

Indywidualne Ubezpieczenie na Życie
ACTI FINANSE PLUS HIPOTEKI

Dokument zawierający informacje
o produkcie ubezpieczeniowym

Informacja o produkcie

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Karta Produktu

Indywidualne Ubezpieczenie na Życie ACTI FINANSE PLUS HIPOTEKI

SALTUS
UBEZPIECZENIA

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

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

Produkt: Indywidualne Ubezpieczenie na Życie ACTI FINANSE PLUS HIPOTEKI

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje na temat umowy dotyczące niniejszego produktu ubezpieczeniowego podane są w Ogólnych Warunkach Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ACTI FINANSE PLUS HIPOTEKI uchwalonych w dniu 19 maja 2021 roku przez Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA oraz w treści dokumentu ubezpieczenia.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Indywidualne Ubezpieczenie na Życie ACTI FINANSE PLUS HIPOTEKI jest dobrowolnym ubezpieczeniem indywidualnym na życie z Działu I Grupy 1 i 5 zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Ubezpieczenie jest propozycją dla osób poszukujących ochrony ubezpieczeniowej, które chcą zabezpieczyć spłatę pożyczki.



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ W przypadku zakresu podstawowego obowiązującego w każdym przypadku przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczającego.
Za opłatą dodatkowej składki ubezpieczeniowej zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - 1) całkowitą niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczającego w wyniku nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ubezpieczenia,
 - 2) poważne zachorowanie Ubezpieczającego, które z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w OWU po raz pierwszy zostało zdiagnozowane w okresie odpowiedzialności SALTUS TU ŻYCIE SA,
 - 3) pobyt Ubezpieczającego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 4) śmierć małżonka Ubezpieczającego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
- ✓ Istnieje możliwość ochrony z sumą ubezpieczenia malejącą w trakcie okresu ochrony (wariant I) lub ze stałą sumą ubezpieczenia przez cały okres ubezpieczenia (wariant II).
- ✓ W wariantcie I z malejącą sumą ubezpieczenia SALTUS TU ŻYCIE SA jest zobowiązane do wypłaty:
 - Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczającego, w kwocie wskazanej w Harmonogramie wysokości świadczeń na dzień śmierci Ubezpieczającego, z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z OWU, wypłacanego osobie lub osobom uprawnionym do świadczenia ubezpieczeniowego,a w razie rozszerzenia ochrony ubezpieczeniowej o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - Świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania, w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z OWU, wypłacanego Ubezpieczającemu,
 - Świadczenia z tytułu całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczającego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w kwocie wskazanej w Harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zdarzenia, z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z OWU, wypłacanego Ubezpieczającemu,
 - Świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczającego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z OWU, wypłacanego Ubezpieczającemu w formie dziennego świadczenia szpitalnego w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia, przy czym wysokość łącznych świadczeń, związanych z pobytem Ubezpieczającego w szpitalu w następstwie jednego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 90 dni; jeżeli w jednym dniu Ubezpieczający był pacjentem dwu lub większej liczby szpitali, SALTUS TU ŻYCIE SA wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za ten dzień tylko jeden raz,
 - Świadczenia z tytułu śmierci małżonka Ubezpieczającego w kwocie wskazanej w Harmonogramie wysokości świadczeń na dzień śmierci małżonka, z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z OWU, wypłacanego Ubezpieczającemu.
- ✓ W wariantcie II ze stałą sumą ubezpieczenia SALTUS TU ŻYCIE SA jest zobowiązane do wypłaty:
 - Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczającego w kwocie wskazanej w Harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z OWU, wypłacanego osobie lub osobom uprawnionym do świadczenia ubezpieczeniowego,a w razie rozszerzenia ochrony ubezpieczeniowej o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - Świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania, w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z OWU, wypłacanego Ubezpieczającemu,
 - Świadczenia z tytułu całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczającego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w kwocie wskazanej w Harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z OWU, wypłacanego Ubezpieczającemu,
 - Świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczającego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z OWU - wypłacanego Ubezpieczającemu w formie dziennego świadczenia szpitalnego w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia, przy czym wysokość łącznych świadczeń, związanych z pobytem Ubezpieczającego w szpitalu w następstwie jednego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 90 dni; jeżeli w jednym dniu Ubezpieczający był pacjentem dwu lub większej liczby szpitali, SALTUS TU ŻYCIE SA wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za ten dzień tylko jeden raz,
 - Świadczenia z tytułu śmierci małżonka Ubezpieczającego w wysokości wskazanej w Harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z OWU, wypłacanego Ubezpieczającemu.



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- ✗ Zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową powstałych poza okresem ubezpieczenia.
- ✗ Zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienia fizyczne i moralne.
- ✗ Wystąpienia poważnego zachorowania u Ubezpieczającego, którego przyczyną nie był nieszczęśliwy wypadek, jeżeli zdiagnozowanie nastąpiło w okresie 3 miesięcy od daty rozpoczęcia odpowiedzialności.



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

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

- ! czynnego udziału w działaniach wojennych, wojnach, inwazjach, wojnach domowych, powstaniach, rewolucjach, stanach wojennych, jeżeli Ubezpieczający służy, został powołany do wojska lub do organizacji militarnej, lub dobrowolnie wstąpił do w/w jednostek, lub bierze udział w w/w zdarzeniach w związku z wykonywaną pracą: korespondenta wojennego, wolontariusza lub pracownika organizacji humanitarnych,
- ! świadomego, dobrowolnego, niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczającego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroru, z wyłączeniem przypadków obrony koniecznej,
- ! umyślnego popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczającego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu,
- ! zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych użyciem: opiatów, kanabinoli, kokainy, halucynogenów; zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych odurzeniem się lotnymi rozpuszczalnikami organicznymi; zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych naprzemiennym przyjmowaniem środków wyżej wymienionych i innych środków psychoaktywnych
- ! samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczającego w okresie pierwszych dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia

o ile powyższe okoliczności miały wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

SALTUS TU ŻYCIE SA nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczającego, całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczającego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, śmierci małżonka Ubezpieczającego w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz pobytu Ubezpieczającego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku będących wynikiem:

- ! uprawiania sportów wysokiego ryzyka,
- ! wyczynowego i zawodowego uprawiania sportów,
- ! samookaleczenia się,
- ! działania w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości albo działania pod wpływem innych środków odurzających, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniami lekarza, przy czym stan nietrzeźwości zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi: stężenia we krwi powyżej 0,5‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³, stan po użyciu alkoholu zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ do 0,5‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm³,
- ! działania pod wpływem, w stanie lub warunkach choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego,
- ! przewozu lotniczego w charakterze innym niż pasażer samolotu pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
- ! poddania się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarzy,
- ! prowadzenia pojazdu bez wymaganego prawem uprawnienia do prowadzenia danego pojazdu,

o ile powyższe okoliczności miały wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.

- ! Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci małżonka Ubezpieczającego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczającego w wyniku nieszczęśliwego wypadku nie jest należne, jeżeli pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią małżonka Ubezpieczającego lub całkowitą niezdolnością do samodzielnej egzystencji nie istniał związek przyczynowy.
- ! Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu pobytu Ubezpieczającego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku nie jest należne, jeżeli pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a pobyt w szpitalu nie istniał związek przyczynowy.
- ! SALTUS TU ŻYCIE SA nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczającego w przypadku, gdy poważne zachorowanie jest następstwem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV, chyba że zakażenie nastąpiło w wyniku transfuzji krwi.
- ! Z ochrony ubezpieczeniowej, wyłączone są poważne zachorowania Ubezpieczającego, które są następstwem lub konsekwencją wady wrodzonej lub schorzenia wrodzonego.
- ! W przypadku wystąpienia drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania Ubezpieczającego, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, o ile nie pozostaje w związku przyczynowo – skutkowym z wcześniej rozpoznanym poważnym zachorowaniem Ubezpieczającego, w związku z którym SALTUS TU ŻYCIE SA wypłaciło świadczenie z tytułu dodatkowego zdarzenia ubezpieczeniowego.
- ! W przypadku wydania kolejnego orzeczenia o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczającego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, o ile nie pozostaje ono w związku przyczynowo – skutkowym z wcześniej zaistniałym nieszczęśliwym wypadkiem, w związku z którym wydano orzeczenie o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji.



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ Na terytorium całego świata.



Co należy do obowiązków Ubezpieczającego?

- Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości SALTUS TU ŻYCIE SA wszystkie znane sobie okoliczności, które mogą mieć wpływ na podjęcie przez SALTUS TU ŻYCIE SA decyzji o objęciu ochroną ubezpieczeniową, przez udzielenie przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania SALTUS TU ŻYCIE SA zawarte w formularzach SALTUS TU ŻYCIE SA lub przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez SALTUS TU ŻYCIE SA umowy mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
- W przypadku gdy łączna suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczającego, niezależnie od liczby umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ACTI FINANSE PLUS i/lub Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ACTI FINANSE PLUS HIPOTEKI i/lub Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ACTI FINANSE PLUS GOTÓWKI nie przekracza 100 000,00 zł, wymagane jest złożenie przez Ubezpieczającego oświadczenia o stanie zdrowia w postaci ankiety medycznej zawartej we wniosku ubezpieczeniowym.
- W przypadku gdy łączna suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczającego, niezależnie od liczby umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ACTI FINANSE PLUS i/lub Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ACTI FINANSE PLUS GOTÓWKI i/lub Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ACTI FINANSE PLUS HIPOTEKI przekracza 100 000,00 zł wymagane jest wypełnienie przez Ubezpieczającego kwestionariusza medycznego.
- Niezależnie od ww. postanowień SALTUS TU ŻYCIE SA może poprosić o wypełnienie kwestionariusza medycznego, przedstawienie dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia lub skierować na badania lekarskie.
- W przypadku gdy Ubezpieczający chce zawrzeć umowę ubezpieczenia w innym terminie niż umowę pożyczki, wymagane jest wypełnienie kwestionariusza medycznego, niezależnie od wysokości sumy ubezpieczenia.
- Powiadomianie SALTUS TU ŻYCIE SA o zmianie swojego adresu zamieszkania lub siedziby.
- Terminowe opłacanie składki ubezpieczeniowej.



Jak i kiedy należy opłacać składki?

Wysokość, częstotliwość opłacania oraz dzień wymagalności składki ubezpieczeniowej określona jest w umowie ubezpieczenia.

Składka ubezpieczeniowa płatna jest na rachunek bankowy wskazany w umowie ubezpieczenia. Za dzień zapłaty uznaje się dzień wpływu składki na rachunek SALTUS TU ŻYCIE SA.



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest maksymalnie na czas trwania umowy pożyczki wskazany w polisie ubezpieczeniowej. Do zawarcia umowy dochodzi z chwilą akceptacji przez SALTUS TU ŻYCIE SA wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, dzień początku odpowiedzialności SALTUS TU ŻYCIE SA wskazany jest w polisie.
2. Ochrona ubezpieczeniowa kończy się: z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego; z dniem upływu okresu wypowiedzenia przez Ubezpieczającego umowy ubezpieczenia; z dniem upływu okresu ubezpieczenia; na skutek rozwiązania umowy za porozumieniem stron, z dniem określonym w porozumieniu; z dniem doręczenia Ubezpieczającemu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez SALTUS TU ŻYCIE SA; z powodu nieopłacania składki z dniem upływu ostatniego dnia dodatkowego terminu do zapłaty składki, wskazanego w wezwaniu do zapłaty oraz z dniem śmierci Ubezpieczającego.



Jak rozwiązać umowę?

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu na jaki została zawarta.
2. Jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta jest na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia doręczenia mu przez SALTUS TU ŻYCIE SA polisy, przez złożenie do SALTUS TU ŻYCIE SA pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel nie poinformował ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie; odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim SALTUS TU ŻYCIE SA udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
3. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, w każdym czasie, z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
4. Jeżeli SALTUS TU ŻYCIE SA ponosi odpowiedzialność przed zaplaceniem składki ubezpieczeniowej, a składka ubezpieczeniowa lub pierwsza składka ubezpieczeniowa nie została zapłacona w terminie wymagalności, SALTUS TU ŻYCIE SA może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym. W braku wypowiedzenia umowy wygasa ona z końcem okresu, za który przypadała niezapłacona składka.
5. Wypowiedzenie umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres trwania odpowiedzialności SALTUS TU ŻYCIE SA.
6. Na wniosek Ubezpieczającego i za zgodą SALTUS TU ŻYCIE SA, umowa ubezpieczenia może zostać rozwiązana ze skutkiem na dzień doręczenia do SALTUS TU ŻYCIE SA wniosku o wcześniejsze zakończenie ochrony ubezpieczeniowej.
7. W przypadku nieopłacenia w dniu wymagalności kolejnej składki ubezpieczeniowej w całości lub w części, SALTUS TU ŻYCIE SA wezwie Ubezpieczającego do zapłaty tej składki lub jej brakującej części, wyznaczając w tym celu dodatkowy termin 14 dni. W wezwaniu do zapłaty SALTUS TU ŻYCIE SA powiadomi Ubezpieczającego o skutkach określonych w ust. 8.
8. Jeżeli kolejna składka ubezpieczeniowa lub jej brakująca część nie zostanie opłacona w dodatkowym terminie wskazanym w wezwaniu do zapłaty, o którym mowa w ust. 7, umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem na dzień, w którym upływa dodatkowy termin wskazany w wezwaniu do zapłaty, o którym mowa w ust. 7.

Informacja o produkcie
Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie
ACTI FINANSE PLUS HIPOTEKI
uchwalone przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA
w dniu 19 maja 2021 roku

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

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń:	§3 §16 §18
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia:	§ 3 ust.6 §4 §5

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ACTI FINANSE PLUS HIPOTEKI

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§1 (postanowienia ogólne)

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ACTI FINANSE PLUS HIPOTEKI, zwanych dalej OWU, SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie, zwane dalej „Towarzystwem”, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, zawiera umowę ubezpieczenia z osobą fizyczną posiadającą zdolność do czynności prawnych, zwaną dalej „Ubezpieczającym”.
2. W porozumieniu z Ubezpieczającym, do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
3. W przypadku określonym w ust. 2, Towarzystwo zobowiązane jest przedstawić Ubezpieczającemu różnicę między treścią umowy ubezpieczenia, a treścią OWU w formie pisemnej przed zawarciem umowy ubezpieczenia. W razie niedopełnienia tego obowiązku, Towarzystwo nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla Ubezpieczającego. Postanowienia tego nie stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych w drodze negocjacji.

§2 (definicje)

Przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWU:

- 1) **całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczającego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – trwałe naruszenie sprawności organizmu w wyniku nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ubezpieczenia, powodujące konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, ustalone na podstawie orzeczenia lekarskiego, wydanego przez podmiot uprawniony do orzekania niezdolności do samodzielnej egzystencji,
- 2) **dzień wymagalności składki ubezpieczeniowej** – dzień, w którym składka ubezpieczeniowa staje się wymagalna,
- 3) **karencja** – okres ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa występujący w sytuacjach wskazanych w umowie ubezpieczenia, uwzględniany w wyliczeniu składki ubezpieczeniowej,
- 4) **małżonek** – osoba, z którą Ubezpieczający pozostaje w związku małżeńskim w dacie wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa albo – w przypadku niepozostawania Ubezpieczającego w związku małżeńskim – osoba niespokrewniona z Ubezpieczającym w linii prostej, niebędąca rodzeństwem ani powinowatą, pozostająca z Ubezpieczającym w faktycznym wspólnym pożyciu (osoba ta musi, w dacie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed datą wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, posiadać miejsce zamieszkania identyczne z miejscem zamieszkania Ubezpieczającego), a przy tym nie pozostająca w związku małżeńskim i wskazana we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub innym dokumencie Towarzystwa,
- 5) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, mającą swoje źródło poza organizmem ludzkim, o charakterze losowym, w następstwie którego Ubezpieczający, niezależnie od swojej woli, doznał trwałego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł,
- 6) **okres ubezpieczenia** – okres, w którym Towarzystwo świadczy ochronę ubezpieczeniową,
- 7) **harmonogram wysokości świadczeń** – harmonogram określający wysokości świadczeń ubezpieczeniowych będący załącznikiem do polisy; sporządzony na podstawie pierwotnego harmonogramu spłat pożyczki,
- 8) **pierwotny harmonogram spłat pożyczki** – harmonogram spłat pożyczki aktualny na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 9) **pobyt Ubezpieczającego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt Ubezpieczającego w szpitalu, powstały w okresie ubezpieczenia, bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, trwający nieprzerwanie co najmniej 2 dni, przy czym do okresu pobytu w szpitalu zaliczane są w całości: dzień, w którym Ubezpieczający został przyjęty do szpitala oraz dzień, w którym Ubezpieczający został wypisany ze szpitala,
- 10) **polisa** – dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia między Ubezpieczającym a Towarzystwem,
- 11) **poważne zachorowanie Ubezpieczającego** – określone w niniejszych OWU zdarzenie dotyczące zdrowia Ubezpieczającego, które zaistniało w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, wymienione i zdefiniowane w § 3 ust. 6 (23 jednostki chorobowe),
- 12) **pożyczka (umowa pożyczki)** – umowa, na podstawie której pożyczkodawca zobowiązuje się do postawienia do dyspozycji pożyczkobiorcy środków finansowych, a pożyczkobiorca do spłaty zadłużenia na warunkach ustalonych w umowie. W niniejszych OWU pod pojęciem pożyczka (umowa pożyczki) rozumie się:
 - a) kredyt hipoteczny,
 - b) pożyczkę hipoteczną.
- 13) **pożyczkobiorca** – strona umowy pożyczki, której pożyczkodawca stawia do dyspozycji środki finansowe, oraz będąca zobowiązaną do spłaty zadłużenia na warunkach

ustalonych w umowie pożyczki,

- 14) **pożyczkodawca** – instytucja finansowa, która udzieliła pożyczki,
- 15) **sporty wysokiego ryzyka** – sporty wodne uprawiane na rzekach górskich, nurkowanie przy użyciu aparatów gazowych, surfing, windsurfing, kitesurfing, sporty motorowe i motorowodne, sporty spadochronowe, sporty balonowe, paralotniarstwo, szybownictwo, pilotowanie samolotów silnikowych, skoki bungee, sztuki walki i sporty obronne, sporty związane z użyciem broni, wspinaczka górską i skałkowa, speleologia, myślistwo, rugby, futbol amerykański, jazda konna, kolarstwo, jazda na nartach wodnych, narciarstwo zjazdowe, snowboard, bobsleje, saneczkarstwo, skoki narciarskie i akrobatyczne, narciarstwo ekstremalne, heliskiing, heliboarding, sporty, w których wykorzystywane są pojazdy poruszające się po śniegu lub lodzie, wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, góry powyżej 2500 m n.p.m., busz, obszary podbiegunowe, dżungla, tereny lodowcowe lub wiecznej zmarzliny albo udział w ekspedycjach wymagających użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego,
- 16) **szpital** – zakład opieki zdrowotnej przeznaczony do przyjmowania i leczenia osób, których stan zdrowia wymaga stałej, całodobowej obserwacji lub opieki lekarskiej i pielęgniarskiej,
- 17) **świadczenie ubezpieczeniowe** – świadczenie z tytułu zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, objętego zakresem ochrony ubezpieczeniowej,
- 18) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, będąca równocześnie Ubezpieczonym zawierająca z Towarzystwem na własny rachunek, na podstawie niniejszych OWU, umowę ubezpieczenia, której życie i zdrowie stanowi przedmiot ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy ubezpieczenia,
- 19) **Uposażony** – wskazana przez Ubezpieczającego, osoba uprawniona do świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci Ubezpieczającego. W przypadku, gdy Ubezpieczający wskazał pożyczkodawcę jako Uposażonego, będzie on nazywany w OWU Uposażonym pożyczkodawcą,
- 20) **wyczynowe uprawianie sportu** – udział w regularnych treningach, zawodach, obozach kondycyjnych, zgrupowaniach, w celu uzyskania maksymalnych wyników sportowych,
- 21) **zadłużenie** – kwota obejmująca wyłącznie wartość niespłaconego kapitału, zgodnie z pierwotnym harmonogramem spłat pożyczki,
- 22) **zawodowe uprawianie sportu** – uprawianie dyscyplin sportowych za wynagrodzeniem,
- 23) **zadanie ubezpieczeniowe** – zdarzenie, którego zajście zobowiązuje Towarzystwo do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego na zasadach określonych w OWU.

II: PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczającego.
 2. Zakres ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3 obejmuje śmierć Ubezpieczającego, która nastąpiła w okresie ubezpieczenia.
 3. Za opłatą dodatkowej składki zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o następujące dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - 1) całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczającego w wyniku nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ubezpieczenia,
 - 2) poważne zachorowanie Ubezpieczającego, które z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w ust. 6, po raz pierwszy zostało zdiagnozowane w okresie odpowiedzialności Towarzystwa,
 - 3) pobyt Ubezpieczającego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 4) śmierć małżonka Ubezpieczającego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
 4. Wybór dodatkowych zdarzeń ubezpieczeniowych wymienionych w ust. 3 może nastąpić wyłącznie przy składaniu wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
 5. Ubezpieczenie może być zawarte w jednym z dwóch wariantów:
 - a) W wariantcie I z malejącą sumą ubezpieczenia, w którym odpowiedzialność Towarzystwa polega na:
 - 1) w przypadku śmierci Ubezpieczającego - obowiązku wypłaty osobie uprawnionej świadczenia ubezpieczeniowego w kwocie wskazanej w Harmonogramie wysokości świadczeń na dzień śmierci Ubezpieczającego
 - a) w razie rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - 2) w przypadku wystąpienia u Ubezpieczającego poważnego zachorowania - obowiązku wypłaty Ubezpieczającemu świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia,
 - 3) w przypadku całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczającego w wyniku nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ubezpieczenia - obowiązku wypłaty Ubezpieczającemu świadczenia ubezpieczeniowego w kwocie wskazanej w Harmonogramie wysokości świadczeń na dzień wystąpienia zdarzenia,
 - 4) w przypadku pobytu Ubezpieczającego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku - obowiązku wypłaty Ubezpieczającemu świadczenia ubezpieczeniowego za każdy dzień pobytu w szpitalu w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia,
 - 5) w przypadku śmierci małżonka Ubezpieczającego w wyniku nieszczęśliwego wypadku - obowiązku wypłaty Ubezpieczającemu świadczenia ubezpieczeniowego w kwocie wskazanej w Harmonogramie wysokości świadczeń na dzień śmierci małżonka,
- z zastrzeżeniem postanowień § 4 i § 5 oraz §16 ust. 1 niniejszych OWU.

b) W wariancie II ze stałą sumą ubezpieczenia, w którym odpowiedzialność Towarzystwa polega na:

- 1) w przypadku śmierci Ubezpieczającego - obowiązku wypłaty osobie uprawnionej świadczenia ubezpieczeniowego w kwocie wskazanej w Harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia,

a) w razie rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe:

- 2) w przypadku wystąpienia u Ubezpieczającego poważnego zachorowania - obowiązku wypłaty Ubezpieczającemu świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia,
- 3) w przypadku całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczającego w wyniku nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ubezpieczenia - obowiązku wypłaty Ubezpieczającemu świadczenia ubezpieczeniowego w kwocie wskazanej w Harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 4) w przypadku pobytu Ubezpieczającego w szpitalu w celu leczenia obrażeń ciała powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku, obowiązku wypłaty Ubezpieczającemu świadczenia ubezpieczeniowego za każdy dzień pobytu w szpitalu w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia,
- 5) w przypadku śmierci małżonka Ubezpieczającego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, obowiązku wypłaty Ubezpieczającemu świadczenia ubezpieczeniowego w kwocie wskazanej w Harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia,

z zastrzeżeniem postanowień § 4 i § 5 oraz §16 ust. 2 niniejszych OWU.

6. Za poważne zachorowanie w rozumieniu niniejszych OWU uznaje się:

- 1) **zawał serca** - ostre niedokrwienie mięśnia sercowego, przy dowodach na obecność martwicy mięśnia sercowego, czyli:
 - a) wykryciu wzrostu biomarkera sercowego (najlepiej troponiny sercowej) powyżej górnej granicy normy oraz jednego z następujących:
 - objawów ostrego niedokrwienia mięśnia sercowego,
 - zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) typowych dla nowo powstałego niedokrwienia,
 - nowych odcinkowych zaburzeń kurczliwości uwidocznionych w badaniach obrazowych,
 - b) wzroście wartości troponiny sercowej po angioplastyce wieńcowej (przekraczającym 5-krotnie górną granicę normy przy prawidłowych wartościach wyjściowych lub wzrost wartości troponiny sercowej o 20% przy jej wyjściowym podwyższeniu) przy występujących dodatkowo:
 - objawach ostrego niedokrwienia mięśnia sercowego lub
 - zmianach w EKG lub
 - nowych odcinkowych zaburzeniach kurczliwości lub
 - uwidocznieniu obrazów angiograficznych zgodnych z powikłaniami zabiegu, które upośledzają przepływ w tętnicy wieńcowej,
 - c) stwierdzeniu zakrzepicy w stencie podczas koronarografii w przypadku niedokrwienia mięśnia sercowego ze wzrostem biomarkera sercowego powyżej górnej granicy normy,
 - d) wzroście wartości troponiny sercowej w związku z pomostowaniem tętnic wieńcowych - CABG (przekraczającym 10-krotnie górną granicę normy przy prawidłowych wartościach wyjściowych) przy występujących dodatkowo:
 - nowych zmianach w EKG lub
 - nowych odcinkowych zaburzeniach kurczliwości lub
 - uwidocznieniu obrazów angiograficznych nowego zamknięcia pomostu lub natywnej tętnicy wieńcowej,
- 2) **udar mózgu** - nagły stan chorobowy powodujący trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynacynienia krwi, niedokrwienie lub zator tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzonych badaniem lekarskim; z zakresu ubezpieczenia wyłączone są: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego oraz udar nie pozostawiający trwałego ubytku funkcji ośrodkowego układu nerwowego; rozpoznanie trwałego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego winno być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego (o ile takie badania były wykonywane) nie wcześniej jednak niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów. Konieczne jest przedstawienie dowodów na utracone ubytki neurologiczne,
- 3) **nowotwór złośliwy** - nowotwór (guz), charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek; rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym i przeprowadzone przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa; zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów; z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są:
 - rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy, rak szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne,
 - wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji),
 - czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) (≤ 1 mm, poziom II lub III, bez owrodzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 r.,

- nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), rak podstawkomórkowy skóry i rak kolczystokomórkowy skóry,
- wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

Za datę wystąpienia zdarzenia uznaje się datę pobrania materiału do badania histopatologicznego,

- 4) **niewydolność nerek** - przewlekłe, trwałe i całkowite uszkodzenie obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu; diagnoza musi być jednoznacznie potwierdzona dokumentacją medyczną,
- 5) **łagodny guz mózgu** - wszystkie guzy mózgu, które nie są klasyfikowane jako złośliwe, potwierdzone przez specjalistę neurochirurga, wymagające usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji powodujące trwałe ubytki neurologiczne; z zakresu ochrony wyłączone są: krwiaki, ziarniaki, cysty, guzy szyszynki lub przysadki mózgowej oraz malformacje naczyń mózgowych,
- 6) **przeszczep narządów** - przeszczepienie osobie objętej ubezpieczeniem jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów:
 - serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub
 - szpiku kostnego z zastosowaniem komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy,przy czym przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu,
- 7) **pomostowanie (bypass) naczyń wieńcowych** - przeprowadzenie operacji chirurgicznej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczępienie pomostu omijającego; operacja musi być poprzedzona angiografią wskazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe,
- 8) **angioplastyka wieńcowa** - pierwszorazowe leczenie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych z zastosowaniem angioplastyki balonowej, przeszkończej angioplastyki wieńcowej lub innych podobnych metod; przeprowadzenie takiej angioplastyki musi być uzasadnione medycznie na podstawie zalecenia specjalisty kardiologa oraz musi istnieć angiograficzne potwierdzenie istotnego zwężenia tętnicy wieńcowej,
- 9) **operacja aorty** - zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty; aorta definiowana jest jako jej odcinek piersiowy i brzuszny bez jej odgałęzień; ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty,
- 10) **anemia aplastyczna** - wystąpienie przewlekłej nieodwracalnej niewydolności szpiku, której rezultatem jest łączne wystąpienie niedokrwistości, trombocytopenii oraz granulocytopenii, wymagającej regularnego leczenia przynajmniej jednym z następujących sposobów:
 - przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych,
 - leczenie lekami immunosupresyjnymi,
 - leczenie czynnikami stymulującymi szpik,
 - przeszczepianie szpiku kostnego,przy czym rozpoznanie anemii aplastycznej musi być potwierdzone przez specjalistę hematologa,
- 11) **utrata wzroku w następstwie choroby** - całkowita, nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach spowodowana chorobą nie poddająca się korekcy; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę z ośrodka prowadzącego leczenie,
- 12) **oparzenia** - głębokie termiczne lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych obejmujące:
 - nie mniej niż 60 % całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia I stopnia,
 - nie mniej niż 40 % całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia II stopnia,
 - nie mniej niż 20 % całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia III stopnia;przy czym przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regulę dziewiątek”, przedstawioną w Tablicach do poważnego zachorowania, będących załącznikiem nr 1 do OWU; zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych,
- 13) **utrata mowy** - całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia w następstwie choroby, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę z zakresu laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby fałdów głosowych; zakres ubezpieczenia nie obejmuje jakichkolwiek przypadków utraty zdolności mówienia spowodowanych schorzeniami psychicznymi ani utraty zdolności mówienia, która może być skorygowana z zastosowaniem jakichkolwiek procedur terapeutycznych,
- 14) **schyłkowa niewydolność wątroby** (w tym schyłkowa niewydolność wątroby spowodowana wirusowym zapaleniem wątroby) - schyłkowa postać choroby (marskość) wątroby, powodująca co najmniej jeden z poniższych powodów:
 - wodobrzusze nie poddające się leczeniu,
 - trwała żółtaczka,
 - żylaki przełyku,
 - encefalopatia wrotna,przy czym zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków chorób wątroby wynikających z nadużywania alkoholu, leków i innych środków odurzających,
- 15) **śpiączka** - stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin; dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii; zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu i innych substancji odurzających,

- 16) **stwardnienie rozsiane** – zespół mnogich ubytków neurologicznych wywołanych demielinizacją mózgu lub rdzenia kręgowego, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy; rozpoznanie musi być ostateczne i postawione przez specjalistę neurologa oraz poprzedzone więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia,
- 17) **utrata kończyn** – amputacja lub całkowita i nieodwracalna utrata funkcji co najmniej dwóch kończyn z powodu choroby; w przypadku amputacji zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje:
 - w zakresie kończyn dolnych – amputację powyżej stawu skokowego,
 - w zakresie kończyn górnych – amputację powyżej nadgarstka,
- 18) **utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna, obustronna utrata słuchu spowodowana zachorowaniem; rozpoznanie musi nastąpić na podstawie badań audiometrycznych i być potwierdzone przez laryngologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym,
- 19) **choroba Parkinsona** – samoistna, postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodka układu nerwowego, spowodowana pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zaniku komórek produkujących dopaminę, charakteryzująca się występowaniem: drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, sztywności mięśniowej i niestabilności postawy, i skutkująca niemożnością wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego (poruszanie się po domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych, mycie i toaleta, ubieranie się, jedzenie); rozpoznanie choroby musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa,
- 20) **choroba Creutzfeldta-Jacoba (CJD)** – choroba ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzująca się postępującym ośpieniem i występowaniem drgawek mioklonicznych, klinicznie rozpoznana za życia osoby objętej ubezpieczeniem przez specjalistę neurologa i skutkująca niemożnością wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego (poruszanie się po domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych, mycie i toaleta, ubieranie się, jedzenie); warunkiem uznania roszczenia przez Towarzystwo jest stwierdzenie przez specjalistę neurologa pełnoobjawowej choroby Creutzfeldta – Jacoba przy jednoczesnej niepełnosprawności w zakresie w/w czynności życia codziennego,
- 21) **zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji** – zakażenie wirusem HIV lub rozpoznanie AIDS jako zakażenia, w przypadku którego można udowodnić, że zostało spowodowane przetoczeniem zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych w okresie ubezpieczenia, wykonanym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej u osób nie chorujących na hemofilię, pod warunkiem, że serokonwersja nastąpiła w ciągu 6 tygodni od daty przetoczenia krwi lub produktów krwiopochodnych,
- 22) **choroba Alzheimera** – upośledzenie lub utrata zdolności intelektualnej spowodowana nieodwracalnym zaburzeniem czynności mózgu, potwierdzona testami klinicznymi i kwestionariuszami odpowiednimi do diagnostyki choroby Alzheimera lub demencji, polegające na znaczącym upośledzeniu funkcji poznawczych; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela; ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje demencji spowodowanej chorobą AIDS, nadużywaniem alkoholu lub substancji odurzających,
- 23) **zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych** – zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, móżdżku) lub opon mózgowo-rdzeniowych o ciężkim przebiegu, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych, potwierdzonych przez specjalistę neurologa, a w przypadku zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego.

§4 (ograniczenia odpowiedzialności)

1. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona, gdy śmierć Ubezpieczającego nastąpiła wskutek:
 - 1) czynnego udziału w działaniach wojennych, wojnach, inwazjach, wojnach domowych, powstaniach, rewolucjach, stanach wojennych, jeżeli Ubezpieczający służy, został powołany do wojska lub do organizacji militarnej, lub dobrowolnie wstąpił do w/w jednostek, lub bierze udział w w/w zdarzeniach w związku z wykonywaną pracą: korespondenta wojennego, wolontariusza, lub pracownika organizacji humanitarnych,
 - 2) świadomego, dobrowolnego, niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczającego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroru, z wyłączeniem przypadków obrony koniecznej,
 - 3) umyślnego popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczającego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu,
 - 4) zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych użyciem: opiatów, kanabinoli, kokainy, halucynogenów; zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych odurzeniem się lotnymi rozpuszczalnikami organicznymi; zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych naprężeniem przyjmowaniem środków wyżej wymienionych i innych środków psychoaktywnych,
 - 5) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczającego w okresie pierwszych dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,

o ile powyższe okoliczności wymienione w pkt 1)–5) miały wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczającego, całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczającego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, śmierci małżonka Ubezpieczającego w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz pobytu Ubezpieczającego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku będących wynikiem:
 - 1) uprawiania sportów wysokiego ryzyka,
 - 2) wyczynowego i zawodowego uprawiania sportów,
 - 3) samookaleczenia się,
 - 4) działania w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości albo działania pod wpływem innych środków odurzających, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie

z zaleceniami lekarza, przy czym stan nietrzeźwości zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi: stężenia we krwi powyżej 0,5‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³, stan po użyciu alkoholu zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ do 0,5‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm³,

- 5) działania pod wpływem, w stanie lub warunkach choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego,
- 6) przewozu lotniczego w charakterze innym niż pasażer samolotu pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
- 7) poddania się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarzy,
- 8) prowadzenia pojazdu bez wymaganego prawem uprawnienia do prowadzenia danego pojazdu,

o ile powyższe okoliczności wskazane w pkt 1)–8), miały wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.

3. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci małżonka Ubezpieczającego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczającego w wyniku nieszczęśliwego wypadku nie jest należne, jeżeli pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią małżonka Ubezpieczającego lub całkowitą niezdolnością do samodzielnej egzystencji nie istniał związek przyczynowy.
4. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu pobytu Ubezpieczającego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku nie jest należne, jeżeli pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a pobytem w szpitalu nie istniał związek przyczynowy.
5. Za szpital nie uznaje się domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, ośrodków leczenia psychicznie chorych, domowej opieki pielęgniarskiej, hospicjów onkologicznych, ośrodków leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych, alkoholowych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych ani ośrodków wypoczynkowych.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczającego w przypadku, gdy poważne zachorowanie jest następstwem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV, chyba że zakażenie nastąpiło w okolicznościach, o których mowa w § 3 ust. 6 pkt 21).
7. Z ochrony ubezpieczeniowej, wyłączone są poważne zachorowania Ubezpieczającego, które są następstwem lub konsekwencją wady wrodzonej lub schorzenia wrodzonego.
8. W przypadku wystąpienia drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania Ubezpieczającego, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, o ile nie pozostaje w związku przyczynowo – skutkowym z wcześniej rozpoznanym poważnym zachorowaniem Ubezpieczającego, w związku z którym Towarzystwo wypłaciło świadczenie z tytułu dodatkowego zdarzenia ubezpieczeniowego.
9. W przypadku wydania kolejnego orzeczenia o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczającego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, o ile nie pozostaje ono w związku przyczynowo – skutkowym z wcześniej zaistniałym nieszczęśliwym wypadkiem, w związku z którym wydano orzeczenie o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji.

§5 (karencja)

1. W odniesieniu do zdarzeń poważnego zachorowania względem Ubezpieczającego z zastrzeżeniem ust. 3 będzie zastosowany 3 miesięczny okres karencji.
2. Okres karencji będzie liczony od daty rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa względem Ubezpieczającego.
3. Karencji nie stosuje się jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe zostało spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem.

III: SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§6 (suma ubezpieczenia)

1. Wskazana w umowie ubezpieczenia suma ubezpieczenia wyrażona kwotowo, stanowi podstawę do obliczenia wysokości składki ubezpieczeniowej oraz do określenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Suma ubezpieczenia dla zdarzeń ubezpieczeniowych: śmierć Ubezpieczającego, całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczającego w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz śmierć małżonka Ubezpieczającego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia może być malejąca lub stała.

§7 (składka ubezpieczeniowa)

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej uzależniona jest od: zakresu ubezpieczenia, wysokości sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, okresu karencji, o którym mowa w § 5, oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz taryfy składek obowiązującej w dniu zawierania umowy ubezpieczenia.
2. Stawki taryfowe zawarte w taryfie składek są uzależnione od wieku Ubezpieczającego. Zostały wyznaczone zgodnie z zasadami matematyki aktuarialnej, w oparciu o wykorzystywane przez Towarzystwo tablice trwania życia, z uwzględnieniem kosztów zawarcia i obsługi ubezpieczenia.
3. Wysokość, częstotliwość opłacania oraz dzień wymagalności składki ubezpieczeniowej określone są w polisie.
4. Składka ubezpieczeniowa płatna jest na rachunek bankowy wskazany w umowie ubezpieczenia. Za dzień zapłaty uznaje się dzień wpływu składki na rachunek Towarzystwa.

IV: UMOWA UBEZPIECZENIA

§8 (zawarcie umowy ubezpieczenia)

1. Umowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczający w dniu składania wniosku

- o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończył 18 lat.
- Podstawą zawarcia umowy ubezpieczenia jest złożenie przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na formularzu stosowanym przez Towarzystwo.
 - Towarzystwo uzależni wyrażenie zgody na zawarcie umowy ubezpieczenia od stanu zdrowia Ubezpieczającego, potwierdzonego złożonym przez niego oświadczeniem o stanie zdrowia we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 11 ust. 2, 3, 4 i 6.
 - Na dowód zawarcia umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wystawia polisę, którą doręcza Ubezpieczającemu.
 - 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.
 - Jeżeli polisa zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez Ubezpieczającego oferty, Towarzystwo zobowiązane jest zwrócić na to Ubezpieczającemu uwagę na piśmie przy doręczeniu polisy, wyznaczając mu co najmniej siedmiodniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku przez Towarzystwo, zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie są skuteczne, a umowa ubezpieczenia jest zawarta zgodnie z warunkami złożonej przez Ubezpieczającego oferty.
 - W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego, o którym mowa w ust. 6, uważa się, że umowa doszła do skutku zgodnie z treścią polisy, od następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
 - W przypadku zgłoszenia przez Ubezpieczającego sprzeciwu, o którym mowa w ust. 6, 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 wpłaconą składkę ubezpieczeniową, w terminie 14 dni od dnia zgłoszenia przez Ubezpieczającego sprzeciwu, o którym mowa w ust. 6.

§9 (czas trwania umowy ubezpieczenia)

Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas wskazany w polisie.

V: CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

§10 (prawo do objęcia ubezpieczeniem)

Na podstawie niniejszych OWU ochroną ubezpieczeniową objęty jest Ubezpieczający, który zawarł z pożyczkodawcą umowę pożyczki albo będący współnikiem spółki jawnej bądź partnerem w spółce partnerskiej, która zawarła z pożyczkodawcą umowę pożyczki, zgodnie z obowiązującym regulaminem udzielania pożyczek oraz zawarł z Towarzystwem umowę ubezpieczenia.

§11 (objęwanie ubezpieczeniem i początek odpowiedzialności Towarzystwa)

- Z zastrzeżeniem postanowień ust. 2–10 poniżej warunkiem objęcia Ubezpieczającego ochroną ubezpieczeniową jest złożenie przez niego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, w formie pisemnej, na formularzu Towarzystwa.
- W przypadku gdy łączna suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczającego, niezależnie od liczby umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ACTI FINANSE PLUS i/lub Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ACTI FINANSE PLUS GOTÓWKI i/lub Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ACTI FINANSE PLUS HIPOTEKI nie przekracza 100 000,00 zł, wymagane jest złożenie przez Ubezpieczającego oświadczenia o stanie zdrowia w postaci ankiety medycznej zawartej we wniosku ubezpieczeniowym.
- W przypadku gdy łączna suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczającego, niezależnie od liczby umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ACTI FINANSE PLUS i/lub Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ACTI FINANSE PLUS GOTÓWKI i/lub Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ACTI FINANSE PLUS HIPOTEKI przekracza 100 000,00 zł wymagane jest wypełnienie przez Ubezpieczającego kwestionariusza medycznego.
- Niezależnie od postanowień ust. 2 i 3 Towarzystwo może prosić o wypełnienie kwestionariusza medycznego, przedstawienie dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia lub skierować Ubezpieczającego na badania lekarskie.
- Koszty zleconych badań lekarskich ponosi Towarzystwo.
- W przypadku gdy Ubezpieczający chce zawrzeć umowę ubezpieczenia w innym terminie niż umowę pożyczki, wymagane jest wypełnienie kwestionariusza medycznego, niezależnie od wysokości sumy ubezpieczenia.
- Zmiana warunków umowy pożyczki powoduje konieczność zawarcia nowej umowy ubezpieczenia.
- Oceny ryzyka ubezpieczeniowego dokonuje Towarzystwo poprzez określenie prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych, których dotyczy umowa ubezpieczenia, w związku z aktualnym stanem zdrowia osoby wnioskującej o ubezpieczenie, wykonywanym zawodem, uprawianym sportem, zajęciami rekreacyjnymi, hobby.
- W przypadku stwierdzenia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego, wynikającego z wyższego prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych, objętych ochroną Towarzystwo ma prawo odrzucić wniosek lub zaproponować zawarcie umowy ubezpieczenia na warunkach innych od wnioskowanych.
- W przypadku proponowania Ubezpieczającemu zawarcia umowy na warunkach odmiennych od wnioskowanych Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o tej decyzji na piśmie. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do zgłoszenia sprzeciwu do decyzji.
- Z zastrzeżeniem postanowień § 4, § 5 oraz § 8 ust. 6–8 OWU, odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczającego rozpoczyna się po zaakceptowaniu

przez Towarzystwo wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia od dnia wskazanego w polisie.

- W przypadku odstąpienia od umowy pożyczki, w której przewidziane jest uprawnienie do odstąpienia lub odstąpienie wynika z powszechnie obowiązującego prawa, umowa ubezpieczenia nie dochodzi do skutku. W takim przypadku Towarzystwo dokona zwrotu składki ubezpieczeniowej Ubezpieczającemu niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni od dnia zgłoszenia przez Ubezpieczającego informacji o odstąpieniu od umowy pożyczki.

§12 (zakończenie odpowiedzialności Towarzystwa)

- Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się:
 - z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego w trybie określonym w § 13 ust. 2,
 - z dniem upływu okresu wypowiedzenia przez Ubezpieczającego umowy ubezpieczenia w trybie określonym w § 13 ust. 3 i ust. 7–8,
 - z dniem doręczenia Towarzystwu wniosku o wcześniejsze zakończenie ochrony ubezpieczeniowej, w trybie określonym w § 13 ust. 6,
 - z dniem upływu okresu ubezpieczenia,
 - z dniem doręczenia Ubezpieczającemu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez Towarzystwo, w sytuacji o której mowa w § 13 ust. 4,
 - z dniem śmierci Ubezpieczającego.
- W przypadku ustania ochrony ubezpieczeniowej wobec Ubezpieczającego przed zakończeniem okresu ubezpieczenia, wskazanego w umowie ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

VI: ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§13 (dostępienie, wypowiedzenie umowy i inne przypadki rozwiązania umowy)

- Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu na jaki została zawarta.
- Jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta jest na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia doręczenia mu przez Towarzystwo umowy ubezpieczenia, przez złożenie Towarzystwu pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia nie poinformował ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie; odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
- Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, w każdym czasie, z zachowaniem 1–miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
- Jeżeli Towarzystwo ponosi odpowiedzialność przed zaplaceniem składki ubezpieczeniowej, a składka ubezpieczeniowa lub pierwsza składka ubezpieczeniowa nie została zapłacona w terminie wymagalności, Towarzystwo może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym. W przypadku braku wypowiedzenia umowy wygasa ona z końcem okresu, za który przypadała niezapłacona składka.
- Wypowiedzenie umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
- Na wniosek Ubezpieczającego i za zgodą Towarzystwa, umowa ubezpieczenia może zostać rozwiązana ze skutkiem na dzień doręczenia Towarzystwu wniosku o wcześniejsze zakończenie ochrony ubezpieczeniowej.
- W przypadku nieopłacenia w dniu wymagalności kolejnej składki ubezpieczeniowej w całości lub w części, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty tej składki lub jej brakującej części, wyznaczając w tym celu dodatkowy termin 14 dni. W wezwaniu do zapłaty Towarzystwo powiadomi Ubezpieczającego o skutkach określonych w ust. 8.
- Jeżeli kolejna składka ubezpieczeniowa lub jej brakująca część nie zostanie opłacona w dodatkowym terminie wskazanym w wezwaniu do zapłaty, o którym mowa w ust. 7, umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem na dzień, w którym upływa dodatkowy termin wskazany w wezwaniu do zapłaty, o którym mowa w ust. 7.

VII: PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

§14 (obowiązki Ubezpieczającego)

- Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, które mogą mieć wpływ na podjęcie przez Towarzystwo decyzji o objęciu ochroną ubezpieczeniową, przez udzielenie przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania Towarzystwa zawarte w formularzach Towarzystwa lub przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo umowy mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
- 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.
- Jeżeli do zdarzenia doszło po upływie lat trzech od zawarcia umowy ubezpieczenia, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności że zatajona została choroba Ubezpieczającego.

§15 (obowiązki Towarzystwa)

1. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, Towarzystwo zobowiązane jest do:
 - 1) udostępnienia Ubezpieczającemu treści obowiązujących OWU, z uwzględnieniem zmian wprowadzonych zgodnie z postanowieniem § 1 ust. 2 i z zastrzeżeniem postanowień § 8 ust. 6, a Ubezpieczający zobowiązany jest zapoznać się z ich treścią,
 - 2) udzielenia Ubezpieczającemu informacji o sposobie i trybie rozpatrywania reklamacji oraz o organie właściwym do ich rozpatrzenia.
2. W przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 4 i § 5.

VIII: WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§16 (wypłata świadczenia)

1. W wariancie I z malejącą sumą ubezpieczenia Towarzystwo jest zobowiązane do wypłaty:
 - 1) świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczającego, w kwocie wskazanej w Harmonogramie wysokości świadczeń na dzień śmierci Ubezpieczającego, z zastrzeżeniem § 4 OWU, wypłacanego osobie lub osobom wskazanym w § 17 OWU,
- a w razie rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - 2) świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania Ubezpieczającego, w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 4 i § 5 OWU, wypłacanego Ubezpieczającemu,
 - 3) świadczenia z tytułu całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczającego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w kwocie wskazanej w Harmonogramie wysokości świadczeń na dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem § 4 OWU, wypłacanego Ubezpieczającemu,
 - 4) świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczającego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem § 4 OWU, wypłacanego Ubezpieczającemu w formie dziennego świadczenia szpitalnego w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia, przy czym wysokość łącznych świadczeń, związanych z pobytem Ubezpieczającego w szpitalu w następstwie jednego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 90 dni; jeżeli w jednym dniu Ubezpieczający był pacjentem dwu lub większej liczby szpitali, Towarzystwo wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za ten dzień tylko jeden raz,
 - 5) świadczenia z tytułu śmierci małżonka Ubezpieczającego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w kwocie wskazanej w Harmonogramie wysokości świadczeń na dzień śmierci małżonka, z zastrzeżeniem § 4 OWU, wypłacanego Ubezpieczającemu.
2. W wariancie II ze stałą sumą ubezpieczenia Towarzystwo jest zobowiązane do wypłaty:
 - 1) świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczającego w kwocie wskazanej w Harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 4 OWU, wypłacanego osobie lub osobom wskazanym w § 17 OWU,
- a w razie rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - 2) świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania Ubezpieczającego, w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 4 i § 5 OWU, wypłacanego Ubezpieczającemu,
 - 3) świadczenia z tytułu całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczającego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w kwocie wskazanej w Harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 4 OWU, wypłacanego Ubezpieczającemu,
 - 4) świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczającego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem § 4 OWU – wypłacanego Ubezpieczającemu w formie dziennego świadczenia szpitalnego w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia, przy czym wysokość łącznych świadczeń, związanych z pobytem Ubezpieczającego w szpitalu w następstwie jednego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 90 dni; jeżeli w jednym dniu Ubezpieczający był pacjentem dwu lub większej liczby szpitali, Towarzystwo wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za ten dzień tylko jeden raz,
 - 5) świadczenia z tytułu śmierci małżonka Ubezpieczającego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w wysokości wskazanej w Harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 4 OWU, wypłacanego Ubezpieczającemu.

§17 (Uposażeni)

1. Ubezpieczający może wskazać jednego lub więcej Uposażonych do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Wskazanie Uposażonego może nastąpić zarówno przy zawarciu umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej trwania.
3. Ubezpieczający ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać Uposażonego. Zmiana lub odwołanie Uposażonego następuje w momencie wpłynięcia tego zawiadomienia do Towarzystwa.
4. Jeżeli zostało wskazanych kilku Uposażonych, a nie oznaczono ich udziału w kwocie świadczenia, uważa się, że ich udziały są równe.
5. Wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczającego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci.
6. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczającego nie ma imiennie wyznaczonego Uposażonego, świadczenie ubezpieczeniowe otrzymują wskazane poniżej osoby, w następującej kolejności:
 - 1) małżonek, z którym Ubezpieczający pozostaje w związku małżeńskim w dacie wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa – otrzymuje w całości,

- 2) dzieci Ubezpieczającego – otrzymują w równych częściach,
 - 3) rodzice Ubezpieczającego – otrzymują w równych częściach,
 - 4) inni spadkobiercy Ubezpieczającego – otrzymują w równych częściach, po przedłożeniu postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku wraz z klauzulą prawomocności bądź zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia.
7. Uposażony pożyczkodawca uprawniony jest do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczającego, na zasadzie pierwszeństwa przed innymi Uposażonymi, maksymalnie do kwoty zadłużenia na dzień śmierci Ubezpieczającego.
 8. Jeżeli kwota świadczenia należna Uposażonemu pożyczkodawcy jest mniejsza niż kwota świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczającego wskazana w harmonogramie wysokości świadczeń, nadwyżkę ponad kwotę świadczenia należną Uposażonemu pożyczkodawcy, wypłaca się pozostałym Uposażonym.
 9. W razie braku Uposażonego lub osoby wymienionej w ust. 6, z przysługującego świadczenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaca, w granicach sumy ubezpieczenia, w pierwszym rzędzie udowodnione rachunkami koszty pogrzebu osobie, która te koszty poniosła.

§18 (wymagane dokumenty)

1. Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, występująca z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczającego lub małżonka obowiązana jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
 - 1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy, bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
 - 2) skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczającego lub małżonka,
 - 3) kartę zgonu Ubezpieczającego lub małżonka z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyny lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza określający przyczynę zgonu,
 - 4) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli przyczyną śmierci małżonka był nieszczęśliwy wypadek,
 - 5) własny dokument tożsamości,
 - 6) postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku wraz z klauzulą prawomocności bądź zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia – dotyczy tylko innych spadkobierców Ubezpieczającego, o których mowa w § 17 ust. 6 pkt 4).
2. Ubezpieczający, w przypadku wystąpienia u niego poważnego zachorowania, obowiązany jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
 - 1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
 - 2) dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie i leczenie poważnego zachorowania,
 - 3) własny dokument tożsamości.
3. Ubezpieczający, w przypadku całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku, obowiązany jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
 - 1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
 - 2) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) dokumentację medyczną, na podstawie której zostało wydane orzeczenie o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji,
 - 4) orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji wydane przez podmiot uprawniony do orzekania o niezdolności do samodzielnej egzystencji,
 - 5) własny dokument tożsamości.
4. Ubezpieczający, w przypadku pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, obowiązany jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
 - 1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy, bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
 - 2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub kartę wypisową ze szpitala, wydaną przez lekarza prowadzącego,
 - 3) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - 4) własny dokument tożsamości.
5. W przypadku śmierci Ubezpieczającego lub śmierci małżonka Ubezpieczającego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, wystąpienia poważnego zachorowania Ubezpieczającego lub pobytu Ubezpieczającego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku które nastąpiło za granicą, Uposażony lub Ubezpieczający występujący z roszczeniem winien przedłożyć wraz z dokumentami, o których mowa w ust. 1, pkt 3), 4), ust. 2 pkt 2) oraz ust. 4 pkt 2) dokumenty medyczne wystawione za granicą przez uprawnione podmioty, przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
6. W przypadku śmierci Ubezpieczającego osoba uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego, występująca z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczającego oprócz dokumentów wskazanych w ust. 1, obowiązana jest przedłożyć Towarzystwu dokument potwierdzający wysokość zadłużenia oznaczoną na dzień śmierci Ubezpieczającego.
7. Koszty związane z uzyskaniem i przekazaniem dokumentów, o których mowa w ust. 1 – 4 ponosi osoba uprawniona do świadczenia.

§19 (realizacja świadczenia ubezpieczeniowego)

1. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczającego lub Uposażonego, o ile nie jest on osobą występującą z zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, a także informuje, w formie pisemnej lub drogą elektroniczną (jeżeli osoba występująca z roszczeniem o wypłatę świadczenia wyrazi na to zgodę), osobę występującą z roszczeniem o wypłatę

świadczenia, o wykazie dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz procedurze składania i rozpatrywania reklamacji (niezależnie, czy Uposażony jest osobą występującą z zawiadomieniem).

2. Towarzystwo wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe na podstawie uznania roszczenia, w wyniku ustaleń dokonanych w procesie likwidacji, zawartej umowy lub prawomocnego orzeczenia sądu.
3. Towarzystwo wypłaca należne świadczenie w ciągu 30 dni od daty zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Jeżeli w terminie określonym w ust. 3 ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego jest niemożliwe, świadczenie to powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego, wypłaca się w terminie przewidzianym w ust. 3.
5. Jeżeli w terminie określonym w ust. 3 nie zostanie wypłacone świadczenie ubezpieczeniowe, Towarzystwo zawiadamia osobę występującą z roszczeniem o wypłatę świadczenia o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części.
6. W przypadku gdy pożyczkodawca, występujący jako Uposażony pożyczkodawca, odstąpi od dochodzenia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia, spadkobiercy Ubezpieczającego mogą dochodzić roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia bezpośrednio od Towarzystwa. Spadkobiercy Ubezpieczającego powinni przedłożyć Towarzystwu oświadczenie pożyczkodawcy o odstąpieniu od dochodzenia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia.

IX: POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§20 (zasady korespondencji)

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

§21 (tryb składania i rozpatrywania reklamacji)

1. Ubezpieczający lub osoba uprawniona do świadczenia mająca zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez Towarzystwo usług lub wykonywanej przez niego działalności ma prawo składania reklamacji do Towarzystwa:
 - a) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa, w dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa zajmującej się obsługą klientów bądź przesyłką pocztową na adres: SALTUS TU ŻYCIE SA, Władysława IV 22, 81-743 Sopot,
 - b) osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Towarzystwa lub dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa zajmującej się obsługą klientów,
 - c) telefonicznie, pod numerem telefonu: 58 770 36 90.
2. Reklamacja powinna zawierać:
 - a) imię, nazwisko, adres i numer telefonu kontaktowego zgłaszającego reklamację,
 - b) numer polisy,
 - c) przedmiot reklamacji,
 - d) uzasadnienie reklamacji z podaniem ewentualnych dowodów.
3. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie przez Towarzystwo reklamacji chyba, że okoliczność ta nie ma wpływu na sposób procedowania reklamacją.
4. Na żądanie zgłaszającego reklamację Towarzystwo potwierdzi pisemnie na adres wskazany w reklamacji fakt złożenia reklamacji. Towarzystwo na wniosek zgłaszającego reklamację może potwierdzić wpływ reklamacji w postaci elektronicznej.
5. Reklamacja rozpatrywana jest przez Towarzystwo, bez zbędnej zwłoki, a odpowiedź na nią powinna być udzielona nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej wpływu. Po rozpatrzeniu reklamacji, stanowisko Towarzystwa zostanie przesłane w formie pisemnej na adres wskazany w treści reklamacji.
6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 5, Towarzystwo poinformuje zgłaszającego reklamację o przyczynie opóźnienia, okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia reklamacji oraz o przewidywanym terminie udzielenia odpowiedzi. Łączny czas rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi nie może być dłuższy niż 60 dni od daty wpływu reklamacji.
7. Ubezpieczający lub osoba uprawniona do świadczenia ma prawo do zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz Rzecznika Finansowego.
8. Podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich w rozumieniu ustawy z dnia 23 września 2016 roku o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla Towarzystwa jest Rzecznik Finansowy. Informacje dotyczące podmiotu uprawnionego dostępne są na stronie <http://rf.gov.pl/>
9. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§22 (przepisy zewnętrzne)

1. Podatki i opłaty związane z płatnością składek ubezpieczeniowych obciążają Ubezpieczającego.
2. Przepisy regulujące opodatkowanie świadczeń ubezpieczeniowych określonych w niniejszych OWU, Towarzystwo wskazuje w polisie lub innym dokumencie stanowiącym integralną część umowy ubezpieczenia.
3. W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty zobowiązania finansowe wynikające z umowy ubezpieczenia będą odpowiednio zmienione, zgodnie z kursem wymiany złotego ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski.
4. Wszelkie informacje związane z zawarciem umowy ubezpieczenia, uzyskane

przez strony zarówno w trakcie negocjacji zmierzających do podpisania umowy ubezpieczenia, jak i w trakcie realizacji tej umowy, objęte są tajemnicą i nie mogą być udostępniane osobom trzecim, poza przypadkami określonymi powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.

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

§23 (prawo wglądu do akt)

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

§24 (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 lub osoby uprawnionej z Umowy ubezpieczenia.
2. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczającego lub spadkobiercy osoby uprawnionej z Umowy ubezpieczenia.

§25 (informacje o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa)


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

§26

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 19 maja 2021 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie od 1 czerwca 2021 roku.


ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU


KRZYSZTOF KOSNIAK
WICEPREZES ZARZĄDU


GRZEGORZ BUCZKOWSKI
CZŁONEK ZARZĄDU

Tablice do poważnego zachorowania (oparzenia)

REGUŁA DZIEWIĄTEK WALLACE'A		
Reguła dziewiątek służy do określenia oparzonej powierzchni ciała osoby w wieku powyżej 15 roku życia.		
	Powierzchnia części ciała	Procent powierzchni ciała
1.	Powierzchnia głowy	9%
2.	Powierzchnia całej kończyny górnej	9%
3.	Powierzchnia brzucha	9%
4.	Powierzchnia klatki piersiowej	9%
5.	Powierzchnia tylna tułowia	18%
6.	Powierzchnia całej kończyny dolnej	18%
7.	Powierzchnia krocza	1%

**Karta Produktu
INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA na ŻYCIE
- ACTI FINANSE PLUS HIPOTEKI -**

I. Informacje podstawowe

1.	Główny cel ubezpieczenia	
	Zabezpieczenie spłaty pożyczki na wypadek śmierci Ubezpieczającego.	
2.	Zakres ochrony ubezpieczeniowej	
	Obejmuje śmierć Ubezpieczającego, która nastąpiła w okresie ubezpieczenia. Za opłatą dodatkowej składki ubezpieczeniowej zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o następujące dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe: 1) Całkowitą niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczającego w wyniku nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ubezpieczenia, 2) Poważnego zachorowania Ubezpieczającego, które po raz pierwszy zostało zdiagnozowane w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, z zastrzeżeniem postanowień zawartych w OWU, 3) Pobyt Ubezpieczającego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, 4) Śmierć małżonka Ubezpieczającego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.	
3.	Opis świadczeń przysługujących klientowi lub innym osobom z umowy ubezpieczenia	
	W wariantcie I z malejącą sumą ubezpieczenia Towarzystwo jest zobowiązane do wypłaty: 1) Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczającego, w kwocie wskazanej w Harmonogramie wysokości świadczeń na dzień śmierci Ubezpieczającego, z zastrzeżeniem postanowień wynikających z OWU, wypłacanego osobie lub osobom wskazanym w OWU, a w razie rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe: 2) Świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania, w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień wynikających z OWU, wypłacanego Ubezpieczającemu, 3) Świadczenia z tytułu całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczającego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w kwocie wskazanej w Harmonogramie wysokości świadczeń na dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem postanowień wynikających z OWU, wypłacanego Ubezpieczającemu, 4) Świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczającego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem postanowień wynikających z OWU, wypłacanego Ubezpieczającemu w formie dziennego świadczenia szpitalnego w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia, przy czym wysokość łącznych świadczeń, związanych z pobytem Ubezpieczającego w szpitalu w następstwie jednego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 90 dni; jeżeli w jednym dniu Ubezpieczający był pacjentem dwu lub większej liczby szpitali, Towarzystwo wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za ten dzień tylko jeden raz, 5) Świadczenia z tytułu śmierci małżonka Ubezpieczającego w kwocie wskazanej w Harmonogramie wysokości świadczeń na dzień śmierci małżonka, z zastrzeżeniem postanowień wynikających z OWU, wypłacanego Ubezpieczającemu. W wariantcie II ze stałą sumą ubezpieczenia Towarzystwo jest zobowiązane do wypłaty: 1) Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczającego w kwocie wskazanej w Harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień wynikających z OWU, wypłacanego osobie lub osobom wskazanym w OWU, a w razie rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe: 2) Świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania, w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień wynikających z OWU, wypłacanego Ubezpieczającemu, 3) Świadczenia z tytułu całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczającego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w kwocie wskazanej w Harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień wynikających z OWU, wypłacanego Ubezpieczającemu, 4) Świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczającego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem postanowień wynikających z OWU – wypłacanego Ubezpieczającemu w formie dziennego świadczenia szpitalnego w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia, przy czym wysokość łącznych świadczeń, związanych z pobytem Ubezpieczającego w szpitalu w następstwie jednego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 90 dni; jeżeli w jednym dniu Ubezpieczający był pacjentem dwu lub większej liczby szpitali, Towarzystwo wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za ten dzień tylko jeden raz, 5) Świadczenia z tytułu śmierci małżonka Ubezpieczającego w wysokości wskazanej w Harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień wynikających z OWU, wypłacanego Ubezpieczającemu.	
4.	Koszty ponoszone przez Ubezpieczającego	
	Rodzaj kosztów	Kosztem ponoszonym przez Ubezpieczającego jest składka ubezpieczeniowa.
	Wysokość kosztów	Wysokość składki ubezpieczeniowej uzależniona jest od: zakresu ubezpieczenia, wysokości sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, okresu karencji, oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz taryfy składek obowiązującej w dniu zawierania umowy ubezpieczenia.
	Taryfa składek	Stawki taryfowe zawarte w taryfie składek są uzależnione od wieku Ubezpieczającego. Zostały wyznaczone zgodnie z zasadami matematyki aktuarialnej, w oparciu o wykorzystywane przez Towarzystwo tablice trwania życia, z uwzględnieniem kosztów zawarcia i obsługi ubezpieczenia.
	Częstotliwość ponoszenia kosztów	Częstotliwość ponoszenia kosztów może być miesięczna, roczna lub jednorazowa za cały okres ubezpieczenia.
5.	Zasady ustalania wysokości świadczenia należnego z tytułu Umowy ubezpieczenia, w tym czynników, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości Świadczenia	
	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Kwota Świadczenia
	Wariant I	
	Śmierć Ubezpieczającego	w kwocie wskazanej w Harmonogramie wysokości świadczeń na dzień śmierci Ubezpieczającego (100% zadłużenia na dzień zdarzenia ubezpieczeniowego zgodnie z pierwotnym harmonogramem spłat pożyczki),
	Poważne zachorowanie	w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia (5 000 zł),
	Całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku	w kwocie wskazanej w Harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zdarzenia ubezpieczeniowego (100% zadłużenia na dzień zdarzenia ubezpieczeniowego zgodnie z pierwotnym harmonogramem spłat pożyczki),
	Pobyt w szpitalu w wyniku NW	w formie dziennego świadczenia szpitalnego w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia, przy czym wysokość łącznych świadczeń, związanych z pobytem Ubezpieczającego w szpitalu w następstwie jednego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 90 dni (50 zł za jeden dzień),
	Śmierć małżonka w wyniku NW	w kwocie wskazanej w Harmonogramie wysokości świadczeń na dzień śmierci małżonka (50% zadłużenia na dzień zdarzenia ubezpieczeniowego zgodnie z pierwotnym harmonogramem spłat pożyczki lub pierwotnym limitem pożyczkowym).

Wariant II	
Śmierć Ubezpieczającego	w kwocie wskazanej w Harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia (100% zadłużenia na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia zgodnie z pierwotnym harmonogramem spłat pożyczki),
Poważne zachorowanie	w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia (5 000 zł),
Całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku	w kwocie wskazanej w Harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia (100% zadłużenia na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia zgodnie z pierwotnym harmonogramem spłat pożyczki),
Pobyt w szpitalu w wyniku NW	w formie dziennego świadczenia szpitalnego w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia, przy czym wysokość łącznych świadczeń, związanych z pobytem Ubezpieczającego w szpitalu w następstwie jednego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 90 dni (50 zł za jeden dzień),
Śmierć małżonka w wyniku NW	w wysokości wskazanej w Harmonogramie wysokości świadczeń na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia (50% zadłużenia na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia zgodnie z pierwotnym harmonogramem spłat pożyczki).
6.	Wysokość Sumy ubezpieczenia
Wskazana w umowie ubezpieczenia suma ubezpieczenia wyrażona kwotowo, stanowi podstawę do obliczenia wysokości składki ubezpieczeniowej oraz do określenia wysokości świadczenia. Suma ubezpieczenia dla zdarzeń ubezpieczeniowych: śmierć Ubezpieczającego, całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczającego w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz śmierć małżonka Ubezpieczającego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia może być malejąca lub stała.	
7.	Zasady i przesłanki ewentualnej zmiany wysokości Sumy ubezpieczenia
Zmiana ustalonej w umowie sumy ubezpieczenia może nastąpić jedynie poprzez zawarcie nowej umowy ubezpieczenia w związku z zawarciem nowej umowy pożyczki.	
8.	Okres ochrony ubezpieczeniowej
Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczającego wskazana jest w polisie.	
9.	Zasady kontynuacji lub wznowienia ochrony ubezpieczeniowej
Zmiana warunków umowy pożyczki powoduje konieczność złożenia nowego wniosku o ubezpieczenie i zawarcia nowej umowy ubezpieczenia.	
10.	Warunki wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń
<p>1. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona, gdy śmierć Ubezpieczającego nastąpiła wskutek:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) czynnego udziału w działaniach wojennych, wojnach, inwazjach, wojnach domowych, powstaniach, rewolucjach, stanach wojennych, jeżeli Ubezpieczający służy, został powołany do wojska lub do organizacji militarnej, lub dobrowolnie wstąpił do w/w jednostek, lub bierze udział w w/w zdarzeniach w związku z wykonywaną pracą: korespondenta wojennego, wolontariusza lub pracownika organizacji humanitarnych, 2) świadomego, dobrowolnego, niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczającego aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroru, z wyłączeniem przypadków obrony koniecznej, 3) umyślnego popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczającego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu, 4) zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych użyciem: opiatów, kanabinoli, kokainy, halucynogenów; zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych odurzeniem się lotnymi rozpuszczalnikami organicznymi; zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych narzemiennym przyjmowaniem środków wyżej wymienionych i innych środków psychoaktywnych, 5) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczającego w okresie pierwszych dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, <p>o ile powyższe okoliczności wymienione w pkt 1) –5) miały wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.</p> <p>2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczającego, całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczającego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, śmierci małżonka Ubezpieczającego w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz pobytu Ubezpieczającego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku będących wynikiem:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) uprawiania sportów wysokiego ryzyka, 2) wyczynowego i zawodowego uprawiania sportów, 3) samookaleczenia się, 4) działania w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości albo działania pod wpływem innych środków odurzających, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniami lekarza, przy czym stan nietrzeźwości zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi: stężenia we krwi powyżej 0,5‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³, stan po użyciu alkoholu zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ do 0,5‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm³, 5) działania pod wpływem, w stanie lub warunkach choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego, 6) przewozu lotniczego w charakterze innym niż pasażer samolotu pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych, 7) poddania się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarzy, 8) prowadzenia pojazdu bez wymaganego prawem uprawnienia do prowadzenia danego pojazdu, <p>o ile powyższe okoliczności wskazane w pkt 1) –8), miały wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.</p> <p>3. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu pobytu Ubezpieczającego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku nie jest należne, jeżeli pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a pobytem w szpitalu nie istniał związek przyczynowy.</p> <p>4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczającego w przypadku, gdy poważne zachorowanie jest następstwem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV, chyba że zakażenie nastąpiło w wyniku transfuzji krwi.</p> <p>5. Z ochrony ubezpieczeniowej, wyłączone są poważne zachorowania Ubezpieczającego, które są następstwem lub konsekwencją wady wrodzonej lub schorzenia wrodzonego.</p> <p>6. W przypadku wystąpienia drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania Ubezpieczającego, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, o ile nie pozostaje w związku przyczynowo – skutkowym z wcześniej rozpoznany poważnym zachorowaniem Ubezpieczającego, w związku z którym Towarzystwo SA wypłaciło świadczenie z tytułu dodatkowego zdarzenia ubezpieczeniowego.</p> <p>7. W przypadku wydania kolejnego orzeczenia o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczającego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, o ile nie pozostaje ono w związku przyczynowo – skutkowym z wcześniej zaistniałym nieszczęśliwym wypadkiem, w związku z którym wydano orzeczenie o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji.</p>	
11.	Możliwość i sposób rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej
Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.	
12.	Skutki rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej
Rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej skutkuje brakiem dalszej odpowiedzialności Towarzystwa wobec Ubezpieczającego.	
13.	Wysokość kosztów związanych z rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej, ponoszonych przez klienta
Brak kosztów.	

14.	Zasady i tryb zgłaszania zdarzenia ubezpieczeniowego
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, występująca z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczającego lub małżonka obowiązana jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia: <ol style="list-style-type: none"> 1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo), 2) skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczającego lub małżonka, 3) kartę zgonu Ubezpieczającego lub małżonka z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyny lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza określający przyczynę zgonu, 4) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli przyczyną śmierci małżonka był nieszczęśliwy wypadek, 5) własny dokument tożsamości, 6) postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku wraz z klauzulą prawomocności bądź zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia – dotyczy tylko innych spadkobierców Ubezpieczającego, o których mowa w OWU. 2. Ubezpieczający, w przypadku wystąpienia u niego poważnego zachorowania, obowiązany jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia: <ol style="list-style-type: none"> 1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo), 2) dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie i leczenie poważnego zachorowania, 3) własny dokument tożsamości. 3. Ubezpieczający, w przypadku całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku, obowiązany jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia: <ol style="list-style-type: none"> 1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo), 2) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku, 3) dokumentację medyczną, na podstawie której zostało wydane orzeczenie o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji, 4) orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji wydane przez podmiot uprawniony do orzekania o niezdolności do samodzielnej egzystencji, 5) własny dokument tożsamości. 4. Ubezpieczający, w przypadku pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, obowiązany jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia: <ol style="list-style-type: none"> 1) zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo), 2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub kartę wypisową ze szpitala, wydaną przez lekarza prowadzącego, 3) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku, 4) własny dokument tożsamości. 5. W przypadku śmierci Ubezpieczającego osoba uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego, występująca z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczającego oprócz dokumentów wskazanych w ust. 1, obowiązana jest przedłożyć Towarzystwu dokument potwierdzający wysokość zadłużenia oznaczoną na dzień śmierci Ubezpieczającego. <p>Towarzystwo wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część odszkodowania lub świadczenia Towarzystwo powinno wypłacić w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.</p>
15.	Tryb składania i rozpatrywania reklamacji <ol style="list-style-type: none"> 1. Ubezpieczający lub osoba uprawniona do świadczenia mająca zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez Towarzystwo usług lub wykonywanej przez niego działalności ma prawo składania reklamacji do Towarzystwa: <ol style="list-style-type: none"> a) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa, w dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa zajmującej się obsługą klientów bądź przesyłką pocztową na adres: SALTUS TU ŻYCIE SA, Władysława IV 22, 81 –743 Sopot, b) osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Towarzystwa lub dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa zajmującej się obsługą klientów, c) telefonicznie, pod numerem telefonu: 58 770 36 90. 2. Reklamacja powinna zawierać: <ol style="list-style-type: none"> a) imię, nazwisko, adres i numer telefonu kontaktowego zgłaszającego reklamację, b) numer polisy ubezpieczeniowej, c) przedmiot reklamacji, d) uzasadnienie reklamacji z podaniem ewentualnych dowodów. 3. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie przez Towarzystwo reklamacji chyba, że okoliczność ta nie ma wpływu na sposób procedowania reklamacji. 4. Na żądanie zgłaszającego reklamację Towarzystwo potwierdzi pisemnie na adres wskazany w reklamacji fakt złożenia reklamacji. Towarzystwo na wniosek zgłaszającego reklamację może potwierdzić wpływ reklamacji w postaci elektronicznej. 5. Reklamacja rozpatrywana jest przez Towarzystwo, bez zbędnej zwłoki, a odpowiedź na nią powinna być udzielona nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej wpływu. Po rozpatrzeniu reklamacji, stanowisko Towarzystwa zostanie przesłane w formie pisemnej na adres wskazany w treści reklamacji. 6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 5, Towarzystwo poinformuje zgłaszającego reklamację o przyczynie opóźnienia, okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia reklamacji oraz o przewidywanym terminie udzielenia odpowiedzi. Łączny czas rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi nie może być dłuższy niż 60 dni od daty wpływu reklamacji. 7. Ubezpieczający lub osoba uprawniona do świadczenia ma prawo do zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz Rzecznika Finansowego. 8. Podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich w rozumieniu ustawy z dnia 23 września 2016 roku o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla Towarzystwa jest Rzecznik Finansowy. Informacje dotyczące podmiotu uprawnionego dostępne są na stronie http://rf.gov.pl/ 9. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
16.	Zasady obejmowania ochroną ubezpieczeniową osób innych niż klient i zakres takiej ochrony
	Nie dotyczy.
17.	Podmiot uprawniony do otrzymania świadczenia z umowy ubezpieczenia <ol style="list-style-type: none"> 1. Ubezpieczający może wskazać jednego lub więcej Uposażonych do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego. 2. Wskazanie Uposażonego może nastąpić zarówno przy zawarciu umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej trwania. 3. Ubezpieczający ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać Uposażonego. Zmiana lub odwołanie Uposażonego następuje w momencie wpłynięcia tego zawiadomienia do Towarzystwa. 4. Jeżeli zostało wskazanych kilku Uposażonych, a nie oznaczono ich udziału w kwocie świadczenia, uważa się, że ich udziały są równe. 5. Wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczającego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci. 6. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczającego nie ma imiennie wyznaczonego Uposażonego, świadczenie ubezpieczeniowe otrzymują wskazane poniżej osoby, w następującej kolejności: <ol style="list-style-type: none"> 1) małżonek, z którym Ubezpieczający pozostaje w związku małżeńskim w dacie wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa – otrzymuje w całości, 2) dzieci Ubezpieczającego – otrzymują w równych częściach, 3) rodzice Ubezpieczającego – otrzymują w równych częściach, 4) inni spadkobiercy Ubezpieczającego – otrzymują w równych częściach, po przedłożeniu postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku wraz z klauzulą prawomocności bądź zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia. 7. Uposażony pożyczkodawca uprawniony jest do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczającego, na zasadzie pierwszeństwa przed innymi Uposażonymi, maksymalnie do kwoty zadłużenia na dzień śmierci Ubezpieczającego. 8. Jeżeli kwota świadczenia należna Uposażonemu pożyczkodawcy jest mniejsza niż kwota świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczającego wskazana w harmonogramie wysokości świadczeń, nadwyżkę ponad kwotę świadczenia należną Uposażonemu pożyczkodawcy, wypłaca się pozostałym Uposażonym. 9. W razie braku Uposażonego lub osoby wymienionej w pkt 6, z przysługującego świadczenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaca, w granicach sumy ubezpieczenia, w pierwszym rzędzie udowodnione rachunkami koszty pogrzebu osobie, która te koszty poniosła.

18.	Prawo do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w przypadku, gdy takie uprawnienie przysługuje klientowi
	Jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta jest na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia doręczenia mu przez Towarzystwo umowy ubezpieczenia, przez złożenie Towarzystwu pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczyciel nie poinformował ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie; odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
19.	Przepisy regulujące ewentualne opodatkowanie świadczeń zakładu ubezpieczeń
	Przepisy regulujące opodatkowanie świadczeń wypłacanych przez Towarzystwo z tytułu umowy ubezpieczenia: ustawa z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych – art. 21 ust. 1 pkt 4.
20.	Informacje o ewentualnych premiach i rabatach
	Nie dotyczy.
21.	Ryzyka związane z ubezpieczeniem
	Nie dotyczy.
22.	Główne cechy ubezpieczenia
	- zabezpieczenie spłaty pożyczki – pożyczka hipoteczna / kredyt hipoteczny, - ochrona ubezpieczeniowa, z zastrzeżeniem postanowień OWU, rozpoczyna się po zaakceptowaniu przez Towarzystwo wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia od dnia wskazanego w polisie, - wskazany w polisie dzień wymagalności składki wyznaczony jest w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

II. Zastrzeżenia i informacje prawne dotyczące Karty Produktu

1. Karta Produktu została opracowana zgodnie z wytycznymi określonymi w Rekomendacji U dotyczącej dobrych praktyk w zakresie bancassurance opracowanej przez Komisję Nadzoru Finansowego w czerwcu 2014 r. i ma za zadanie pokazać kluczowe informacje o produkcie ubezpieczeniowym i pomóc zrozumieć cechy produktu.
 2. Przedstawionych powyżej informacji nie należy odczytywać jako oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu Cywilnego, ani rekomendacji do złożenia wniosku ubezpieczeniowego.
 3. Powyższy dokument nie stanowi wzorca umownego ani też części umowy uzgodnionej indywidualnie. Dokument jest prezentowany w celach informacyjnych i nie powinien być wyłączną podstawą podejmowania decyzji dotyczących ubezpieczenia.
 4. Klient powinien rozważyć ryzyka związane z zakupem produktu, potencjalne korzyści oraz straty, charakterystykę produktu oraz konsekwencje prawne związane z zawarciem produktu.
- Decyzja o nabyciu produktu ubezpieczeniowego powinna zostać podjęta po wcześniejszym zapoznaniu się z dokumentacją ubezpieczeniową, zwłaszcza z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia, gdzie znajdują się szczegółowe informacje o ubezpieczeniu.

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie ACTI FINANSE PLUS HIPOTEKI, uchwalonymi w dniu 19 maja 2021 roku.

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