi medyczne uzasadnione z medycznego punktu widzenia wymagające przedstawienia Towarzystwu skierowania lekarskiego i związane z leczeniem i diagnozowaniem skutków nieszczęśliwego wypadku lub zawału serca lub udaru mózgu będących bezpośrednią przyczyną pobytu w szpitalu, lub nowotworu złośliwego,
2. **Centrum Telemedyczne** – całodobowa jednostka organizacyjna odpowiedzialna za organizację usług teleopieki kardiologicznej,
3. **Centrum Umawiania Wizyt** – jednostka organizacyjna Towarzystwa odpowiadająca za organizację udzielania usług medycznych,
4. **dostarczenie leków** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym leżenia, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca pobytu Ubezpieczonego, koszty dostarczonych leków pokrywa Ubezpieczony. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 150 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
5. **dostarczenie posiłków** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym leżenia, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia posiłków do miejsca pobytu Ubezpieczonego, koszty dostarczonych posiłków pokrywa Ubezpieczony. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 150 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
6. **ekspedycja** – zorganizowana wyprawa, mająca na celu zrealizowanie wytyczonych zadań o charakterze sportowym bądź naukowym,

7. **Konto klienta** – udostępniona Ubezpieczonemu przez Towarzystwo aplikacja umożliwiająca m.in. zamawianie usług medycznych,
8. **Lekarz prowadzący** – lekarz wskazany pisemnie przez Ubezpieczonego, jako uprawniony do otrzymania od Centrum Telemedycznego wyników badań Ubezpieczonego,
9. **limit** – maksymalna liczba określonych usług medycznych lub maksymalny łączny koszt określonej usługi medycznej, do którego Towarzystwo organizuje i opłaca wykonanie danej usługi, przysługujących Ubezpieczonemu po zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego,
10. **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym występujące w okresie ubezpieczenia, w następstwie którego Ubezpieczony, niezależnie od swojej woli, doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia,
11. **nowotwór złośliwy** – pierwsze w życiu Ubezpieczonego występujące w okresie ubezpieczenia, rozpoznanie nowotworu złośliwego, rozumianego jako rozrost komórek nowotworowych, cechujący się zdolnością do naciekania i niszczenia tkanek oraz tworzenia odległych przerzutów. Jego rozpoznanie musi zostać potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego, chyba że obraz kliniczny potwierdzający wystąpienie przerzutów i badania diagnostyczne są jednoznaczne, co do złośliwości procesu nowotworowego, co jest potwierdzone dokumentacją medyczną. Za nowotwór złośliwy przyjmuje się również chłoniaka złośliwego i białaczkę,
12. **numer identyfikacyjny** – indywidualny numer przypisany do Ubezpieczonego, który służy do pierwszego logowania na stronie www.saltus.pl na Konto klienta, numer przekazywany jest Ubezpieczonemu drogą elektroniczną (sms) na numer telefonu komórkowego lub adres e-mail podany przez Ubezpieczonego na wniosku ubezpieczeniowym,
13. **okres ubezpieczenia** – okres, za który Towarzystwo ponosi odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego,
14. **okres świadczenia usług** – okres 6 miesięcy, w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia, liczony od dnia:
 - a) zajścia nieszczęśliwego wypadku,
 - b) wypisu ze szpitala, po hospitalizacji, której bezpośrednią przyczyną było leczenie zawału serca lub udaru mózgu,
 - c) rozpoznania nowotworu złośliwego,
15. **organizacja i opłacenie pobytu w sanatorium** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po pobycie w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku kontynuacji leczenia w warunkach sanatoryjnych, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty maksymalnie 2 tygodniowego pobytu w sanatorium, w celu przywrócenia do zdrowia po pobycie w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 3000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
16. **opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym leżenia, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty wynagrodzenia i dojazdu osób sprawujących opiekę nad dziećmi lub osobami

- niesamodzielnymi, dla których Ubezpieczony jest opiekunem. Opieka jest sprawowana w miejscu pobytu Ubezpieczonego, lub w miejscu pobytu dzieci lub osób niesamodzielnich wskazanym przez Ubezpieczonego. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 800 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
17. **osoba do kontaktu** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego na dokumencie zgłoszenia roszczenia, jako osoba uprawniona do kontaktu z Towarzystwem tj. Centrum Umawiania Wizyt lub Centrum Telemedycznym w imieniu Ubezpieczonego,
 18. **osoby trzecie** – wszystkie osoby niebędące stroną umowy ubezpieczenia,
 19. **pobyt w szpitalu/hospitalizacja** – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, powstały bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub udaru mózgu lub zawału serca, zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa i trwał nieprzerwalnie co najmniej 2 dni, przy czym do okresu pobytu w szpitalu zaliczane są w całości: dzień, w którym osoba objęta ubezpieczeniem została przyjęta do szpitala oraz dzień, w którym osoba objęta ubezpieczeniem została wypisana ze szpitala,
 20. **polisa** – dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia,
 21. **pomoc domowa** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym leżenia lub pomocy osób trzecich, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty wynagrodzenia i dojazdu osób pomagających Ubezpieczonemu w powrocie do zdrowia w miejscu zamieszkania. Usługa obejmuje zakresem: pomoc domową w przygotowaniu posiłku, zrobienie drobnych zakupów, utrzymanie czystości w domu: sprzątanie podłóg na sucho i na mokro, ścieranie kurzy z mebli i parapetów, odkurzanie dywanów i wykładzin, sprzątanie łazienki, zmywanie naczyń, czyszczenie zlewu, czyszczenie płyty kuchennej, wyrzucanie śmieci, podlewanie kwiatów przy użyciu środków i sprzętów udostępnionych przez Ubezpieczonego; koszty zakupów realizowanych na zlecenie Ubezpieczonego pokrywa Ubezpieczony. Usługa jest świadczona maksymalnie przez 6 dni do łącznej kwoty 1000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego tj. hospitalizacji z powodu nieszczęśliwego wypadku, udaru mózgu i zawału serca, i 800 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego z powodu rozpoznania nowotworu złośliwego,
 22. **pomoc onkopsychologiczna** – jeżeli Ubezpieczony, po postawieniu rozpoznania nowotworu złośliwego wymaga pomocy psychologicznej, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty telekonsultacji lub, w przypadku ich dostępności w pobliżu miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, bezpośrednich konsultacji onkopsychologicznych. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty, 2000 zł przez okres 3 miesięcy od daty postawienia rozpoznania nowotworu złośliwego,
 23. **pomoc pielęgniarki po hospitalizacji** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym zabiegów pielęgniarskich, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty wynagrodzenia i dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
 24. **pomoc pielęgniarki po rozpoznaniu nowotworu złośliwego** - jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga

- po zdarzeniu ubezpieczeniowym, rozpoznaniu nowotworu złośliwego, zabiegów pielęgniarstwa, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty wynagrodzenia i dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 800 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
25. **przemijające niedokrwienie mózgu (TIA)** – nagłe ogniskowe objawy o charakterze naczyniowym ustępujące całkowicie w ciągu 24 godzin i nie pozostawiające po sobie żadnych zmian morfologicznych w badaniach neuroobrazowych mózgu,
 26. **refundacja zabiegów z dziedziny chirurgii naprawczej skutków leczenia nowotworu złośliwego** – jeżeli Ubezpieczony, wskutek następstw leczenia chirurgicznego nowotworu złośliwego, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga wykonania zabiegu chirurgii naprawczej, Towarzystwo zwraca koszty przeprowadzonego zabiegu chirurgii naprawczej do kwoty 3000 zł z tytułu jednego zdarzenia,
 27. **rehabilitacja poudarowa** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym specjalistycznej rehabilitacji neuropsychologicznej, logopedycznej, ruchowej Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty maksymalnie 30 takich zabiegów,
 28. **rehabilitacja nowotworowa** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym, rozpoznaniu nowotworu złośliwego, rehabilitacji, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty maksymalnie 20 takich zabiegów,
 29. **rocznica polisy** – każda kolejna rocznica wskazanego w polisie dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, przy czym za rocznicę dnia 29 lutego uważa się dzień 28 lutego następnego roku polisowego (w przypadku, gdy w roku polisowym występuje dzień 29 lutego, za rocznicę polisy uważa się dzień 29 lutego),
 30. **rok polisowy** – okres 12 miesięcy liczonych od dnia rocznicy polisy do dnia poprzedzającego kolejną rocznicę polisy,
 31. **skierowanie lekarskie** – pisemne zlecenie wykonania badania diagnostycznego (w postaci papierowej lub elektronicznej), stanowiące część dokumentacji medycznej Ubezpieczonego wystawione przez uprawnionego na mocy obowiązującego prawa pracownika medycznego,
 32. **sporty wysokiego ryzyka** – sporty motorowe, jazda na quadach, sporty motorowodne (w tym narciarstwo wodne), żeglarstwo morskie, wędkarstwo morskie, surfing, windsurfing, kitesurfing, wakeboarding, rafting, canyoning, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, nurkowanie na zatrzymanym oddechu, nurkowanie wrakowe i jaskiniowe, szybownictwo, baloniarstwo, skoki ze spadochronem, BASE jumping, lotniarstwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, pilotowanie samolotów silnikowych, wspinaczka wysokogórska, skalna i skałkowa, speleologia przy użyciu sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego lub wymagająca użycia takiego sprzętu, jazda na nartach zjazdowych lub snowboardzie poza oznakowanymi trasami zjazdowymi, narciarstwo ekstremalne: skialpinizm, zjazdy ekstremalne, freestyle, jazda na skuterach śnieżnych, na śnieżnej poduszce powietrznej, na sankach gąsienicowych, na śnieżnej hulajnodze, icesurfing, jazda na bojerach, snowboarding ekstremalny: freeride, snowboarding wysokogórski, snowboarding prędkościowy, skoki i ewolucje

snowboardowe, snowkite, snowcross, boardercross, snowscooting, skoki na linie (w tym bungee jumping, dream jumping), sztuki i sporty walki, sporty obronne, jeździectwo, biegi maratońskie, triathlon, kolarstwo górskie, downhill, parkour, udział w polowaniach na zwierzęta z użyciem broni palnej lub pneumatycznej, uczestniczenie w wyprawach survivalowych lub wyprawach do miejsc, które charakteryzują się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi czy przyrodniczymi: pustynia, góry powyżej 2500 m n.p.m. (w tym wyprawy trekkingowe), busz, bieguny i strefy podbiegunowe, dżungla. Obejmuje również uczestniczenie w wyprawach na tereny lodowcowe lub śnieżne, jeśli wyprawy te wymagają użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego,

33. **szpital** – podmiot leczniczy udzielający zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa całodobowych świadczeń szpitalnych osobom, których stan zdrowia wymaga stałej, całodobowej obserwacji lub opieki lekarskiej i pielęgniarstwa; za szpital nie uznaje się domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, domowej opieki pielęgniarstwa, hospicjów onkologicznych, ośrodków leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych, alkoholowych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych ani ośrodków wypoczynkowych,
34. **teleopieka kardiologiczna** – usługa medyczna obejmująca organizację i pokrycie kosztów:
 - 1) dostarczenia Ubezpieczonemu zestawu Teleopieki Kardiologicznej, tj. aparatu EKG, materiałów szkoleniowych i informacyjnych, w ciągu maksymalnie 3 dni roboczych od daty zgłoszenia Towarzystwu;
 - 2) telefonicznego szkolenia z obsługi aparatu EKG oraz korzystania z Teleopieki Kardiologicznej, przeprowadzonego przez Centrum Telemedyczne,
 - 3) odbioru aparatu EKG, stanowiącego element zestawu Teleopieki Kardiologicznej, z miejsca zamieszkania Ubezpieczonego,
 - 4) zapewnienie Ubezpieczonemu w okresie świadczenia usług dostępu do Centrum Telemedycznego świadczącego następujące usługi:
 - a. przyjmowanie i rejestrowanie w systemie telemedycznym badań przesłanych przez Ubezpieczonego za pomocą otrzymanego aparatu EKG,
 - b. analiza przesłanych badań przez personel Centrum Telemedycznego,
 - c. stały kontakt telefoniczny z personelem Centrum Telemedycznego,
 - d. dostęp do informacji na temat wyniku badań pod numerem Centrum Telemedycznego, znajdującym się na aparacie EKG,
 - e. archiwizacja wszystkich wykonanych badań wraz z ich wynikami przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu,
 - f. udostępnienie drogą telefoniczną lub za pośrednictwem e-maila wyników badań Ubezpieczonego osobie do Kontaktu lub Lekarzowi Prowadzącemu,
 - g. wezwanie pogotowia ratunkowego do miejsca zamieszkania lub miejsca pobytu Ubezpieczonego w przypadku stwierdzenia przez lekarza dyżurnego Świadczeniodawcy potrzeby pomocy medycznej, a także poinformowanie o tym fakcie osoby do kontaktu w przypadku wyrażenia takiej woli przez Ubezpieczonego,

- h. przekazywanie dyspozytorowi pogotowia ratunkowego informacji na temat wyniku badania Ubezpieczonego oraz wskazówek dojazdu do miejsca pobytu.
35. **transport medyczny na badania kontrolne** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym badań kontrolnych, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu Ubezpieczonego do i z szpitala lub innej placówki medycznej przeprowadzającej badania kontrolne dostosowanym do aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 1000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
 36. **transport na badania lekarskie lub zabiegi rehabilitacyjne** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym badań kontrolnych, zabiegów rehabilitacyjnych Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu Ubezpieczonego do i z placówki medycznej przeprowadzającej badania lub zabiegi rehabilitacyjne dostosowanym do aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 5000 zł, maksymalnie 50 przewozów Ubezpieczonego w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, przez okres świadczenia usług,
 37. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna będąca stroną umowy ubezpieczenia,
 38. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rachunek której zawarto umowę ubezpieczenia,
 39. **udar mózgu** – pierwsze w życiu Ubezpieczonego występujące w okresie ubezpieczenia nagłe, trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące nagłym ogniskowym, a niekiedy uogólnionym zaburzeniem czynności mózgu, którego objawy utrzymują się dłużej niż 24 godziny i nie mają przyczyny innej niż naczyniowa potwierdzone w badaniu obrazowym,
 40. **usługa medyczna** – uzasadnione z medycznego punktu widzenia działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia,
 41. **usługi wspierające powrót do zdrowia** – uzasadnione działania, których koszty i organizację ponosi Towarzystwo służące powrotowi do optymalnego stanu zdrowia Ubezpieczonego po zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego,
 42. **wyczynowe uprawianie sportu** – udział w regularnych treningach, zawodach, obozach kondycyjnych, zgrupowaniach, w celu uzyskania maksymalnych wyników sportowych,
 43. **wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym sprzętu rehabilitacyjnego, wykorzystywanego w celu przyspieszenia powrotu do zdrowia, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty zakupu lub wypożyczenia tego sprzętu i dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 1000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
 44. **zawał serca** – pierwsze w życiu Ubezpieczonego występujące w okresie ubezpieczenia ostre niedokrwienie mięśnia sercowego, przy dowodach na obecność martwicy mięśnia sercowego,
 45. **zdarzenie ubezpieczeniowe** w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia:

- a. rozpoczynający się w okresie ubezpieczenia pobyt w szpitalu, którego bezpośrednią przyczyną był nieszczęśliwy wypadek i/lub
- b. rozpoczynający się w okresie ubezpieczenia pobyt w szpitalu, którego bezpośrednią przyczyną był udar mózgu i/lub
- c. rozpoczynający się w okresie ubezpieczenia pobyt w szpitalu, którego bezpośrednią przyczyną był zawał serca i/lub
- d. rozpoznanie nowotworu złośliwego w okresie ubezpieczenia.

§ 3 Podstawowy zakres i warianty ubezpieczenia

1. Podstawowy zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) **w wariantcie KURACJA 1:**
 - a) leczenie następstw nieszczęśliwych wypadków,
 - b) usługi wspierające powrót do zdrowia.
 - 2) **w wariantcie KURACJA 2:**
 - a) leczenie następstw zawału serca,
 - b) leczenie następstw udaru mózgu,
 - c) usługi wspierające powrót do zdrowia.
 - 3) **w wariantcie KURACJA 3:**
 - a) leczenie następstw nowotworu złośliwego,
 - b) usługi wspierające powrót do zdrowia.
 - 4) **w wariantcie KURACJA 4:**
 - a) leczenie następstw nieszczęśliwych wypadków,
 - b) leczenie następstw zawału serca,
 - c) leczenie następstw udaru mózgu,
 - d) leczenie następstw nowotworu złośliwego,
 - e) usługi wspierające powrót do zdrowia.
2. Ubezpieczający wskazuje we wniosku wybrany wariant ubezpieczenia.

§ 4 Wyłączenia odpowiedzialności wspólne dla wszystkich wariantów

1. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje następstw nieszczęśliwych wypadków, zawału serca i udaru mózgu powstałych wskutek:
 - 1) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wewnętrznych zamieszek, strajków, rozruchów, lokautów oraz aktów terroryzmu i sabotażu,
 - 2) reakcji jądrowej, skażenia radioaktywnego, skażenia lub zanieczyszczenia odpadami przemysłowymi, działania broni biologicznej lub chemicznej, promieni laserowych i maserowych oraz pola magnetycznego i elektromagnetycznego,
 - 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez osobę objętą ubezpieczeniem przestępstwa, stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu,
 - 4) pełnienia przez Ubezpieczonego czynnej służby w siłach zbrojnych jakiegokolwiek państwa,

- 5) uczestniczenia Ubezpieczonego w bójkach, z wyjątkiem działania w obronie koniecznej,
 - 6) usiłowania popełnienia samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na jego własną prośbę,
 - 7) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 8) działania Ubezpieczonego w stanie lub warunkach choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego,
 - 9) poddania się Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarzy,
 - 10) niewłaściwego leczenia lub niewłaściwie wykonanych zabiegów leczniczych, chyba że leczenie lub zabiegi zostały wykonane zgodnie ze wskazaniem lekarskim,
 - 11) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganego prawem uprawnienia do prowadzenia danego pojazdu (dla oceny, czy kierujący posiada uprawnienia do prowadzenia danego pojazdu, miarodajne jest prawo obowiązujące w kraju, w którym doszło do wypadku, a gdy w tym zakresie brak jest uregulowań lub istniejące uregulowania są mniej restrykcyjne niż prawo polskie, zastosowanie znajduje prawo polskie) bądź w stanie nietrzeźwości (gdy procent alkoholu we krwi przekracza dopuszczalne normy ustalone dla kierowców pojazdów mechanicznych, obowiązujące w kraju, w którym doszło do wypadku), pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
 - 12) uczestniczenia w rajdach, wyścigach lub próbach prędkościowych,
 - 13) uprawianiem sportów wysokiego ryzyka,
 - 14) przewozu lotniczego Ubezpieczonego w charakterze innym niż pasażer samolotu pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
 - 15) wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienia fizyczne i moralne.

2. UBEZPIECZENIE LECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

§ 5 Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem ubezpieczenia są koszty leczenia następstwa nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił w okresie ubezpieczenia.

§ 6 Wyłączenia odpowiedzialności

Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte następstwa nieszczęśliwych wypadków, których następstwa powstały w związku z współistniejącymi u Ubezpieczonego chorobami:

- 1) osteoporozą,
- 2) przerzutami nowotworowymi do kości.

§ 7 Zakres ubezpieczenia

1. Zakresem ubezpieczenia są objęte koszty wymienionych w ust. 4 (strona 12 – 13) usług medycznych organizowanych za pośrednictwem Centrum Umawiania Wizyt i koszty usług wspierających powrót do zdrowia wymienionych w ust. 5 (strona 14).
2. Usługi medyczne i usługi wspierające powrót do zdrowia są świadczone w okresie ubezpieczenia, który może zostać przedłużony o okres świadczenia usług (6 miesięcy od daty zdarzenia ubezpieczeniowego), pod warunkiem opłacenia składki za okres ubezpieczenia w pełnej wysokości.
3. Badania diagnostyczne wymagają przedstawienia Centrum Umawiania Wizyt skierowania lekarskiego i muszą wynikać z leczenia i diagnozowania skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Usługi medyczne uzasadnione z medycznego punktu widzenia przysługujące Ubezpieczonemu z tytułu wystąpienia jednego zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - 1) badanie rentgenowskie,
 - 2) rezonans magnetyczny,
 - 3) tomografia komputerowa,
 - 4) USG narządów jamy brzusznej, szyi, tkanek miękkich, stawów i więzadeł,
 - 5) USG Doppler naczyń jamy brzusznej, kończyn i szyi.
5. Usługi wspierające powrót do zdrowia przysługujące Ubezpieczonemu z tytułu wystąpienia jednego zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - 1) dostarczenie leków,
 - 2) opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi,
 - 3) organizacja i opłacenie pobytu w sanatorium,
 - 4) pomoc domowa,
 - 5) pomoc pielęgniarki po hospitalizacji,
 - 6) transport medyczny na badania kontrolne,
 - 7) wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego.

3. UBEZPIECZENIE LECZENIA NASTĘPSTW ZAWAŁU SERCA

§ 8 Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem ubezpieczenia są koszty leczenia następstw pierwszego w życiu Ubezpieczonego zawału serca, który wystąpił w okresie ubezpieczenia.

§ 9 Wyłączenia odpowiedzialności

1. Z zachowaniem wyłączeń wskazanych w § 4 (strony 12 – 13), ochroną ubezpieczeniową nie są objęte następstwa zawału serca, jeżeli przed zawarciem umowy ubezpieczenia leczono lub zdiagnozowano u Ubezpieczonego:

- 1) wcześniej występujący zawał serca,
- 2) chorobę wieńcową (miażdżycę naczyń wieńcowych).
2. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte koszty:
 - 1) połączeń z Centrum Telemedycznym,
 - 2) naprawy zestawu Teleopieki Kardiologicznej, uszkodzonego przez Ubezpieczonego,
 - 3) strat spowodowanych przez ewentualną interwencję pogotowia ratunkowego (np. wyważenie drzwi, wybicie szyb w oknie).

§ 10 Zakres ubezpieczenia

1. Zakresem ubezpieczenia są objęte koszty wymienionych w ust. 4 (strona 15) usług medycznych organizowanych za pośrednictwem Centrum Umawiania Wizyt i koszty usług wspierających powrót do zdrowia wymienionych w § 7 ust. 5 (strona 14).
2. Usługi medyczne są świadczone w okresie ubezpieczenia, który może zostać przedłużony o okres świadczenia usług (6 miesięcy od dnia wyjścia ze szpitala, po pobycie, którego bezpośrednią przyczyną było leczenie zawału serca), pod warunkiem opłacenia składki za okres ubezpieczenia w pełnej wysokości.
3. Badania diagnostyczne wymagają przedstawienia Centrum Umawiania Wizyt skierowania lekarskiego i muszą wynikać z leczenia i diagnozowania skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Usługi medyczne uzasadnione z medycznego punktu widzenia przysługujące Ubezpieczonemu z tytułu wystąpienia jednego zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - 1) konsultacje lekarskie:
 - a) kardiologa,
 - 2) badania diagnostyczne:
 - a) EKG spoczynkowe,
 - b) echokardiografia (ECHO), w tym Echokardiografia (ECHO) z Dopplerem,
 - c) echokardiografia (ECHO) wysiłkowe,
 - d) próba wysiłkowa EKG (test wysiłkowy),
 - e) Holter RR (24 – godzinne badanie ciśnienia krwi),
 - f) Holter EKG (24 – godzinne badania EKG),
 - g) cholesterol całkowity,
 - h) cholesterol HDL,
 - i) cholesterol LDL,
 - j) trójglicerydy TG,
 - k) glukoza na czczo we krwi żyłnej,
 - l) doustny test obciążenia glukozą (krzywa cukrowa),
 - m) hemoglobina glikowana HbA1C,
 - n) potas – surowica,
 - o) magnez – surowica,
 - p) sód – surowica.
 - 3) Usługi wspierające powrót do zdrowia przysługujące Ubezpieczonemu z tytułu wystąpienia jednego zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - a) dostarczenie leków,
 - b) dostarczenie posiłków,

- c) opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi,
- d) pomoc domowa,
- e) pomoc pielęgniarki po hospitalizacji,
- f) teleopieka kardiologiczna,
- g) transport medyczny na badania kontrolne,
- h) wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego.

4. UBEZPIECZENIE LECZENIA NASTĘPSTW UDARU MÓZGU

§ 11 Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem ubezpieczenia są koszty leczenia następstw pierwszego w życiu Ubezpieczonego udaru mózgu, który wystąpił w okresie ubezpieczenia.

§ 12 Wyłączenia odpowiedzialności

Z zachowaniem wyłączeń wskazanych w § 4 (strony 12 – 13), ochroną ubezpieczeniową nie są objęte następstwa udaru mózgu, jeżeli przed zawarciem umowy ubezpieczenia leczono lub zdiagnozowano u Ubezpieczonego:

- 1) wcześniej występujący udar mózgu,
- 2) przebyte przemijające niedokrwienie mózgu.

§ 13 Zakres ubezpieczenia

1. Zakresem ubezpieczenia są objęte koszty wymienionych w ust. 4 (strony 16 – 17) usług medycznych organizowanych za pośrednictwem Centrum Umawiania Wizyt i koszty usług wspierających powrót do zdrowia wymienionych w ust. 5 (strona 17).
2. Usługi medyczne są świadczone w okresie ubezpieczenia, który może zostać przedłużony o okres świadczenia usług (6 miesięcy od dnia wyjścia ze szpitala, po pobycie, którego bezpośrednią przyczyną było leczenie udaru mózgu), pod warunkiem opłacenia składki za okres ubezpieczenia w pełnej wysokości.
3. Badania diagnostyczne wymagają przedstawienia Centrum Umawiania Wizyt skierowania lekarskiego i muszą wynikać z leczenia i diagnozowania skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Usługi medyczne uzasadnione z medycznego punktu widzenia przysługujące Ubezpieczonemu z tytułu wystąpienia jednego zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - 1) Konsultacje lekarskie:
 - a) kardiologa,
 - b) neurologa.
 - 2) Badania diagnostyczne:
 - a) EKG spoczynkowe,
 - b) echokardiografia (ECHO), w tym Echokardiografia (ECHO) z Dopplerem,
 - c) echokardiografia (ECHO) wysiłkowe,

- d) próba wysiłkowa EKG (test wysiłkowy),
 - e) Holter RR (24 – godzinne badanie ciśnienia krwi),
 - f) Holter EKG (24 – godzinne badania EKG),
 - g) USG Doppler naczyń jamy brzusznej,
 - h) USG Doppler tętnic dogłównych (szyjnych),
 - i) USG Doppler tętnic kończyny dolnej,
 - j) USG Doppler tętnic kończyny górnej,
 - k) USG Doppler żył kończyny dolnej,
 - l) USG Doppler żył kończyny górnej,
 - m) cholesterol całkowity,
 - n) cholesterol HDL,
 - o) cholesterol LDL,
 - p) trójglicerydy TG,
 - q) glukoza na czczo we krwi żyłnej,
 - r) doustny test obciążenia glukozą (krzywa cukrowa),
 - s) hemoglobina glikowana HbA1C,
 - t) potas – surowica,
 - u) magnez – surowica,
 - v) sód – surowica,
 - w) czas trombotoplastynowy (INR),
 - x) D-dimery ilościowo,
 - y) fibrynogen.
5. Usługi wspierające powrót do zdrowia przysługujące Ubezpieczonemu z tytułu wystąpienia jednego zdarzenia ubezpieczeniowego:
- 1) dostarczenie leków,
 - 2) opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi,
 - 3) pomoc domowa,
 - 4) pomoc pielęgniarki po hospitalizacji,
 - 5) rehabilitacja poudarowa,
 - 6) transport medyczny na badania kontrolne,
 - 7) transport na badania lekarskie lub zabiegi rehabilitacyjne.

5. UBEZPIECZENIE LECZENIA NASTĘPSTW NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO

§ 14 Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem ubezpieczenia są koszty leczenia następstw pierwszego w życiu Ubezpieczonego nowotworu złośliwego, który wystąpił w okresie ubezpieczenia.

§ 15 Wyłączenia odpowiedzialności

1. Z zachowaniem wyłączeń wskazanych w § 4 (strony 12 – 13), ochroną ubezpieczeniową nie są objęte następstwa nowotworu złośliwego, jeżeli przed zawarciem umowy ubezpieczenia leczono lub zdiagnozowano u Ubezpieczonego:
 - 1) wcześniej występujący nowotwór złośliwy,
 - 2) stan przedinwazyjny nowotworu złośliwego, który wystąpił w okresie ubezpieczenia,
 - 3) AIDS lub zakażenie wirusem HIV.
2. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje ponadto:
 - 1) nowotworów, które zgodnie z wynikiem badania histopatologicznego zostały zakwalifikowane jako łagodne, o granicznej złośliwości, potencjalnie małej złośliwości, nieinwazyjne oraz przedinwazyjne (tzw. in situ),
 - 2) zmian o cechach dysplazji,
 - 3) ziarnicy złośliwej opisaney wg skali Ann Arbor jako IA,
 - 4) czerniaka złośliwego skóry opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0 oraz wszystkich nowotworów skóry, w tym chłoniaka skóry, raka podstawnkomórkowego lub kolczystokomórkowego, włókniakomięsaka guzowatego,
 - 5) brodawkowatego lub pęcherzykowego raka tarczycy opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0,
 - 6) nowotworu złośliwego gruczołu krokowego (prostaty, stercza) opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0,
 - 7) dysplazji i nowotworu złośliwego szyjki macicy opisanego wg skali CIN jako CIN1, CIN2 lub CIN3,
 - 8) wszystkich nowotworów związanych z AIDS i zakażeniem wirusem HIV,
 - 9) nowotworów, których objawy i diagnostyka rozpoczęła się przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej.

§ 16 Zakres ubezpieczenia

1. Zakresem ubezpieczenia są objęte koszty wymienionych w ust. 4 (strony 18 – 19) usług medycznych organizowanych za pośrednictwem Centrum Umawiania Wizyt i koszty usług wspierających powrót do zdrowia wymienionych w § 7 ust. 5 (strona 14).
2. Usługi medyczne są świadczone w okresie ubezpieczenia, który może zostać przedłużony o okres świadczenia usług (6 miesięcy od dnia rozpoznania nowotworu złośliwego, pod warunkiem opłacenia składki za okres ubezpieczenia w pełnej wysokości).
3. Badania diagnostyczne wymagają przedstawienia Centrum Umawiania Wizyt skierowania lekarskiego i muszą wynikać z leczenia i diagnozowania skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Usługi medyczne uzasadnione z medycznego punktu widzenia przysługujące Ubezpieczonemu z tytułu wystąpienia jednego zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - 1) konsultacje lekarskie:
 - a) onkologa,
 - b) hematologa,
 - c) chirurga onkologa,
 - d) ginekologa onkologa,

- e) lub innego specjalisty koniecznego do prowadzenia optymalnego leczenia następstw nowotworu złośliwego
- 2) badania diagnostyczne:
 - a) tomografia komputerowa,
 - b) rezonans magnetyczny,
 - c) USG,
 - d) USG Doppler,
 - e) RTG,
 - f) mammografia,
 - g) densytometria,
 - h) endoskopia,
 - i) cytologia ginekologiczna,
 - j) markery nowotworowe:
 - a. Gonadotropina kosmówkowa frakcja beta wolna (beta-HCG free),
 - b. Gonadotropina kosmówkowa frakcja beta (beta-HCG),
 - c. Cyfra 21-1 (cytokeratyna 19),
 - d. Beta-2-mikroglobulina (b2-M, B2M),
 - e. Antygen swoisty dla prostaty - PSA wolny,
 - f. Antygen swoisty dla prostaty - PSA całkowity,
 - g. Antygen rakowo-płodowy – CEA,
 - h. Antygen CA-72-4,
 - i. Antygen CA-19-9,
 - j. Antygen CA-15-3,
 - k. Antygen CA-125,
 - l. AFP – Alfafetoproteina,
 - k) morfologia z rozmazem,
 - l) retikulocyty,
 - m) dehydrogenaza mleczanowa – LDH,
 - n) bilirubina,
 - o) fosfataza alkaliczna (ALP),
 - p) aminotransferaza alaninowa - ALAT – GPT,
 - q) aminotransferaza asparaginianowa - ASPAT – GOT,
 - r) gammaglutamylotranspeptydaza – GGTP.
- 3) Usługi wspierające powrót do zdrowia przysługujące Ubezpieczonemu z tytułu wystąpienia jednego zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - a) pomoc onkopsychologiczna,
 - b) pomoc domowa,
 - c) pomoc pielęgniarki po rozpoznaniu nowotworu złośliwego,
 - d) refundacja zabiegów z dziedziny chirurgii naprawczej skutków leczenia nowotworu złośliwego,
 - e) rehabilitacja nowotworowa,
 - f) inne usługi medyczne: konsultacje lekarskie, biopsje, badania laboratoryjne, badania obrazowe (rentgen, ultrasonografia, rezonans magnetyczny, tomografia) do łącznego limitu 20 usług z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w trakcie trwania ochrony.

6. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 17 Składka ubezpieczeniowa

1. Towarzystwo ustala wysokość składki ubezpieczeniowej na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu zawierania umowy ubezpieczenia. Składki taryfowe zawarte w taryfie składek określono zgodnie z zasadami matematyki aktuarialnej, w zależności od stopnia ryzyka jakie poniesie Towarzystwo po rozpoczęciu odpowiedzialności ubezpieczeniowej oraz kosztów zawarcia i obsługi ubezpieczenia.
2. Przy kalkulacji wysokości składki ubezpieczeniowej uwzględnia się:
 - 1) długość okresu ubezpieczenia,
 - 2) zakres ochrony ubezpieczeniowej,
 - 3) inne czynniki wpływające na wysokość składki: chorobowość populacji, koszt usług medycznych, stan zdrowia i wiek.
3. Ubezpieczający opłaca składkę przy zawieraniu umowy ubezpieczenia jednorazowo za cały okres ubezpieczenia, chyba że w umowie ubezpieczenia ustalono płatność składki w miesięcznych ratach.
4. Terminy płatności składki lub raty składki są wskazane w dokumencie ubezpieczenia.
5. W przypadku płatności składki w miesięcznych ratach Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składek ubezpieczeniowych w terminie do 25 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, za który składka ubezpieczeniowa jest należna.
6. Składkę opłaca się przelewem na rachunek bankowy Towarzystwa.
7. Za dzień zapłaty składki uważa się dzień dokonania zlecenia przelewu lub złożenia polecenia zapłaty w banku lub w urzędzie pocztowym na właściwy rachunek Towarzystwa, pod warunkiem że na rachunku Ubezpieczającego znajdowała się wystarczająca ilość środków pozwalająca na zrealizowanie zlecenia; w odmiennym przypadku za dzień zapłaty uznaje się dzień wpływu kwoty składki na rachunek Towarzystwa.
8. W przypadku ustania ochrony ubezpieczeniowej przed zakończeniem okresu ubezpieczenia, Towarzystwo na wniosek Ubezpieczającego, dokona zwrotu części składki ubezpieczeniowej przypadającej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

7. UMOWA UBEZPIECZENIA

§ 18 Zawarcie umowy ubezpieczenia

1. Podstawą zawarcia umowy ubezpieczenia jest złożenie przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczeniem mogą zostać objęte osoby, które w dniu składania wniosku ubezpieczeniowego o objęcie ubezpieczeniem leczenia następstw zawału serca, następstw udaru mózgu i rozpoznania choroby nowotworowej nie ukończyły 67 roku życia.
3. Jeżeli strony nie umówią się inaczej, do zawarcia umowy dochodzi z chwilą akceptacji przez Towarzystwo wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 6-8 (strony 21).

4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zawierania umowy ubezpieczenia przez telefon lub za pośrednictwem Internetu.
5. Na dowód zawarcia umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wystawia dokument ubezpieczenia.
6. Jeżeli dokument ubezpieczenia zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, Towarzystwo zobowiązane jest zwrócić na to Ubezpieczającemu uwagę na piśmie przy doręczeniu dokumentu ubezpieczenia, wyznaczając mu co najmniej siedmiodniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku przez Towarzystwo, zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego nie są skuteczne, a umowa ubezpieczenia jest zawarta zgodnie z warunkami oferty.
7. W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego, o którym mowa w ust. 6 (strona 21), uważa się, że umowa doszła do skutku zgodnie z treścią dokumentu ubezpieczenia, od następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
8. W przypadku zgłoszenia przez Ubezpieczającego sprzeciwu, o którym mowa w ust. 6 (strona 21), uważa się, że umowa ubezpieczenia nie doszła do skutku, a odpowiedzialność Towarzystwa nie rozpoczęła się, chyba że strony dojdą do porozumienia co do warunków umowy ubezpieczenia. W przypadku niedojścia do skutku umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu dokonane wpłaty na poczet składek ubezpieczeniowych.

§ 19 Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po zawarciu umowy ubezpieczenia i zapłaceniu składki lub pierwszej raty składki.
2. Składka lub pierwsza rata składki powinna być opłacona do 25 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc rozpoczęcia ochrony.
3. W przypadku nieopłacenia składki lub pierwszej raty składki, lub opłacenia ich w niepełnej wysokości ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się.
4. Okres ubezpieczenia wynosi 1 rok.
5. Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się:
 - 1) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego w trybie określonym w § 20 ust. 1 (strona 22),
 - 2) z dniem upływu okresu wypowiedzenia w trybie określonym w § 20 ust. 3 (strona 22),
 - 3) z dniem rozwiązania umowy w trybie określonym w § 20 ust. 6 (strona 22 – 23),
 - 4) z dniem śmierci Ubezpieczonego.
6. Umowa ubezpieczenia zostanie automatycznie przedłużona na okres kolejnego roku, o ile najpóźniej na 30 dni przed końcem umowy ubezpieczenia, żadna ze stron umowy nie złoży pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu tej umowy lub o gotowości przedłużenia umowy na zmienionych warunkach oraz zostanie opłacona składka lub pierwsza rata składki za kolejny okres ubezpieczenia.

7. W przypadku złożenia przez stronę umowy ubezpieczenia pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy, o którym mowa w ust. 6, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu na jaki została zawarta.
8. Za przyjęcie zmienionych warunków umowy ubezpieczenia, o których mowa w ust. 6 (strona 21) przyjmuje się opłacenie przez Ubezpieczającego składki lub raty składki na kolejny okres ochrony do 25 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc rozpoczynający kolejny rok ochrony.
9. W przypadku nieopłacenia składki lub pierwszej raty składki za kolejny okres ubezpieczenia w terminie wskazanym w ust. 2 (strona 21), umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu na jaki została zawarta.

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

1. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, przez złożenie Towarzystwu pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
2. W przypadku nieopłacenia kolejnej raty składki ubezpieczeniowej, lub opłacenia w niepełnej wysokości Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty tej składki lub jej brakującej części, wyznaczając w tym celu dodatkowy termin 7 dni. W wezwaniu do zapłaty Towarzystwo powiadomi Ubezpieczającego o skutkach, o których mowa w ust. 3 (strona 22).
3. Jeżeli brakująca część składki lub kolejna rata składki nie zostaną opłacone w dodatkowym terminie wskazanym w ust. 2 (strona 22), umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem na ostatni dzień dodatkowego terminu wskazanego w ust. 2 (strona 22). W przypadku uiszczenia jedynie części składki, Towarzystwo zwróci część składki ubezpieczeniowej przypadającej za okres, w którym nie świadczyło ochrony ubezpieczeniowej.
4. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak, niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania, druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.
5. Wypowiedzenie umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
6. Na wniosek Ubezpieczającego i za zgodą Towarzystwa, umowa ubezpieczenia może zostać rozwiązana przed upływem okresu ubezpieczenia, ze skutkiem na koniec miesiąca, w którym doręczono Towarzystwu wniosek o rozwiązanie umowy ubezpieczenia pod

warunkiem przekazania wniosku do 25-go dnia miesiąca. Jeżeli wniosek o rozwiązanie umowy zostanie przekazany po 25-tym dniu miesiąca umowa może zostać rozwiązana z końcem kolejnego miesiąca.

7. W przypadku rozwiązania umowy, ponowne objęcie ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego będzie możliwe za zgodą Towarzystwa po upływie 12 miesięcy od dnia rozwiązania umowy.

8. REALIZACJA ŚWIADCZENIA

§ 21 Zgłoszenie roszczenia i ustalenie prawa do świadczeń

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony, zobowiązany jest przesłać do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony druk zgłoszenia roszczenia na formularzu Towarzystwa,
 - 2) kartę wypisu ze szpitala.
2. Dokumenty wskazane w ust. 1 (strona 23) może przesłać osoba upoważniona przez Ubezpieczonego wraz z dokumentem upoważnienia podpisanym przez Ubezpieczonego.
3. W terminie 7 dni od dnia otrzymania dokumentów wskazanych w ust. 1 (strona 23) przez Towarzystwo, Towarzystwo informuje Ubezpieczonego o uznaniu roszczenia lub o wykazie dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz procedurze składania i rozpatrywania reklamacji.
4. W ciągu 7 dni od dnia otrzymania dodatkowych dokumentów Towarzystwo informuje Ubezpieczonego o uznaniu roszczenia lub o przyczynach braku możliwości uznania roszczenia.
5. Korespondencja prowadzona jest w formie pisemnej lub drogą elektroniczną, jeżeli Ubezpieczony na wniosku ubezpieczeniowym lub druku zgłoszenia roszczenia wyrazi na to zgodę.
6. W ubezpieczeniu leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków prawo do świadczenia ustala się po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a pobytem w szpitalu, oraz nie zachodzą przesłanki wyłączające odpowiedzialność Towarzystwa.
7. W ubezpieczeniu leczenia następstw zawału serca, udaru mózgu lub nowotworu złośliwego prawo do świadczenia ustala się po stwierdzeniu, że nie zachodzą przesłanki wyłączające odpowiedzialność Towarzystwa.

§ 22 Świadczenie usług medycznych

1. Usługi medyczne realizowane są w placówkach Partnerów Medycznych, po wcześniejszym umówieniu usług za pośrednictwem Centrum Umawiania Wizyt - telefonicznie pod numerem **+48 801 005 777** lub za pośrednictwem strony www.saltus.pl zgodnie z posiadanym zakresem ubezpieczenia do wyczerpania limitów danych usług.
2. W przypadku konieczności świadczenia badań diagnostycznych Towarzystwo wymaga przesłania kopii skierowania lekarskiego na dane badanie.

3. Konsultant Centrum Umawiania Wizyt ustala miejsce i termin wizyty z uwzględnieniem preferencji Ubezpieczonego oraz zakresu usług medycznych oferowanych przez poszczególnych Partnerów.
4. Przed skorzystaniem z usługi medycznej w placówce Partnera Medycznego, Ubezpieczony zobowiązany jest okazać ważny dokument ze zdjęciem, potwierdzający tożsamość.
5. Koszt usług medycznych umówionych za pośrednictwem Centrum Umawiania Wizyt ponosi Towarzystwo.
6. Jeżeli w ramach zakresu świadczeń zostanie przekroczony limit kosztów określony dla danego zdarzenia ubezpieczeniowego dla danej usługi, może być ona wykonana przez Towarzystwo, o ile Ubezpieczony lub jego przedstawiciel ustawowy wyrazi pisemną zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez Towarzystwo limitem.

§ 23 Wymagane dokumenty

1. W celu ustalenia rozmiarów szkody i wysokości świadczenia, Towarzystwo zastrzega sobie prawo weryfikacji wszelkich dokumentów, dotyczących zaistniałego zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. W przypadku konieczności skorzystania z badania diagnostycznego Towarzystwo wymaga przesłania kopii lub skanu skierowania lekarskiego na daną usługę.
3. W przypadku konieczności skorzystania z usługi medycznej wizyty domowej po nieszczęśliwym wypadku Towarzystwo może wymagać przesłania kopii lub skanu dokumentacji potwierdzającej wystąpienie nieszczęśliwego wypadku.
4. Wymagane dokumenty można przysyłać rekomendowanymi kanałami komunikacji z Towarzystwem:
 - 1) pocztą tradycyjną na adres: SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych, ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot,
 - 2) po zalogowaniu na Konto Klienta na stronie <https://pacjent.saltus.pl/Account/LogIn>, lub zgodnie z decyzją Ubezpieczonego za pośrednictwem:
 - 3) poczty elektronicznej na adres: zdrowie@saltus.pl,
 - 4) MMS na numer Towarzystwa: 661 005 195, podając dane umożliwiające identyfikację ubezpieczonego.

9. PRAWA I OBOWIĄZKI STRON

§ 24 Obowiązki Ubezpieczającego przed zawarciem umowy ubezpieczenia

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

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

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 1 (strona 24 – 25) nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia postanowień ust. 1 (strona 24 – 25) 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.

§ 25 Obowiązki Towarzystwa

Towarzystwo jest zobowiązane do:

- 1) doręczenia Ubezpieczającemu tekstu OWU przed zawarciem umowy ubezpieczenia,
- 2) przedstawienia Ubezpieczającemu w formie pisemnej różnic między postanowieniami umowy a OWU (zapis ten nie ma zastosowania do umów zawieranych w drodze negocjacji),
- 3) wydania Ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia,
- 4) udzielenia Ubezpieczającemu informacji o sposobie i trybie rozpatrywania reklamacji oraz o organie właściwym do ich rozpatrzenia.

10. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 26 Zasady korespondencji

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

§ 27 Tryb składania i rozpatrywania reklamacji

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia, lub spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia, mający zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez Towarzystwo usług lub wykonywanej przez nie działalności, mają prawo składania reklamacji do Towarzystwa:
 - a) na piśmie – osobiście w siedzibie Towarzystwa, w dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa zajmującej się obsługą klientów bądź przesyłką pocztową na adres: SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych, ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot,

- albo na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-90465-87871-EUWAE-31 zgodnie z ustawą o doręczeniach elektronicznych,
- 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,
 - d) elektronicznie – z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej w postaci formularza elektronicznego, znajdującego się na stronie internetowej www.saltus.pl
2. Reklamacja powinna zawierać:
 - a) imię, nazwisko, adres i numer telefonu kontaktowego zgłaszającego reklamację,
 - b) numer dokumentu ubezpieczenia,
 - c) przedmiot reklamacji,
 - d) uzasadnienie reklamacji z podaniem ewentualnych dowodów.
 3. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie przez Towarzystwo reklamacji chyba, że okoliczność ta nie ma wpływu na sposób procedowania reklamacją.
 4. Na żądanie zgłaszającego reklamację Towarzystwo potwierdzi pisemnie na adres wskazany w reklamacji fakt złożenia reklamacji. Towarzystwo na wniosek zgłaszającego reklamację może potwierdzić wpływ reklamacji w postaci elektronicznej.
 5. Reklamacja rozpatrywana jest przez Towarzystwo bez zbędnej zwłoki, a odpowiedź na nią powinna być udzielona nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej wpływu. Po rozpatrzeniu reklamacji, stanowisko Towarzystwa zostanie udzielone na piśmie i przesłane pocztą tradycyjną lub – na wniosek składającego reklamację – pocztą elektroniczną.
 6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 5 (strona 26), Towarzystwo poinformuje zgłaszającego reklamację o przyczynie opóźnienia, okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia reklamacji oraz o przewidywanym terminie udzielenia odpowiedzi. Łączny czas rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi nie może być dłuższy niż 60 dni od daty wpływu reklamacji.
 7. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia, lub spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia mają prawo do zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz do Rzecznika Finansowego.
 8. Podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich w rozumieniu ustawy z dnia 23 września 2016 roku o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla Towarzystwa jest Rzecznik Finansowy. Informacje dotyczące podmiotu uprawnionego dostępne są na stronie internetowej: <http://rf.gov.pl/>
 9. Ubezpieczający lub Ubezpieczony będący konsumentem, który ma miejsce zamieszkania na terenie państwa członkowskiego Unii Europejskiej, w związku z umową ubezpieczenia zawartą przez Internet, ma prawo - w celu rozstrzygania sporów w trybie pozasądowym - skorzystać z europejskiej platformy internetowego rozstrzygania sporów o nazwie platforma ODR (ang. online dispute resolution), która jest dostępna na stronie internetowej: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> Skargę Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego będącego konsumentem w ramach platformy ODR rozpatrywać może tylko jeden z uprawnionych podmiotów (podmiot ADR) i tylko wówczas, gdy Towarzystwo

i Ubezpieczający lub Ubezpieczony wcześniej zgodzą się na rozpatrzenie sprawy przez określony podmiot ADR, zgodnie z jego regulaminem. Wykaz podmiotów uprawnionych znajduje się na stronie internetowej platformy ODR, wskazanej powyżej.

10. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 28 Przepisy zewnętrzne

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

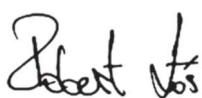
§ 29 Prawo wglądu do akt

Towarzystwo udostępnia na wniosek osób uprawnionych do odbioru świadczenia informacje i dokumenty, gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Towarzystwo udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Towarzystwo. Towarzystwo na wniosek tych osób udostępni informacje i dokumenty w postaci elektronicznej.

§ 30 Spory sądowe

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

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały uchwalone 14 marca 2023 roku przez Zarząd Towarzystwa z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 kwietnia 2023 roku.



ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU



GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU



ANNA GOŁĄBEK
WICEPREZES ZARZĄDU



MARIUSZ CZAJKA
WICEPREZES ZARZĄDU