



SALTUS
UBEZPIECZENIA

**ZDROWY ORGANIZM
TWOJEJ FIRMY**

**Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego
SALTUS ZDROWIE**

Informacja o produkcie
Grupowe Ubezpieczenie Zdrowotne
SALTUS ZDROWIE

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego
SALTUS ZDROWIE uchwalonymi przez Zarząd

Towarzystwa w dniu 27 sierpnia 2021 roku.

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu
ubezpieczenia: §2, §3, §4, §14, §15, §16, §17.

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

Spis treści

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO SALTUS ZDROWIE

I.	POSTANOWIENIA OGÓLNE	4
§ 1.	(postanowienia ogólne)	4
§ 2.	(definicje)	4
II.	PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	5
§ 3.	(przedmiot i zakres ubezpieczenia)	5
§ 4.	(zakres ubezpieczenia)	6
§ 5.	(wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności).....	6
III.	SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA.....	6
§ 6.	(składka ubezpieczeniowa)	6
IV.	UMOWA UBEZPIECZENIA	6
§ 7.	(zawarcie umowy ubezpieczenia).....	6
§ 8.	(czas trwania umowy ubezpieczenia)	7
§ 9.	(odstąpienie, wypowiedzenie umowy i inne przypadki rozwiązania umowy)	7
V.	CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA	7
§ 10.	(rozpoczęcie odpowiedzialności Towarzystwa)	7
§ 11.	(obejmowanie ubezpieczeniem)	7
§ 12.	(warianty i opcje ubezpieczenia, możliwość zmiany)	8
§ 13.	(czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa)	8
VI.	REALIZACJA ŚWIADCZENIA	8
§ 14.	(realizacja świadczeń w placówkach Partnerów Medycznych)	8
§ 15.	(realizacja świadczeń poza siecią Partnerów Medycznych)	8
§ 16.	(wymagane dokumenty).....	8
§ 17.	(wypłata świadczenia zrealizowanego poza siecią Partnerów Medycznych lub z tytułu leczenia operacyjnego).....	9
VII.	PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY.....	9
§ 18.	(obowiązki Ubezpieczającego przed zawarciem umowy ubezpieczenia)	9
§ 19.	(obowiązki Ubezpieczającego w trakcie trwania umowy ubezpieczenia)	9
§ 20.	(obowiązki Towarzystwa).....	9
VIII.	POSTANOWIENIA KOŃCOWE.....	9
§ 21.	(zasady korespondencji)	9
§ 22.	(przepisy zewnętrzne)	10
§ 23.	(prawo wglądu do akt).....	10
§ 24.	(tryb składania i rozpatrywania reklamacji).....	10
§ 25.	(spory sądowe)	10
§ 26.	(postanowienia końcowe).....	10

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO SALTUS ZDROWIE MEDYCYNĄ PRACY

§ 1.	(postanowienia ogólne)	12
§ 2.	(definicje)	12
§ 3.	(przedmiot i zakres ubezpieczenia)	13
§ 4.	(składka ubezpieczeniowa)	13
§ 5.	(zawarcie umowy ubezpieczenia).....	14
§ 6.	(czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa)	14
§ 7.	(realizacja świadczeń).....	14
§ 8.	(wymagane dokumenty).....	14
§ 9.	(postanowienia końcowe)	14

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO SALTUS ZDROWIE

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1. (postanowienia ogólne)

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego SALTUS ZDROWIE, zwanych dalej OWU, SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych zwane dalej „Towarzystwem”, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, zawiera umowy ubezpieczenia z osobami fizycznymi, osobami prawnymi lub jednostkami organizacyjnymi niebędącymi osobami prawnymi, którym ustawa przyznaje zdolność prawną, zwanymi dalej „Ubezpieczającymi”.
2. Umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWU jest umową grupową zawartą na cudzy rachunek.
3. Umowy ubezpieczeń dodatkowych mogą być zawierane na podstawie odpowiednich Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zdrowotnego SALTUS ZDROWIE Medycyna Pracy, zwanych dalej OWDUMP.
4. Za porozumieniem stron, do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia odmienne od ustalonych w niniejszych OWU lub OWDUMP, które mają pierwszeństwo przed postanowieniami OWU lub OWDUMP.
5. W przypadku określonym w ust. 4, Towarzystwo zobowiązane jest przedstawić Ubezpieczającemu różnicę między treścią umowy ubezpieczenia a treścią OWU/ OWDUMP w formie pisemnej przed zawarciem umowy ubezpieczenia. W razie niedopełnienia tego obowiązku, Towarzystwo nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego. Przepisu tego nie stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych w drodze negocjacji.

§ 2. (definicje)

Przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWU:

- 1) **badania diagnostyczne** – usługi medyczne uzasadnione z medycznego punktu widzenia wymagające przedstawienia Towarzystwu skierowania. Wymóg przedstawienia skierowania został podany w Katalogu Usług Medycznych przy odpowiednim badaniu,
- 2) **Centrum Umawiania Wizyt** – jednostka zajmująca się organizacją udzielania świadczeń zdrowotnych,
- 3) **choroba** – stan zdrowia Ubezpieczonego wymagający, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, udzielenia usługi medycznej,
- 4) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które nie ukończyło 25 roku życia i w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje z Ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym,
- 5) **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) wymaganych szczepieniach i zagrożeniach epidemiologicznych przed podróżą
 i umożliwiającą telefoniczną konsultację z lekarzem, który udzieli informacji co do koniecznego postępowania medycznego lub pomoże Ubezpieczonemu w interpretacji wyników badań diagnostycznych. Towarzystwo pokrywa koszty 4 telefonicznych konsultacji lekarskich w roku ochrony,

- 6) **Katalog Usług Medycznych** – lista usług medycznych i usług wspierających powrót do zdrowia, z których może korzystać Ubezpieczony w ramach wybranego wariantu ubezpieczenia, stanowiąca Załącznik nr 1 do niniejszych OWU,
- 7) **Konto klienta** – udostępniona Ubezpieczonemu przez Towarzystwo aplikacja umożliwiająca m.in. zamawianie usług medycznych,
- 8) **leczenie** – działanie medyczne, które wedle ogólnie uznanej wiedzy medycznej zostało podjęte w celu przywrócenia zdrowia, poprawienia stanu zdrowia lub zapobieżenia pogorszeniu się stanu zdrowia Ubezpieczonego,
- 9) **leczenie operacyjne** – działania medyczne związane z przeprowadzeniem operacji/zabiegu wymienionego w Katalogu Usług Medycznych, przeprowadzone w trakcie pobytu w wybranej przez Ubezpieczonego placówce medycznej, które rozpoczęły się nie wcześniej niż po 3 nieprzerwanie trwających miesiącach kalendarzowych ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego. W ciągu pierwszych 3 miesięcy kalendarzowych ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu przysługują operacje/ zabiegi będące skutkiem urazu układu kostno-stawowego, który wystąpił w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej,
- 10) **lekarz** – osoba posiadająca odpowiednie, formalnie potwierdzone kwalifikacje zawodowe, wykonująca zawód lekarza na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie swoich kwalifikacji i uprawnień, niebędąca Ubezpieczającą, Ubezpieczonym ani osobą bliską dla Ubezpieczonego. Za osobę bliską rozumie się małżonka, osoby niespokrewnione prowadzące wspólne gospodarstwo domowe, rodzeństwo, rodziców, ojczyma, macochę, dzieci, pasierbów, teściów, zięciów, synowe, dziadków, wnuków, przysposobionych i przysposabiających,
- 11) **limit** – maksymalna liczba określonych usług medycznych przysługująca Ubezpieczonemu w roku ochrony. Limity usług są określone w Katalogu Usług Medycznych,
- 12) **małżonek** – osoba, z którą Ubezpieczony Główny pozostaje w związku małżeńskim w dacie wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa albo inna osoba (partner) wskazana na deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, niespokrewniona z Ubezpieczonym w linii prostej, niebędąca rodzeństwem ani powinowatą z Ubezpieczonym, która w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przez co najmniej 12 miesięcy, wspólnie z Ubezpieczonym zamieszkiwała i prowadziła wspólne gospodarstwo domowe, a przy tym żadna z wymienionych osób nie pozostawała w związku małżeńskim,
- 13) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym występujące w okresie ubezpieczenia, w następstwie którego Ubezpieczony, niezależnie od swojej woli, doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia,
- 14) **numer identyfikacyjny** – indywidualny numer przypisany do Ubezpieczonego, który służy do pierwszego logowania na stronie www.saltus.pl. Numer przekazywany jest Ubezpieczonemu drogą elektroniczną (sms, e-mail) na numer telefonu komórkowego lub adres e-mail podany przez Ubezpieczonego na deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, lub po skontaktowaniu się z Centrum Umawiania Wizyt, gdzie konsultant po przeprowadzeniu weryfikacji danych przekaze numer,
- 15) **okres ubezpieczenia** – okres, przez który Towarzystwo ponosi odpowiedzialność związaną z udzielaną ochroną ubezpieczeniową w stosunku do danego Ubezpieczonego,
- 16) **organizacja leczenia operacyjnego** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga w okresie ochrony poddania się leczeniu operacyjnemu, Towarzystwo przekaze informację o placówkach medycznych wykonujących dany zabieg, umówi termin konsultacji wstępnej w wybranej przez Ubezpieczonego placówce medycznej i przekaze dodatkowe informacje o przygotowaniu do zabiegu,
- 17) **osoba do kontaktu** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego na dokumencie zgłoszenia roszczenia, jako osoba uprawniona do kontaktu z Towarzystwem tj. Centrum Umawiania Wizyt lub Centrum Telemedycznym w imieniu Ubezpieczonego,

- 18) **Partner Medyczny** – placówka medyczna, udzielająca świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu objętym ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWU,
- 19) **placówka medyczna** – podmiot leczniczy będący w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych,
- 20) **pomoc po leczeniu operacyjnym** – jeżeli Ubezpieczony wymaga po przeprowadzeniu leczenia operacyjnego transportu do miejsca zamieszkania, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty przewozu Ubezpieczonego z placówki medycznej, w której przeprowadzono leczenie operacyjne, dostosowanym do aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu. Ponadto jeżeli Ubezpieczony, wymaga po przeprowadzeniu leczenia operacyjnego zabiegów pielęgnarskich w środowisku domowym, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty wynagrodzenia i dojazdu pielęgniarki do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego. Powyższe usługi są świadczone do łącznej kwoty 2000 zł,
- 21) **polisa** – dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia,
- 22) **pracownik** – osoba zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, mianowania, wyboru, powołania, umowy o pracę nakładczą, w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy, na podstawie umowy agencyjnej, jeżeli osoba ta jest objęta ubezpieczeniem społecznym z tego tytułu oraz osoba zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy zawartej w wyniku powołania lub wyboru do organu reprezentującego osobę prawną, w tym kontraktu menedżerskiego,
- 23) **rocznica polisy** – każda kolejna rocznica wskazanego w polisie dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, przy czym za rocznicę dnia 29 lutego uważa się dzień 28 lutego następnego roku polisowego (w przypadku, gdy w roku polisowym występuje dzień 29 lutego, za rocznicę polisy uważa się dzień 29 lutego),
- 24) **rodzice** – matka lub ojciec Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; za rodziców Ubezpieczonego uznaje się również (jeżeli matka lub ojciec Ubezpieczonego nie żyją) osoby będące w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:
- żoną ojca Ubezpieczonego lub wdową po ojcu Ubezpieczonego, o ile po śmierci ojca Ubezpieczonego nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
 - mężem matki Ubezpieczonego lub wdowcem po matce Ubezpieczonego, o ile po śmierci matki Ubezpieczonego nie wstąpił ponownie w związek małżeński,
- 25) **rok ochrony** – okres kolejnych 12 miesięcy nieprzerwanego objęcia ochroną ubezpieczeniową, liczonych od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu przystąpienia do ubezpieczenia,
- 26) **rok polisowy** – okres 12 miesięcy liczonych od pierwszego dnia ochrony lub od dnia rocznicy polisy do dnia poprzedzającego kolejną rocznicę polisy,
- 27) **suma ubezpieczenia z tytułu leczenia operacyjnego** – określona w Katalogu Usług Medycznych maksymalna wartość świadczeń w 1 roku ochrony, wypłacanych Ubezpieczonemu w razie poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu operacyjnemu wymienionemu w Katalogu Usług Medycznych,
- 28) **szpital** – podmiot leczniczy udzielający zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa całodobowych świadczeń szpitalnych osobom, których stan zdrowia wymaga stałej, całodobowej obserwacji lub opieki lekarskiej i pielęgnarskiej; za szpital nie uznaje się domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, domowej opieki pielęgnarskiej, hospicjów onkologicznych, ośrodków leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych, alkoholowych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych ani ośrodków wypoczynkowych,
- 29) **teściowie** – matka lub ojciec (w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego) osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dacie wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa; za teściów Ubezpieczonego uznaje się również (jeżeli teściowa lub teść Ubezpieczonego nie żyją) osoby będące w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:
- żoną teścia Ubezpieczonego lub wdową po teściu Ubezpieczonego, o ile po śmierci teścia Ubezpieczonego nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
 - mężem teściowej Ubezpieczonego lub wdowcem po teściowej Ubezpieczonego, o ile po śmierci teściowej Ubezpieczonego nie wstąpił ponownie w związek małżeński,
- 30) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, której ustawa przyznaje zdolność prawną, będąca stroną umowy ubezpieczenia,
- 31) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rachunek której zawarto umowę ubezpieczenia:
- pracownik Ubezpieczającego (Ubezpieczony Główny),
 - małżonek lub dzieci Ubezpieczonego Głównego – jeżeli umowa ubezpieczenia tak stanowi,
- 32) **uraz układu kostno – stawowego** – będące skutkiem nieszczęśliwego wypadku całkowite przerwanie ciągłości kości albo uszkodzenie, w którym dochodzi do utraty kontaktu powierzchni stawowych, przemieszczenia w torebce stawowej z towarzyszącym uszkodzeniem struktur wewnątrzstawowych (więzadeł, chrząstki, łąkotek) albo rozerwaniem torebki stawowej, potwierdzone badaniem radiologicznym, za uraz nie przyjmuje się skręcenia stawu/ów,
- 33) **usługa medyczna** – uzasadnione z medycznego punktu widzenia działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wymienione w Katalogu Usług Medycznych,
- 34) **usługi wspierające powrót do zdrowia** – uzasadnione działania, których koszty i organizację ponosi Towarzystwo służące powrotowi do optymalnego stanu zdrowia Ubezpieczonego po zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 35) **wariant ubezpieczenia** – wybrany przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego Głównego zakres przysługujących mu w okresie ochrony świadczeń ubezpieczeniowych,
- 36) **wizyta domowa** – konsultacja lekarska udzielana przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w przypadku wystąpienia nagłego zachorowania i przy braku możliwości skorzystania z usługi medycznej u Partnera Medycznego. Wizyty domowe realizowane są w zakresie terytorialnym i w godzinach określonych przez Partnera Medycznego. Wizyty domowe nie obejmują medycznych czynności ratunkowych zgodnie z zapisami ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym,
- 37) **wizyta domowa po nieszczęśliwym wypadku** – konsultacja lekarska udzielana przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w przypadku wystąpienia pogorszenia zdrowia wskutek nieszczęśliwego wypadku i przy braku możliwości skorzystania z usługi medycznej w placówce medycznej. Wizyty domowe realizowane są w zakresie terytorialnym i w godzinach określonych przez infolinię medyczną. Wizyty domowe nie obejmują medycznych czynności ratunkowych zgodnie z zapisami ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym,
- 38) **zachowawcze leczenie stomatologiczne** – usługa medyczna świadczona przez lekarza dentystę polegająca na leczeniu skutków próchnicy zębów wraz z leczeniem ubytków w zębach przez nią spowodowanych,
- 39) **zachorowanie** - wystąpienie u Ubezpieczonego, w zależności od posiadanego wariantu ochrony: hospitalizacji kardiologicznej, udaru mózgu, choroby nowotworowej, leczenia operacyjnego,
- 40) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – skorzystanie przez Ubezpieczonego z usługi medycznej lub zachorowanie zgodnie z posiadanym wariantem ubezpieczenia.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3. (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
- Towarzystwo, na podstawie niniejszych OWU, udziela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w zakresie:

- 1) organizacji, udostępnienia oraz pokrycia kosztów usług medycznych realizowanych u Partnerów Medycznych,
 - 2) zwrotu kosztów (refundacji) usług medycznych zrealizowanych przez Ubezpieczonego poza siecią Partnerów Medycznych,
 - 3) usług infolinii medycznej,
 - 4) organizacji, udostępnienia oraz pokrycia kosztów usług wspierających powrót do zdrowia.
3. Szczegółowy wykaz usług medycznych i usług wspierających powrót do zdrowia przysługujących Ubezpieczonym, w ramach wybranych wariantów ubezpieczenia, wraz z maksymalną wysokością refundacji i limitami, określa Katalog Usług Medycznych.
 4. Zakres ubezpieczenia wskazany w niniejszych OWU obejmuje usługi medyczne świadczone na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w okresie ubezpieczenia.
 5. Zakres ubezpieczenia wskazany jest w polisie.

§ 4. (zakres ubezpieczenia)

1. Podstawowy zakres ubezpieczenia obejmuje leczenie ambulatoryjne.
2. Za opłatą dodatkowej składki do zakresu podstawowego mogą zostać włączone zakresy dodatkowe.
3. Dodatkowe zakresy ubezpieczenia obejmują:
 - 1) leczenie operacyjne,
 - 2) rehabilitację,
 - 3) leczenie stomatologiczne,
 wraz z wskazanymi w Katalogu Usług Medycznych usługami wspierającymi powrót do zdrowia.
4. Ubezpieczający wskazuje we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wybrane zakresy ubezpieczenia i jego warianty.

§ 5. (wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności)

1. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pokrycia kosztów usług medycznych wykonanych z powodu lub w następstwie:
 - 1) wojny, najazdu, wrogiego działania innego państwa, agresji zbrojnej lub działań wojennych bez względu na fakt, czy wojna została wypowiedziana czy też nie, wojny domowej, przewrotu (w tym przewrotu wojskowego), rewolucji, powstania, zagarnięcia władzy wbrew prawu, wprowadzenia stanu wojennego lub stanu wyjątkowego,
 - 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, strajkach, zamieszkach i rozruchach, lokautach, niepokojach społecznych, sabotażu,
 - 3) reakcji jądrowej, skażenia radioaktywnego, skażenia lub zanieczyszczenia odpadami przemysłowymi, działania broni biologicznej lub chemicznej, promieni laserowych i maserowych, pola magnetycznego lub elektromagnetycznego, oddziaływania azbestu lub formaldehydu,
 - 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu,
 - 5) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa i jego skutków,
 - 6) celowego spowodowania przez Ubezpieczonego rozstroju zdrowia lub zagrożenia życia,
 - 7) leczenia wad wrodzonych lub uszkodzeń powstałych w okresie okołoporodowym,
 - 8) zabiegów lub kuracji odwykowych lub leczenia odwykowego,
 - 9) diagnozowania lub leczenia niepłodności,
 - 10) zabiegów związanych ze zmianą płci,
 - 11) poddania się Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarzy,
 - 12) stosowania leków niedopuszczonych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 13) leczenia lub zabiegów z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej lub kosmetyki,
 - 14) leczenia kuracyjnego, sanatoryjnego lub uzdrowiskowego.
2. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone jest także udzielenie usługi medycznej i pokrycie kosztów usługi medycznej nieuzasadnionej z medycznego punktu widzenia i/lub nie wykazanej w Katalogu Usług Medycznych dla danego wariantu ubezpieczenia.
3. Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci składki zgodnie z postanowieniami § 6 ust. 6 za kolejny okres ubezpieczenia Ubezpieczonym przysługują jedynie świadczenia w zakresie opisanym w § 3 ust. 2 pkt 2).

III. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 6. (składka ubezpieczeniowa)

1. Składkę ubezpieczeniową ustala się odrębnie dla każdego wariantu ubezpieczenia w jednakowej wysokości dla wszystkich Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach danego wariantu ubezpieczenia. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od stopnia ryzyka jakie poniesie Towarzystwo po rozpoczęciu odpowiedzialności ubezpieczeniowej oraz kosztów zawarcia i obsługi ubezpieczenia. Składka ubezpieczeniowa wyliczana jest zgodnie z zasadami matematyki aktuarialnej, na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu zawierania umowy ubezpieczenia.
2. Przy kalkulacji wysokości składki ubezpieczeniowej uwzględnia się:
 - 1) zakres ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) wiek Ubezpieczonych,
 - 3) wielkość grupy,
 - 4) częstotliwość opłacania składki,
 - 5) dotychczasowy przebieg ubezpieczenia (w przypadku rocznicy polisy),
 - 6) inne czynniki mające wpływ na ryzyko ponoszone przez Towarzystwo m.in. region korzystania ze świadczeń, rodzaj prowadzonej przez Ubezpieczającego działalności gospodarczej, koszty usług medycznych.
3. Wysokość składki ubezpieczeniowej dla danej umowy ubezpieczenia stanowi suma iloczynów składki ubezpieczeniowej za dany wariant ubezpieczenia oraz liczby Ubezpieczonych Głównych objętych ochroną w ramach danego wariantu ubezpieczenia.
4. Składka ubezpieczeniowa opłacana jest z częstotliwością wskazaną na polisie.
5. Składkę ubezpieczeniową opłaca się przelewem na rachunek bankowy Towarzystwa.
6. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składek ubezpieczeniowych za wszystkich Ubezpieczonych w terminie do 20 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, za który składka ubezpieczeniowa jest należna, z zastrzeżeniem § 10 ust. 2.
7. Za dzień zapłaty uważa się dzień dokonania zlecenia przelewu na właściwy rachunek Towarzystwa, pod warunkiem że na rachunku Ubezpieczającego znajdowała się wystarczająca ilość środków pozwalająca na zrealizowanie zlecenia. W odmiennym przypadku za dzień zapłaty uznaje się dzień wpływu kwoty składki na rachunek Towarzystwa.
8. Wraz ze składką ubezpieczeniową, Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Towarzystwu, wykazu Pracowników obejmowanych ubezpieczeniem.
9. W przypadku ustania ochrony ubezpieczeniowej przed zakończeniem okresu ubezpieczenia, Towarzystwo na wniosek Ubezpieczającego, dokona zwrotu części składki ubezpieczeniowej przypadającej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

IV. UMOWA UBEZPIECZENIA

§ 7. (zawarcie umowy ubezpieczenia)

1. Podstawą zawarcia umowy ubezpieczenia jest złożenie przez Ubezpieczającego na formularzu Towarzystwa wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia Towarzystwo, na podstawie danych zawartych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, dokonuje oceny poziomu ryzyka ubezpieczeniowego. Wyznaczenie poziomu ryzyka ubezpieczeniowego polega na określeniu prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych objętych zakresem ubezpieczenia.
3. W przypadku stwierdzenia podwyższonego poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, wynikającego z wyższego prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia, zawarcia jej na warunkach odbiegających od wnioskowanych przez Ubezpieczającego, lub zaproponowania

zawarcia umowy ubezpieczenia na zasadach odbiegających od wnioskowanych poprzez zmianę zakresu ubezpieczenia.

4. Jeżeli strony nie umówią się inaczej, do zawarcia umowy dochodzi z chwilą akceptacji przez Towarzystwo wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 6 - 8.
5. Na dowód zawarcia umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wystawia polisę.
6. Jeżeli polisa zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, Towarzystwo zobowiązane jest zwrócić na to Ubezpieczającemu uwagę na piśmie przy doręczeniu polisy, wyznaczając mu co najmniej siedmiodniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku przez Towarzystwo, zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego nie są skuteczne, a umowa ubezpieczenia jest zawarta zgodnie z warunkami oferty.
7. W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego, o którym mowa w ust. 6, uważa się, że umowa doszła do skutku zgodnie z treścią polisy, od następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
8. 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 dokonane wpłaty na poczet składek ubezpieczeniowych.

§ 8. (czas trwania umowy ubezpieczenia)

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony.
2. Najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy, każda ze stron umowy może złożyć oświadczenie o rozwiązaniu tej umowy w dacie rocznicy lub o gotowości kontynuowania umowy na zmienionych warunkach.
3. W przypadku propozycji Towarzystwa o gotowości kontynuowania umowy na zmienionych warunkach Towarzystwo prześle zmienione warunki Ubezpieczającemu w sposób wskazany we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
4. W przypadku złożenia przez stronę umowy ubezpieczenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 2, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się dniem rocznicy, chyba że strony dojdą do porozumienia co do warunków kontynuowania umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku zawarcia porozumienia, o którym mowa w ust. 4, zmienione warunki ubezpieczenia mają zastosowanie od dnia następnego po dniu rocznicy polisy, chyba że strony umówią się inaczej.
6. Za przyjęcie zmienionych warunków umowy ubezpieczenia przyjmuje się opłacenie przez Ubezpieczającego składki na kolejny okres ochrony zgodnie z § 6 ust. 6.

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

1. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia doręczenia mu przez Towarzystwo dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia, przez złożenie Towarzystwu pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
2. W przypadku nieopłacenia w terminie kolejnej składki ubezpieczeniowej, a także w przypadku opłacenia składki 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. 3.
3. Jeżeli kolejna składka lub brakująca część składki nie zostaną opłacone w dodatkowym terminie wskazanym w ust. 2, umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym upłynął

dodatkowy termin wskazany w ust. 2. W przypadku uiszczenia jedynie części składki, Towarzystwo zwróci część składki ubezpieczeniowej przypadającej za okres, w którym nie świadczyło ochrony ubezpieczeniowej.

4. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa zdarzenia, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak, niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania, druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.
5. Wypowiedzenie umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
6. Na wniosek Ubezpieczającego, umowa ubezpieczenia może zostać rozwiązana w każdym momencie trwania, z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca następującego po miesiącu, w którym doręczono Towarzystwu wniosek o rozwiązanie umowy ubezpieczenia.

V. CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

§ 10. (rozpoczęcie odpowiedzialności Towarzystwa)

1. Odpowiedzialność Towarzystwa wobec Ubezpieczonych rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca, następującego po zawarciu umowy ubezpieczenia i opłaceniu składki należnej za pierwszy miesięczny okres ochrony za wszystkich Ubezpieczonych.
2. Jeżeli zawarcie umowy lub zapłacenie składki nastąpi po 25 dniu miesiąca poprzedzającego wnioskowaną datę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, ochrona ubezpieczeniowa rozpocznie się miesiąc później, chyba, że strony postanowią inaczej.

§ 11. (obejmowanie ubezpieczeniem)

1. Ubezpieczony może zostać objęty ubezpieczeniem:
 - 1) w przypadku, o którym mowa w § 10, pod warunkiem złożenia deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia nie później niż do 25 dnia miesiąca poprzedzającego rozpoczęcie ochrony,
 - 2) w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 12 ust. 2, z początkiem każdego kolejnego miesiąca trwania ubezpieczenia pod warunkiem złożenia deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia nie później niż do 20 dnia miesiąca poprzedzającego rozpoczęcie ochrony oraz opłacenia w terminie należnej składki.
2. Ubezpieczonym Głównym może zostać osoba będąca pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu niniejszych OWU. Warunkiem objęcia ubezpieczeniem pracownika jest jego pozostawanie w stosunku pracy z Ubezpieczającym (lub pozostawanie w ramach innej umowy lub więzi wynikającej z definicji pracownika wskazanej w niniejszych OWU) w dacie składania deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia.
3. Towarzystwo ma prawo do weryfikacji, czy osoba zgłoszona do ubezpieczenia jako Ubezpieczony Główny jest pracownikiem w rozumieniu niniejszych OWU. W tym celu Towarzystwo może zwracać się do Ubezpieczającego o przedstawienie dokumentacji i wyjaśnień niezbędnych do potwierdzenia faktu zatrudnienia.
4. Ochroną ubezpieczeniową mogą zostać objęci Ubezpieczony Główny wraz z małżonkiem i dziećmi Ubezpieczonego Głównego w opcji rodzinnej lub Ubezpieczony Główny wraz z małżonkiem w opcji partnerskiej, lub Ubezpieczony Główny wraz z dzieckiem Ubezpieczonego Głównego w opcji partnerskiej, jeżeli umowa ubezpieczenia tak stanowi, pod warunkiem złożenia deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia grupowego.
5. Za zgodą Towarzystwa ubezpieczeniem mogą zostać objęci rodzice i teściowie Ubezpieczonego Głównego w ramach dedykowanego wariantu ubezpieczenia.
6. Towarzystwo ma prawo do weryfikacji, czy osoba zgłoszona do ubezpieczenia jako dziecko, małżonek, rodzic lub teść Ubezpieczonego Głównego spełnia zapisy określone odpowiednio w § 2 ust. 4, 12, 24 i 29. W tym celu Towarzystwo może zwracać się do Ubezpieczonego Głównego o przedstawienie dokumentacji i wyjaśnień niezbędnych do potwierdzenia związków rodzinnych

lub wspólnego prowadzenia gospodarstwa domowego, wspólnego zamieszkiwania.

7. Towarzystwo może uzależnić objęcie ochroną danej osoby od udzielenia odpowiedzi na pytania dotyczące aktualnego stanu zdrowia, przebytych chorób, wykonywanego zawodu i prowadzonego stylu życia.
8. Ubezpieczeni mogą zostać objęte osoby, które w dniu składania deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyły 67 roku życia.
9. Postanowienia ust. 8 nie dotyczą Ubezpieczonych Głównych i sytuacji gdy Towarzystwo zaoferowało wariant dedykowany rodzicom i teściom Ubezpieczonego Głównego.
10. W przypadku rezygnacji z ubezpieczenia przez Ubezpieczonego, ponowne objęcie ubezpieczeniem w ramach tej samej umowy ubezpieczenia będzie możliwe za zgodą Towarzystwa nie wcześniej niż po upływie 12 miesięcy od dnia złożenia rezygnacji przez Ubezpieczonego.

§ 12. (warianty i opcje ubezpieczenia, możliwość zmiany)

1. W przypadku gdy u Ubezpieczającego, w tym samym czasie, obowiązuje więcej niż jeden wariant ubezpieczenia Ubezpieczeni mogą za zgodą Ubezpieczającego dokonywać wyboru jednego z obowiązujących wariantów ubezpieczenia.
2. Przystąpienie do ubezpieczenia i wybór wariantu oraz opcji następuje w ciągu 2 miesięcy od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, lub 2 miesięcy od dnia rozpoczęcia pracy u danego Ubezpieczającego, lub 2 miesięcy od spełnienia warunków objęcia ochroną w danym wariantcie lub opcji określonych przez Ubezpieczającego.
3. Ponowna zmiana wariantu jest możliwa nie wcześniej niż po 12 miesiącach od daty wyboru wariantu.
4. Zmiana opcji z indywidualnej na rodzinną jest możliwa w ciągu 2 miesięcy od dnia urodzenia dziecka, lub zawarcia związku małżeńskiego.
5. Zmiana wariantu i/lub opcji, o której mowa w ust. 2 i 4, nastąpi z początkiem najbliższego miesiąca, następującego po dniu złożenia przez Ubezpieczonego wniosku w tym zakresie.
6. Zmiana wariantu nastąpi pod warunkiem opłacenia składki ubezpieczeniowej w wysokości właściwej dla wybranego wariantu i opcji oraz pod warunkiem, że Ubezpieczony spełnia warunki do objęcia wybranym wariantem i opcją.

§ 13. (czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa)

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego trwa przez okres jednego miesiąca kalendarzowego i automatycznie zostaje przedłużona na każdy kolejny miesiąc kalendarzowy pod warunkiem uiszczenia każdorazowo składki zgodnie z postanowieniem § 6 ust. 6, z zastrzeżeniem postanowień § 11 i ust. 2.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się:
 - 1) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego w trybie określonym w § 9 ust. 1 - w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych,
 - 2) z dniem upływu okresu wypowiedzenia w trybie określonym w § 9 ust. 3 - w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych,
 - 3) z dniem rozwiązania umowy w trybie określonym w § 9 ust. 6 oraz § 8 ust. 2 - w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych,-
 - 4) z końcem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony Główny utracił status pracownika - w stosunku do danego Ubezpieczonego i członków jego rodziny,
 - 5) z końcem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony będący dzieckiem Ubezpieczonego Głównego ukończył 25 rok życia - w stosunku do danego Ubezpieczonego,
 - 6) z końcem miesiąca kalendarzowego, w którym do Towarzystwa wpłynął wniosek Ubezpieczonego Głównego o rezygnacji z ubezpieczenia grupowego - w stosunku do danego Ubezpieczonego Głównego,
 - 7) z dniem śmierci Ubezpieczonego - w stosunku do danego Ubezpieczonego.
3. Zakończenie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego Głównego jest równoznaczne z zakończeniem odpowiedzialności w stosunku do Ubezpieczonych objętych

ochroną ubezpieczeniową wraz z Ubezpieczonym Głównym, przy czym w przypadku śmierci Ubezpieczonego Głównego, ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową wraz z Ubezpieczonym Głównym trwa do końca okresu, za który została opłacona składka.

VI. REALIZACJA ŚWIADCZENIA

§ 14. (realizacja świadczeń w placówkach Partnerów Medycznych)

1. Usługi medyczne realizowane są w placówkach Partnerów Medycznych, po wcześniejszym umówieniu usług za pośrednictwem Centrum Umawiania Wizyt - telefonicznie pod numerem **+48 801 005 777** lub za pośrednictwem strony www.saltus.pl i aplikacji mobilnej.
2. Konsultant Centrum Umawiania Wizyt ustala miejsce i termin wizyty z uwzględnieniem zakresu usług medycznych oferowanych przez poszczególnych Partnerów Medycznych na wskazanym terenie, w możliwie najbliższym i dogodnym dla Ubezpieczonego terminie, który:
 - a) w przypadku lekarza internisty, pediatry, lekarza rodzinnego nie powinien przekraczać 48 godzin,
 - b) w przypadku lekarzy pozostałych specjalności nie powinien przekraczać 7 dni roboczych,
 - c) w przypadku konieczności dostępu do usług medycznych z przyczyn nagłych, powinien być możliwie najkrótszy.
3. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do określenia własnych preferencji dotyczących wskazania: lokalizacji placówki, terminu konsultacji lub lekarza w ramach sieci Partnerów Medycznego.
4. W przypadku realizacji preferencji Ubezpieczonego, o których mowa w ust. 3, nie obowiązują parametry dostępności określone w ust. 2, a terminy ustalane są indywidualnie, z uwzględnieniem dostępności danej usługi medycznej.
5. Przed skorzystaniem z usługi medycznej w placówce Partnera Medycznego, Ubezpieczony zobowiązany jest okazać ważny dokument ze zdjęciem, potwierdzający tożsamość.
6. Koszt usług medycznych umówionych za pośrednictwem Centrum Umawiania Wizyt lub za pośrednictwem strony www.saltus.pl, ponosi Towarzystwo.

§ 15. (realizacja świadczeń poza siecią Partnerów Medycznych)

1. Jeżeli wybrany wariant ubezpieczenia obejmuje zwrot kosztów usług medycznych, zrealizowanych poza siecią Partnerów Medycznych, po opłaceniu i wykonaniu usługi w celu uzyskania zwrotu poniesionych kosztów, Ubezpieczony jest zobowiązany przesłać do Towarzystwa imienną fakturę lub rachunek za te usługi wystawioną na Ubezpieczonego wraz z wypełnionym formularzem zgłoszenia roszczenia, w terminie 30 dni od daty wystawienia faktury lub rachunku.
2. W przypadku opisanym w ust. 1, zwrot całości lub części kosztów usług medycznych zostanie dokonany na rachunek bankowy Ubezpieczonego, podany we wniosku o zwrot kosztów.

§ 16. (wymagane dokumenty)

1. W celu ustalenia rozmiarów szkody i wysokości świadczenia, Towarzystwo zastrzega sobie prawo weryfikacji wszelkich dokumentów, dotyczących zaistniałego zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym zachorowania.
2. Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia z tytułu zwrotu całości lub części kosztów usług medycznych, zrealizowanych poza siecią Partnerów Medycznych, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu, następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
 - 1) zgłoszenie roszczenia na formularzu Towarzystwa,
 - 2) imienną fakturę lub rachunek wystawiony na rzecz Ubezpieczonego za zrealizowaną usługę medyczną.
3. Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia z tytułu leczenia operacyjnego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

- 1) zgłoszenie roszczenia na formularzu Towarzystwa,
 - 2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub kartę wypisową ze szpitala, wydaną przez lekarza prowadzącego,
 - 3) imienne faktury lub rachunki wystawione na rzecz Ubezpieczonego za zrealizowane usługi medyczne.
4. W przypadku konieczności skorzystania z badania diagnostycznego Towarzystwo wymaga przesłania kopii lub skanu skierowania lekarskiego na daną usługę medyczną.
5. W przypadku konieczności skorzystania z usługi medycznej wizyty domowej po nieszczęśliwym wypadku Towarzystwo może wymagać przesłania kopii lub skanu dokumentacji potwierdzającej wystąpienie nieszczęśliwego wypadku.
6. Wymagane dokumenty można przysyłać rekomendowanymi kanałami komunikacji z Towarzystwem:
- 1) pocztą tradycyjną na adres: SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych, ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot,
 - 2) po zalogowaniu na Konto Klienta na stronie <https://pacient.saltus.pl/Account/LogIn> i w aplikacji mobilnej,
- lub zgodnie z decyzją Ubezpieczonego za pośrednictwem:
- 3) poczty elektronicznej na adres: zdrowie@saltus.pl,
 - 4) MMS na numer Towarzystwa, 661 005 195,
- podając dane umożliwiające identyfikację ubezpieczonego.

§ 17. (wypłata świadczenia zrealizowanego poza siecią Partnerów Medycznych lub z tytułu leczenia operacyjnego)

1. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym zachorowania, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczonego, o ile nie jest ona osobą występującą z zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, 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.
2. Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia, w wyniku ustaleń dokonanych w procesie likwidacji, zawartej ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.
3. Towarzystwo wypłaca należne świadczenie w ciągu 30 dni od daty zgłoszenia roszczenia.
4. Jeżeli w terminie określonym w ust. 3 ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia 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 wypłaca się w terminie przewidzianym w ust. 3.
5. Jeżeli w terminie określonym w ust. 3 nie zostanie wypłacone świadczenie, Towarzystwo zawiadamia Ubezpieczonego występującego z roszczeniem o wypłatę świadczenia, o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części.
6. Jeżeli Ubezpieczony zgłosił roszczenie i przed wypłatą świadczenia zmarł, należne przed śmiercią świadczenia wypłaca się spadkobiercom Ubezpieczonego.

VII. PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

§ 18. (obowiązki Ubezpieczającego przed zawarciem umowy ubezpieczenia)

1. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, które mogą mieć wpływ na podjęcie przez Towarzystwo decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia, przez udzielenie przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania Towarzystwa zawarte w formularzach Towarzystwa lub przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo

umowy mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 1 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.

§ 19. (obowiązki Ubezpieczającego w trakcie trwania umowy ubezpieczenia)

1. Przed przystąpieniem Ubezpieczonego do ubezpieczenia lub wyrażeniem zgody na finansowanie/ współfinansowanie składki ubezpieczeniowej, Ubezpieczający zobowiązany jest doręczyć Ubezpieczonym warunki umowy w tym treść obowiązujących OWU. Ubezpieczający ponosi odpowiedzialność wobec Towarzystwa za skutki niedopełnienia obowiązku, o którym mowa w poprzedzającym zdaniu.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest przechowywać złożone przez Ubezpieczonych deklaracje przystąpienia do ubezpieczenia, zgodnie z wymogami obowiązujących przepisów prawa, w szczególności w zakresie ochrony danych osobowych, do czasu przekazania ich na wezwanie Towarzystwa.
3. W czasie trwania umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do przysyłania Towarzystwu, w terminie do 20 dnia miesiąca, poprzedzającego kolejny miesiąc kalendarzowy ochrony ubezpieczeniowej:
 - 1) kopii prawidłowo wypełnionych deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia osób nowo przystępujących do ubezpieczenia,
 - 2) informacji o Ubezpieczonych rezygnujących z ubezpieczenia,
 - 3) należnej składki ubezpieczeniowej.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest do pośredniczenia w przekazywaniu dokumentów kierowanych do Ubezpieczonych przez Towarzystwo i do Towarzystwa przez Ubezpieczonych za wyjątkiem dokumentów dotyczących świadczeń ubezpieczeniowych.
5. W czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa, Towarzystwu przysługuje prawo do kontrolowania poprawności obsługi ubezpieczenia wykonywanej przez Ubezpieczającego, względem osób objętych ochroną ubezpieczeniową.

§ 20. (obowiązki Towarzystwa)

Towarzystwo jest zobowiązane do:

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

VIII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 21. (zasady korespondencji)

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

§ 22. (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.

§ 23. (prawo wglądu do akt)

Towarzystwo udostępnia na wniosek Ubezpieczonego bądź uprawnionego do odbioru świadczenia, informacje i dokumenty, gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokość 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. (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 Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych ul. 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,
 - d) za pośrednictwem formularza elektronicznego udostępnionego na stronie www.saltus.pl.
2. Reklamacja powinna zawierać:
 - a) imię, nazwisko, adres i numer telefonu kontaktowego, zgłaszającego reklamację,
 - b) numer dokumentu ubezpieczenia,
 - c) przedmiot reklamacji,
 - d) uzasadnienie reklamacji z podaniem ewentualnych dowodów.
3. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie przez Towarzystwo reklamacji chyba, że okoliczność ta nie ma wpływu na sposób procedowania reklamacją.
4. Na żądanie zgłaszającego reklamację Towarzystwo potwierdzi pisemnie, na adres wskazany w reklamacji, fakt złożenia reklamacji. Towarzystwo na wniosek zgłaszającego reklamację może potwierdzić wpływ reklamacji w postaci elektronicznej.
5. Reklamacja rozpatrywana jest przez Towarzystwo bez zbędnej zwłoki, a odpowiedź na nią powinna być udzielona nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej wpływu. Po rozpatrzeniu reklamacji,

stanowisko Towarzystwa zostanie 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 do Rzecznika Finansowego.
8. Podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich w rozumieniu ustawy z dnia 23 września 2016 roku o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla Towarzystwa jest Rzecznik Finansowy. Informacje dotyczące podmiotu uprawnionego dostępne są na stronie internetowej: <http://rf.gov.pl/>
9. Ubezpieczający lub ubezpieczony będący konsumentem, który ma miejsce zamieszkania na terenie państwa członkowskiego Unii Europejskiej, w związku z umową ubezpieczenia zawartą przez Internet, ma prawo - w celu rozstrzygnięcia sporów w trybie pozasądowym - skorzystać z europejskiej platformy internetowego rozstrzygnięcia sporów o nazwie platforma ODR (ang. online dispute resolution), która jest dostępna na stronie internetowej: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>. Skargę ubezpieczającego lub ubezpieczonego będącego konsumentem w ramach platformy ODR rozpatrywać może tylko jeden z uprawnionych podmiotów (podmiot ADR) i tylko wówczas, gdy Towarzystwo i ubezpieczający lub ubezpieczony wcześniej zgodzą się na rozpatrzenie sprawy przez określony podmiot ADR, zgodnie z jego regulaminem. Wykaz podmiotów uprawnionych znajduje się na stronie internetowej platformy ODR, wskazanej powyżej.
10. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 25. (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 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.

§ 26. (postanowienia końcowe)

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 27 sierpnia 2021 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 października 2021 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes Zarządu

Informacja o produkcie
Dodatkowe Ubezpieczenie Zdrowotne
SALTUS ZDROWIE MEDYCYNĄ PRACY

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia Zdrowotnego
SALTUS ZDROWIE MEDYCYNĄ PRACY uchwalonymi przez Zarząd

Towarzystwa w dniu 27 sierpnia 2021 roku

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu
ubezpieczenia: §2, §3, §6, §7.

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

**OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO
UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO SALTUS
ZDROWIE MEDYCYNĄ PRACY**

§ 1. (postanowienia ogólne)

- Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zdrowotnego SALTUS ZDROWIE Medycyna Pracy (OWDUMP) mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia zdrowotnego, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego SALTUS ZDROWIE (OWU).
- Zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego zostanie potwierdzone dodatkowym dokumentem ubezpieczenia.

§ 2. (definicje)

Terminy użyte w niniejszych OWDUMP przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDUMP:

- Centrum Telemedyczne** – całodobowa jednostka organizacyjna odpowiedzialna za organizację usług teleopieki kardiologicznej,
- choroba nowotworowa** – rozpoznany u Ubezpieczonego po raz pierwszy nowotwór złośliwy. Za nowotwory złośliwe w rozumieniu niniejszych OWU nie uznaje się:
 - nowotworów in situ (Tis) według klasyfikacji AJCC (American Joint Committee on Cancer, Seventh Edition TNM Classification i następne),
 - czerniaka złośliwego w stadium T1a N0 M0 według klasyfikacji AJCC, lub analogicznym stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa,
 - nowotworów prostaty w stadium T1, N0, M0 według klasyfikacji AJCC lub mniejszym lub równym 6 wg sumy Gleasona,
 - nowotworów tarczycy o średnicy mniejszej niż 2 cm i opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,
 - nowotworów skóry poza czerniakiem złośliwym występującym w postaci inwazyjnej,
 - nowotworów miejscowo złośliwych tj. rak podstawnomórkowy,
 - choroby Hodgkina w pierwszym stadium IA (T1a N0 M0),
 - nowotworów rozpoznanych lub diagnozowanych przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
- dostarczenie leków** – jeżeli po hospitalizacji kardiologicznej lub udarze mózgu, Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga leżenia, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego. Koszty dostarczonych leków pokrywa Ubezpieczony. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 150 zł w odniesieniu do jednego zachorowania,
- dostarczenie posiłków** – jeżeli po wystąpieniu hospitalizacji kardiologicznej, Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga leżenia, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia posiłków do miejsca pobytu Ubezpieczonego. Koszty dostarczonych posiłków pokrywa Ubezpieczony. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 150 zł w odniesieniu do jednego zachorowania,
- hospitalizacja kardiologiczna** – występujący w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej pobyt w szpitalu dłuższy niż 24 godziny spowodowany leczeniem choroby układu sercowo – naczyniowego. Lista chorób układu sercowo – naczyniowego objętych zakresem ubezpieczenia stanowi Załącznik nr 2 do niniejszych OWU,
- Lekarz prowadzący** – lekarz wskazany pisemnie przez Ubezpieczonego, jako uprawniony do otrzymania od Centrum Telemedycznego wyników badań Ubezpieczonego,
- medycyna pracy** – działania zapobiegające powstawaniu i szerzeniu się niekorzystnych skutków zdrowotnych, które w sposób bezpośredni lub pośredni mają związek z warunkami albo charakterem pracy,
- opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi** – jeżeli po hospitalizacji kardiologicznej lub udarze mózgu, Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga leżenia, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty wynagrodzenia i dojazdu osób sprawujących opiekę nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi, dla których Ubezpieczony jest opiekunem. Opieka jest sprawowana w miejscu pobytu Ubezpieczonego, lub w miejscu pobytu dzieci lub osób niesamodzielnych wskazanym przez Ubezpieczonego. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 800 zł w odniesieniu do jednego zachorowania,
- pomoc domowa** – jeżeli po hospitalizacji kardiologicznej, udarze mózgu lub po rozpoznaniu choroby nowotworowej, Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga leżenia i/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 łącznej kwoty 800 zł w odniesieniu do jednego zachorowania,
- pomoc onkopsychologiczna** – jeżeli Ubezpieczony, po postawieniu rozpoznania choroby nowotworowej wymaga pomocy psychologicznej, Towarzystwo zapewnia w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej organizację i pokrywa koszty telekonsultacji lub, w przypadku ich dostępności w pobliżu miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, bezpośrednich konsultacji onkopsychologicznych. Usługa jest świadczona w okresie ubezpieczenia do łącznej kwoty, w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia, 2000 zł lub 4000 zł przez okres 3 miesięcy od daty postawienia rozpoznania choroby nowotworowej,
- pomoc pielęgniarki po hospitalizacji** – jeżeli po hospitalizacji kardiologicznej, udarze mózgu lub po rozpoznaniu choroby nowotworowej, Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po pobycie w szpitalu dłuższym niż 24 godziny zabiegów pielęgniarskich w środowisku domowym, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty wynagrodzenia i dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 800 zł w odniesieniu do jednego zachorowania,
- pracownik** – wszystkie osoby zatrudnione przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę. Za pracownika przyjmuje się kandydata do pracy kierowanego przez Pracodawcę na badania wstępne,
- Pracownicze Programy Profilaktyczne** – udzielana w ramach medycyny pracy, profilaktyczna opieka zdrowotna, niezbędna z uwagi na warunki pracy, dostosowana do potrzeb związanych z warunkami pracy, pozwalająca na wczesną diagnostykę, leczenie i powstrzymanie niekorzystnych skutków zdrowotnych zmian chorobowych bezpośrednio lub pośrednio związanych z wykonywaną pracą,
- refundacja zabiegów z dziedziny chirurgii naprawczej skutków leczenia onkologicznego** – jeżeli Ubezpieczony, wskutek następstw leczenia chirurgicznego choroby nowotworowej, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga wykonania zabiegu chirurgii naprawczej, Towarzystwo zwraca koszty przeprowadzonego zabiegu chirurgii naprawczej do kwoty 3000 zł z tytułu jednej choroby nowotworowej,
- rehabilitacja poudarowa** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po wystąpieniu udaru mózgu specjalistycznej rehabilitacji neuropsychologicznej, logopedycznej, ruchowej, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty maksymalnie 30 takich zabiegów w odniesieniu do jednego zachorowania,

16. **Teleopieka Kardiologiczna** – usługa medyczna obejmująca organizację i pokrycie kosztów:
- dostarczenia Ubezpieczonemu zestawu Teleopieki Kardiologicznej, tj. aparatu EKG, materiałów szkoleniowych i informacyjnych, w ciągu maksymalnie 3 dni roboczych od daty zgłoszenia Towarzystwu,
 - telefonicznego szkolenia z obsługi aparatu EKG oraz korzystania z Teleopieki Kardiologicznej, przeprowadzonego przez Centrum Telemedyczne,
 - odbioru aparatu EKG, stanowiącego element zestawu Teleopieki Kardiologicznej, z miejsca zamieszkania Ubezpieczonego,
 - zapewnienie Ubezpieczonemu w okresie świadczenia usług dostępu do Centrum Telemedycznego świadczącego następujące usługi:
 - przyjmowanie i rejestrowanie w systemie telemedycznym badań przesłanych przez Ubezpieczonego za pomocą otrzymanego aparatu EKG,
 - analiza przesłanych badań przez personel Centrum Telemedycznego,
 - stały kontakt telefoniczny z personelem Centrum Telemedycznego,
 - dostęp do informacji na temat wyniku badań pod numerem Centrum Telemedycznego, znajdującym się na aparacie EKG,
 - archiwizacja wszystkich wykonanych badań wraz z ich wynikami przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu,
 - udostępnienie drogą telefoniczną lub za pośrednictwem e-maila wyników badań Ubezpieczonego osobie do kontaktu lub Lekarzowi Prowadzącemu,
 - wezwanie pogotowia ratunkowego do miejsca zamieszkania lub miejsca pobytu Ubezpieczonego w przypadku stwierdzenia przez lekarza dyżurnego Świadczeniodawcy potrzeby pomocy medycznej, a także poinformowanie o tym fakcie osoby do kontaktu w przypadku wyrażenia takiej woli przez Ubezpieczonego,
 - przekazywanie dyspozytorowi pogotowia ratunkowego informacji na temat wyniku badania Ubezpieczonego oraz wskazówek dojazdu do miejsca pobytu.
 Usługa jest świadczona w okresie ubezpieczenia przez okres 5 miesięcy od daty wypisu ze szpitala po hospitalizacji kardiologicznej.
17. **transport medyczny na badania kontrolne** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po hospitalizacji kardiologicznej badań kontrolnych, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu Ubezpieczonego do i z szpitala lub innej placówki medycznej przeprowadzającej badania kontrolne dostosowanym do aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 1000 zł w odniesieniu do jednego zachorowania,
18. **transport na badania lekarskie lub zabiegi rehabilitacyjne** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po wystąpieniu udaru mózgu badań kontrolnych, zabiegów rehabilitacyjnych Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu Ubezpieczonego do i z placówki medycznej przeprowadzającej badania lub zabiegi rehabilitacyjne dostosowanym do aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu. Usługa jest świadczona, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przez okres 5 miesięcy od daty wystąpienia udaru mózgu, do łącznej kwoty 5000 zł i maksymalnie 50 przewozów Ubezpieczonego w odniesieniu do jednego zachorowania,
19. **Ubezpieczony** - pracownik Ubezpieczającego,
20. **udar mózgu** – występujące w okresie ubezpieczenia nagłe, trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczylenia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące nagłym ogniskowym, a niekiedy uogólnionym zaburzeniem czynności mózgu, którego objawy utrzymują się dłużej niż 24 godziny i nie mają przyczyny innej niż naczyniowa, potwierdzone w badaniu obrazowym,
21. **usługa medyczna z zakresu medycyny pracy** – udzielana w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu, usługa medyczna z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej określona w Katalogu Usług Medycznych, wymagana i zgodna z obowiązującymi przepisami prawa na danym stanowisku pracy,
22. **Walka dla Serca** – przysługujące Ubezpieczonemu z tytułu choroby serca usługi medyczne i usługi wspierające powrót do zdrowia określone w Katalogu Usług Medycznych,
23. **Walka z Boreliozą** – jeżeli Ubezpieczony, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zostanie ukąszony przez kleszcza, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrycie lub zwrot kosztów usługi medycznej zapobiegającej zachorowaniu na choroby przenoszone przez kleszcze. Usługa medyczna zapobiegająca zachorowaniu na choroby przenoszone przez kleszcze obejmuje:
 - wizytę lekarską przeprowadzoną w celu usunięcia kleszcza zagnieżdżonego w ciele Ubezpieczonego,
 - transport kleszcza do odpowiedniego laboratorium w celu wykonania badania kleszcza pod kątem nosicielstwa patogenów *Borrelia burgdorferi* lub *Babesia divergens*;
 - antybiotykoterapię jeżeli w wyniku badania okaże się, że kleszcz jest nosicielem patogenów *Borrelia burgdorferi* lub *Babesia divergens*, a lekarz prowadzący leczenie zlecił Ubezpieczonemu poddanie się leczeniu antybiotykami, Towarzystwo zwraca koszty antybiotyków na podstawie imiennych rachunków.
 Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, do limitu dwóch takich zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym,
24. **Walka z Rakiem** – przysługujące Ubezpieczonemu z tytułu choroby nowotworowej, usługi medyczne i usługi wspierające powrót do zdrowia określone w Katalogu Usług Medycznych,
25. **Walka z Udarem** – przysługujące Ubezpieczonemu z tytułu udaru mózgu, usługi medyczne i usługi wspierające powrót do zdrowia określone w Katalogu Usług Medycznych,
26. **wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po hospitalizacji kardiologicznej sprzętu rehabilitacyjnego, wykorzystywanego w celu przyspieszenia powrotu do zdrowia, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty zakupu lub wypożyczenia tego sprzętu i dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 1000 zł w odniesieniu do jednego zachorowania.

§ 3. (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie pracowników Ubezpieczającego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje pokrycie kosztów usług medycznych z zakresu medycyny pracy, przewidzianych w ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy.
- Zakresem ubezpieczenia objęte są koszty:
 - badań wstępnych, kontrolnych i okresowych,
 - wizytacji stanowisk pracy,
 - analizy stanu zdrowia pracowników,
 - wystawiania zaświadczeń o stanie zdrowia Ubezpieczonych lub niezdolności do pracy,
 - aktywnego poradnictwa w stosunku do Ubezpieczonych, którzy cierpią na choroby zawodowe lub inne choroby związane z wykonywanym zawodem,
 - delegowania lekarza do zakładowej komisji BHP w przypadkach obowiązkowych, i /lub
 - Pracowniczych Programów Profilaktycznych.
- Szczegółowy wykaz usług medycznych i usług wspierających powrót do zdrowia przysługujących Ubezpieczonemu, w ramach wybranych wariantów ubezpieczenia, wraz z maksymalną wysokością refundacji i limitami, określa Katalog Usług Medycznych.

§ 4 (składka ubezpieczeniowa)

- Przy kalkulacji wysokości składki ubezpieczeniowej uwzględnia się:
 - charakter wykonywanej przez Ubezpieczonych pracy,
 - rodzaj zagrożeń występujących na stanowiskach pracy Ubezpieczonych,
 - strukturę wiekową pracowników,

- 4) historyczną i planowaną strukturę wykonywanych badań wstępnych, okresowych i kontrolnych,
 - 5) inne czynniki mające wpływ na ryzyko ponoszone przez Towarzystwo m.in. region korzystania ze świadczeń, rodzaj prowadzonej przez Ubezpieczającego działalności gospodarczej.
2. Składka ubezpieczeniowa płatna jest z częstotliwością miesięczną.
 3. W ramach jednej umowy ubezpieczenia po analizie zagrożeń występujących na stanowiskach pracy mogą występować różne warianty ubezpieczenia różniące się zakresem Pracowniczych Programów Profilaktycznych.
 4. Wysokość składki ubezpieczeniowej dla danej umowy ubezpieczenia stanowi suma iloczynów składki ubezpieczeniowej za dany wariant ubezpieczenia oraz liczby Ubezpieczonych objętych ochroną w ramach danego wariantu.
 5. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składek ubezpieczeniowych należnych za wszystkich Ubezpieczonych, w terminie do 5 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni.
 6. Wraz ze składką ubezpieczeniową, Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Towarzystwu, w terminie do 5 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni, wykazu Pracowników objętych ubezpieczeniem.

§ 5 (zawarcie umowy ubezpieczenia)

Podstawą zawarcia umowy ubezpieczenia jest złożenie przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia zdrowotnego - medycyna pracy wraz z ankietą medycyny pracy badającą ryzyka związane bezpośrednio lub pośrednio z wykonywaną pracą.

§ 6 (czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa)

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego trwa przez okres jednego miesiąca kalendarzowego i automatycznie zostaje przedłużona na każdy kolejny miesiąc kalendarzowy, pod warunkiem uiszczenia każdorazowo składki zgodnie z postanowieniem § 4 ust. 5 i 6 OWDUMP, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2. i ust. 3 niniejszego paragrafu.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się:
 - 1) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego w trybie określonym w § 9 ust. 1 OWU - w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych,
 - 2) z dniem upływu okresu wypowiedzenia w trybie określonym w § 9 ust. 3 OWU- w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych,
 - 3) z dniem rozwiązania umowy w trybie określonym w § 9 ust. 6 oraz § 8 ust. 2 OWU - w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych,
 - 4) z końcem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony Główny utracił status pracownika,
 - 5) z dniem śmierci Ubezpieczonego - w stosunku do danego Ubezpieczonego.
3. Za zgłoszenie pracownika kierowanego przez Pracodawcę na badania wstępne przewidziane w Kodeksie pracy, przyjmuje się przesłanie do Towarzystwa prawidłowo wypełnionego skierowania.
4. Przyjmuje się, że okres ochrony wobec tego Ubezpieczonego rozpoczyna się 1-szego dnia miesiąca, w którym Towarzystwo otrzymało prawidłowo wypełnione skierowanie.

§ 7 (realizacja świadczeń)

1. Usługi medyczne z zakresu medycyny pracy wskazane w § 3 ust. 3 pkt 1) - 6) realizowane są na podstawie indywidualnego skierowania, wystawionego przez Ubezpieczającego.
2. Usługi medyczne realizowane są w placówkach Partnerów Medycznych, po wcześniejszym umówieniu usług za pośrednictwem Centrum Umawiania Wizyt - telefonicznie pod numerem +48 801 005 777 lub za pośrednictwem strony www.saltus.pl.
3. Konsultant Centrum Umawiania Wizyt ustala miejsce i termin wykonania usług medycznych z uwzględnieniem preferencji Ubezpieczającego/ Ubezpieczonego oraz zakresu usług medycznych oferowanych przez poszczególnych Partnerów Medycznych na wskazanym terenie, w możliwie najbliższym i dogodnym dla Ubezpieczonego terminie.

4. Jeżeli na określonym przez Ubezpieczającego/Ubezpieczonego terenie lub w wymaganym terminie nie ma możliwości wykonania całości lub części usług medycznych opisanych w § 3 ust. 3 pkt 1, w placówkach Partnerów Medycznych, Ubezpieczony może zrealizować usługi poza siecią Partnerów Medycznych po uzyskaniu zgody Towarzystwa na pokrycie kosztów tych usług.

§ 8 (wymagane dokumenty)

1. Osoba występująca z roszczeniem o zwrot kosztów usług medycznych opisanych w § 3 ust. 3 pkt 1, wykonanych poza siecią Partnerów Medycznych, winna przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości roszczenia:
 - 1) zgłoszenie roszczenia na formularzu Towarzystwa,
 - 2) rachunek / fakturę VAT za usługę medyczną, wystawiony na pracodawcę/Ubezpieczającego,
 - 3) kopię skierowania na badania medycyny pracy.
2. W przypadku konieczności świadczenia badań diagnostycznych w ramach Pracowniczej Opieki Profilaktycznej Towarzystwo wymaga przesłania kopii skierowania lekarskiego na dane badanie.
3. Wymagane dokumenty można przesyłać rekomendowanymi kanałami komunikacji z Towarzystwem:
 - 1) pocztą tradycyjną na adres: SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych, ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot,
 - 2) po zalogowaniu na Konto Klienta na stronie <https://pacient.saltus.pl/Account/LogIn> i w aplikacji mobilnej,
 - lub zgodnie z decyzją Ubezpieczonego za pośrednictwem:
 - 3) poczty elektronicznej na adres: zdrowie@saltus.pl,
 - 4) MMS na numer Towarzystwa, 661 005 195,
 podając dane umożliwiające identyfikację ubezpieczonego.

§ 9 (postanowienia końcowe)

1. Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDUMP, mają zastosowanie postanowienia OWU, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDUMP.
2. Niniejsze ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 27 sierpnia 2021 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 października 2021 roku.



Robert Łoś
Prezes Zarządu



Krzysztof Kosznik
Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Buczkowski
Wiceprezes Zarządu