

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA POSIADACZY KONTA - IKS MED -

- Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym
- Informacja o produkcie
- Ogólne Warunki Ubezpieczenia posiadaczy konta - IKS MED

Ubezpieczenie Posiadaczy Konta IKS MED

SALTUS
UBEZPIECZENIA

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą w Sopocie (SALTUS TUW) ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot, Rzeczpospolita Polska, zarejestrowane w Rejestrze Przedsiębiorców prowadzonym przez Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000117377, NIP 1180130637

Produkt: Ubezpieczenie Posiadaczy Konta IKS MED

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje umowne podane są w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Posiadaczy Konta IKS MED uchwalonych w dniu 28 stycznia 2026 roku przez Zarząd SALTUS TUW.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

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



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

✓ Zdrowie Ubezpieczonego

SALTUS TUW udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie organizacji, udostępnienia oraz pokrycia kosztów:

- ✓ usług wspierających powrót do zdrowia,
 - ✓ usług konsultacji specjalistycznych realizowanych u Partnerów medycznych,
- do wysokości limitów określonych w OWU dla każdej usługi.



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- ✗ Usług medycznych świadczonych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- ✗ Udzielenia i pokrycia kosztów usług wspierających powrót do zdrowia ponad przysługujące limity.
- ✗ SALTUS TUW nie ponosi odpowiedzialności i jest zwolnione z obowiązku zwrotu wszelkich kosztów, jeżeli Ubezpieczony nie wykonał uprzedniego zgłoszenia żądania spełnienia świadczenia do Centrum Alarmowego lub Centrum Umawiania Wizyt i poniósł takie koszty bez akceptacji SALTUS TUW, chyba, że skontaktowanie się z Centrum Alarmowym lub Centrum Umawiania Wizyt było niemożliwe z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego.
- ✗ Warunkiem udzielenia konsultacji specjalistycznej jest wystawienie skierowania przez lekarza Centrum Alarmowego Assistence, realizującego wizytę domową.



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

! Z ochrony wyłączone są zdarzenia ubezpieczeniowe będące następstwem chorób przewlekłych, chorób istniejących przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz ich powikłań i zaostrzeń, na które Ubezpieczony chorował przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej.

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

- ! działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wewnętrznych zamieszek, strajków, rozruchów, lokautów oraz aktów terroryzmu i sabotażu,
- ! reakcji jądrowej, skażenia radioaktywnego, skażenia lub zanieczyszczenia odpadami przemysłowymi, działania broni biologicznej lub chemicznej, promieni laserowych i maserowych oraz pola magnetycznego i elektromagnetycznego,
- ! celowego spowodowania przez Ubezpieczonego rozstroju zdrowia lub zagrożenia życia,
- ! leczenia wad wrodzonych,
- ! zabiegów i kuracji odwykowych lub leczenia odwykowego,
- ! stosowania leków niedopuszczonych do stosowania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej,
- ! leczenia kuracyjnego, sanatoryjnego lub uzdrowiskowego,
- ! operacji plastycznych, zabiegów ze wskazań kosmetycznych, helioterapii, planowanego leczenia,
- ! leczenia chorób wenerycznych, AIDS i zakażenia wirusem HIV,
- ! zabiegu usuwania ciąży (aborcja),
- ! sztucznego zapłodnienia i każdego innego leczenia bezpłodności, a także związanych z zakupem środków antykoncepcyjnych,
- ! powstałych w związku z wyczynowym i zawodowym uprawianiem sportu,
- ! amatorskiego uprawiania następujących sportów: powiatrznych, speleologii, wspinaczki górskiej i skałkowej przy użyciu sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego lub wymagającej użycia takiego sprzętu, raftingu i wszystkich jego odmian, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, heliskiingu, heliboardingu, skoków na gumowej linie, a także uczestniczenie w wyprawach survivalowych lub wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi czy przyrodniczymi.



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ Na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.



Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

- Wyrażenie wyraźnej zgody w przypadku świadczeń wymagających zwolnienia służb medycznych udzielających świadczeń zdrowotnych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej oraz udostępnienia dokumentacji medycznej.



Jak i kiedy należy opłacać składki?

Ubezpieczający opłaca składkę za miesięczny okres ubezpieczenia jednorazowo z góry, do 5 dnia miesiąca kalendarzowego. Za dzień zapłaty uważa się dzień dokonania zlecenia przelewu lub złożenia polecenia zapłaty w banku lub w urzędzie pocztowym.



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Odpowiedzialność SALTUS TUW w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych rozpoczyna się od godziny 00:00 piętnastego dnia miesiąca kalendarzowego, następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony zawarł z Ubezpieczającym umowę o prowadzenie rachunku oszczędnościowo-rozliczeniowego oraz spełnił w danym miesiącu warunek wpływu na rachunek oszczędnościowo-rozliczeniowy zadeklarowanej kwoty i trwa do godziny 23:59 czternastego dnia następnego miesiąca kalendarzowego.

Ochrona ubezpieczeniowa zostanie automatycznie przedłużona na okres kolejnego miesiąca, o ile w danym miesiącu spełniony został warunek wpływu na rachunek oszczędnościowo-rozliczeniowy zadeklarowanej kwoty.

Ochrona ubezpieczeniowa kończy się:

- z upływem okresu, na jaki zawarto umowę ubezpieczenia w przypadku złożenia pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu tej umowy,
- z upływem 14 dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym nie został spełniony warunek opłacenia składki ubezpieczeniowej lub w którym nastąpiło wypowiedzenie członkostwa spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej przez Ubezpieczonego oraz zamknięcie rachunku oszczędnościowo-rozliczeniowego - w stosunku do danego Ubezpieczonego,
- z dniem upływu okresu wypowiedzenia,
- z dniem rozwiązania umowy,
- z dniem śmierci Ubezpieczonego - w stosunku do danego Ubezpieczonego,



Jak rozwiązać umowę?

1. Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy terminie 30 dni, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą - w terminie 7 dni od dnia doręczenia mu przez SALTUS TUW dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Jeżeli składka lub jej brakująca część nie zostanie opłacona we wskazanym terminie umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego.
3. Na wniosek Ubezpieczającego i za zgodą SALTUS TUW, umowa ubezpieczenia może zostać rozwiązana w każdym czasie, ze skutkiem na ostatni dzień okresu, za który została opłacona składka.

Informacja o produkcie

Ubezpieczenie posiadaczy konta - IKS MED

Stan zgodny z OWU posiadaczy konta - IKS MED
uchwalonymi przez Zarząd Towarzystwa w dniu 28 stycznia 2026 roku

- Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia: OWU: § 2, § 3, § 9 -12
- Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: OWU: § 2, § 4, § 9 -12

zdarzenie ubezpieczeniowe	usługa wspierająca powrót do zdrowia dostępna pod czynnym całą dobę numerem telefonu +48 22 522 29 68	limit
nagłe zachorowanie/nieszczęśliwy wypadek	• Infolinia medyczna	bez limitu
	• Informacyjna porada telefoniczna	bez limitu
	• wizyta domowa lekarza pierwszego kontaktu	3 usługi w roku ochrony
	• wizyta domowa pielęgniarke	3 usługi w roku ochrony
	• organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego z osobą bliską do szpitala i ze szpitala	1000 zł w roku ochrony
	• dostarczenie leków	3 usługi w roku ochrony
	• rehabilitacja	5 usług w roku ochrony max. do limitu 250 zł za jedną usługę
	• wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego	3000 zł w roku ochrony
	• dostarczenie podstawowych artykułów spożywczych	3 usługi w roku ochrony
	• organizacja opieki nad dziećmi Ubezpieczonego lub osobami niesamodzielnymi	1 usługa w roku ochrony max. do limitu 250 zł za jedną usługę
	• pomoc psychologa	5 usług w roku ochrony max. do limitu 250 zł za jedną usługę
	• organizacja opieki nad zwierzętami domowymi	1 usługa w roku ochrony max. do limitu 250 zł za jedną usługę
hospitalizacja z powodu nagłego zachorowania/nieszczęśliwego wypadku	• pomoc domowa po hospitalizacji	3 usługi w roku ochrony
	• pomoc pielęgniarke po hospitalizacji	3 usługi w roku ochrony
	• pobyt prawnego opiekuna w szpitalu w razie hospitalizacji dziecka	3 doby w roku ochrony max. do limitu 250 zł za jedną dobę
skierowanie wystawione podczas wizyty domowej lekarza pierwszego kontaktu	• usługa konsultacji specjalistycznej: alergologa, chirurga, dermatologa, kardiologa, neurologa, okulisty, ortopedy lub otolaryngologa	bez limitu

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA POSIADACZY KONTA - IKS MED -

■ I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1. (postanowienia ogólne)

1. Na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, zwanych dalej OWU, SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych, zwane dalej „Towarzystwem”, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, zawiera umowę ubezpieczenia ze Spółdzielczą Kasą Oszczędnościowo-Kredytową, zwaną dalej „Ubezpieczającym”.
2. Ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek (Ubezpieczonych). W takiej sytuacji postanowienia niniejszych OWU stosuje się odpowiednio również do Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem, że roszczenie o zapłatę składki przysługuje wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu.

§ 2. (definicje)

Przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWU:

1. **Centrum Alarmowe** – jednostka zajmująca się w imieniu Ubezpieczyciela organizacją i pokryciem kosztów usług wspierających powrót do zdrowia do limitów wskazanych w niniejszych OWU, działająca pod całodobowym numerem telefonu +22 522 29 68;
2. **Centrum Umawiania Wizyt** – jednostka organizacyjna Towarzystwa zajmująca się organizacją i pokryciem kosztów usług konsultacji specjalistycznych;
3. **choroba przewlekła** – zdiagnozowany przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia stan chorobowy, charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, leczony stale lub okresowo lub będący przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia;
4. **dziecko** – dziecko własne Ubezpieczonego głównego, a także dziecko przysposobione, które w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie miało ukończonego 18 roku życia;
5. **hospitalizacja** – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu Ubezpieczonego, trwający nieprzerwanie co najmniej 24 godziny;
6. **lekarz Centrum Alarmowego** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem, wskazana przez Centrum Alarmowe i uprawniona do występowania w imieniu Centrum Alarmowego;
7. **lekarz prowadzący** – lekarz leczący Ubezpieczonego w Placówce medycznej, w której Ubezpieczony poddał się leczeniu lub lekarz świadczący usługę wizyty domowej lekarza pierwszego kontaktu;
8. **lekarz specjalista** – osoba posiadająca odpowiednie, formalnie potwierdzone kwalifikacje zawodowe, wykonująca zawód lekarza w zakresie swoich kwalifikacji i uprawnień;
9. **limit** – maksymalna liczba określonych usług wspierających powrót do zdrowia lub maksymalny łączny koszt określonej usługi wspierającej powrót do zdrowia, do którego Towarzystwo organizuje i opłaca wykonanie danej usługi, przysługujących Ubezpieczonemu po zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego;
10. **małżonek** – osoba, z którą Ubezpieczony główny pozostaje w związku małżeńskim w dacie wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa albo inna osoba (partner), niespokrewniona z Ubezpieczonym głównym w linii prostej, niebędąca rodzeństwem ani powinowatym z Ubezpieczonym głównym, która w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przez co najmniej 12 miesięcy, wspólnie z Ubezpieczonym głównym zamieszkiwała i prowadziła wspólne gospodarstwo domowe, a przy tym żadna z wymienionych osób nie pozostawała w związku małżeńskim;
11. **miejsce zamieszkania** – podany Ubezpieczającemu adres miejsca zamieszkania Ubezpieczonego głównego na terytorium Polski;
12. **nagłe zachorowanie** – powstały w sposób nagły, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, stan chorobowy zagrażający zdrowiu Ubezpieczonego i powodujący konieczność udzielenia Ubezpieczonemu natychmiastowej pomocy medycznej;
13. **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie występujące w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, w następstwie którego Ubezpieczony – niezależnie od swojej woli oraz stanu zdrowia – doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, wymagającego uzyskania pomocy medycznej;
14. **osoba bliska** – osoba pozostająca z Ubezpieczonym głównym w dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego we wspólnym gospodarstwie domowym w miejscu zamieszkania, będąca dla Ubezpieczonego głównego: małżonkiem, dzieckiem, rodzicem, teściem, teściową, ojczymem, macochą, dziadkiem, babcią, wnukiem, rodzeństwem, zięciem, synową;
15. **osoba niesamodzielną** – osoba bliska, która w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, z powodów zdrowotnych lub ze względu na wiek nie jest zdolna do samodzielnego wykonywania czynności życia codziennego i wymaga stałej opieki;
16. **Partner medyczny** – podmiot leczniczy, udzielający Ubezpieczonym na zlecenie Centrum Umawiania Wizyt usług konsultacji specjalistycznej na podstawie niniejszych OWU;
17. **rok ochrony** – okres kolejnych 12 miesięcy nieprzerwanego objęcia ochroną ubezpieczeniową;
18. **szpital** – podmiot leczniczy udzielający zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa całodobowych świadczeń szpitalnych osobom, których stan zdrowia wymaga stałej, całodobowej obserwacji lub opieki lekarskiej i pielęgniarzkiej; za szpital nie uznaje się domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, domowej opieki pielęgniarzkiej, hospicjów onkologicznych, ośrodków leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych, alkoholowych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych ani ośrodków wypoczynkowych,
19. **Ubezpieczający** – Spółdzielcza Kasa Oszczędnościowo-Kredytowa,
20. **Ubezpieczony główny** – osoba fizyczna będąca:

- a. członkiem Spółdzielczej Kasy Oszczędnościowo-Kredytowej oraz
 - b. posiadaczem rachunku oszczędnościowo-rozliczeniowego – na zasadach określonych w regulaminie rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych obowiązującym u Ubezpieczającego, na rachunek którego zawarto umowę ubezpieczenia;
21. **Ubezpieczony** – osoba objęta ochroną ubezpieczeniową z tytułu ubezpieczenia zawartego na podstawie niniejszych OWU to jest Ubezpieczony główny oraz - w związku z objęciem ochroną danego Ubezpieczonego głównego:
- a. małżonek Ubezpieczonego głównego,
 - b. maksymalnie troje Dzieci Ubezpieczonego głównego;
- chyba, że opis świadczenia usługi wspierającej powrót do zdrowia określa inaczej;
22. **usługa wspierająca powrót do zdrowia** – uzasadnione działania, których koszty i organizację ponosi Towarzystwo, służące powrotowi do optymalnego stanu zdrowia Ubezpieczonego po zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego:
- 22.1. **informacyjna porada telefoniczna** – na wniosek Ubezpieczonego, Centrum Alarmowe zapewnia Ubezpieczonemu możliwość uzyskania telefonicznej porady medycznej poprzez umożliwienie rozmowy z lekarzem Centrum Alarmowego. Świadczenie ma charakter wyłącznie informacyjny, nie może być traktowane jako konsultacja medyczna lub diagnoza medyczna oraz nie może być stosowane jako substytut profesjonalnej konsultacji lekarskiej. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki zastosowania się Ubezpieczonego do uzyskanych informacji oraz sposób ich interpretacji przez Ubezpieczonego,
 - 22.2. **wizyta domowa lekarza pierwszego kontaktu** – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony wymaga pomocy lekarskiej, Centrum Alarmowe zorganizuje oraz pokryje koszty dojazdu wizyty domowej lekarza pierwszego kontaktu w miejscu pobytu Ubezpieczonego. Usługa jest organizowana, o ile stan zdrowia Ubezpieczonego nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego. Usługa jest świadczona do łącznego limitu 3 usług w roku ochrony,
 - 22.3. **wizyta domowa pielęgniarki** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym zabiegów pielęgniarstwa, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty wynagrodzenia i dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego. Ubezpieczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu żywności, leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarstwa. Usługa jest świadczona do łącznego limitu 3 usług w roku ochrony,
 - 22.4. **organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego z osobą bliską do szpitala i ze szpitala** – jeżeli Ubezpieczony wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego przewiezienia do szpitala, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty przewiezienia Ubezpieczonego wraz z osobą bliską, dostosowanym do aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 1000 zł w roku ochrony,
 - 22.5. **dostarczenie leków** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym leżenia, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca pobytu Ubezpieczonego, koszty dostarczonych leków pokrywa Ubezpieczony. Usługa jest świadczona do łącznego limitu 3 usług w roku ochrony,
 - 22.6. **rehabilitacja** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym rehabilitacji, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty:
 - a. wizyt fizykoterapeuty w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego albo
 - b. przewiezienia dostosowanym do aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu Ubezpieczonego do najbliższego miejsca zamieszkania Ubezpieczonego poradni rehabilitacyjnej.
 Usługa jest świadczona do łącznego limitu 5 usług w roku ochrony i limitu 250 zł za jedną usługę,
 - 22.7. **wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym sprzętu rehabilitacyjnego wykorzystywanego w celu przyspieszenia powrotu do zdrowia, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty zakupu lub wypożyczenia tego sprzętu i dostarczenia do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 3000 zł w roku ochrony,
 - 22.8. **pomoc domowa po hospitalizacji** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym leżenia lub pomocy osób trzecich, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty wynagrodzenia i dojazdu osób pomagających Ubezpieczonemu w powrocie do zdrowia w miejscu zamieszkania. Usługa obejmuje zakresem: pomoc domową w przygotowaniu posiłku, zrobienie drobnych zakupów, utrzymanie czystości w domu: sprzątanie podłóg na sucho i na mokro, ścieranie kurzy z mebli i parapetów, odkurzanie dywanów i wykładzin, sprzątanie łazienki, zmywanie naczyń, czyszczenie zlewu, czyszczenie płyty kuchennej, wyrzucanie śmieci, podlewanie kwiatów przy użyciu środków i sprzętów udostępnionych przez Ubezpieczonego; koszty zakupów realizowanych na zlecenie Ubezpieczonego pokrywa Ubezpieczony. Usługa jest świadczona do łącznego limitu 3 usług w roku ochrony,
 - 22.9. **pomoc pielęgniarki po hospitalizacji** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po hospitalizacji zabiegów pielęgniarstwa, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty wynagrodzenia i dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego. Usługa jest świadczona do łącznego limitu 3 usług w roku ochrony,
 - 22.10. **dostarczenie podstawowych artykułów spożywczych** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym leżenia lub pomocy osób trzecich, Towarzystwo zapewnia organizację zakupu i dostarczenia podstawowych artykułów spożywczych. Ubezpieczenie nie obejmuje pokrycia kosztu zakupu artykułów spożywczych. Usługa jest świadczona do łącznego

limitu 3 usług w roku ochrony,

22.11. **organizacja opieki na dziećmi Ubezpieczonego lub osobami niesamodzielnymi** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym leżenia lub pomocy osób trzecich, lub jest hospitalizowany a konieczne jest zapewnienie opieki Dzieciom lub osobom niesamodzielnym, Towarzystwo zorganizuje i pokryje koszty:

- a. **transportu dzieci** – pod opieką osoby uprawnionej przez Centrum Alarmowe - do znajdującego się na terytorium Polski miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej do opieki wskazanej przez Ubezpieczonego, a także pokryje koszty transportu powrotnego Dzieci do miejsca pobytu Ubezpieczonego po ustaniu przyczyny uprawniającej do realizacji świadczenia, lub
- b. **transportu osoby wyznaczonej pisemnie przez Ubezpieczonego do opieki nad dzieckiem lub osobą niesamodzielną** – do miejsca zamieszkania dziecka Ubezpieczonego lub osoby niesamodzielnej na terytorium Polski, a także pokryje koszty transportu powrotnego do miejsca zamieszkania na terytorium Polski osoby wskazanej do opieki nad dzieckiem lub osobą niesamodzielną po ustaniu przyczyny uprawniającej do realizacji świadczenia.

Usługa będzie realizowana odpowiednim środkiem transportu:

- taksówką (nie dalej jednak niż na odległość 100 km),
- pociągiem I klasy lub autobusem,
- samolotem w klasie ekonomicznej, jeżeli czas podróży pociągiem lub autobusem przekracza 8 godzin, (w tym transport taksówką do i z dworca/lotniska).

Usługa jest świadczona do łącznego limitu 1 usługi w roku ochrony i limitu 250 zł za jedną usługę,

22.12. **pobyt prawnego opiekuna w szpitalu w razie hospitalizacji dziecka** – jeżeli dziecko Ubezpieczonego jest hospitalizowane w wyniku nagłego zachorowania lub wskutek następstw nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo zorganizuje i pokryje koszty: pobytu razem z dzieckiem jednego prawnego opiekuna dziecka w szpitalu, zgodnie z możliwościami i wymogami organizacyjnymi jakimi dysponuje szpital, albo pobytu jednego opiekuna prawnego dziecka w hotelu najbliższym miejscu hospitalizacji dziecka - wyłącznie jeżeli szpital znajduje się w odległości powyżej 30 km od miejsca zamieszkania oraz nie ma możliwości zorganizowania pobytu prawnego opiekuna w szpitalu.

Usługa jest świadczona do łącznego limitu 3 dób świadczenia usługi w roku ochrony i limitu 250 zł za jedną dobę,

22.13. **pomoc psychologa** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym lub śmierci osoby bliskiej porad psychologa, Towarzystwo zorganizuje i pokryje koszty zaleconych wizyt u psychologa. Usługa jest świadczona do łącznego limitu 5 usług w roku ochrony i limitu 250 zł za jedną usługę,

22.14. **organizacja opieki nad zwierzętami domowymi** jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po zdarzeniu ubezpieczeniowym leżenia lub pomocy osób trzecich, lub jest hospitalizowany, a konieczne jest zapewnienie opieki nad zwierzętami domowymi, Towarzystwo zorganizuje i pokryje koszty:

- a. usługi opieki nad zwierzęciem domowym pozostających w miejscu zamieszkania w zakresie karmienia, wyprowadzania na spacer oraz utrzymywania higieny, lub
- b. transportu zwierząt domowych z miejsca zamieszkania do:
 - miejsca zamieszkania na terytorium Polski osoby wskazanej przez Ubezpieczonego do sprawowania opieki nad zwierzętami domowymi, w przypadku, gdy osoba wskazana przez Ubezpieczonego zadeklaruje sprawowanie opieki nad tymi zwierzętami, albo
 - najbliższego hotelu/pensjonatu dla zwierząt – przy czym świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów pobytu w hotelu/pensjonacie dla zwierząt, a do pokrycia ich zobowiązany jest Ubezpieczony.

Ubezpieczenie nie obejmuje pokrycia kosztów karmy dla zwierząt lub środków do utrzymania higieny używanych podczas sprawowania opieki. Warunkiem realizacji usług opieki dla zwierząt domowych jest okazanie przedstawicielowi Centrum Alarmowego aktualnej książeczki szczepień zwierzęcia, potwierdzającej wykonanie niezbędnych szczepień. Usługa jest świadczona do łącznego limitu 3 usług w roku ochrony i limitu 250 zł za jedną usługę,

22.15. **infolinia medyczna** – jednostka działająca całodobowo udzielająca Ubezpieczonemu informacji o:

- a. działaniu leków, ich skutkach ubocznych i interakcjach,
- b. przygotowaniu do zabiegów medycznych,
- c. przygotowaniu do badań diagnostycznych,
- d. podmiotach leczniczych, w których świadczenia są opłacane przez płatnika publicznego i płatników prywatnych,
- e. aptekach czynnych całą dobę,
- f. zdrowym żywieniu,
- g. o wymaganych szczepieniach i zagrożeniach epidemiologicznych przed podróżą;

23. **usługa konsultacji specjalistycznej** – uzasadniona z medycznego punktu widzenia i zalecona przez lekarza Centrum Alarmowego realizującego wizytę domową lekarza pierwszego kontaktu, konsultacja alergologa, chirurga, dermatologa, kardiologa, neurologa, okulisty, ortopedy lub otolaryngologa, których koszty pokrywa Towarzystwo;

24. **wyczynowe lub zawodowe uprawianie sportu** – udział w regularnych treningach, zawodach, obozach kondycyjnych, zgrupowaniach, w celu uzyskania maksymalnych wyników sportowych;

25. **zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej nagłego zachorowania Ubezpieczonego lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
26. **zwierzę domowe** – stanowiący własność Ubezpieczonego główny kot należący do ras domowych lub pies - z wyłączeniem ras uznawanych za agresywne zgodnie z powszechnie obowiązującymi w dniu zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego przepisami prawa.

■ II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3. (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo, na podstawie niniejszych OWU, udziela Ubezpieczonym ochrony ubezpieczeniowej w zakresie:
 - a. organizacji, udostępnienia oraz pokrycia kosztów usług wspierających powrót do zdrowia,
 - b. organizacji, udostępnienia oraz pokrycia kosztów usług konsultacji specjalistycznych realizowanych u Partnerów medycznych.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje świadczenia zdrowotne udzielane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

§ 4. (wyłączenia odpowiedzialności)

1. Z zakresu odpowiedzialności Towarzystwa wyłączone są zdarzenia ubezpieczeniowe będące następstwem chorób przewlekłych, chorób istniejących przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz ich powikłań i zaostrzeń, na które Ubezpieczony chorował przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pokrycia kosztów świadczeń zdrowotnych wykonanych z powodu lub w następstwie:
 - 1) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wewnętrznych zamieszek, strajków, rozruchów, lokautów oraz aktów terroryzmu i sabotażu,
 - 2) reakcji jądrowej, skażenia radioaktywnego, skażenia lub zanieczyszczenia odpadami przemysłowymi, działania broni biologicznej lub chemicznej, promieni laserowych i maserowych oraz pola magnetycznego i elektromagnetycznego,
 - 3) celowego spowodowania przez Ubezpieczonego rozstroju zdrowia lub zagrożenia życia,
 - 4) leczenia wad wrodzonych,
 - 5) zabiegów i kuracji odwykowych lub leczenia odwykowego,
 - 6) stosowania leków niedopuszczonych do stosowania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 7) leczenia kuracyjnego, sanatoryjnego lub uzdrowiskowego,
 - 8) operacji plastycznych, zabiegów ze wskazań kosmetycznych, helioterapii,
 - 9) planowanego leczenia,
 - 10) leczenia chorób wenerycznych, AIDS i zakażenia wirusem HIV,
 - 11) zabiegu usuwania ciąży (aborcja),
 - 12) sztucznego zapłodnienia i każdego innego leczenia bezpłodności, a także związanych z zakupem środków antykoncepcyjnych,
 - 13) powstałych w związku z wyczynowym i zawodowym uprawianiem sportu,
 - 14) amatorskiego uprawiania następujących sportów: powiatowych, speleologii, wspinaczki górskiej i skałkowej przy użyciu sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego lub wymagającej użycia takiego sprzętu, raftingu i wszystkich jego odmian, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, heliskiingu, heliboardingu, skoków na gumowej linie, a także uczestniczenie w wyprawach survivalowych lub wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi czy przyrodniczymi.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub opóźnienia w realizacji usługi wspierającej powrót do zdrowia, gdy udzielenie tego świadczenia zostało uniemożliwione lub opóźnione z powodu:
 - 1) zadziałania siły wyższej, takiej jak: trzęsienie lub osunięcie się ziemi, powódź, huragan, pożar, lub też z powodu awarii lub braku urządzeń telekomunikacyjnych,
 - 2) czynników nadzwyczajnych i niezależnych od Towarzystwa takich jak strajki, niepokoje społeczne, ataki terrorystyczne, a także ograniczenia w poruszaniu się wprowadzone decyzjami władz administracyjnych, mogące powodować niemożliwość realizacji danej usługi przez usługodawców Towarzystwa,
 - 3) interwencji lokalnych organów odpowiedzialnych za pomoc w wypadkach, za bezpieczeństwo, ochronę środowiska, usuwanie awarii o większym zasięgu, usuwanie skażeń lub wskutek interwencji straży pożarnej, policji lub pogotowia ratunkowego,
 - 4) ograniczonego lub niemożliwego dostępu do Ubezpieczonego lub do innych osób, którym miała zostać udzielona usługa, względnie do miejsca zamieszkania albo do innego miejsca, w którym miała zostać udzielona usługa.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i jest zwolnione z obowiązku zwrotu wszelkich kosztów, jeżeli Ubezpieczony nie wykonał uprzedniego zgłoszenia żądania spełnienia świadczenia do Centrum Alarmowego lub Centrum Umawiania Wizyt i poniósł takie koszty bez akceptacji Towarzystwa, nawet jeśli mieszczą się one w granicach określonych limitami, a zdarzenia których one dotyczą są objęte ochroną ubezpieczeniową, chyba, że skontaktowanie się z Centrum Alarmowym lub Centrum Umawiania Wizyt było niemożliwe z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego.
5. W przypadku świadczeń wymagających zwolnienia służb medycznych udzielających świadczeń zdrowotnych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej oraz udostępnienia dokumentacji medycznej, udzielenie świadczenia bezwzględnie wymaga wyrażenia przez Ubezpieczonego wyraźnej zgody na powyższe w stosunku do Ubezpieczyciela i podmiotów działających w jego imieniu.

§ 5. (składka ubezpieczeniowa)

1. Towarzystwo ustala wysokość składki ubezpieczeniowej na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu zawierania umowy ubezpieczenia. Składki taryfowe zawarte w taryfie składek określono zgodnie z zasadami matematyki aktuariałnej, w zależności od stopnia ryzyka jakie poniesie Towarzystwo po rozpoczęciu odpowiedzialności ubezpieczeniowej oraz kosztów zawarcia i obsługi ubezpieczenia.

2. Przy kalkulacji wysokości składki ubezpieczeniowej uwzględnia się zakres ochrony ubezpieczeniowej oraz liczbę Ubezpieczonych.
3. Wysokość składki ubezpieczeniowej dla danej umowy ubezpieczenia stanowi suma iloczynów składki ubezpieczeniowej oraz liczby Ubezpieczonych głównych objętych ochroną.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składek ubezpieczeniowych należnych za wszystkich Ubezpieczonych, z góry do 5 dnia miesiąca kalendarzowego.
5. Składkę opłaca się przelewem na rachunek bankowy Towarzystwa. Za dzień zapłaty składki uznaje się dzień dokonania zlecenia przelewu lub złożenia polecenia zapłaty w banku lub w urzędzie pocztowym na właściwy rachunek. Jeżeli na rachunku nie znajdowała się wystarczająca ilość środków pozwalająca na zrealizowanie zlecenia, za dzień zapłaty uznaje się dzień wpływu składki na rachunek Towarzystwa.
6. Wraz ze składką ubezpieczeniową, Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Towarzystwu, w terminie do 5 dnia miesiąca, wykazu Ubezpieczonych głównych objętych ubezpieczeniem.
7. W przypadku ustania ochrony ubezpieczeniowej przed zakończeniem okresu ubezpieczenia, Towarzystwo na wniosek Ubezpieczającego, dokona zwrotu części składki ubezpieczeniowej przypadającej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

§ 6. (umowa ubezpieczenia)

1. Podstawą umowy ubezpieczenia jest złożenie przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Jeżeli strony nie umówią się inaczej, do zawarcia umowy dochodzi z chwilą akceptacji przez Towarzystwo wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
3. Na dowód zawarcia umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wystawia dokument ubezpieczenia.
4. Umowa ubezpieczenia zawierana jest w formie bezimiennej.
5. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego miesiąca, od godziny 00:00 piętnastego dnia miesiąca kalendarzowego, do godziny 23:59 czternastego dnia następnego miesiąca kalendarzowego.
6. Umowa ubezpieczenia zostanie automatycznie przedłużona na okres kolejnego miesiąca, o ile najpóźniej na 7 dni przed końcem miesiąca ochrony, żadna ze stron umowy niełoży pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu tej umowy lub o gotowości przedłużenia umowy na zmienionych warunkach.
7. W przypadku złożenia przez stronę umowy ubezpieczenia oświadczenia, o którym mowa w ust.6, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu na jaki została zawarta, chyba że strony dojdą do porozumienia co do warunków przedłużenia okresu trwania umowy ubezpieczenia.

§ 7. (czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa)

1. Towarzystwo obejmuje ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonych, którzy zawarli z Ubezpieczającym umowę o prowadzenie rachunku oszczędnościowo-rozliczeniowego oraz spełnili w danym miesiącu warunek wpływu na rachunek oszczędnościowo-rozliczeniowy zadeklarowanej kwoty.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych rozpoczyna się od godziny 00:00 piętnastego dnia miesiąca kalendarzowego, następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony spełnił warunki określone w ust.1 i trwa do godziny 23:59 czternastego dnia następnego miesiąca kalendarzowego.
3. Ochrona ubezpieczeniowa zostanie automatycznie przedłużona na okres kolejnego miesiąca, o ile w danym miesiącu spełniony został warunek wpływu na rachunek oszczędnościowo-rozliczeniowy zadeklarowanej kwoty, o której mowa w ust.1.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych kończy się:
 - 1) z upływem czternastego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym nie został spełniony warunek, określony w ust.1 lub w którym nastąpiło wypowiedzenie członkostwa Spółdzielczej Kasy Oszczędnościowo-Kredytowej przez Ubezpiezonego oraz zamknięcie rachunku oszczędnościowo-rozliczeniowego,
 - 2) z dniem upływu okresu wypowiedzenia w trybie określonym w § 8 ust.2,
 - 3) z dniem rozwiązania umowy w trybie określonym w § 8 ust.4,
 - 4) z dniem śmierci Ubezpiezonego - w stosunku do danego Ubezpiezonego.

§ 8. (odstąpienie, wypowiedzenie umowy i inne przypadki rozwiązania umowy)

1. W przypadku nieopłacenia składki ubezpieczeniowej lub jej opłacenia w niepełnej wysokości, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty składki lub jej brakującej części, wyznaczając w tym celu dodatkowy termin 7 dni. W wezwaniu do zapłaty Towarzystwo powiadomi Ubezpieczającego o skutkach, o których mowa w ust.2.
2. Jeżeli składka lub jej brakująca część nie zostanie opłacona w dodatkowym terminie wskazanym w ust.1, umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem na ostatni dzień dodatkowego terminu wskazanego w ust.1. W przypadku uiszczenia jedynie części składki, Towarzystwo zwróci część składki ubezpieczeniowej przypadającej za okres, w którym nie świadczyło ochrony ubezpieczeniowej.
3. Wypowiedzenie umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
4. Na wniosek Ubezpieczającego i za zgodą Towarzystwa, umowa ubezpieczenia może zostać rozwiązana w każdym czasie, ze skutkiem na ostatni dzień okresu, za który została opłacona składka.

■ III. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE**§ 9. świadczenie usług wspierających powrót do zdrowia)**

1. W celu uzyskania świadczeń Ubezpieczony kontaktuje się telefonicznie z Centrum Alarmowym.
2. Jeżeli w ramach zakresu świadczeń zostanie przekroczony limit kosztów określony dla danego zdarzenia ubezpieczeniowego dla danej usługi, może być ona wykonana przez Towarzystwo, o ile Ubezpieczony lub jego przedstawiciel ustawowy wyrazi pisemną zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez Towarzystwo limitem świadczenia.

§ 10. (zgłoszenie roszczenia i ustalenie prawa do świadczeń)

1. Osoba kontaktująca się z Centrum Alarmowym powinna podać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko;
 - 2) numer PESEL;
 - 3) adres zamieszkania;
 - 4) numer telefonu do kontaktu zwrotnego.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest na wniosek Centrum Alarmowego dostarczyć dokumenty wskazane w § 11. ust. 1.
3. Centrum Alarmowe przystąpi do organizacji świadczenia niezwłocznie po pozytywnej weryfikacji ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego oraz po wypełnieniu obowiązków określonych w ustępach powyższych.
4. O wszelkich zmianach w sposobie i terminie realizacji świadczeń Centrum Alarmowe będzie niezwłocznie informować Ubezpieczonego.
5. W przypadku gdy Ubezpieczony nie wypełnia obowiązków określonych w ustępach 1, 2 i 3 powyżej, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

§ 11. (wymagane dokumenty)

1. Przy roszczeniu o udzielenie świadczenia ubezpieczeniowego w postaci usługi wspierającej powrót do zdrowia, Ubezpieczony winien przekazać następujące dokumenty i informacje niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
 - 1) opis okoliczności wystąpienia nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) dokumentacja udzielenia pierwszej pomocy lekarskiej w przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, w przypadku korzystania z usług wspierających powrót do zdrowia po nieszczęśliwym wypadku;
 - 3) dokumentacja lekarska potwierdzająca brak występowania choroby przewlekłej w przypadku korzystania z usług wspierających powrót do zdrowia po nagłym zachorowaniu,
 - 4) dokumenty wskazane w definicjach usług wspierających powrót do zdrowia w § 2 pkt. 22 o które może wystąpić Centrum Alarmowe potwierdzające konieczność udzielenia danej usługi lub konieczne do jej realizacji.

Powyższe dokumenty są przekazywane w sposób zapewniający bezpieczeństwo danych osobowych wskazany przez konsultanta Centrum Alarmowego.

2. Przy roszczeniu o udzielenie świadczenia ubezpieczeniowego w postaci usługi konsultacji specjalistycznej, Towarzystwo wymaga przesłania kopii lub skanu skierowania lekarskiego na daną usługę wystawionego przez lekarza podczas udzielania świadczenia wizyty domowej lekarza pierwszego kontaktu.
3. Dokumenty wskazane w ust. 2 można przysyłać rekomendowanymi kanałami komunikacji z Towarzystwem:
 - 1) pocztą tradycyjną na adres: SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych, ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot, lub zgodnie z decyzją Ubezpieczonego za pośrednictwem:
 - 2) poczty elektronicznej na adres: zdrowie@saltus.pl,
 - 3) MMS na numer Towarzystwa, 661 005 195, podając dane umożliwiające identyfikację Ubezpieczonego.

§ 12. (świadczenie usług konsultacji specjalistycznych)

1. Usługi konsultacji specjalistycznych realizowane są w placówkach Partnerów Medycznych, po wcześniejszym przedstawieniu skierowania do lekarza specjalisty, wystawionego przez lekarza Centrum Alarmowego realizującego wizytę domową lekarza pierwszego kontaktu po umówieniu wizyty za pośrednictwem Centrum Umawiania Wizyt - telefonicznie pod numerem +48 801 005 777 lub za pośrednictwem strony www.saltus.pl Konsultant Centrum Umawiania Wizyt ustala miejsce i termin wizyty z uwzględnieniem preferencji Ubezpieczonego.
2. Przed skorzystaniem z wizyty u lekarza specjalisty w placówce Partnera Medycznego, Ubezpieczony zobowiązany jest okazać ważny dokument ze zdjęciem, potwierdzający tożsamość.
3. Koszt świadczeń medycznych umówionych za pośrednictwem Centrum Umawiania Wizyt ponosi Towarzystwo.

■ IV. REKLAMACJE**§ 13. (tryb składania i rozpatrywania reklamacji)**

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia lub spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia mający zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez Towarzystwo usług lub wykonywanej przez nie działalności mają prawo składania reklamacji do Towarzystwa:
 - 1) na piśmie:
 - a) w postaci papierowej – osobiście w siedzibie Towarzystwa lub w dowolnej jednostce organizacyjnej zajmującej się obsługą klientów albo przesyłką pocztową, albo nadaną w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej na adres: SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych, ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot,
 - b) w postaci elektronicznej – wysyłając formularz elektroniczny znajdujący się na stronie internetowej www.saltus.pl albo na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-90465-87871-EUWAE-31 zgodnie z ustawą o doręczeniach elektronicznych,
 - 2) ustnie – telefonicznie, dzwoniąc pod numer: 58 770 36 90 albo osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Towarzystwa lub dowolnej jednostce zajmującej się obsługą klientów.

2. Reklamacja powinna zawierać:
 - a) imię, nazwisko, adres i numer telefonu kontaktowego osoby zgłaszającej reklamację,
 - b) numer dokumentu ubezpieczenia,
 - c) przedmiot reklamacji,
 - d) uzasadnienie reklamacji z podaniem ewentualnych dowodów.
3. Na żądanie zgłaszającego reklamację Towarzystwo potwierdzi fakt jej złożenia – na piśmie, na podany adres korespondencyjny lub elektronicznie na adres mailowy wskazany w reklamacji.
4. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udzieli nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej wpływu. Po rozpatrzeniu reklamacji, stanowisko Towarzystwa zostanie przedstawione na piśmie:
 - 1) w postaci elektronicznej – w przypadku gdy zgłaszający reklamację złożył ją na piśmie w postaci elektronicznej, chyba że zgłaszający reklamację wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej,
 - 2) w postaci papierowej – w przypadku gdy zgłaszający reklamację złożył ją na piśmie w postaci papierowej, chyba że zgłaszający reklamację wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej,
 - 3) w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem zgłaszającego reklamację – w przypadku gdy zgłaszający reklamację złożył ją ustnie.
5. W przypadku, o którym mowa w ust. 4 pkt 1), odpowiedź jest udzielana:
 - 1) z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej, za pomocą którego zgłaszający złożył reklamację, albo innego wskazanego przez zgłaszającego reklamację środka komunikacji elektronicznej - w przypadku gdy reklamacja została złożona przez zgłaszającego z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej,
 - 2) na adres do doręczeń elektronicznych zgłaszającego reklamację, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w art. 25 tej ustawy - w przypadku gdy reklamacja została wysłana przez zgłaszającego reklamację na adres do doręczeń elektronicznych.
6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni od dnia jej wpływu, Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub osobę zgłaszającą 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. Jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia ubezpieczeniowego lub spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia, nie zgadza się z odpowiedzią Towarzystwa na reklamację, może zwrócić się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz do Rzecznika Finansowego.
8. Właściwym dla Towarzystwa 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 jest Rzecznik Finansowy. Informacje dotyczące podmiotu uprawnionego dostępne są na stronie internetowej: <http://rf.gov.pl/>
9. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

■ V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 14. (obowiązki stron)

1. Towarzystwo jest zobowiązane do:
 - 1) doręczenia Ubezpieczającemu tekstu OWU przed zawarciem umowy ubezpieczenia,
 - 2) wydania Ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia,
 - 3) udzielenia Ubezpieczającemu informacji o sposobie i trybie rozpatrywania reklamacji oraz o organie właściwym do ich rozpatrzenia.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu tekstu OWU przed objęciem ich ochroną ubezpieczeniową.

§ 15. (zasady korespondencji)

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

§ 16. (przepisy zewnętrzne)

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

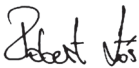
§ 17. (prawo wglądu do akt)

Towarzystwo udostępni na wniosek Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, osoby występującej z roszczeniem lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, informacje i dokumenty, gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i 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.

§ 18. (spory sądowe)

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

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 stycznia 2026 roku przez Zarząd Towarzystwa z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia od dnia 13 lutego 2026 roku.



ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU



GRZEGORZ BUCZKOWSKI
WICEPREZES ZARZĄDU



ANNA GOŁĄBEK
WICEPREZES ZARZĄDU



MARIUSZ CZAJKA
WICEPREZES ZARZĄDU

INFORMACJA W SPRAWIE ZASAD PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH W ZWIĄZKU Z WYKONYWANIEM UMOWY UBEZPIECZENIA.

Administrator danych: podmiot, który odpowiada za przetwarzanie danych osobowych	SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych (w dalszej części: SALTUS TUW) ul. Władysława IV 22 81-743 Sopot tel. (58) 770 36 90 tel. 801 888 666 e-mail: info@saltus.pl
Inspektor ochrony danych: osoba kontaktowa w sprawach przetwarzania danych osobowych	We wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych można kontaktować się z wyznaczonym Inspektorem ochrony danych listownie pod adresem siedziby administratora, drogą telefoniczną lub za pośrednictwem poczty elektronicznej: tel. (58) 770 36 90 e-mail: iod@saltus.pl
Cele i podstawy prawne przetwarzania danych osobowych	SALTUS TUW będzie przetwarzało Pani/Pana dane osobowe: 1. na podstawie przepisów ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej w celach: a. wykonania Umowy ubezpieczenia, b. oceny ryzyka ubezpieczeniowego, c. przeciwdziałania przestępstwom popełnianym na szkodę zakładu ubezpieczeń, d. statystycznych, w tym związanych z ustalaniem wysokości składek ubezpieczeniowych; 2. na podstawie przepisów ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 roku o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej w celu obsługi ewentualnych reklamacji; 3. na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora (art. 6 ust. 1 lit. f RODO) w celu ustalenia lub dochodzenia ewentualnych roszczeń zakładu ubezpieczeń (o ile to uzasadnione, dane szczególnych kategorii, w tym dotyczące zdrowia mogą być przetwarzane w tym celu na podstawie art. 9 ust. 2 lit. f RODO); 4. na podstawie uprzednio wyrażonej zgody w celu uzyskiwania informacji o stanie zdrowia z podmiotów medycznych, które udzielały Pani / Panu świadczeń opieki zdrowotnej oraz uzyskiwania informacji o takich podmiotach medycznych z Narodowego Funduszu Zdrowia, Podanie danych osobowych jest niezbędne dla wykonania umowy ubezpieczenia oraz spełnienia obowiązków nałożonych na administratora przepisami prawa. Odmowa podania danych uniemożliwi wykonanie umowy ubezpieczenia.
Kategorie pozyskanych danych osobowych: dane osobowe, które zostały nam udostępnione dla realizacji w/w celów	W związku z wykonaniem umowy ubezpieczenia możemy przetwarzać następujący zakres danych osoby Ubezpieczonej: 1. imię i nazwisko, 2. PESEL, 3. adres zamieszkania, 4. numer telefonu, e-mail, 5. informacje dotyczące świadczonej ochrony ubezpieczeniowej, 6. dane dotyczące zdrowia, 7. dane dotyczące członków rodziny (w związku z objęciem ich ochroną ubezpieczeniową).
Odbiorcy danych kategorie podmiotów, którym zakład ubezpieczeń udostępnia dane osobowe	W związku z realizacją powyższych celów Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione następującym kategoriom odbiorców: 1. na podstawie art. 28 RODO podmiotom wykonującym czynności zlecone przez SALTUS TUW, w szczególności w zakresie: a. likwidacji szkód, w tym oceny skutków zdarzeń w związku z zawarciem lub wykonywaniem Umowy ubezpieczenia, w tym podmiotom wykonującym działalność leczniczą, b. utrzymania elementów infrastruktury teleinformatycznej, w szczególności systemów informatycznych i aplikacji, c. zarządzania dokumentacją, w tym w zakresie jej przechowywania i niszczenia, d. dochodzenia roszczeń zakładu ubezpieczeń z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej. 2. podmiotom uprawnionym na podstawie art. 35 ust. 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, w tym m.in.: a. biegłemu rewidentowi w zakresie wykonywania przez niego zadań ustawowych, b. innym zakładom ubezpieczeń lub zakładom reasekuracji, z którymi SALTUS TUW zawarło umowy koasekuracji lub reasekuracji w zakresie określonych ryzyk, c. innym zakładom ubezpieczeń w celu i zakresie niezbędnym dla przeciwdziałania przestępstwom popełnianym na szkodę zakładu ubezpieczeń, 3. na podstawie Pani/Pana zgody (jeżeli jest Pani/Pan osobą Ubezpieczoną), w związku z art. 38 i 39 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej: a. podmiotom wykonującym działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu, w ramach i na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości, w tym w celu weryfikacji informacji podanych przez Ubezpieczonego, 4. bankom oraz ewentualnym podmiotom pośredniczącym w realizacji transakcji; 5. podmiotom pośredniczącym w wymianie korespondencji, w tym prowadzonej w formie elektronicznej; 6. innym podmiotom, których uprawnienie do żądania udostępnienia danych osobowych wynika z przepisów obowiązującego prawa.
Informacja dotycząca przekazywania danych osobowych do państwa trzeciego: czy będziemy przekazywać dane osobowe do państwa spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego?	Dane osobowe mogą zostać przekazane do podmiotu w państwie trzecim w związku z ewentualnym wykorzystaniem przez SALTUS TUW lub jego usługodawców usług teleinformatycznych oferowanych przez niektóre podmioty. Przekazywanie danych osobowych do podmiotu w państwie trzecim nastąpi wyłącznie w przypadkach, gdy państwo takie lub podmiot zapewnią odpowiedni stopień ochrony danych osobowych. Właściwy stopień ochrony w państwie trzecim musi zostać potwierdzony decyzją Komisji Europejskiej. W przypadku braku takiego potwierdzenia przekazanie danych do podmiotu w państwie trzecim może nastąpić wyłącznie, gdy podmiot taki zapewni odpowiednie zabezpieczenia, co zostanie potwierdzone zapisami umownymi, w szczególności z uwzględnieniem zabezpieczeń wskazanych w art. 46 RODO, w tym zatwierdzonych przez właściwy organ nadzorczy wiążących reguł korporacyjnych lub standardowych klauzul ochrony danych osobowych przyjętych przez Komisję Europejską.
Okres przechowywania danych osobowych	Dane osobowe będą przechowywane w ramach dokumentacji ubezpieczeniowej przez okres związany z przedawnieniem roszczeń, tj. przez okres 10 lat licząc od dnia ustania ochrony ubezpieczeniowej.
Prawa przysługujące osobie, której dane są przetwarzane	W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące prawa: 1. prawo dostępu do swoich danych oraz uzyskania kopii danych, 2. prawo do sprostowania, uzupełnienia swoich danych osobowych, 3. prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, oraz, w uzasadnionych przypadkach: 4. prawo do usunięcia danych osobowych, 5. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych, 6. prawo do przenoszenia danych osobowych, 7. prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych opartego na prawnie uzasadnionym interesie administratora, 8. prawo do odwołania w każdym czasie uprzednio wyrażonej zgody na przetwarzanie danych osobowych.
Źródła pochodzenia danych skąd pozyskujemy dane osobowe	Dane osobowe zostały nam udostępnione przez ubezpieczającego – Spółdzielczą Kasę Oszczędnościowo-Kredytową.

¹Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE



SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych

ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot

tel.: 58 770 36 90, 801 888 666

www.saltus.pl

e-mail: info@saltus.pl

