SALTUS UBEZPIECZENIA

Indywidualne Ubezpieczenie Zdrowotne

SALTUS NA ZDROWIE

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Informacja o produkcie

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Indywidualne Ubezpieczenie Zdrowotne SALTUS NA ZDROWIE

SALTUS UBEZPIECZENIA

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą w Sopocie (SALTUS TUW) 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 pod numerem KRS 0000117377, NIP 1180130637

Produkt: Indywidualne Ubezpieczenie Zdrowotne SALTUS NA ZDROWIE

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje umowne podane są w Ogólnych Warunkach Indywidualnego Ubezpieczenia Zdrowotnego SALTUS NA ZDROWIE uchwalonych w dniu 14 marca 2023 roku przez Zarząd SALTUS TUW i mających zastosowanie do umów zawieranych od dnia 1 kwietnia 2023 roku (OWU) oraz w treści dokumentu ubezpieczenia.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie Zdrowotne, Indywidualne. Dział II, Grupa 1 i 2 zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ Zdrowie Ubezpieczonego
- ✓ SALTUS TUW udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie:
  - udostępnienia oraz pokrycia kosztów ambulatoryjnych usług medycznych realizowanych w placówkach Partnerów Medycznych na podstawie skierowania lekarskiego,
  - organizacji oraz pokrycia kosztów wizyt domowych po nieszczęśliwym wypadku,
  - organizacji oraz pokrycia lub zwrotu kosztów usług wspierających powrót do zdrowia: infolinii medycznej i walki z boreliozą.
- ✓ Szczegółowy wykaz świadczeń przysługujących Ubezpieczonym w ramach poszczególnych wariantów ubezpieczenia określa Katalog Usług Medycznych.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- ✗ Usług medycznych świadczonych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- ✗ Udzielenia usług medycznych i pokrycia kosztów usług medycznych nieuzasadnionych z medycznego punktu widzenia lub nie wykazanych w Katalogu Usług medycznych dla danego wariantu ubezpieczenia.
- ✗ Udzielenia i pokrycia kosztów usług medycznych ponad limity przysługujące do wykorzystania w roku polisowym, zgodnie z Katalogiem Usług Medycznych.

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pokrycia kosztów usług medycznych wykonanych z powodu lub w następstwie:

- ! działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wewnętrznych zamieszek, strajków, rozruchów, lokautów oraz aktów terroryzmu i sabotażu,
- ! reakcji jądrowej, skażenia radioaktywnego, skażenia lub zanieczyszczenia odpadami przemysłowymi, działania broni biologicznej lub chemicznej, promieni laserowych i maserowych oraz pola magnetycznego i elektromagnetycznego,
- ! popełnienia lub usiłowania popełnienia przez osobę objętą ubezpieczeniem przestępstwa, stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu,
- ! pełnienia przez Ubezpieczonego czynnej służby w siłach zbrojnych jakiegokolwiek państwa,
- ! uczestniczenia Ubezpieczonego w bójkach, z wyjątkiem działania w obronie koniecznej,
- ! usiłowania popełnienia samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na jego własną prośbę,
- ! 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,
- ! działania Ubezpieczonego w stanie lub warunkach choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego,
- ! poddania się Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarzy,
- ! niewłaściwego leczenia lub niewłaściwie wykonanych zabiegów leczniczych, chyba że leczenie lub zabiegi zostały wykonane zgodnie ze wskazaniem lekarskim,
- ! 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,
- ! uczestniczenia w rajdach, wyścigach lub próbach prędkościowych,
- ! uprawiania sportów wysokiego ryzyka: sporty motorowe, jazda na quadach, sporty motorowodne (w tym narciarstwo wodne), żeglarstwo morskie, wędkarstwo morskie, surfing, windsurfing, kitesurfing, wakeboarding, rafting, canyoning, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, nurkowanie na zatrzymanym oddechu, nurkowanie wrakowe i jaskiniowe, szybownictwo, baloniarstwo, skoki ze spadochronem, BASE jumping, lotniarstwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, pilotowanie samolotów silnikowych, wspinaczka wysokogórska, skalna i skałkowa, speleologia przy użyciu sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego lub wymagająca użycia takiego sprzętu, jazda na nartach 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 surwiwalowych 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,
- ! przewozu lotniczego Ubezpieczonego w charakterze innym niż pasażer samolotu pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
- ! wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ Na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

- Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są podać do wiadomości SALTUS TUW wszystkie znane sobie okoliczności, które mogą mieć wpływ na podjęcie przez SALTUS TUW decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia, przez udzielenie przy zawieraniu bądź przystępowaniu do umowy ubezpieczenia zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania SALTUS TUW zawarte w formularzach SALTUS TUW 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.
- Terminowe opłacanie składki ubezpieczeniowej.
- Ubezpieczający oraz Ubezpieczony zobowiązani są do powiadamiania SALTUS TUW o zmianie swojego adresu zamieszkania lub siedziby.
- W przypadku konieczności skorzystania z konsultacji lekarskiej lub badania diagnostycznego przesłanie kopii lub skanu skierowania lekarskiego na daną usługę do SALTUS TUW.
- Jeżeli Ubezpieczony w ramach usługi medycznej, walka z boreliozą wybierze możliwość zwrotu poniesionych kosztów leczenia i/lub poniesie koszty antybiotykoterapii to obowiązany jest przesłać do SALTUS TUW imienną fakturę lub rachunek za te usługi wystawioną na Ubezpieczonego wraz z wypełnionym formularzem zgłoszenia roszczenia, w terminie 30 dni od daty wystawienia faktury lub rachunku.
- W przypadku konieczności skorzystania z usługi medycznej wizyty domowej po nieszczęśliwym wypadku przesłanie kopii lub skanu dokumentacji potwierdzającej wystąpienie nieszczęśliwego wypadku - na prośbę SALTUS TUW.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka ubezpieczeniowa opłacana jest jednorazowo za cały okres ubezpieczenia, chyba że w umowie ubezpieczenia ustalono płatność składki w miesięcznych ratach.

Składka lub pierwsza rata składki powinna być opłacona do 25 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc rozpoczęcia ochrony.

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.

Składkę ubezpieczeniową opłaca się przelewem na rachunek bankowy SALTUS TUW.

Za dzień zapłaty składki uważa się dzień dokonania zlecenia przelewu lub złożenia polecenia zapłaty w banku lub w urzędzie pocztowym na właściwy rachunek SALTUS TUW, pod warunkiem, że na rachunku Ubezpieczającego znajdowała się wystarczająca ilość środków pozwalająca na zrealizowanie zlecenia; w odmiennym przypadku za dzień zapłaty uznaje się dzień wpływu kwoty składki na rachunek SALTUS TUW.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

- Odpowiedzialność SALTUS TUW rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po zawarciu umowy ubezpieczenia i zapłaceniu składki lub pierwszej raty składki.
- W przypadku nieopłacenia składki lub pierwszej raty składki lub opłacenia ich w niepełnej wysokości ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się.
- Umowa ubezpieczenia zawierana jest na 1 rok i 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.
- Ochrona ubezpieczeniowa kończy się:
  - z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego,
  - z dniem upływu okresu wypowiedzenia,
  - z dniem rozwiązania umowy na wniosek Ubezpieczającego,
  - z dniem śmierci Ubezpieczającego.
- Zakończenie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczającego jest równoznaczne z zakończeniem odpowiedzialności w stosunku do Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową wraz z Ubezpieczającym, przy czym w przypadku śmierci Ubezpieczającego, ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową wraz z Ubezpieczającym trwa do końca okresu, za który została opłacona składka.

Jak rozwiązać umowę?

1. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia doręczenia mu przez SALTUS TUW dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia, przez złożenie SALTUS TUW pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia; odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim SALTUS TUW udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
2. W przypadku nieopłacenia kolejnej raty składki ubezpieczeniowej, lub opłacenia kolejnej raty składki w niepełnej wysokości, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty tej raty 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.
3. Jeżeli kolejna rata składki lub jej brakująca część nie zostaną opłacone w dodatkowym terminie wskazanym w ust.2, umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem na ostatni dzień dodatkowego terminu wskazanego w ust.2.
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. Na wniosek Ubezpieczającego umowa ubezpieczenia może zostać rozwiązana przed upływem okresu ubezpieczenia, z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca następującego po miesiącu, w którym doręczono do SALTUS TUW wniosek o wcześniejsze rozwiązanie umowy ubezpieczenia.

Informacja o produkcie – Indywidualne Ubezpieczenie Zdrowotne
SALTUS NA ZDROWIE
Stan zgodny z OWU Indywidualnego Ubezpieczenia Zdrowotnego
SALTUS NA ZDROWIE
uchwalonymi przez Zarząd SALTUS TUW
w dniu 14 marca 2023 r.

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń
lub wartości wykupu ubezpieczenia:
§2, §3, §4, §5, §10, §11, §12.

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające
do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia:
§2, §5.

Spis treści

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE **3**

§ 1. (postanowienia ogólne) 3
§ 2. (definicje) 3
§ 3. (zakres i warianty ubezpieczenia) 4

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA **4**

§ 4. (przedmiot i zakres ubezpieczenia) 4
§ 5. (wyłączenia odpowiedzialności) 4

III. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA **4**

§ 6. (składka ubezpieczeniowa) 4

IV. UMOWA UBEZPIECZENIA **4**

§ 7. (zawarcie umowy ubezpieczenia) 4
§ 8. (czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa) 4
§ 9. (odstąpienie, wypowiedzenie umowy i inne przypadki rozwiązania umowy) 5

V. REALIZACJA ŚWIADCZENIA **5**

§ 10. (realizacja świadczeń w placówkach Partnerów Medycznych) 5
§ 11. (realizacja zwrotu kosztu usług medycznych poniesionych na walkę z boreliozą) 5
§ 12. (wymagane dokumenty) 5

VI. PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY **5**

§ 13. (obowiązki Ubezpieczającego przed zawarciem umowy ubezpieczenia) 5
§ 14. (obowiązki Towarzystwa) 5

VII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE **5**

§ 15. (zasady korespondencji) 5
§ 16. (tryb składania i rozpatrywania reklamacji) 5
§ 17. (przepisy zewnętrzne) 6
§ 18. (prawo wglądu do akt) 6
§ 19. (spory sądowe) **6**

SALTUS UBEZPIECZENIA

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO SALTUS NA ZDROWIE

I. 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 fizycznymi posiadającymi pełną zdolność do czynności prawnych, zwanymi dalej „Ubezpieczającymi".
2. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek (Ubezpieczonego). W takiej sytuacji postanowienia niniejszych OWU stosuje się odpowiednio również do Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem, że roszczenie o zapłatę składki przysługuje wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu.
3. Za porozumieniem stron, do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
4. W przypadku określonym w ust. 3, 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) **Centrum Umawiania Wizyt** – jednostka zajmująca się organizacją udzielania świadczeń zdrowotnych,
2) **choroba** – stan zdrowia Ubezpieczonego, wymagający zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, udzielenia usługi medycznej,
3) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczającego, które nie ukończyło 25 roku życia i w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje z Ubezpieczającym we wspólnym gospodarstwie domowym,
4) **infolinia medyczna** – jednostka działająca całodobowo udzielająca Ubezpieczonemu informacji o:
   a) działaniu leków, ich skutkach ubocznych i interakcjach,
   b) przygotowaniu do zabiegów medycznych,
   c) przygotowaniu do badań diagnostycznych,
   d) podmiotach leczniczych, w których świadczenia są opłacane przez płatnika publicznego i płatników prywatnych,
   e) aptekach czynnych całą dobę,
   f) zdrowym żywieniu

   i umożliwiająca telefoniczną konsultację z lekarzem, który udzieli informacji co do dalszego postępowania medycznego i organizująca wizyty domowe.
5) **Katalog Usług Medycznych** – lista usług medycznych, z których może korzystać Ubezpieczony w ramach wybranego wariantu ubezpieczenia, stanowiąca Załącznik nr 1 do niniejszych OWU,
6) **Konto klienta** – udostępniona Ubezpieczonemu przez Towarzystwo aplikacja umożliwiająca m.in. zamawianie usług medycznych,
7) **leczenie** – działanie medyczne, które wedle ogólnie uznanej wiedzy medycznej zostało podjęte w celu przywrócenia zdrowia, poprawienia stanu zdrowia lub zapobieżenia pogorszeniu się stanu zdrowia Ubezpieczonego,
8) **lekarz** – osoba posiadająca odpowiednie, formalnie potwierdzone kwalifikacje zawodowe, wykonująca zawód lekarza na terenie Rzeczpospolitej Polskiej w zakresie swoich kwalifikacji i uprawnień, niebędąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym ani osobą bliską dla Ubezpieczonego; za osobę bliską rozumie się małżonka, osoby niespokrewnione prowadzące wspólne gospodarstwo domowe, rodzeństwo, rodziców, ojczyma, macochę, dzieci, pasierbów, teściów, zięciów, synowe, dziadków, wnuków, przysposobionych i przysposabiających,
9) **limit** – maksymalna liczba określonych usług medycznych lub maksymalny łączny koszt określonej usługi medycznej przysługujący Ubezpieczonemu w roku polisowym. Limity usług są określone w Katalogu Usług Medycznych,
10) **małżonek** – osoba, z którą Ubezpieczający pozostaje w związku małżeńskim w dacie wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa albo inna osoba (partner) wskazana we wniosku niespokrewniona z Ubezpieczonym w linii prostej, niebędąca rodzeństwem ani powinowatym z Ubezpieczonym, która w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przez co najmniej 12 miesięcy, wspólnie z Ubezpieczającym prowadziła gospodarstwo domowe, a przy tym żadna z wymienionych osób nie pozostawała w związku małżeńskim,
11) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym występujące w okresie ubezpieczenia, w następstwie którego Ubezpieczony, niezależne od swojej woli, doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia,
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, przez który Towarzystwo ponosi odpowiedzialność związaną z udzielaną ochroną ubezpieczeniową w stosunku do danego Ubezpieczonego,
14) **Partner Medyczny** – placówka medyczna, udzielająca świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonym objętym ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWU,
15) **placówka medyczna** – podmiot leczniczy będący w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa podmiotem udzielającym świadczenia zdrowotne,
16) **polisa** – dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia,
17) **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),
18) **rok polisowy** – okres 12 miesięcy liczonych od dnia rocznicy polisy do dnia poprzedzającego kolejną rocznicę polisy,
19) **skierowanie lekarskie** – pisemne zlecenie wykonania badania diagnostycznego lub konsultacji lekarskiej (w postaci papierowej lub elektronicznej), stanowiące cześć dokumentacji medycznej Ubezpieczonego wystawione przez uprawnionego na mocy obowiązującego prawa pracownika medycznego,
20) **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 surwiwalowych 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,
21) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna będąca stroną umowy ubezpieczenia,
22) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rachunek której zawarto umowę ubezpieczenia,
23) **usługa medyczna** – uzasadnione z medycznego punktu widzenia działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wymienione w Katalogu Usług Medycznych,
24) **walka z boreliozą** – jeżeli Ubezpieczony, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zostanie ukąszony przez kleszcza Towarzystwo zapewnia organizację i pokrycie lub zwrot kosztów usługi medycznej zapobiegającej zachorowaniu na choroby przenoszone przez kleszcze. Usługa medyczna zapobiegająca zachorowaniu na choroby przenoszone przez kleszcze obejmuje:
   a) wizytę lekarską przeprowadzoną w celu usunięcia kleszcza zagnieżdżonego w ciele Ubezpieczonego;
   b) transport kleszcza do odpowiedniego laboratorium w celu wykonania badania kleszcza pod kątem nosicielstwa patogenów borrelia burgdorferi lub babesia divergens;
   c) antybiotykoterapię jeżeli w wyniku badania okaże się, że kleszcz jest nosicielem patogenów borrelia burgdorferi lub babesia divergens, a lekarz prowadzący leczenie zlecił Ubezpieczonemu poddanie się leczeniu antybiotykami, Towarzystwo zwraca koszty antybiotyków na podstawie imiennych rachunków.

   Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, do limitu dwóch takich zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym.
25) **wariant ubezpieczenia** – wybrany przez Ubezpieczającego zakres świadczeń objętych ochroną ubezpieczeniową. Informacja o wybranym wariancie jest podana na polisie,
26) **wizyta domowa po nieszczęśliwym wypadku** – konsultacja lekarska udzielana przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w przypadku wystąpienia pogorszenia zdrowia wskutek nieszczęśliwego wypadku i przy braku możliwości skorzystania z usługi medycznej w placówce medycznej. Wizyty domowe realizowane są w zakresie terytorialnym i w godzinach określonych przez infolinię medyczną. Wizyty domowe nie obejmują medycznych czynności ratunkowych zgodnie z zapisami ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym,
27) **wyczynowe uprawianie sportu** – udział w regularnych treningach, zawodach, obozach kondycyjnych, zgrupowaniach, w celu uzyskania maksymalnych wyników sportowych,
28) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – skorzystanie przez Ubezpieczonego z usługi medycznej.

§ 3. (zakres i warianty ubezpieczenia)

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
   1) leczenie ambulatoryjne,
   2) walkę z boreliozą,
   3) infolinię medyczną.
2. Ubezpieczający wskazuje we wniosku wybrany wariant i opcję ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający ma do wyboru dwa warianty ubezpieczenia:
   1) wariant OPTYMALNY,
   2) wariant KOMFORTOWY.
4. Ubezpieczający ma do wyboru dwie opcje wariantów ubezpieczenia:
   1) opcja indywidualna, w której ochroną jest objęty jedynie Ubezpieczający,
   2) opcja rodzinna, w której ochroną jest objęty Ubezpieczający wraz z małżonkiem lub Ubezpieczający wraz z dzieckiem/dziećmi, lub Ubezpieczający wraz z małżonkiem i dzieckiem/dziećmi.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 4. (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo, na podstawie niniejszych OWU, udziela Ubezpieczonym ochrony ubezpieczeniowej w zakresie:
   1) organizacji, udostępnienia oraz pokrycia kosztów usług medycznych realizowanych u Partnerów Medycznych,
   2) usług infolinii medycznej.
3. Szczegółowy wykaz świadczeń przysługujących Ubezpieczonym w ramach poszczególnych wariantów ubezpieczenia określa Katalog Usług Medycznych.
4. Zakres ubezpieczenia wskazany w niniejszych OWU obejmuje usługi medyczne świadczone na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w okresie ubezpieczenia.
5. Wybrany wariant ubezpieczenia wskazany jest przez Ubezpieczającego we wniosku.
6. W tym samym czasie Ubezpieczony może być objęty odpowiedzialnością Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia zawartego na podstawie niniejszych OWU, wyłącznie w ramach jednego wariantu ubezpieczenia.

§ 5. (wyłączenia odpowiedzialności)

1. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pokrycia kosztów usług medycznych wykonanych z powodu lub w następstwie:
   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) uprawiania sportów wysokiego ryzyka,
   14) przewozu lotniczego Ubezpieczonego w charakterze innym niż pasażer samolotu pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
   15) wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu.
2. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone jest także udzielenie usługi medycznej i pokrycie kosztów usługi medycznej nieuzasadnionej z medycznego punktu widzenia lub nie wykazanej w Katalogu Usług medycznych dla danego wariantu ubezpieczenia.

III. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 6. (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 i stan zdrowia.
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. 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.
5. Składkę opłaca się przelewem na rachunek bankowy Towarzystwa.
6. Za dzień zapłaty uważa się dzień dokonania zlecenia przelewu lub złożenia polecenia zapłaty w banku lub w urzędzie pocztowym na właściwy rachunek Towarzystwa, pod warunkiem że na rachunku Ubezpieczającego znajdowała się wystarczająca ilość środków pozwalająca na zrealizowanie zlecenia; w odmiennym przypadku za dzień zapłaty uznaje się dzień wpływu kwoty składki na rachunek Towarzystwa.
7. W przypadku ustania ochrony ubezpieczeniowej przed zakończeniem okresu ubezpieczenia, Towarzystwo na wniosek Ubezpieczającego, dokona zwrotu części składki ubezpieczeniowej przypadającej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

IV. UMOWA UBEZPIECZENIA

§ 7. (zawarcie umowy ubezpieczenia)

1. Podstawą zawarcia umowy ubezpieczenia jest złożenie przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Wraz z Ubezpieczającym, ochroną ubezpieczeniową mogą zostać objęci małżonek i dzieci Ubezpieczającego w opcji rodzinnej.
3. Ubezpieczeniem mogą zostać objęte osoby, które w dniu składania wniosku ubezpieczeniowego nie ukończyły 67 roku życia.
4. Jeżeli strony nie umówią się inaczej, do zawarcia umowy dochodzi z chwilą akceptacji przez Towarzystwo wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 7 - 9.
5. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zawierania umowy ubezpieczenia przez telefon lub za pośrednictwem Internetu.
6. Na dowód zawarcia umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wystawia dokument ubezpieczenia.
7. 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.
8. W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego, o którym mowa w ust. 7, uważa się, że umowa doszła do skutku zgodnie z treścią dokumentu ubezpieczenia, od następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
9. W przypadku zgłoszenia przez Ubezpieczającego sprzeciwu, o którym mowa w ust. 7, 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.

§ 8. (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 § 9 ust. 1,
   2) z dniem upływu okresu wypowiedzenia w trybie określonym w § 9 ust. 3,
   3) z dniem rozwiązania umowy w trybie określonym w § 9 ust. 6,
   4) z dniem śmierci Ubezpieczającego, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. Zakończenie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczającego jest równoznaczne z zakończeniem odpowiedzialności w stosunku do Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową wraz z Ubezpieczającym, przy czym w przypadku śmierci Ubezpieczającego, ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową wraz z Ubezpieczającym trwa do końca okresu, za który została opłacona składka.

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

§ 9. (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 kolejnej raty składki w niepełnej wysokości, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty tej raty 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.
3. Jeżeli kolejna rata składki lub jej brakująca część nie zostaną opłacone w dodatkowym terminie wskazanym w ust. 2, umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem na ostatni dzień dodatkowego terminu wskazanego w ust. 2. 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.

V. REALIZACJA ŚWIADCZENIA

§ 10. (realizacja świadczeń w placówkach Partnerów 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 .
2. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do określenia własnych preferencji dotyczących wskazania: lokalizacji placówki, terminu konsultacji lub lekarza w ramach sieci Partnerów Medycznych.
3. W przypadku realizacji świadczeń zdrowotnych we wskazanej przez Towarzystwo placówce medycznej, czas oczekiwania na konsultację lekarską nie powinien przekraczać 7 dni roboczych.
4. W przypadku realizacji preferencji Ubezpieczonego, o których mowa w ust. 2, nie obowiązują parametry dostępności określone w ust. 3, a terminy ustalane są indywidualnie, z uwzględnieniem dostępności danej usługi medycznej.
5. Przed skorzystaniem z usługi medycznej w placówce Partnera Medycznego, Ubezpieczony zobowiązany jest okazać ważny dokument ze zdjęciem, potwierdzający tożsamość.
6. Koszt usług medycznych umówionych za pośrednictwem Centrum Umawiania Wizyt ponosi Towarzystwo.

§ 11. (realizacja zwrotu kosztu usług medycznych poniesionych na walkę z boreliozą)

1. Jeżeli Ubezpieczony w ramach usługi medycznej, walka z boreliozą wybierze możliwość zwrotu poniesionych kosztów leczenia i/lub poniesie koszty antybiotykoterapii to obowiązany jest przesłać do Towarzystwa imienną fakturę lub rachunek za te usługi wystawioną na Ubezpieczonego wraz z wypełnionym formularzem zgłoszenia roszczenia, w terminie 30 dni od daty wystawienia faktury lub rachunku.
2. W przypadku opisanym w ust. 1, zwrot całości lub części kosztów usług medycznych zostanie dokonany na rachunek bankowy Ubezpieczonego, podany we wniosku o zwrot kosztów.
3. Jeżeli w ramach zakresu świadczeń zostanie przekroczy 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.

§ 12. (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 usługi medycznej: konsultacji lekarskiej lub 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 przesyłać 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.

VI. PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

§ 13. (obowiązki Ubezpieczającego przed zawarciem umowy ubezpieczenia)

1. Ubezpieczający/Ubezpieczony zobowiązany jest 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 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia postanowień ust. 1 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie przewidziane umową i jego następstwa prawne są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

§ 14. (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.

VII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 15. (zasady korespondencji)

1. Wypowiedzenia, odstąpienia oraz wszelkie inne zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Towarzystwa, Ubezpieczającego, 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.

§ 16. (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, 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.

§ 17. (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.

§ 18. (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.

§ 19. (spory sądowe)

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

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

Załącznik nr 1 – Katalog Usług Medycznych

Usługa medyczna	Wariant OPTYMALNY	Wariant KOMFORTOWY
Infolinia medyczna	Bez limitów	Bez limitów
Konsultacje lekarzy specjalistów: chirurga, dermatologa, kardiologa, neurologa, okulisty, otolaryngologa, urologa	Limit 6 konsultacji w roku polisowym	Limit 8 konsultacji w roku polisowym
diabetologa, gastrologa, onkologa, ortopedy, proktologa, pulmonologa, reumatologa	brak	
Badania diagnostyczne: badania RTG, USG: gruczołu krokowego, jamy brzusznej, jąder, miednicy mniejszej przez powłoki brzuszne, piersi, transrektalne stercza, układu moczowego, węzłów chłonnych pachwinowych, węzłów chłonnych szyjnych, węzłów pachowych	Limit 6 badań w roku polisowym	Limit 8 badań w roku polisowym
Badania USG: krtani, mięśni, mięśnia dwugłowego, nadgarstka, palca, przezciemiączkowe, stawów biodrowych u dzieci, stawów ręki, stawu barkowego, stawu biodrowego, stawu kolanowego, stawu łokciowego, stawu skokowego, ścięgna, ślinianek, tarczycy, tkanek miękkich, więzadeł	brak	
Wizyty domowe po nieszczęśliwym wypadku	Limit 2 zdarzeń w roku polisowym	Limit 2 zdarzeń w roku polisowym
Walka z boreliozą: a. konsultacja lekarską z usunięciem kleszcza b. badanie kleszcza c. antybiotykoterapia	Limit 2 zdarzeń do kwoty łącznej 500 zł w roku polisowym	Limit 2 zdarzeń do kwoty łącznej 500 zł w roku polisowym

SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych
81-743 Sopot, ul. Władysława IV 22
tel.: 801 888 666, 58 770 36 90
e-mail: info@saltus.pl
www.saltus.pl